ARZT UND KRANKENHAUS

VLK
VERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V.

5
89. Jahrgang
September/Oktober 2016

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

Foto: © everythingpossible/fotolia.com

Digital Health – eine Chance für die Medizin?

- Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Das IQTIG macht ernst
- Verbindlichkeit der InEK-Personalberechnung

Digitalisierung im Gesundheitswesen – how to end a never ending story

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

Jetzt mal ehrlich: Seit wann reden wir von der Digitalisierung im Gesundheitswesen? Zehn, fünfzehn, zwanzig Jahre? Dass hier enorme Chancen für eine effektivere und effizientere Patientenversorgung stecken, war aufgeschlossenen Ärzten von Anfang an klar. Umso dramatischer ist es, dass noch immer die Risiken und die zahllosen rechtlichen Fragen nicht überwunden werden konnten, die mit diesem grundsätzlichen Paradigmenwechsel in der ärztlichen Tätigkeit verbunden sind: Datenschutz, Schnittstellenprobleme, Haftungs- und Finanzierungsfragen... Alles noch weitgehend ungelöste Baustellen. Und gerade aus diesen manifesten Unklarheiten resultiert die bei Politik, Presse und Patienten kaum noch vermittelbare Verzögerung mit der sich das Projekt „Digitalisierung im Gesundheitswesen" inzwischen von einem Jahr ins nächste schleppt.

Längst sind die Bürger – die jungen zumal – über Facebook und Twitter online vernetzt und tauschen bedenkenlos Intimitäten aus, die noch unseren Eltern die Schamesröte ins Gesicht getrieben hätten. Längst empfehlen so genannten „Health Apps" wann sich ihre Nutzer stärker zu bewegen haben, was sie essen sollen und wann sie – „App zum Arzt" – möglichst rasch einen Doktor aufsuchen sollten. Und längst haben die globalen Computer- und Internetkonzerne erkannt, dass Gesundheitsdaten die nächste Lizenz zum Gelddrucken sind – Apple, Google und IBM allen voran. Gelegentlich habe ich den Eindruck, dass die gesamte Gesellschaft sich im digitalen Aufbruch befindet, während unsere GKV-Welt gemütlich ihr Dasein im letzten Jahrtausend verschläft. Und wie immer wird dieses inzwischen absurde Spannungsfeld genau dort erkennbar, wo unmittelbar reale Patienten*versorgung* mit dem künstlichen, politisch zu verantwortendem Stillstand der Versorgungs*verwaltung* kollidiert: bei uns Ärzten.

Politisch zu verantworten? Ja, natürlich! Denn wie auch an anderen Stellen – Beispiel DRG-System – kann sich in unserem durchregulierten Gesundheitswesen die Politik keinen schlanken Fuß machen, indem sie den Beteiligten untaugliche Rahmenbedingungen vor die Füße wirft und dann den Selbstverwaltungs-„Partnern" sagt: „Nun macht mal!" Darwinistische Machtkämpfe sind die Folge, mit denen sich im Wettbewerb vielleicht irgendwann entscheiden lässt, ob Betamax oder VHS das bessere Videoformat ist (Sie erinnern sich?), die aber geradezu sträfliche Verzögerungen und Zufälle zur Folge haben, wenn es um Gesundheit oder gar um Leben und Tod geht.

Klare politische Rahmenvorgaben stünden also zuallererst auf der Tagesordnung, um die Situation zu bereinigen. Also *Führung* und keine feige Auslagerung in einen Selbstverwaltungs-Darwinismus, der – wie das Beispiel Gematik zeigt – nicht funktionieren *kann*. Im gleichen Atemzug müsste dann aber auch die Industrie rechtlich gezwungen werden, ihre Schnittstellen nicht mehr zur Wettbewerbssicherung geheim zu halten, sondern den freien Austausch der Daten zuzulassen. Und schließlich müsste auch klar geregelt werden – und auch das natürlich wieder politisch – welche Datenschutzvorgaben gelten und wann, vor allem, datenschutzrechtliche Belange hinter einer sicheren therapeutischen Versorgung schwerstkranker Patienten nachrangig zu betrachten sind. Dann endlich käme die digitale Gesundheitskuh wohl vom Eis. Ohne politischen Mut und politische Führung wird sich das Problem jedoch so lange hinziehen, wie der nun schon fast sprichwörtliche Berliner Flughafen.

Ganz analog und fristgerecht grüßt Sie sehr herzlich

Ihr Hans-Fred Weiser

Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

180 **Digitalisierung im Gesundheitswesen – how to end a never ending story**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Titel

Digital Health – Eine Chance für die Medizin?

184 · **Patientenversorgung im digitalen Zeitalter**
Prof. Dr. Christian Schmidt MPH, Dr. rer.pol. Bernd Hillebrandt

189 · **Digitale Medizin im klinischen Alltag**
Dr. rer.pol. Bernd Hillebrandt, Prof. Dr. Christian Schmidt MPH

Berufs- und Gesundheitspolitik

193 **Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Das IQTIG macht ernst**
PD Dr. M. A. Weber

196 **Positionspapier des VLK zur Entwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren**

Special Offers für VLK-Mitglieder

199 **Risikofreie Rendite trotz Niedrigzins**
Friedhelm Gieseler

201 **Wenn das Einkommen ausfällt**
Marcus H. Rexfort

Recht

203 **Ist die Personalberechnung nach InEK verbindlich?**
RA Marc Rumpenhorst

204 **Auswirkungen des „Privatpatienten-Komfort“ auf den Chefarzt**
RAe Norbert H. Müller, Marc Rumpenhorst

Rubriken

VLK intern
206 - Einladung zur Mitgliederversammlung des Landesverbandes Berlin des VLK und der VLK-Mitglieder aus Brandenburg
208 - 39. Deutscher Krankenhaustag im Überblick
182 - Personen und Hintergründe
209 - Agenda

195 **Impressum**

Der Patient wird profitieren

Nicht nur in der Klinik, sondern gerade innerhalb einer digital vernetzten Medizin über Sektorengrenzen hinweg wird der Patient profitieren. Dafür müssen aber Leistungen und Produkte besser vernetzt, Medienbrüche überwunden und ein sicherer Rechts- und Vergütungsrahmen geschaffen werden.

Foto: © everythingpossible/fotolia.com

189

Viele offene Fragen bleiben

Das IQTIG hat dem G-BA fristgerecht sein Konzept zur Einführung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren vorgelegt. Die im Vorfeld zu dem Berichtsentwurf geäußerten massiven inhaltlichen und methodischen Kritikpunkte der Fachgesellschaften und Verbände blieben offensichtlich weitgehend unberücksichtigt. Statt dessen bleiben viele offene Fragen, insbesondere die, inwieweit der G-BA dieses Konzept übernehmen wird.

Foto: © pico/fotolia.com

193

System-Rendite durch nachgelagerte Besteuerung

Mit der Entgeltumwandlung über das Krankenhaus ist trotz Null-Zins-Zeitalter eine ordentliche Rendite bei der Altersversorgung möglich. Und das ganz ohne Risiko. Ärztinnen und Ärzte profitieren dabei von der sogenannten System-Rendite.

Foto: © Gina Sanders/fotolia.com

196

InEK-Personalwerte sind allenfalls Orientierungswerte

Der Krankenhausträger muss das für den Einzelfall vor Ort ausreichende Personal zur Verfügung stellen. Die Zahl der Mitarbeiter kann nicht nach Personalkosten und Durchschnittswerten anderer Krankenhäuser bestimmt werden. Diese dienen allenfalls zur Orientierung, haben aber keinerlei Verbindlichkeit.

Foto: © sebra/fotolia.com

203

VKA weist Gehaltsforderung des Marburger Bundes zurück

Für die kommende Tarifrunde hat der Marburger Bund seine Forderung mitgeteilt: 5,9 % mehr Gehalt für die Ärztinnen und Ärzte an den kommunalen Kliniken. Der tarifpolitische Dachverband der kommunalen Krankenhäuser, die VKA, weist die Forderung zurück.

„Die Forderung des Marburger Bundes ist völlig unangemessen und sprengt jeglichen Rahmen. 5,9 % mehr Gehalt für die Ärztinnen und Ärzte würden die kommunalen Krankenhäuser um rund 320 Mio. Euro mehr belasten. Das ist nicht finanzierbar“, so Joachim Finklenburg, Verhandlungsführer der VKA. „Die Forderung des Marburger Bundes entspricht nicht im Ansatz dem, was z.B. in anderen Bereichen vereinbart wurde. Auch angesichts der Tatsache, dass in diesem Jahr mit einer hohen Preisstabilität gerechnet wird, weisen wir die Forderung zurück.“

Finklenburg wies außerdem darauf hin, dass insbesondere durch die Kürzung der Mehrleistungsabschläge nicht viele Spielräume blieben. „Die meisten Krankenhäuser schreiben rote Zahlen, Personalkosten werden nicht refinanziert. Wir erhalten jetzt schon Hinweise, dass die Krankenhäuser auch zukünftig mit hohen Defiziten zu rechnen haben.“

Joachim Finklenburg

Orientierungswert für Krankenhäuser 2016 beträgt 1,54 %

Das statistische Bundesamt veröffentlicht gemäß den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes den sogenannten Orientierungswert für Krankenhäuser. Er gibt die durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der Krankenhauskosten wieder, die ausschließlich auf Preis- oder Verdienständerungen zurückzuführen ist.

Für den Zeitraum des 2. Halbjahres 2015 und des 1. Halbjahres 2016 beträgt der Orientierungswert im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum (2. Halbjahr 2014/1. Halbjahr 2015) 1,54 %. Der Teilorientierungswert für Personalkosten liegt bei 2,39 % und für Sachkosten bei 0,19 %.

GKV-Kliniksimulator freigeschaltet

In einer Pressemeldung des GKV-Spitzenverbandes vom 08.09.2016 wird Folgendes mitgeteilt: Die Frage, welche der vielen Klinikstandorte in Deutschland ggfs. geschlossen oder umgewidmet werden könnten, ist spätestens mit der Krankenhausreform des letzten Jahres auf die politische Agenda gesetzt worden. Gleichzeitig ist es von zentraler Bedeutung, dass auch in dünn besiedelten Regionen stets ein Krankenhaus gut erreichbar ist. Aber detaillierte Informationen, wie weit es von den verschiedenen Orten Deutschlands zur jeweils nächstgelegenen Klinik der Grundversorgung ist, gab es bisher nicht. Diese Wissenslücke schließt nun der GKV-Spitzenverband mit seinem neuen Internetsimulator.

Dazu erklärt Wulf-Dietrich Leber, Abteilungsleiter Krankenhäuser des GKV-Spitzenverbandes: „Wir sind davon überzeugt, dass mehr Spezialisierung und der Abbau von für die Versorgung nicht benötigter Klinikkapazitäten Hand in Hand gehen müssen. Weil diese Diskussion über Neubau, Umwidmung oder Schließung eines Standortes nicht nur in den Planungsbehörden, sondern auch in den Kommunen geführt wird, befindet sich unser Kliniksimulator ab heute für jedermann einsehbar im Internet."

Der DKV-Kliniksimulator zeigt die Entfernung von rund 80.000 Wohnbezirken zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung mit den Basisabteilungen Chirurgie und Innere Medizin. Er ist damit rund 10mal genauer als herkömmliche Analysen auf der Basis von Postleitzahlbezirken. Gemessen wird die PKW-Fahrzeit, die auf Grund der Navigationssysteme inzwischen ein hohes Maß an Zuverlässigkeit hat. Der Simulator zeigt auch, wie sich die Entfernungen ändern, wenn die Versicherten im Fall einer Standortschließung das nächstgelegene Nachbarkrankenhaus aufsuchen. Diese Simulation kann für jedes Krankenhaus der Grundversorgung in Deutschland durchgeführt werden.

Wulf-Dietrich Leber

Krankheitsrecherche online – die meisten setzen auf Doktor Google

In einer Pressemitteilung vom 21.09.2016 teilt der Bundesverband der Arzneimittelhersteller (B.A.H.) Folgendes mit:

Etwa jeder 2. Deutsche hat bereits einmal im Internet nach Informationen zu Krankheiten gesucht. Das gilt sowohl bei leichten Beschwerden als auch bei schweren Krankheiten. Fast alle User starten ihre Recherche mit den einschlägigen Suchmaschinen, wie beispielsweise „Google.de". Ungefähr die Hälfte lernt über Gesundheitsblogs und Gesundheitsforen die Sichtweise anderer Betroffener kennen. Genau so viele suchen auf speziellen Gesundheitsseiten, wie etwa „NetDoktor.de" oder „Apotheken-Umschau.de". Zu diesem Ergebnis kommt eine repräsentative Meinungsumfrage des Deutschen Gesundheitsmonitors des B.A.H im 2. Quartal 2016.

Interessant dabei ist, dass Soziale Netzwerke bei der Krankheitsrecherche fast keine Rolle spielen: Facebook und Co. nutzen weniger als 10 % der Informationssuchenden.

Was wird gesucht? Sowohl bei leichten als auch bei schweren Erkrankungen suchen fast alle nach Informationen zum Krankheitsbild (91%). Die Recherche nach Behandlungsmöglichkeiten spielt bei schweren Erkrankungen (87%) eine etwas größere Rolle als bei leichten Erkrankungen (81%).

Prof. Dr. Christian Schmidt MPH und Dr. rer.pol. Bernd Hillebrandt

Patientenversorgung im digitalen Zeitalter

Sektorenübergreifende Kooperationen zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen setzen strukturierte Informationen und eine elektronische Kommunikation zwischen allen am Heilungsprozess Beteiligten voraus. Dabei muss der Zugang zu allen für die Gesundheitsversorgung erforderlichen Informationen unabhängig von Ort und Zeit sein. Dies ist nicht nur, aber vor allen in dünn besiedelten Flächenländern die Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. Trotzdem stehen wir bei der digitalen Patientenversorgung immer noch am Anfang.

Die Begriffe „eHealth", „Medizin 4.0" oder „Digital Health" werden immer wieder synonym verwendet und umschreiben in erster Linie die Anwendung von zeit- und ortsunabhängiger Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen. Aufgrund zahlreicher neuer Informations- und Kommunikationstechnologien, die der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung, Überwachung und Verwaltung dienen, wächst nicht nur der Markt für neue Informations- und Kommunikationsmedien rasant, sondern besonders deren Angebotsformen und deren Nutzungspotenzial. Es ist besonders das Merkmal der orts- und zeitungebundenen Interaktion zwischen Patienten/Bürgern, Leistungserbringern und Kostenträgern, das diese Entwicklung auszeichnet.

Bemerkenswert ist, dass in der Gesundheitswirtschaft immer noch eine deutliche Kluft zwischen dem modernen, in der digitalen Welt angekommenen Patienten und veralteten Strukturen und Medien auf der Leistungserbringerseite herrscht. So sind die Patienten heute immer umfangreicher über ihre Krankheiten und Therapiemöglichkeiten informiert und das Wissen ist

Foto: © everythingpossible/fotolia.com

an jedem Ort und zu jeder Zeit abrufbar. Zumindest dieses Wissen ist nicht mehr das Monopol der Ärzteschaft. Zudem erwarten junge Ärzte, die in der digitalen Welt zuhause sind einen gewissen Standard an Digitalisierung besonders an ihrem Arbeitsplatz. Digital aufgestellte Kliniken werden aller Voraussicht nach deshalb eher weniger vom Fachkräftemangel betroffen sein.

Der Markt für digitale Anwendungen im Gesundheitswesen ist mittlerweile für alle Beteiligten gleichermaßen intransparent. Dies liegt nicht nur an der großen Zahl der Angebote (unzählige Webseiten und Portale sowie weltweit über 400.000 mobile Apps in den Bereichen Fitness, Wellness und Gesundheit) sondern auch an der starken Marktdynamik (permanente Neuzugänge, Produkterweiterungen und Marktabgänge). Dennoch lassen sich die Möglichkeiten der digitalen Medizin nach deren Hauptfunktionen systematisieren:

Information: Dies reicht von der Bereitstellung von Informationen für Patienten und/oder Ärzte über Internet-/Gesundheitsportale bis zum elektronisch gestütztem Krankheits- und Wissensmanagement (Big-Data-Diagnostik).

Kommunikation: Austausch von Informationen Patient-Arzt (online Diabetestagebuch) oder Arzt-Arzt (Telekonsultation, Videokonferenzen, sektorenübergreifende Konsiliardienste).

Transaktion: Gezielter Datenaustausch zwischen verschiedenen Akteuren, um die Erbringung medizinischer Leistungen vollständig elektronisch zu erfassen und abwickeln zu können (elektronische Patientenkarte, elektronische Abrechnungssysteme).

Interaktion: Informations- und Datenaustausch zwischen verschiedenen Beteiligten mit unmittelbarer Reaktion des Kommunikationspartners (Home Monitoring, Telemedizinische Anwendungen unter Nutzung neuer Endgeräte wie Smartphones, Tablets).

Integration: Aufzeichnung von Daten des Patienten, Zusammenführung aller Daten aus medizinischen und paramedizinischen Bereichen und Ergänzungen durch den Patienten selbst (elektronische Gesundheitsakte, Vitaldatenüberwachung, Apps, Wearables, Assisted Living).

Smart Devices, Telemedizin, Cloud Computing oder Big Data sind immer wieder Begriffe, die im Zusammenhang mit Digital Health genannt werden. Vielen Innovationen haben dabei eine Gemeinsamkeit: Sie haben als branchenübergreifende technologische Innovation gesundheitsspezifische Ausprägungen erhalten. Eine überblickartige Systematisierung ist der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Digitale Anwendungen sind sicher nicht das Allheilmittel für die Probleme des deutschen Gesundheitswesens. Dennoch sind sie ein wesentlicher Treiber auf dem Weg zu mehr Effizienz, mehr Qualität und Kosteneinspa-

Tabelle 1: Innovationen im Kontext von Digital Health

Connected Health	„Connected Health“ umschreibt den Einsatz von modernen IKT, die das Ziel haben, die Leistungserbringer-Patienten-Interaktion sowie das Selbstmanagement durch Patienten zu unterstützen. Es umfasst die Bereiche „Telemedizin“ und „Mobile Health“
Telemedizin	Telemedizinische Lösungen decken hier die Interaktion zwischen Leistungserbringern einerseits und die Interaktion zwischen Leistungserbringer und Patient andererseits ab. Das Ziel ist die Überwindung räumlicher Entfernungen durch den Einsatz von elektronischen IKT. Unterschieden werden können Telekommunikation, Telekooperation, Telemonitoring und Teletherapie
Mobile Health/mHealth	„Mobile Health“ umfasst die Unterstützung der Gesundheitsversorgung und Bevölkerungsgesundheit durch den Einsatz von mobilen Endgeräten. Dazu werden die Dienste GPS, Stimmerkennung, Short Message Service, Bluetooth und weitere genutzt
Medical App	Im allgemeinen Sprachgebrauch umfassen „Medizin Apps“ mobile Anwendungen für Leistungserbringer zur Unterstützung des Berufsalltags sowie mobile Anwendungen für Patienten zum besseren Selbstmanagement meist chronischer Erkrankungen
Health App	„Gesundheits-Apps“ sind mobile Anwendungen für Bürger und Patienten mit dem primären Ziel der Gesundheitsförderung
Electronic Health Record (EHR)	Der Begriff „EHR“ beschreibt digitale Patientenakten, auf die mehrere autorisierte Personen zugreifen können und die einen sicheren Austausch von Patienten-Daten ermöglichen
Ambient Assisted Living (AAL)	„AAL“ umfasst Angebote, welche die selbstständige Lebensführung (im Alter) in der vertrauten Wohnumgebung unterstützen, wenn bereits gesundheitliche / funktionelle Beeinträchtigungen vorliegen oder aufgrund des Allgemeinzustandes drohen. Die einzelnen Module messen z. B. Bewegungen, weisen auf Termine hin oder registrieren Notfälle (z. B. Stürze)

Quelle: Bertelsmann Stiftung, Digital-Health-Anwendungen für Bürger, S. 27, Gütersloh 2016

rungen.

Mehr Effizienz durch digitale Kommunikation

Die digitale Kommunikation innerhalb und zwischen den Versorgungssektoren kann die Versorgung optimieren. Voraussetzung ist, dass die verschiedenen Systeme interoperabel sind. Die Möglichkeit, Patienten aktiver in die Selbstverantwortung zu nehmen, wird derzeit schon durch zahlreiche Dienstleistungsangebote erreicht. So wird das Patienten-/Versichertencoaching sowohl von privaten Unternehmen als auch von Krankenkassen durchgeführt und oftmals telemedizinisch unterstützt. Im Homecare-Bereich werden ausgewählte Messparameter (z. B. Vitalwerte, Bewegungsintensität oder Sturz) erfasst und diese beim Überschreiten bestimmter Grenzen an medizinische Zentren weitergeleitet. Diese Betreuungszentren haben technisch die Möglichkeit, mit Patienten per Telefon, mit bei Patienten aufgestellten Bildschirmen oder Kameras Kontakt aufzunehmen und ihn auch über große Entfernungen hinweg zu betreuen. Gerade mit dem Einsatz einer telematischen Infrastruktur wird es möglich sein, Prozessverbesserungen über Sektorengrenzen hinweg und interdisziplinär zu erreichen. Letztendlich geht es darum, Prozesse auch effizienter anbieten zu können. Prozessoptimierungen werden dann erreicht, wenn die Zusammenarbeit von Haus- bzw. Fachärzten und Krankenhaus sowie mit weiteren Dienstleistern (z. B. Pflege, Sanitätshäusern, Apotheken) über die gesamte Leistungskette der Patientenbetreuung hinweg mit einem zuverlässigen elektronischen Informationsfluss begleitet wird.

Mehr Qualität durch sektorenübergreifende Vernetzung

Medizinische Standards in der Versorgung von Patienten werden schon seit langem über Leitlinien ermittelt und den wissenschaftlichen Erkenntnissen laufend angepasst. Außerdem werden klinische Behandlungspfade im Krankenhaus und im ambulanten Bereich entwickelt, die an die Bedürfnisse der jeweiligen Kliniken, Abteilungen und Arztpraxen angepasst werden. In der integrativen Versorgung (IV-Verträge nach § 140a SGB V) existieren bereits zahlreiche Beispiele für eine integrative Vernetzung über Sektorengrenzen hinweg. Softwareanbieter haben bereits Lösungen im Einsatz, die es den Leistungserbringern ermöglicht, den für den Patienten zutreffenden IV-Vertrag auszuwählen. Die telemedizinische Vernetzung kann den Beteiligten dazu verhelfen, die Qualität der Behandlung und die Einschreibungszahlen von Patienten und Leistungserbringern in entsprechende Betreuungsprogramme zu erhöhen sowie den Behandlungsverlauf zu dokumentieren. Behandlungspfade werden allen zugänglich elektronisch gemacht und die Behandlungsschritte systematisch erfasst. Vertragsteilnehmer können anhand der Dokumentation das Qualitätsmanagement optimieren und die Behandlung schrittweise evidenzbasiert verbessern. Förderung der Adherence, Stabilisierung des Gesundheitszustandes, Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und Doppeluntersuchungen, Vermeidung von Notfallsituationen durch frühzeitiges Erkennen bedrohlicher Symptome und die Steigerung der Lebensqualität des Patienten sind beispielsweise Evaluationsziele derartiger IV-Verträge. Die in diesen Programmen erhobenen Daten können in elektronischen Patientenakten erfasst werden auf die – je nach Zustimmung des Patienten – die am Genesungsprozess Beteiligten von überall Zugriff haben. Dies erfordert allerdings eine strukturierte Dokumentation und eine homogene elektronische Vernetzung. Dies ermöglicht z. B. dem Arzt, seine Zeit patientenorientierter nutzen zu können. Qualitätsverbesserungen sind dann erzielbar, wenn es dem Arzt und Apotheker ermöglicht wird, einen Abgleich der Medikamenteneinnahme vorzunehmen (Wechsel- und Nebenwirkungen, Unverträglichkeiten). Der Einsatz eines elektronischen Rezeptes wird dann sowohl Kosten einsparen, als auch die Abgabe falscher Medikamente verhindern.

Kostenreduzierungen durch Telemonitoring

Ob die digitale Medizin wirklich Kosten einsparen kann wird in Deutschland immer noch kontrovers diskutiert. Unstrittig erscheint jedoch, dass besonders im Bereich des Telemonitorings Kosteneinsparungen dann realisiert werden können, wenn Symptome bei betreuten Patienten rechtzeitig erkannt und damit potenzielle Krankenhausaufenthalte sowie überflüssige Doppeluntersuchungen vermieden werden können. Bereits heute werden z. B. Vitalwerte von Patienten mit Herzerkrankungen sowohl telefonisch abgefragt als auch mit Hilfe telemedizinischer Geräte bei ausgewählten Patienten fernüberwacht. Besonders innerhalb der Telemedizin haben sich bereits vielfältige Disziplinen etabliert. Hierzu zählen u. a. Telediagnostik, Telekonsultation, Teleradiologie, Telekardiologie, Telemonitoring. Hinsichtlich der Funktionalitäten kann weiter un-

terteilt werden in

- Datenaustausch (z. B. ePA, Befunde, Bilder)
- Konsile (Arzt-Arzt, Arzt-Patient)
- Überwachung und Steuerung (Fernuntersuchung, -diagnose, -überwachung des Patienten)

Allen gemein ist, dass es einer infrastrukturellen Voraussetzung bedarf, welche in der Lage ist, die Anforderungen an Datenschutz und systemübergreifender Funktionalität zu gewährleisten. Die Schaffung dieser Voraussetzung in Form von „vernetzten Datenautobahnen" stellt eine entscheidende Einstiegshürde für eine hinreichend funktionierende telemedizinische Anwendung dar. Bei Patienten mit Herzinsuffizienz können Dekompensationen vermieden werden. Zudem kann für Patienten mit kryptogenem Schlaganfall Vorhofflimmern frühzeitiger identifiziert werden. Des Weiteren können durch ein kontinuierliches Monitoring technische Fehlfunktionen von aktiven Implantaten (Schrittmachern, Defibrillatoren und CRT-Systemen) rechtzeitig erkannt und behoben werden. Dafür erforderlich ist in einem ersten Schritt die Entwicklung und Bereitstellung von Diagnosetechniken, die in der Lage sind, therapiebegleitend multiple klinisch relevante Daten zu erheben und in den weiteren Versorgungsablauf zu integrieren. Neben multifunktionellen kurz- oder langzeitig implantierten Sensoren (z. B. implantierbaren Loop-Recordern) müssen dazu auch weitere interne oder externe Geräte genutzt werden. Insbesondere das Krankheitsbild der Herzinsuffizienz eignet sich für eine solche umfassende und integrative Versorgung, da hier neben den vom Implantat erhobenen Daten auch die über externe Geräte erhobenen Vitalparameter entscheidend dazu beitragen können, den Gesundheitszustand des Patienten engmaschig zu erfassen. Dabei sollen die Vitalparameter sowohl mit klassischen Verfahren, die einen direkten Kontakt voraussetzen (Blutdruckmessgerät, Waage) als auch kontaktlose Sensoren zum Einsatz kommen. Die Behandlung wird nicht mehr in Abschnitte segmentiert, sondern als Gesamtprozess gestaltet, wodurch die Sicherstellung eines einheitlichen behandlungsübergreifenden Qualitätsstandards gewährleistet werden kann. Die Einbindung aller Leistungserbringer in ein derartiges integriertes Versorgungsnetzwerk von Praxen, Krankenhäusern und telemedizinischen Zentren sorgt für Behandlungskontinuität und hilft bei der frühzeitigen Erkennung bzw. Reduzierung von patientenbezogenen Komplikationen und gerätebezogenen technischen Problemen. Die folgende Abbildung zeigt den typischen Patientenweg im Rahmen einer telemedizinischen Betreuung von Patienten mit Herzerkrankungen (vgl. Abb. 1).

Rahmenbedingungen für eine digitale Medizin

Für den Ausbau der digitalen Medizin ist der Aufbau der Telematikinfrastruktur das zentrale Instrument für eine sichere Kommunikation. Auf dieser Basis können effiziente Versorgungsprozesse aller Beteiligten über die Sektorengrenzen hinweg etabliert werden. Eine weitaus umfassendere elektronische Gesundheitskarte als die, die mit dem E-Health Gesetz vorgesehen ist, wäre hierfür ein geeignetes Instrument, wenn mit deren Hilfe Notfalldaten nutzbar und Medikationspläne sowie elektronische Entlassbriefe übertragbar wären. Wichtig wäre auch, sonstige Leistungserbringer wie etwa Hilfsmittel- und Homecare-Unternehmen rechtzeitig mit einzubinden.

Immer wieder wird das Fernbehandlungsverbot als eine wichtige Hürde genannt. Gemäß § 7 Abs. 4 der Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) dürfen „Ärztinnen und Ärzte… individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen. Auch bei telemedizinischen Verfahren ist zu gewährleisten, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt". Somit wird jede Art

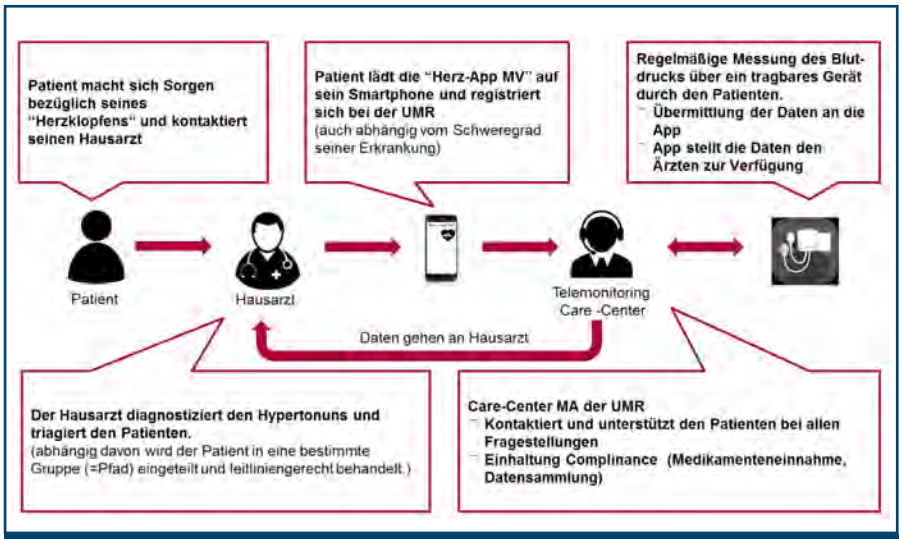


Abbildung 1: Typischer Patientenweg im Modell

der Behandlung, die ohne mindestens einen persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient stattgefunden hat, als potenziell gesundheitsgefährdend angesehen.

Eine besonders wichtige Rahmenbedingung für die flächendeckende Anwendung, insbesondere von telemedizinischen Anwendungen, ist die Nicht-Abrechnungsfähigkeit telemedizinisch erbrachter Leistungen. Einige telemedizinischen Leistungen können zwar in bestehenden Vergütungssystemen abgerechnet werden (z. B. Telekonsil bei Schlaganfall), das Gros der Leistungen ist jedoch weder im EBM, der GoÄ oder in den DRGs berücksichtigt worden. Dringend notwendig ist also eine Anpassung der EBM-Ziffern durch den gemeinsamen Bundesausschuss sowie eine stärkere Einbeziehung der Telemedizin im Rahmen der DRG-vereinbarungen.

Eine weit verbreitete Forderung betrifft insbesondere die datenschutzrechtlichen Fragestellungen. Die datenschutzrechtlichen Vorschriften gehen davon aus, dass es immer einer Einwilligung des Patienten bedarf, wenn dessen Daten erhoben und verarbeitet oder genutzt werden. Im Hinblick auf telemedizinische Übermittlungssysteme von Daten ist nicht eindeutig, wie solche Systeme konkret auszusehen haben. Dies betrifft insbesondere die Authentifizierungspflichten der Beteiligten oder die Verschlüsselungstechniken.

Ein in allen sektorenübergreifenden Projekten anzutreffendes Dilemma sind nicht einheitliche Datenformate und Softwareschnittstellen. Besonders die Vielzahl der unterschiedlichen Praxissoftwaresysteme in der ambulanten Versorgung führt dazu, dass Telemedizinprojekte einen erheblichen Kostenaufwand für zusätzliche Programmierungsarbeiten betreiben müssen, um Daten aus dem Kiss-System eines Krankenhauses in die Arztpraxis zu versenden und andersherum.

Eine der wichtigsten Barrieren ist die fehlende Planungssicherheit für die Anbieter telemedizinischer Anwendungen (welcher IT-Standard setzt sich durch? Wird sich z. B. KV-Safe-Net als die Datenautobahn im ambulanten Bereich behaupten?).

Ausblick

Die zunehmende Komplexität der Medizin führt zwangsläufig zu einer örtlichen Konzentration medizinischer Hochleistungszentren. Diese Entwicklung findet gerade in ländlichen Gebieten statt und führt z. B. in weiten Teilen der neuen Bundesländer zu einer Unterversorgung der Bevölkerung. Für die Lösung dieses Problems bedarf es einer intensiven Vernetzung der Kompetenzzentren in den Metropolen mit Leistungserbringern in der Fläche. Eine der wichtigsten Voraussetzungen für diese Vernetzung ist die Einrichtung und Nutzung von telemedizinischen Konzepten. Doch im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten und skandinavischen Ländern spielt die Telemedizin in Deutschland noch eine sehr untergeordnete Rolle, obwohl die technischen Voraussetzungen vorhanden wären. Als Gründe hierfür werden immer wieder die mangelnde Interoperabilität und (datenschutz)rechtliche Hürden angeführt. Es kommt sehr darauf an, dass Krankenhäuser den ambulanten Leistungserbringern attraktive Kooperationsangebote etwa im Sinne telemedizinischer Vernetzungen einerseits und den Kostenträgern sektorenübergreifende und patientenzentrierte Versorgungsalternativen andererseits anbieten können.

Neben dieser einzelwirtschaftlichen Perspektive ist die versorgungspolitische Perspektive von hoher Relevanz, denn vor allem Maximalversorger in ländlichen Regionen müssen künftig zusätzliche Aufgaben in der flächendeckenden Versorgung wahrnehmen – in der stationären, aber auch in der ambulanten Versorgung. Dabei stehen insbesondere Universitätskliniken unter Druck, die ambulante Versorgung bei steigender Patientenzahl kostendeckend abzubilden. Krankenhauseigene MVZ, Möglichkeiten der ambulanten Versorgung im Krankenhaus und das Arbeiten in telemedizinischen Strukturen werden daher in ländlichen Regionen an Bedeutung gewinnen.

Ziel der mit den ambulanten Partnern aufzubauenden Kooperationen ist es, klinische Behandlungspfade für die einzelnen Indikationsgruppen festzulegen und unterstützende Strukturen (zum Beispiel sektorenübergreifende Konsiliardienste) aufzubauen. Diese Ebene wird schrittweise mit IV-Verträgen flankiert werden müssen, um Anreize für die Beteiligten zu schaffen und eine strukturierte Dokumentation zu gewährleisten. In jedem indikationsbezogenen Netzwerk ist anschließend zu prüfen, welchen Beitrag die Partner leisten können, um die Versorgungsqualität zu verbessern.

Kontaktadressen der Autoren:
Prof. Dr. Christian Schmidt MPH
Ärztlicher Vorstand und Vorstandsvorsitzender
Universitätsmedizin Rostock
Ernst-Heydemann-Straße 8, 18057 Rostock

Dr. rer.pol. Bernd Hillebrandt
Geschäftsführer UMR Versorgungsstrukturen GmbH
Universitätsmedizin Rostock
Ernst-Heydemann-Straße 8, 18057 Rostock

Dr. rer.pol. Bernd Hillebrandt und Prof. Dr. Christian Schmidt MPH

Digitale Medizin im klinischen Alltag

Die fortschreitende Digitalisierung verändert nicht nur unseren Alltag, sondern auch unsere Einstellung zur Gesundheit. Treiber dieser Entwicklung ist derzeit noch der Konsument auf dem zweiten Gesundheitsmarkt. Ziel muss es sein, diesen Schub auch für den ersten Gesundheitsmarkt zu nutzen. Nicht nur in der Klinik, sondern gerade innerhalb einer digital vernetzten Medizin über Sektorengrenzen hinweg wird der Patient profitieren. Dafür müssen aber Leistungen und Produkte besser vernetzt, Medienbrüche überwunden und ein sicherer Rechts- und Vergütungsrahmen geschaffen werden.

Für die Gesundheitsversorgung bietet Digitalisierung eine große Chance für eine immer älter werdende Gesellschaft in der auch immer mehr Menschen chronisch erkranken. Die Digitalisierung kann dabei helfen, Krankheiten früher zu erkennen, die Dauer der Klinikaufenthalte zu verkürzen und durch Telemedizin, Apps oder Pflegeroboter länger mobil und in der eigenen Wohnung zu leben. Im Rahmen von Digital Health steht besonders das Datenmanagement im Fokus. Täglich entstehen große Mengen heterogener Daten, ob bei CT, MRT, Röntgen oder Laboruntersuchungen. Aber auch Arztberichte, Kostenabrechnungen, persönliche Patientendaten und historische Krankheitsverläufe enthalten wichtige Informationen in Form unstrukturierter Daten. Diese Masse an Daten lässt sich mittlerweile mit neuen Technologien der Datenverarbeitung strukturieren, auswerten und verfügbar machen. Besonders Krankenhäuser – und hier besonders die forschenden Universitätsklinika – können davon profitieren. Einige ausgewählte Beispiele sind u. a. am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf zu finden. Vor allem in den USA sind zahlreiche gute Beispiele vorhanden, wo es dem Patienten über APPs ermöglicht wird auf relevante Daten seiner Krankenakte zurückzugreifen. Doch nicht nur der Patient kann seine Daten abfragen, auch Ärzten wird es beispielsweise beim Marktführer EPIC für klinische Informationssysteme (KIS) in den USA ermöglicht, alle relevanten Daten über eine APP auf jedem mobilen Endgerät abzufragen. Dies spart Zeit und vermeidet lästiges Suchen von Akten. Weitere Beispiele sind:

Cloud-Lösungen bei der unterschiedliche Datenbestände zusammengefasst, gegliedert und ausgewertet werden. Die lokale Infrastruktur im Krankenhaus wird ergänzt durch die Infrastruktur „in der Wolke“ sowie der Evaluation durch Big-Data-Ware-

Foto: © vege/fotolia.com

house-Lösungen.

Therapiesimulation mit einem 3D-Herzmodell für Herzinsuffizienzpatienten. Ausgehend von einem 3D-Computer-Durchschnittsherz, das aus einer großen Anzahl unterschiedlicher Datensätze aus CT- oder MRT-Scans entwickelt wurde, füttert die Software dieses Herz mit den individuellen Patientendaten und personalisiert es. Ärzte können dann am Computer simulieren, wie das Herz des Patienten auf den Schrittmacher reagiert. Somit kann schon vor der Implantation geklärt werden, ob diese Therapie für diesen Patienten die richtige ist.

Digitale Spracherkennung, die z. B. die zeitintensiven Artbriefschreibungen selbständig in die IT überträgt.

App-Lösungen zur Compliance-Verbesserung. Der Patient bekommt einen detaillierten, auf ihn zugeschnittenen Therapieplan vom Arzt auf sein Smartphone gesendet und dieser sendet wiederum die von ihm gemessenen Daten an seinen Arzt zurück. Der Arzt kann dann zu jedem Zeitpunkt und an jedem Ort den Patientenzustand einschätzen und ggf. Intervenieren.

3D-Drucker in der Orthopädie zur Anfertigung individueller maßgeschneiderter Knieprothesen. Auch Herzoperationen sind mit Hilfe von gedruckten Organen besser plan- und durchführbar.

Diese Beispiele zeigen, wie groß das Potenzial ist. „Von Daten über Informationen zu Wissen“ lautet das Motto. Wenn dann noch das Motto „Daten bewegen und nicht den Patienten“ hinzutritt, dann ist die digitale Medizin mit einer sektorenübergreifenden digitalen Vernetzung kombiniert. Dies ist besonders in Flächenländern mit einer geringen Bevölkerungs- und Facharztdichte und einer negativen Bevölkerungs- und Altersentwicklung von großer Bedeutung.

Für den Ausbau der digitalen Medizin ist der Aufbau der Telematikinfrastruktur das zentrale Instrument für eine sichere Kommunikation im Rahmen einer vernetzten Versorgung. Auf dieser Basis können effiziente Versorgungsprozesse aller Beteiligten über die Sektorengrenzen hinweg etabliert werden.

Beispiele für Projekte zur digitalen Medizin an der Universitätsmedizin Rostock (UMR)

Im ersten Schritt ist die UMR intern derzeit dabei, sämtliche Dokumente auf elektronische Form umzustellen, um diese dann in einer digitalen Archivlösung für alle Mitarbeiter und beteiligte Ärzte außerhalb des Unternehmens verfügbar zu machen. In diesem Zusammenhang hat die UMR das Projekt „vernetzte Chirurgie“ aufgesetzt. Die wesentliche Motivation für die Initiierung des Projektes war die Ausgangssituation hinsichtlich der unzureichenden Kommunikation im Flächenland Mecklenburg Vorpommern (MV). Der Informationsaustausch erfolgt bislang überwiegend per Telefon, Post, Fax oder persönlich. Dies ist auf Grund eines hohen Zeitaufwandes, von Sicherheitslücken und der Erzeugung zusätzlicher Kosten im Gesundheitswesen inadäquat. Entsprechend startete die UMR ein Projekt mit dem Schwerpunkt, ein flächendeckendes Kommunikationsnetzwerk zu etablieren, das es allen Behandlungspartnern ermöglicht, auf einfache Art und Weise, sicher, unter Einbindung des Patienten, miteinander zu interagieren. Die Prozessabläufe zwischen Ärzten im stationären- und ambulanten Bereich sollen vereinfacht werden, um insbesondere die medizinische Versorgung auf dem Land zu verbessern. Zentraler Bestandteil ist die digitale Vernetzungsplattform, welche mit Hilfe der Firma health-network Deutschland (hnw) etabliert wurde. Diese ist eine etablierte Software-unabhängige Kommunikationsplattform, welche die Vernetzung von Ärzten in Klinik und Niederlassung, sowie zwischen allen weiteren Leistungserbringern im Gesundheitswesen medienbruchfrei ermöglicht. Der Datenaustausch erfolgt über ein VPN-Intranet, das die maximalen Sicherheitsstandards erfüllt. Kostenpflichtige Pflege des Softwareprodukts bzw. Updates entfallen. Integraler Bestandteil der Plattform ist die elektronische Patientenakte (ePA), welche alle stets aktuellen Patientendaten, wie z.B. Diagnosen, radiologische sowie klinische und laborchemische Befunde, speichert. Die Aufklärung und Einwilligung des Patienten voraussetzend, kann jeder Behandlungspartner die Akte einsehen und erweitern. Derzeit erfolgt die Testung der Vernetzungsplattform zwischen der UMR und den niedergelassenen Ärzten in der Praxis. Die Abteilung für Allgemeine, Thorax-, Gefäß- und Transplantationschirurgie wurde ausgewählt, um den Praxistest durchzuführen. Die Klinik verfügt über ein Zentrales Patientenmanagement, über das alle elektiven Patienten laufen. Ziel ist es, die Befunde zu sichten und zu ergänzen, Termine mit den Praxen über die digitale Plattform zu koordinieren und Termine für Spezialsprechstunden zu vereinbaren. Darüber hinaus soll von hier aus die prospektive Planung der OP-Termine und ggf. auch die dafür notwendigen Intensivkapazitäten erfolgen. Aktuell sind Ärzte der Abteilung für Allgemeinchirurgie, sowie niedergelassene Ärzte an die Plattform angeschlossen und können Patientendaten in Form von Arztbriefen und Befunden austauschen.

Nach der Testphase werden weitere Abteilungen der UMR mit den zuweisenden Arztpraxen, Krankenhäuser sowie anderen Leistungserbringern im städtischen und insbesondere ländlichen Bereich mit der Kommunikationsplattform verbunden. Ein Ausbau dieser Funktionalität bis hin zu einem Kalendersystem, bei dem der niedergelassene Arzt für seine Patienten Termine buchen kann, ist zurzeit in Planung und wird auf seine Tauglichkeit hin, geprüft.

Im Rahmen eines Antrages für den Innovationsfonds beim G-BA hat die UMR zusammen mit der Firma Philips, der AOK Nordost und der TK einen Antrag für die digitale Herzmedizin Mecklenburg-Vorpommern (MV) gestellt. Thematisch handelt es sich um den Aufbau eines sektorenübergreifenden Care-Centers zur Versorgungsoptimierung chronischer Herzerkrankungen in MV. Herzstück dieses Antrages ist eine Vernetzungsplattform, die dem Care-Center zur Verfügung steht, über das Patienten nach Risikoadjustierung ihrer Erkrankung eingepflegt und nachverfolgt werden. Die Vernetzungsplattform wird aus drei Ebenen bestehen: einem Care-Center mit Betreuungsfunktion, verschiedenen Versorgungsinstrumenten sowie einem umfassenden Datenmanagement-Tool, basierend auf einer IT-Plattform. Dazu werden verschiedene, leistungsfähige IT-Instrumente und -Strukturen unterstützend genutzt, um die oft räumlich großen Entfernungen bestmöglich überwinden zu können.

Das Care-Center der Vernetzungsplattform umfasst:

- 24-h-Bereitschaftsdienst an 7 Tagen/ Woche, durch medizinisch geschultes Personal und Service-Hotline
- Anbindung verschiedener internerer (Allgemeinmedizin, Kardiologie, Herzchirurgie und Kardioanästhesie) und externer Akteure (z. B. Patient, Hausarzt, Apotheke etc.)
- Transparente Darstellung der Patientenereignisse, der medizinischen Geschichte und der Behandlungspfade
- Datenmanagement-Tool und IT-Plattform
- Vollständige Datendokumentation des Patienten (Patientenakte) inkl. Vitalparameter und Medikation
- Anbindung unterschiedlicher Software, Geräte bzw. Implantate zur Zustandserfassung des Patienten
- Automatisierte und manuelle Eingabeoption der elektronischen Dokumentation (z. B. mit Vitalparameter oder Behandlungspfade), je nach Bedarf.

In der Abbildung 1 ist beispielhaft das Zusammenspiel von digitaler Plattform und Care-Center-Funktion dargestellt.

Bei Eintritt eines akuten Ereignisses ruft der Patient beim Care-Center an, über das Patienten nach Risikoadjustierung ihrer Erkrankung eingepflegt und nachverfolgt werden. Über eine digitale Plattform erfolgt dann der Datenaustausch relevanter Daten, wie z. B. Arztbrief, Medikamentenplan und Allergieplan. Darüber hinaus sollen Daten – nach Zustimmung durch den Patienten – über spezielle Devices und ggf. Wareables von der Waage und der Blutdruckmessung bis zur Herzfrequenzmessung innerhalb dieser Plattform erfasst werden, um nach einem abgestuften Algorithmus den Patienten über ein Ampelsystem zu führen. Der Fallmanager des Care-Centers wird dann die Plattform abfragen und die Daten der Patienten aus verschiedenen Quellen (Telefon, Arzt, Technik beim Patienten wie Wareables, Waage, Blutdruckmessgerät etc.) zusammenführen, um weitere Therapieentscheidungen treffen zu können. Die Fallmanager verfolgen die Patienten ggf. engmaschig, entsprechend ihres Risikoprofils bzw. des Schweregrades der Erkrankung, bis in die häusliche Umgebung. Bei Auffälligkeiten (medizinisch und psychosozial) stimmen sie sich mit den übrigen Behandlungsbeteiligten, nach der Dringlichkeitsstufe der festgestellten Probleme, ab. Erst danach leiten sie eine angemessene Versorgung ein und beugen so einer Fehlversorgung vor.

Im Rahmen der Optimierung digitaler Prozesse möchte die UMR zukünftig ihre digital ver-

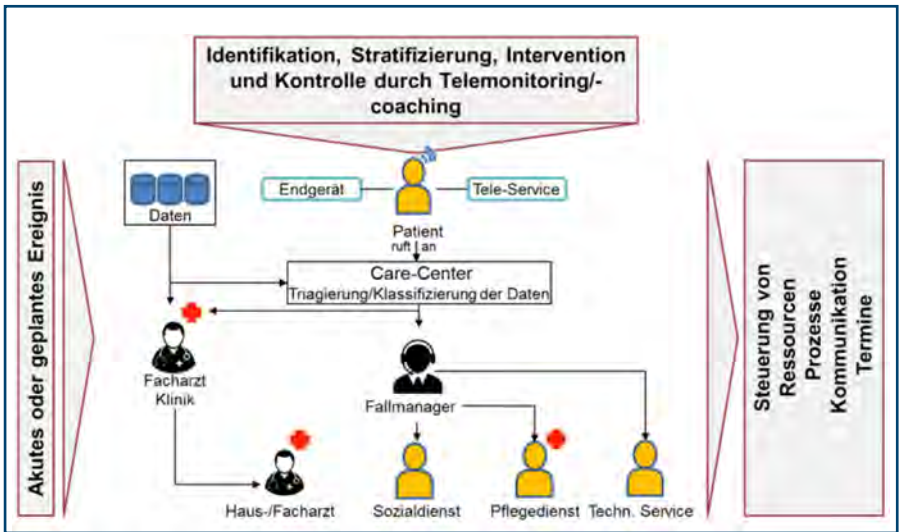


Abbildung 1: Care-Center und ehealth Plattform im Rahmen einer vernetzten Medizin

fügbaren Daten den Ärzten auf mobilen Endgeräten zur Verfügung stellen. In diesem Zusammenhang wird geprüft, wie klinische Informationssysteme und die Verfügbarkeit elektronischer Daten über iPads und iPhones dem Arzt Zeitersparnis in der Behandlung von Patienten mitbringen können.

Ausblick

Die demographische Entwicklung in Deutschland sowie die Veränderung von soziokulturellen Faktoren wie Lebensweise und Ernährung führen zu einem deutlichen Anstieg chronischer Krankheiten. Um einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung in allen Teilen des Landes gerecht zu werden, bedarf es einer planmäßigen und zeitnahen Umsetzung folgender Schwerpunkte:

- Aufhebung der sektoralen Trennung in der Versorgung
- Bündelung aller Ressourcen
- Individuelle Versorgungsstrukturen und Vernetzung
- Auf- und Ausbau aller Teilaspekte der digitalen Medizin.

Die Schaffung von „vernetzten Datenautobahnen“ stellt eine entscheidende Einstiegshürde für eine hinreichend funktionierende digitale Medizin dar. Insbesondere telemedizinische Anwendungen bieten eine hervorragende Plattform, um ergänzende bzw. unterstützende Systeme zu etablieren, welche sich auf Schwerpunkte von Krankheitsbildern bzw. Indikationen konzentrieren. Der Einsatz der Telemedizin birgt großes Potential für eine Qualitätsverbesserung und -sicherung in der medizinischen Versorgung. Patienten profitieren vor allem von einer schnellen und unkomplizierten Diagnose. Sie können von Fachärzten und Spezialisten untersucht werden, ohne räumlich an den entsprechenden Arzt gebunden zu sein. Ärzte aus anderen Krankenhäusern können Untersuchungen durchführen und die Ergebnisse sofort übermitteln. Damit verringern sich unnötige Krankentransporte und Mehrfachuntersuchungen.

Foto: © Coloures-pic/fotolia.com

Ein zentraler Lösungsansatz liegt dabei in der verstärkten Individualisierung von Behandlungsmethoden und Produkten im Bereich der diagnostischen und therapeutischen Intervention mit dem Ziel, das Therapieergebnis durch Einbeziehung individueller Daten des Patienten maßgeblich zu verbessern. Implantierte sowie externe Sensoren ermöglichen eine lückenlose Informationsbasis über den Gesundheitszustand der Patienten. Diese Informationen werden jedoch erst dann therapierelevant, wenn sie gezielt ausgewertet und zu Behandlungsempfehlungen führen. Das volle Optimierungspotenzial entfaltet diese Lösung, wenn das Leistungsangebot die gesamte Versorgungskette umfasst und gleichzeitig in ein ganzheitliches Monitoring eingebettet ist. Von der Primärprävention über die Diagnostik samt Stratifizierung hin zur Therapie und Nachsorge erhält der medizinische Leistungserbringer „Alles aus einer Hand“ und kann so selbst wiederum dem Patienten eine bessere Versorgung anbieten. Die Implementierung eines sektorenübergreifenden und zentralisierten Informationssystems erlaubt eine kontinuierliche Erhebung und Auswertung von patientenbezogenen und behandlungsrelevanten Daten, die Integration der Daten in den weiteren Versorgungsablauf und in Wissensmanagementsysteme. Damit wäre die Grundlage für eine leitliniengerechte und evidenzbasierte Therapie gelegt.

Kontaktadressen der Autoren:
Prof. Dr. Christian Schmidt MPH
Ärztlicher Vorstand und Vorstandsvorsitzender
Universitätsmedizin Rostock
Ernst-Heydemann-Straße 8, 18057 Rostock

Dr. rer.pol. Bernd Hillebrandt
Geschäftsführer UMR Versorgungsstrukturen GmbH
Universitätsmedizin Rostock
Ernst-Heydemann-Straße 8, 18057 Rostock

PD Dr. med. M. A. Weber

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Das IQTIG macht ernst

Das Institut für Qualitätssicherung in der Medizin (IQTIG) hat am 31.08.2016 seinem Auftraggeber, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), sein Konzept zur Einführung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren für die Nutzung der bestehenden externen Qualitätsindikatoren (esQI) vorgelegt. Die methodischen Probleme dieser in keiner Weise für planungsrelevante Entscheidungen entwickelten Qualitätsindikatoren waren allen klar. Mit keinem Wort erwähnt werden kritische Einschätzungen der Bundesfachgruppen zu den esQS aus dem Jahre 2015, die die Mehrzahl der esQS Indikatoren schon für den Regelbetrieb der Qualitätssicherung sehr problematisch sieht. Aber vor allem die Kassen wollten eine rasche Lösung und auf keinen Fall die Entwicklung neuer, geeigneter und rechtssicherer Indikatoren abwarten, da das Jahre dauern kann. 12 Indikatoren aus dem Bereich Gynäkologie, Geburtshilfe und Mamachirurgie wurden ausgewählt. Der GBA muss jetzt die Umsetzung des Konzeptes beschließen.

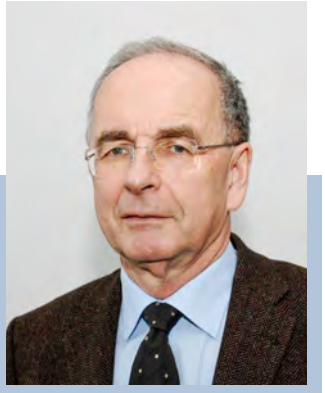
Vorbericht des IQTIG

Das IQTIG hat am 18.07.2016 seine Vorschläge in einem ca. 180 Seiten umfassenden Vorbericht vorgestellt, auch um, wie gesetzlich vorgesehen, den Fachgesellschaften und Verbänden Gelegenheit für eine Stellungnahme zu geben.

Aus den zahlreichen Indikatoren der externen Qualitätssicherung hatte das IQTIG ursprünglich 22 aus dem Bereich der Gynäkologie, Geburtshilfe, Mamachirurgie und Herzchirurgie ausgewählt. Als Argument wird angeführt, dass nur in diesen Bereichen die Qualität der Arbeit einer Fachabteilung durch die esQI ausreichend repräsentativ abgedeckt wird, um für eine Planungsrelevanz geeignet zu sein. Alle übrigen Fachbereiche bleiben vorerst außen vor.

Das IQTIG führt neu den Begriff der „Patientengefährdung" ein, der ursprünglich aus dem Katastrophenschutz stammt. Er ist abgeleitet aus dem etablierten Konzept der Patientensicherheit und soll den Zustand eines anhaltenden inakzeptablen Mangels der Versorgungsqualität bezeichnen. Nur damit glaubt das IQTIG eine rechtsichere Grundlage für Sanktionen sprich Zwangsschließungen von Kliniken und Abteilungen bei Qualitätsmängeln zu haben, die auch gegenüber dem Recht auf freie Berufsausübung Bestand hat. Dieses Konstrukt steht im Widerspruch zu dem international eingeführten Prinzip der Patentensicherheit und Prävention, das eben genau nicht auf der Suche nach Schuld und Strafe ist, sondern nach Qualitätsverbesserung im Dialog.

Wird eine Abteilung oder Klinik in den ausgewählten esQI auffällig, sollen die Daten, bzw. deren Erfassung durch den MDK validiert werden. Der strukturierte Dialog wird ausgesetzt. An seiner Stelle, also an Stelle der Prüfung durch die Fachgruppen, soll das IQTIG die endgültige Wertung übernehmen. Für diesen Prozess wird der neue Begriff Kommentierung (ursprünglich Verifizierung genannt) geprägt. Medizinische Experten sollen dabei beteiligt werden, das IQTIG möchte dabei aber die Fachgesellschaften außen vor lassen, da sie deren Experten einen Interessenskonflikt durch die Zugehörigkeit zu den Leistungserbringern unterstellt!



PD Dr. med. M. A. Weber

Der Bericht beschreibt im Weiteren die Umsetzung des Verfahrens, den Datenfluss, die Datenvalidierung, aber zu wenig die erheblichen Probleme der Referenzbereiche, der Evidenz und der Risikoadjustierung von esQI.

Stellungnahme der medizinischen Fachgesellschaften und Verbände

Die genannten Vorschläge bzw. das gesamte 180 Seiten

umfassende Konzept im sogenannten Vorbericht des IQTIG wurden den 36 medizinischen Fachgesellschaften, der Bundesärztekammer, der DKG und dem Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung sowie vielen anderen übermittelt, und sie gleichzeitig zu einer Stellungnahme innerhalb von 14 Tagen aufgefordert. 51 Stellungnahmen gingen trotz der extremen Kürze der Zeit beim IQTIG ein und sollen insgesamt ca. 400 Seiten stark sein.

Trotz allem Verständnis für die schwierigen Auftrag des IQTIG unter dem enormen Zeitdruck war die Kritik fast aller an dem Vorbericht mehr als deutlich. Besonders betrifft dies das Konzept der Patientengefährdung, wie auch die Auswahl der esQI. Die alleinige Datenvalidierung durch den MDK (im Krankenhausstrukturgesetz bereits so vorgesehen) ist wohl unverrückbar, aber der Facharzt und – wo von der Weiterbildungsordnung vorgesehen –, der Schwerpunkt oder die Zusatzbezeichnung müssen für die „Validierenden" eingefordert werden. Auch der noch unklare letzte Entscheidungsprozess durch das IQTIG, jetzt Kommentierung genannt, bzw. die Art und Weise des Einbezugs von medizinischen Experten muss vor Inkrafttreten geklärt werden.

Abschlussbericht des IQTIG

Das IQTIG hat inzwischen zwar seinen Abschlussbericht beim GBA fristgerecht zum 31.08.2016 abgegeben, aber er ist vertraulich, bis zur Veröffentlichung des GBA in der Sache.

Bekannt geworden ist, dass man auf die esQI der Herzchirurgie mangels Planungsrelevanz bzw. Eignung der Indikatoren verzichtet, aber die der Gynäkologie und Geburtshilfe wohl belassen hat. Das führt bei den betroffenen Fachkollegen zum Teil zu blankem Entsetzen, da man einen Teil dieser Indikatoren gerade für besonders ungeeignet hält und dies auch ausführlich begründet hat. Ob das IQTIG im Übrigen den in den Stellungnahmen dringend angemahnten Korrekturbedarf umgesetzt hat, bleibt unklar. Die Kritik insbesondere am Konzept der Patientengefährdung hat wohl zu keiner Änderung geführt. Wie der GBA nun entscheiden wird, ist noch offen, aber die Bereitschaft zu wesentlichen und an sich dringend notwendigen Nachbesserungen scheint bisher gering. Letztlich erklärlich, von ihm stammen ja die wesentlichen Vorgaben. Das macht die ganze Sache aber nicht besser, zeigt aber den Weg auf, wo jetzt Verbesserungen eingefordert werden müssen.

Foto: © pico/fotolia.com

Mangelnde Transparenz

Denn was nützen Stellungnahmen, wenn man erst nach Vorliegen des Beschlusses erfährt, ob wesentliche Kritikpunkte berücksichtigt wurden. Alles im GBA wird vertraulich behandelt. Gerade bei der Komplexität der Materie wäre Transparenz das oberste Gebot, so wie sie selbstverständlich bei der Qualitätssicherung in den Kliniken gefordert wird. Damit macht das IQTIG seinem Namen, in dem ja der Begriff Transparenz enthalten ist, keine Ehre.

Viele offene Fragen

Wie gehen wir damit um, wenn sich das IQTIG über die eindeutigen Empfehlungen der Fachgesellschaften hinwegsetzt? Ist die letzte Pressemeldung des IQTIG zum strukturierten Dialog aus 2015, die von Hinweisen auf mögliche Qualitätsprobleme bei 83,3% der deutschen Kliniken spricht, obwohl bekannt war, dass diese Auffälligkeiten in den meisten Fällen durch den strukturierten Dialog mit den Experten als unbedenklich eingestuft worden waren, ein Vorgeschmack auf das, was auf uns zu kommt? Warum dieser Zeitdruck in einem so komplexen Vorgang, mit Vorgaben durch den GBA, der dem IQTIG keinen Spielraum zu einer wirklich fundierten Lösung lässt? Findet hier nur an ein Testlauf des Verfahrens und des Ablaufs von

Datensammelstellen und Datenfluss statt? Soll hier das Verfahren ans Laufen gebracht werden, damit man es dann beliebig auf weitere Fachbereiche kurzfristig ausdehnen kann? Warum ist wieder keine Begleitforschung geplant? Wie gelingt es uns, dass die Vorschläge der medizinischen Fachgesellschaften ebenso gehört und umgesetzt werden, wie die des GKV Spitzenverbandes und des MDK?

Wir reden nicht mehr auf Augenhöhe, die Mehrheitsverhältnisse im GBA sind nicht ausgewogen und führen zu solch problematischen Entscheidungen. Hier geht es nur vordergründig um Qualitätsverbesserung, in Wirklichkeit um die Möglichkeit von Klinikschließungen. Dies kann bei anhaltenden eklatanten Qualitätsmängeln zwingend notwendig werden, aber es ist ohne ein Peer Review der Fälle nicht rechtssicher abzubilden. Der MDK ist hier überfordert und nicht wirklich unabhängig. Es besteht die Gefahr, dass die Vertraulichkeit im GBA, die jetzt eine sachliche und fachliche Auseinandersetzung im Sinne einer guten Lösung verhindert, zum Geburtsfehler der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wird. Dies gefährdet langfristig die inzwischen weit entwickelte Qualitätssicherung in Deutschland.

Kontaktdaten des Autors:
PD Dr. Michael A. Weber
Vizepräsident des VLK
E-Mail: pd.dr.m.weber@gmail.com

Impressum

Herausgeber:
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0
www.vlk-online.de, info@vlk-online.de
Organ des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.
Chefredaktion:
Dipl.-Volkswirt Gerd Norden
Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0, Fax: (0211) 45419 14
E-Mail: info@vlk-online.de

Prof. Dr. med. Karl Heinz Schriefers
Karl-Härle-Straße 9, 56075 Koblenz
Telefon: (02 61) 5 66 44, Fax: (02 61) 5 10 05
Satz:
creativ-studio arenz GmbH, Rotenburg
Redaktionsbeirat:
Dipl.-Volkswirt Gerd Norden (Düsseldorf),
Prof. Dr. Dietrich Paravicini (Bielefeld),
Prof. Dr. Günter Schmoz (Meißen),
PD Dr. Michael A. Weber (Dachau),
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser (Scheeßel)
Verantwortlich für Arzt und Recht:
Rechtsanwalt Bernd Klostermann
Kortumstraße 100, 44787 Bochum
Telefon: (0234) 961650, Fax: (0234) 9616599

Das Onlinemagazin und alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfälti gungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Für zugesandte Manuskripte, Bildmaterial und Zuschriften wird keinerlei Gewähr übernommen.

Arzt und Krankenhaus erscheint monatlich als Online-Magazin.

Positionspapier des VLK zur Entwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren

1.
Der VLK unterstützt ausdrücklich eine sachgerechte und mit Augenmaß geführte „Qualitätsoffensive“, die zu einer Verbesserung der qualitativen Standards bei der Versorgung der Bevölkerung im stationären Bereich führen kann.

2.
Vor diesem Hintergrund hat der VLK erhebliche – methodische und inhaltliche – Bedenken, dass dieser Weg auf der Basis des vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vorgelegten Abschlussberichtes zur „Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ zielführend beschritten werden kann.

Aus VLK-Sicht sind hier folgende Kritikpunkte anzuführen

2.1 Aus Sicht des IQTIG ist die Patientengefährdung das entscheidende Selektionskriterium für die Beurteilung planungsrelevanter Indikatoren, anhand derer unzureichende Qualität der Leistungserbringung im Krankenhaus gemessen werden soll.

Das Konzept „Patientengefährdung“ ist abzulehnen und steht im Widerspruch zu dem international üblichen Prinzip der Patentensicherheit und Prävention, das – im Gegensatz zum Konzept „Patientengefährdung“ – nicht auf der Suche nach Schuld und Strafe basiert. Der Begriff „Patientengefährdung“ stammt aus dem Katastrophenschutz und ist nach Expertenmeinung rechtsunsicher. Es handelt sich um ein Konstrukt zur Legitimierung der Einschränkung der beruflichen Praxis in Planungsentscheidungen. Es ist zu befürchten, dass die positiven Entwicklungen in der Qualitätsverbesserung durch dieses Konzept langfristig gefährdet werden.

2.2 Durch das für die Auswahl der mit Qualitätsindikatoren zu überziehenden Fachbereiche gewählte Repräsentationsprinzip wurden zwei Leistungsbereiche ausgewählt, die für qualitätsorientierte Krankenhausplanung eine allenfalls geringe Aussagekraft und Relevanz aufweisen. Politisch gewollte Vorgaben sind im Bereich der Herzchirurgie bereits erfüllt. Dies hat dazu geführt, dass dieses Fachgebiet im letzten Moment wieder entfernt wurde und nur der Bereich Gynäkologie/Geburtshilfe und Mamachirurgie übrig blieb. Dabei handelt es sich um zu kleine Fachbereiche, d.h. sie sind für relevante Gesamtaussagen über die Qualität eines Krankenhauses ungeeignet.

2.3 Vor dem Hintergrund existenzbedrohender Konsequenzen der Anwendung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Krankenhäuser ist eine stark ausgeprägte Evidenz-Basierung notwendig, auch um die Rechtssicherheit der empfohlenen Qualitätsindikatoren zu gewährleisten. Der Nachweis des Zusammenhangs zwischen Prozessstandard und potentiellem Schadensereignis muss demnach wissenschaftlich hochgradig abgesichert sein. Dies ist bei einem Teil der ausgewählten Indikatoren nicht gegeben.

2.4 Bei der Validierung der von den Krankenhäusern an die Daten-Annahme-Stelle gelieferten Daten der externen stationären Qualitätssicherung (esQS) bedarf es der qualitativen Aufrüstung des MDK, indem ausschließlich Fachärzte und – wo entsprechend der Weiterbildungsordnung gegeben – Fachärzte mit Schwerpunkt eingesetzt werden.

2.5 Die im Vorbericht noch „Verifizierung der Daten“ genannte, jetzt als „Kommentierungsverfahren“ inklusiver fachlicher Klä-

rung bezeichnete abschließende Stellungnahme des IQTIG von auffälligen Leistungserbringern bedarf einer Klärung hinsichtlich der Einbindung eines Teams medizinischer Fachexperten. Sie müssen einerseits vor jeder planungsrelevanten Entscheidung zwingend hinzugezogen werden, andererseits bedarf es eines Besetzungsrechts durch die Fachgesellschaften (mindestens 50 %). Die Argumentation des IQTIG, dass Fachexperten durch ihre Zugehörigkeit zu den Leistungserbringern nicht frei von Interessenskonflikten seien und daher nicht beteiligt werden können, wird strikt abgelehnt. Mit dieser Argumentation wäre keines der in der Qualitätssicherung erfolgreich eingeführten Peer Review-Verfahren mehr möglich.

2.6 Stellungnahme der Einrichtung: Das IQTIG lässt keine Einzelfallanalysen zu, sondern nur Ausnahmekonstellationen der Kliniken zu spezifischen Risikokonstellationen einer Klinik, die nicht in der Risikoadjustierung berücksichtigt sind, da alle anderen Faktoren in den statistischen Verfahren bewertet sind. Diese Argumentation ist abzulehnen, da die Risikoadjustierung der esQS unzureichend ist. Es sollen nur systematische Einflüsse erfasst werden, die es aber bei der Bewertung von Komplikationen häufig nicht gibt, insbesondere wenn diese selten auftreten. Hier ist die medizinische Konstellation des Einzelfalles mit all seinen Facetten entscheidend für die Bewertung, wie sie heute üblicherweise in Peer Review Verfahren bewertet wird.

2.7 Die für den Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe vom IQTIG empfohlenen Qualitätsindikatoren waren aus VLK-Sicht bereits als esQS Indikatoren überholt und ungeeignet und sind erst recht für den geplanten Zweck der Planungsrelevanz teilweise ungeeignet bzw. nach derzeitigem Stand des medizinischen Wissens nur zu einem geringen Teil zielführend.

Sie beinhalten besonders im Bereich der Geburtshilfe einen hohen Fehlanreiz zu einer Steigerung der Kaiserschnitte oder zur Unterdokumentation von Komplikationen.

2.8 Es dürfen nicht ungeeignet esQS aus dem Fachbereich Gynäkologie nur deshalb zum Einsatz kommen, um das Repräsentationsprinzip zu erhalten, um in einer Art Testlauf für planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu ermöglichen, der die Übertragung von esQI in andere Fachbereiche vorbereitet.

3.

Nach Auffassung des VLK kann die vorgenannte Zielstellung einer sachgerechten „Qualitätsoffensive" – nämlich die Verbesserung der qualitativen Standards bei der Versorgung der Bevölkerung im stationären Bereich – nachhaltig nur durch folgende Vorgehensweise erreicht werden:

3.1 Es müssen aussagefähige Indikatoren für die Bewertung der Ergebnisqualität der Krankenhausleistungen entweder aus dem Pool der esQS-Daten entnommen oder anderenfalls neu erarbeitet werden. Neue Indikatoren zur Ergebnisqualität, die wissenschaftlich fundiert und rechtssicher entwickelt werden, sind nicht im Schnellverfahren bereitzustellen, sondern erfordern einen Zeitraum von bis zu 10 Jahren. Sie müssen manipulations- und rechtssicher sein und einen möglichst geringen Fehlanreiz bieten.

3.2 Die Heranziehung von Indikatoren zur Struktur- und Prozess-Bewertung von Krankenhausleistungen sollte vor dem Hintergrund möglicher existenzgefährdender Konsequenzen für die Krankenhäuser nicht oder nur bei gesicherter Gegenfinanzierung erfolgen. Bei diesen Indikatoren werden aller Voraussicht nach kostenintensive Vorgaben im Personal- und Sachkostenbereich durch den G-BA getätigt, die vor dem Hintergrund der seit Jahren zu konstatierenden Unterversorgung der Krankenhäuser im Betriebskostenbereich und vor allem auch im Bereich der Investitionsfinanzierung nur schwer erfüllt werden können.

3.3 Zur Vermeidung einer in qualitativer Hinsicht unterschiedlichen Entwicklung der stationären Versorgung in den einzelnen Bundesländern macht die Vorgabe planungsrelevanter Qualitätsindikatoren nur dann Sinn, wenn die entwickelten Qualitätsindikatoren bundesweit einheitlich angewendet werden müssen.

3.4 Das gesamte Verfahren im GBA und IQTIG bedarf dringend einer Transparenz. Es liegen von 51 Fachgesellschaften und Verbänden Stellungnahmen zu dem Vorbericht des IQTIG vor, die konkrete, wissenschaftlich begründete Einwände gegen das jetzt geplante Verfahren enthalten. Sie sollen beim IQTIG bis zur Abschlussentscheidung in der Sache beim GBA unter Verschluss bleiben. Dies verhindert jeden konstruktiven Dialog in diesem komplexen Verfahren zwischen den medizinischen Fachleuten und dem GBA/IQTIG in der entscheidenden Phase der Entwicklung. Dies ist nicht zu akzeptieren, da es zu unausgewogenen Entscheidungen vor allem bei den Mehrheitsverhältnissen im GBA führt.

Friedhelm Gieseler

Risikofreie Rendite trotz Niedrigzins

Schon seit Jahren leben wir in Deutschland praktisch im Null-Zins-Zeitalter. Doch das ist kein Grund zur Resignation. Mit der Entgeltumwandlung über das Krankenhaus ist eine ordentliche Rendite bei der Altersversorgung trotz der aktuellen Zinssituation drin.

Und das ganz ohne Risiko. Ärztinnen und Ärzte profitieren dabei von der so genannten System-Rendite.

System-Rendite – was ist das? Dazu muss man ein klein wenig ausholen und sich erst einmal die konventionellen Formen der privaten Altersversorgung von Medizinern anschauen. Wer seine Altersversorgung privat organisiert, tut dies in Erwartung einer späteren Rendite. Bei der aktuellen Zinssituation ist da jedoch nicht allzu viel zu erwarten.

Die Renditen sind mager – und die Unterschiede zwischen den verschiedenen Produkten, die von diversen Bank- oder Versicherungsberatern angeboten werden, meist marginal. Innerhalb dieser herkömmlichen Logik gibt es daher für leitende Krankenhaus-Ärztinnen und -Ärzte, die für das Alter vorsorgen wollen, kaum nennenswerten Vorteile und Gewinne.

Denn bei dieser konventionellen Altersversorgung hängt alles an der so genannten Produkt-Rendite. Nur die ist bei der aktuellen Zinssituation nur bedingt in der Lage, den Lebensstandard im Alter zu sichern und die Versorgungslücke zwischen aktuellem Gehalt und der späteren Rente einigermaßen zu schließen. Jedes Prozent mehr Rendite wird mit einem ansteigenden Risiko der Anlage erkauft. In der Regel möchte man diese Risiken für die Altersversorgung nicht eingehen.

Die Betriebsrente bietet hier einen systematischen Vorteil. Denn neben der Produkt-Rendite kommt als weitere Renditequelle die System-Rendite dazu. Diese entsteht aus der nachgelagerten Versteuerung, weil der Grenzsteuersatz (Steuersatz auf den oberen Teil des Einkommens) im Ruhestand regelmäßig geringer ist als in der aktiven Zeit.

Allerdings kann diese Form der

Abbildung 1

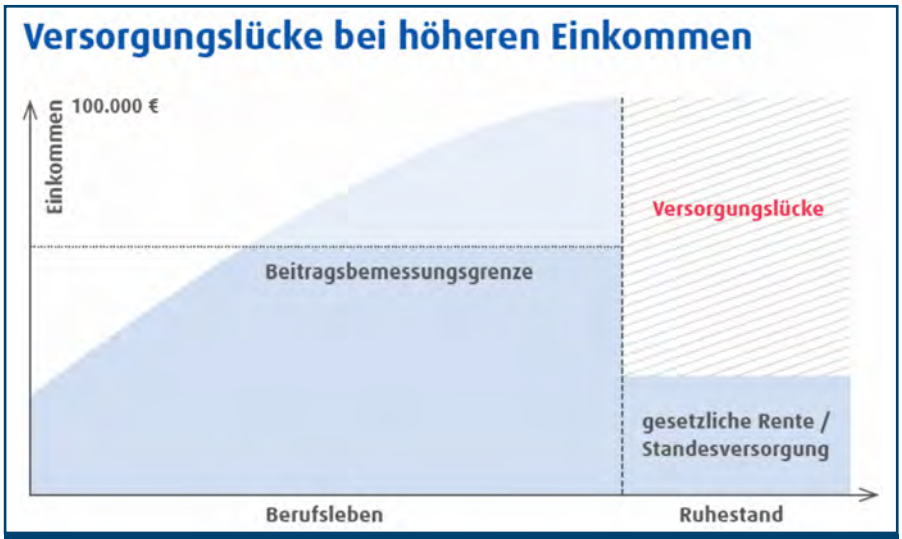


Abbildung 2

unbegrenzt steuerlich geförderten Altersversorgung nur über den Arbeitgeber umgesetzt werden. Diese so genannte Entgeltumwandlung zum Aufbau einer Betriebsrente ist ein Angebot des Arbeitgebers. Auch im Vergleich zur privaten Rürup- oder Basisrente hat die Betriebsrente Vorteile: Erstens die volle steuerliche Befreiung der Beiträge, zweitens keine Begrenzung nach der Höhe und drittens die Kapitalwahlmöglichkeit.

Das Branchenversorgungswerk KlinikRente und der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands kooperieren seit langem, wenn es um die Betriebsrente geht. So wird den leitenden Ärztinnen und Ärzten neben einer im Marktvergleich attraktiven Produkt-Rendite – für 2016 sind das 3,6 % – zusätzlich eine stabile und von Risiken unabhängige System-Rendite ermöglicht.

Wie sieht das nun konkret in der Praxis und im Detail aus. Ein Rechenexempel macht das deutlich: Erwerbseinkommen und Renten sind der progressiven Einkommensbesteuerung unterworfen. Wieviel Steuer gezahlt werden muss bestimmt das jeweilige zu versteuernde Einkommen. So wird für ein monatliches Einkommen von 1.000 Euro eine Steuer von nur 14 % fällig. Bei einem Monatseinkommen von 10.000 Euro sind es dann mindestens 45 %.

Nun muss der Blick auf die Versorgungslücke gerichtet werden. Das ist die Lücke zwischen dem aktuellen hohen Einkommen eines berufstätigen Arztes und den vergleichsweise niedrigen Ruhestandsbezügen. An dieser Stelle kommt die System-Rendite ins Spiel. Denn damit wird eine Besteuerung im Erwerbsleben vermieden und auf den späteren Ruhestand verschoben.

Der Effekt wird im Schaubild deutlich gemacht. Kurz zusammengefasst bedeutet dies für einen Arzt mit einem Einkommen von 10.000 Euro brutto: von jeweils 1.000 Euro bleiben ihm bei einem Steuersatz von 45 Prozent 550 Euro netto. Nun kann er aber z. B. einen Anteil von 1.000 Euro seines Erwerbseinkommens brutto direkt in die KlinikRente-Altersversorgung geben. Diese kommen dort auch in voller Höhe an. Wechselt der Arzt im nächsten Jahr in den Ruhestand, bekommt er die 1.000 Euro wieder ausgezahlt. Die muss er jetzt versteuern. Zugleich ist sein Einkommen in der Rente in der Regel niedriger als zu Berufszeiten. Bei einem beispielhaften Steuersatz von dann nur 40 Prozent bleiben ihm von den 1.000 Euro brutto nun 600 Euro netto übrig. Beim noch angestellten Arzt wären es nur 550 Euro netto gewesen.

Foto: © Gina Sanders/fotolia.com

Diese Differenz von neun Prozent stellt die System-Rendite dar. Sie ist nicht das Resultat von unsicheren Versprechen auf etwaige Gewinnaussichten. Sie ergibt sich vielmehr ganz aus der Systematik der nachgelagerten Besteuerung und ist deshalb ohne Anlagerisiken.

Fazit: Die Niedrig-Zins-Situiation verändert die Ruhestandsplanung. Deshalb überprüfen aktuell immer mehr leitende Ärzte ihre persönliche Vorsorgesituation und machen sich ein eigenes Bild. Gerade auf Grund der Nachfrage von leitenden Ärzten, bieten immer mehr Krankenhäuser die Entgeltumwandlung mit KlinikRente.Plus. In jedem Falle ist es sinnvoll, beim Krankenhausträger oder der Geschäftsführung aktiv nachzufragen. Alternativ kann man sich auch Angebote einholen und mit diesen dann auf die Geschäftsleitung zugehen.

Mehr Informationen unter www.klinikrente.de/aerzte---fuehrungskraefte.html

Kontaktadresse des Autors:
Friedhelm Gieseler
Geschäftsführer
Betriebliches Versorgungswerk KlinikRente
Robert-Perthel-Straße 4, 50739 Köln

Marcus H. Rexfort

Wenn das Einkommen ausfällt

Ihr Einkommen ist die Grundlage Ihrer Existenz. Es ist heute wichtiger denn je, sich gegen die Folgen einer Berufsunfähigkeit ausreichend zu schützen. Als Arzt sind Sie Mitglied eines leistungsstarken berufsständischen Versorgungswerks, das bereits nach dem dritten bezahlten Beitrag eine Berufsunfähigkeitsrente zahlt. Damit haben Sie deutliche Vorteile gegenüber den Mitgliedern der gesetzlichen Rentenversicherung.

Optimale Ergänzung zum Versorgungswerk. Berufsunfähigkeit kann jeden treffen – sei es durch Krankheit oder Unfall. Beim Verlust der Arbeitskraft kann der gewohnte Lebensstandard oft nicht aufrecht erhalten werden. Die Leistungen der beruflichen Versorgungswerke bestehen grundsätzlich nur, wenn der Arzt:

- zu 100 % berufsunfähig ist und
- seine Zulassung zurück gibt.

Unser als befristete Aktion beginnender Kollektivvertrag soll primär zur Reduzierung eines Versorgungsdeltas einer Berufsunfähigkeitsvorsorge (BU) dienen. Immer wenn ein VLK-Mitglied einen Karriereschritt vollzieht, bildet sich eine Versorgungslücke bei der materiellen Absicherung, vorab des Eintritts einer Berufsunfähigkeit. Über diesen Kollektivvertrag wird die Absicherung des BU-Risikos mit vereinfachter Gesundheitsprüfung ermöglicht.

Profitieren Sie jetzt von besonderen Rahmenbedingungen für VLK-Mitglieder: Berufsunfähigkeitsversicherung durch Angabe einer Dienstfähigkeitserklärung zu folgenden Fragen:

Waren Sie in den letzten zwei Jahren aus gesundheitlichen Gründen länger als zwei Wochen durchgehend oder sind Sie derzeit aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben?

Besteht bei Ihnen eine anerkannte Erwerbsminderung (MdE/GdS), Behinderung (GdB), Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder wurde ein solcher Antrag in den letzten zwei Jahren gestellt?

Die Highlights:

- Sie können eine BU-Rente in Höhe von bis zu 1.000 Euro (inkl. Bonus) einschließen.
- Das max. zulässige Eintrittsalter beträgt 50 Jahre bei Verwendung der DFE.
- Sie können durch eine Prämiendynamik von 3 % die Inflation ausgleichen.
- Die private Berufsunfähigkeitsversicherung leistet unabhängig vom Versorgungswerk.
- Eine garantierte monatliche Rente (ab dem 1. Tag) wird gezahlt, wenn Sie zu mindestens 50 % außerstande sind, Ihren Beruf auszuüben.
- Sicherheit ohne Wenn und Aber: Keine Verweisung auf andere Berufe bei Eintritt des Versorgungsfalls, egal ob Sie einen anderen Beruf ausüben könnten oder einen anderen Beruf konkret ausüben.
- Keine Meldepflichten: Sie erhalten rückwirkend Leistung auch dann, wenn Sie die Berufsunfähigkeit erst später melden. Außerdem müssen Sie uns nicht melden, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verbessert.

Ihr VLK bietet jetzt allen Mitgliedern, die Möglichkeit sich besonders effektiv abzusichern: mit einem leistungsstarken zusätzlichen, privaten Berufsunfähigkeitsschutz. **Befristet bis zum 31.03.2017.**

Alle weiteren Detailinformationen hierzu finden Sie auch unter www.rhvk.info/vlk

Foto: © WoGi/fotolia.com

Exklusives Angebot
– befristet bis zum 31.03.2017 –

VLK VERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V.

RhVk Rheinisches Versicherungskontor

Gut abgesichert, wenn Ihr Einkommen ausfällt.

Ihr Einkommen ist die Grundlage Ihrer Existenz. Es ist heute wichtiger denn je, sich gegen die Folgen einer Berufsunfähigkeit ausreichend zu schützen.

Als Arzt sind Sie Mitglied eines leistungsstarken berufsständischen Versorgungswerks, das bereits nach dem dritten bezahlten Beitrag eine Berufsunfähigkeitsrente zahlt. Damit haben Sie deutliche Vorteile gegenüber den Mitgliedern der gesetzlichen Rentenversicherung.

Optimale Ergänzung zum Versorgungswerk

Berufsunfähigkeit kann jeden treffen – sei es durch Krankheit oder Unfall. Beim Verlust der Arbeitskraft kann der gewohnte Lebensstandard oft nicht aufrecht erhalten werden.

Die Leistungen der beruflichen Versorgungswerke bestehen grundsätzlich nur, wenn der Arzt

- zu 100 % berufsunfähig ist und
- seine Approbation zurück gibt.

Mit einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie diese Lücke optimal schließen.

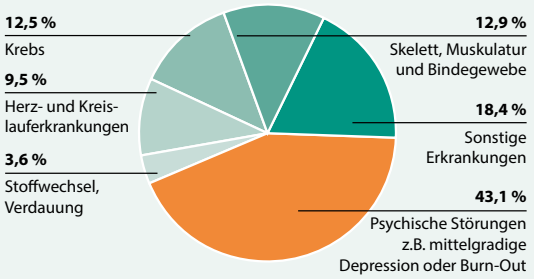
Das sind Fakten[1]:

- Jeder 4. Arbeitnehmer wird berufsunfähig.
- Berufsunfähigkeit ist keine Frage des Alters. Rund 30 % aller Betroffenen sind jünger als 45 Jahre.

1) Quelle: Deutsche Rentenversicherung)

Auslöser für den Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit

Krankheiten, die zur Erwerbsunfähigkeit führen:



Quelle: Deutsche Rentenversicherung 2014

Profitieren Sie jetzt von besonderen Rahmenbedingungen

- Berufsunfähigkeit mit lediglich zwei Gesundheitsfragen (Abgabe einer **Dienstfähigkeitserklärung**).
- Sie können eine Berufsunfähigkeitsrente in Höhe von bis zu 1.000 Euro (inklusive Bonus) einschließen.
- Das max. zulässige Eintrittsalter beträgt 50 Jahre.
- Sie können durch eine Prämiendynamik von 3 % die Inflation ausgleichen.
- Kombinieren Sie Berufsunfähigkeitsschutz mit Altersversorgung.

Wir geben Ihrem Glück den finanziellen Spielraum

Der Rechtsrat – kurz und bündig

Marc Rumpenhorst

Fragestellung:

Der dem Chefarzt einer Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe zugeleitete Stellenplan sieht vor, dass zwei auslaufende Assistenzarztstellen nicht wiederbesetzt werden, sondern die Planstellen um zwei VK gekürzt werden sollen. Hintergrund seien, so der Krankenhausträger, die für das aktuelle Jahr hochgerechneten Case-Mix-Punkte sowie die hierin enthaltenden Arzt-Personalkosten nach InEK, die die Wiederbesetzung der vakant werdenden Stellen nicht rechtfertige. Besteht ein Anspruch auf die Wiederbesetzung der vakant werdenden Stellen oder ist die Personalberechnung nach InEK verbindlich?

Antwort:

Dem Chefarzt obliegt nach den dienstvertraglichen Regelungen die Gewährleistung einer adäquaten Patientenversorgung; er ist für die medizinische Versorgung der Patienten seiner Abteilung verantwortlich. Auf der anderen Seite obliegt ihm (im Falle vertraglicher Übertragung) auch die Pflicht zur Einhaltung der Arbeitszeiten bzw. arbeitszeitgesetzlichen Bestimmungen der (ärztlichen) Mitarbeiter. Diese Kollision vertraglicher Pflichten in der Person des Chefarztes lässt sich letztendlich nur dadurch auflösen, dass der Krankenhausträger das zur Gewährleistung der Patientenversorgung innerhalb der arbeitszeitlichen gesetzlichen Höchstgrenzen erforderliche Personal zur Verfügung stellt. Fraglich ist insoweit allerdings immer, wie viele ärztliche Mitarbeiter im Einzelfall erforderlich sind.

Zunächst empfiehlt sich, auch ohne konkrete Personalberechnung die regelmäßige Überschreitung der vereinbarten Arbeitszeiten oder gar Verstöße gegen die arbeitszeitgesetzlichen Höchstgrenzen durch Ärzte der Abteilung dem Krankenhausträger – schriftlich – mitzuteilen und ihn aufzufordern, für eine für die Patientenzahl ausreichende Personalstärke im Bereich des ärztlichen Dienstes zu sorgen. Diese Mitteilung könnte des Weiteren dazu dienen, dass sich der Arzt bei Überschreitung arbeitszeitgesetzlicher Vorgaben und diesbezüglicher Überprüfungen durch die zuständigen Ämter exkulpieren könnte.

Der Krankenhausträger hat die zur Patientenversorgung erforderliche Anzahl an Mitarbeitern zur Verfügung zu stellen– ohne an die InEK-Vorgaben gebunden zu sein. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) kalkuliert die Kosten je Fallpauschale durch Auswertung der Daten von bundesweit ca. 250 sogenannten Referenzkrankenhäusern. Diese Kosten je Behandlungsfall werden in 11 verschiedene Kostenbereiche nach Station, OP-Bereich, Anästhesie, Radiologie etc. und in 10 verschiedene Kostenarten nach Personalkosten, wiederum differenziert nach ärztlichem oder pflegerischem sowie medizinisch-technischem Dienst, und in

Foto: © sebra/fotolia.com

Sachkosten unterteilt. So lassen sich die Personalkosten des ärztlichen Dienstes im Verhältnis zur Fallpauschalenvergütung einer jeden Leistung und dann auch im Durchschnitt ablesen, so dass der Krankenhausträger anhand seiner Arbeitgeberbruttopersonalkosten einerseits und den Umsätzen aus Case-Mix-Punkten andererseits die „erforderliche" Personalstärke bestimmen kann. Hierbei handelt es sich allerdings um Durchschnittswerte und damit um „Sollkosten", die ein idealtypisches Krankenhaus verursacht, wenn es genau das zugrunde liegende Fallspektrum erbracht hätte.

Jedoch ist der Chefarzt zum einen nicht für die Wirtschaftlichkeit und den unternehmerischen Erfolg seiner Abteilung verantwortlich, sondern für eine adäquate Patientenversorgung; zum anderen kann die Frage des für die Patientenversorgung notwendigen Personals nicht (ausschließlich) nach wirtschaftlichen Kriterien wie Umsatz und Personalkosten beantwortet werden. Schließlich handelt es sich bei den InEK-Daten um Durchschnittswerte, nicht um verbindliche Vorgaben. Ferner ist zu berücksichtigen, dass in die Kalkulation keine Langlieger einfließen und auch sämtliche (Personal-)Kosten im ambulanten Bereich der jeweiligen Krankenhausabteilung unberücksichtigt bleiben.

Letztendlich bleibt es dabei, dass der Krankenhausträger das für den Einzelfall vor Ort ausreichende Personal zur Verfügung stellen muss. Wenngleich die Darlegung des Personalbedarfs auf der einen Seite schwierig ist, kann auf der anderen Seite festgehalten werden, dass die Zahl der Mitarbeiter nicht nach Personalkosten und Durchschnittswerten anderer Krankenhäuser bestimmt werden kann. Diese dienen allenfalls der Orientierung, haben aber keinerlei Verbindlichkeit. Entscheidend ist damit die Zahl der Mitarbeiter, die tatsächlich am Patienten im Einzelfall benötigt wird.

Weitere Informationen:
Rechtsanwalt Marc Rumpenhorst
Fachanwalt für Medizin- und Arbeitsrecht
c/o Kanzlei Klostermann, Dr. Schmidt, Monstadt, Dr. Eisbrecher
Kortumstraße 100, 44787 Bochum
mueller@klostermann-rae.de
rumpenhorst@klostermann-rae.de

Fragestellung:

Das Krankenhaus erwägt, dem Kliniknetzwerk „Wir für Gesundheit" beizutreten. Hierbei handelt es sich nach der Homepage (www.wir-fuer-gesundheit.de) um eine betriebliche Krankenzusatzversicherung des DBK Krankenversicherungsverein a.G. mit Privatpatienten-Komfort beim Aufenthalt in einer der Partnerkliniken aus dem deutschlandweiten Netzwerk.

Der „Privatpatienten-Komfort" soll auch die Chefarztbehandlung umfassen, ohne dass diese dann als wahlärztliche Leistungen nach der GOÄ abgerechnet würden.

Wie wirkt sich dieses Angebot des Trägers auf das Liquidationsrecht für die gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen bzw. eine entsprechende Beteiligungsvergütung aus und besteht, wie bei wahlärztlichen Leistungen, der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung?

Antwort:

Für in den Krankenhausplan aufgenommene Krankenhäuser gelten u.a. die Bestimmungen des Krankenhausentgeltgesetzes. Hiernach umfassen Krankenhausleistungen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen, § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG. Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenüber den Patienten bzw. ihren Kostenträgern nach Fallpauschalen abgerechnet, §§ 7, 8 KHEntgG i.V.m. der Fallpauschalenvereinbarung.

Neben den Entgelten für die voll- und teilstationäre Behandlung dürfen andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden, § 17 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG. Voraussetzung ist der Abschluss einer Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen, § 17 Abs. 2 und 3 KHEntgG. Für die Berechnung wahlärztlicher Lei-

Norbert H. Müller

Marc Rumpenhorst

stungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte entsprechende Anwendung – bei Abrechnung durch den Krankenhausträger –, soweit sich die Anwendung nicht bereits aus diesen Gebührenordnungen ergibt – bei Abrechnung durch den Wahlarzt –, § 17 Abs. 3 Satz 7 KHEntgG.

Weitere Leistungen außer den allgemeinen Krankenhausleistungen und wahl(ärztlichen) Leistungen kennt das Krankenhausrecht nicht. Andere Abrechnungsmöglichkeiten als DRG oder GOÄ sieht das Krankenhausrecht nicht vor, so dass auch eine hiervon abweichende Pauschalabrechnung unzulässig und ggf. auch wettbewerbswidrig wäre.

Bietet der Krankenhausträger Patienten also eine persönliche Behandlung durch den Chefarzt/Wahlarzt an, muss er mit den Patienten eine Wahlarztvereinbarung schließen, nach der GOÄ liquidieren und den Chefarzt an den diesbezüglichen Einnahmen beteiligen.

Pauschalangebote, die den leitenden Arzt/Wahlarzt zur Leistungserbringung verpflichteten ohne Beteiligung an der diesbezüglichen GOÄ-Liquidation sind auch arbeitsrechtlich bedenklich. Aus der Einräumung des Liquidationsrechtes bzw. einer entsprechenden Beteiligungsvergütung folgt als vertragliche Nebenpflicht, dass der Krankenhausträger auch wahlärztliche Leistungen anbieten und mit Patienten vereinbaren muss. Mit etwaigen Pauschalangeboten würde der Krankenhausträger die Beteiligungsvergütung umgehen und seine sich aus dem Vertrag ergebende Nebenpflicht verletzen, sich also ggf. sogar schadensersatzpflichtig machen, wenn die Patienten im Übrigen eine Wahlarztvereinbarung geschlossen hätten.

Weitere Informationen:
Rechtsanwalt Norbert H. Müller
Fachanwalt für Arbeits- und Steuerrecht
Rechtsanwalt Marc Rumpenhorst
Fachanwalt für Medizin- und Arbeitsrecht
c/o Kanzlei Klostermann, Dr. Schmidt, Monstadt, Dr. Eisbrecher
Kortumstraße 100, 44787 Bochum
mueller@klostermann-rae.de
rumpenhorst@klostermann-rae.de

Einladung

15.10.2016

Mitgliederversammlung des Landesverbandes Berlin und der VLK-Mitglieder aus Brandenburg

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur Mitgliederversammlung des Landesverbandes Berlin und der VLK-Mitglieder aus Brandenburg laden wir herzlich ein. Die Mitgliederversammlung findet statt im Veranstaltungszentrum des Sankt Gertrauden-Krankenhauses am

Mittwoch, den 23. November 2016, um 17:00 Uhr s.t.
in der Paretzer Straße 12, 10713 Berlin-Wilmersdorf

Das Krankenhaus liegt in der Nähe der S- und U-Bahnhöfe Heidelberger Platz. Außerdem stehen Parkplätze zu beiden Seiten des Haupteinganges zur Verfügung.

Als Tagesordnung ist vorgesehen:

TOP 1 Herr Dr. J. Brenner, Hamburg
Führen oder geführt werden?
Macht Chef-Sein wirklich keine Freude mehr?

TOP 2 Herr Prof. Dr. H.-F. Weiser, Präsident des VLK
Was macht eigentlich der Präsident des VLK?
Gestern – heute – morgen

TOP 3 **Aufnahme der Mitglieder des früheren Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte im Land Brandenburg e.V. in den Berliner Verband Leitender Krankenhausärzte e.V. (s. Anmerkungen)**

TOP 4 **Erforderliche Satzungsänderung – Abstimmung**

TOP 5 **a) Bericht des Vorstandes des Landesverbandes Berlin**
b) Entlastung des Vorstandes
c) Neuwahl des Vorstandes für die Jahre 2017 - 2020

TOP 6 **Verschiedenes**

Wir hoffen auf Ihr Kommen!

Mit kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. G. Scholtes
für den Vorstand des Landesverbandes Berlin

Anmerkungen

Anmerkungen zu TOP 3 und 4:

Seit annähernd 5 Jahren bemühen sich der Präsident des VLK, Herr Prof. Weiser und unser Hauptgeschäftsführer Herr Norden sowie auch der Vorstand des Berliner Landesverbandes, die berufs- und gesundheitspolitische Arbeit des Landesverbandes Brandenburg wieder zu beleben und die hierfür notwendigen Strukturen zu schaffen.
Das war leider bisher ohne wesentlichen Erfolg.

Nachforschungen unseres Hauptgeschäftsführers Herrn Norden und durch Rechtsanwalt Klostermann haben nunmehr ergeben:

Die Satzung des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte im Land Brandenburg e.V. wurde am 20.07.1990 beim Kreisgericht Cottbus registriert. Im § 4 dieser Satzung ist folgendes vorgesehen:

> *„Im Falle der gesamtdeutschen Vereinigung der DDR und der BRD zu einem geeinten Deutschland wird der Verband mit dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., Düsseldorf, Registersitz Karlsruhe, sich zu einem Gesamtverband Deutschland zusammenschließen."*

Folgerichtig ist im § 13e dieser Satzung vorgesehen, dass der Verband sich durch Beitritt zum Bundesverband nach Vollzug der Wiedervereingung auflöst.

Die Nachfrage beim Amtsgericht Cottbus hat ergeben, dass der Verband der Leitenden Krankenhausärzte im Land Brandenburg e.V. am 21.07.1994 aufgelöst wurde.

Mithin existert der Brandenburger Verband im VLK nicht mehr. Die Leitenden Krankenhausärzte mit Sitz in Brandenburg sind direkte Mitglieder des VLK. Für das weitere Vorgehen schlägt Herr Rechtsanwalt Klostermann die Aufnahme der Mitglieder des früheren Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte im Land Brandenburg e.V. in den Berliner Verband Leitender Krankenhausärzte e.V. vor.

Zur Frage der Satzungsänderung hat Herr Rechtsanwalt Klostermann den Entwurf einer Satzung des Verbandes Leitender Krankenhausärzte Berlin – Brandenburg e.V. angefertigt.

Dieser Satzungsentwurf besteht im Wesentlichen aus den Formulierungen der Satzung des Berliner Verbandes Leitender Krankenhausärzte e.V., ergänzt um die notwendigen Passagen, die erforderlich sind, um die Mitglieder mit Sitz oder Tätigkeit im Lande Brandenburg in den neuen Verband zu integrieren.

Inhaltlich ist dieser Satzungsentwurf auch mit den Satzungsbestimmungen des VLK abgestimmt.

Über diesen Satzungsentwurf soll in unserer Mitgliederversammlung am 23.11.2016 abgestimmt werden.

Die Satzung des Berliner Verbandes Leitender Krankenhausärzte e.V., von unserer Mitgliederversammlung am 09.11.2009 beschlossen, sieht vor, in § 4 Abs. 2e die Änderung der Satzung durch die Mitgliederversammlung zur Abstimmung zu stellen.

Die Mitgliederversammlung beschließt mit Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder.

Prof. Dr. med. G. Scholtes
für den Vorstand des Landesverbandes Berlin

Der 39. Deutsche Krankenhaustag auf einen Blick

Zukunft gestalten

14.-17.November 2016
CCD-Ost, Messegelände Düsseldorf

Datum	Raum L	Raum M	Raum R
Montag 14.11.2016		10.00 - 12.00 Uhr **Auftaktveranstaltung** Zukunft gestalten 13.00 - 16.30 Uhr Das G-DRG-System 2017	
Dienstag 15.11.2016	10.30 - 14.30 Uhr **KH Träger-Forum** Zentrale Hausforderungen für das Krankenhaus 10.30 - 12.00 Uhr Teil 1 Investitionen für Zukunftssicherung 13.00 - 14.30 Uhr Teil 2 Demographiefeste und kultursensible Krankenhäuser	10.00 - 12.00 Uhr Budgetverhandlungen 2017 14.00 - 17.00 Uhr **IT-Entscheiderfabrik** Unternehmenserfolg durch optimalen IT-Einsatz	10.00 - 13.00 Uhr **BDI-Symposium** Qualitätsindikatoren und Indikationsqualität 14.30 - 17.00 Uhr KHSG-Umsetzungs-Monitoring (Qualitätsoffensive und Finanzierungsvorgaben)
Mittwoch 16.11.2016	10.00 - 13.00 Uhr **BMVZ-Veranstaltung** Rentabilität von Krankenhaus-MVZ: Praxisseminar zu Benchmarks & Controlling für die amulante Versorgung 14.00 - 16.15 Uhr **VKD-Forum mit Work-Café** Haftungsfalle Management 16.30 - 18.30 Uhr VKD-Mitgliederversammlung	10.00 - 12.00 Uhr **Fachtagung Patientenfürsprecher** Dialog und Patientenzufriedenheit im Krankenhausalltag 14.00 - 18.00 Uhr **Vortragsveranstaltung AKG** Der Architekt als Dialogpartner – als Zukunftsmodell geeignet?	10.00 - 14.15 Uhr **Forum „Pflege im KH“** Fit für die Zukunft 15.00 - 17.30 Uhr **DVKC-Veranstaltung** Update Controlling 18.00 - 20.00 Uhr **VLK-Forum** Korruption im Gesundheitswesen: Sind alle Ärzte potentielle Täter?
Donnerstag 17.11.2016	10.30 - 17.15 Uhr **IMPO-Forum** Patientensicherheit und Riskmanagement	10.00 - 12.30 Uhr **P.E.G.-Veranstaltung** Boundaryless Hospital: Vision oder Zukunft?	10.00 - 12.30 Uhr **IT-Entscheiderfabrik** Start Up & Young Professional Preis

126 Referenten beim 39. Deutschen Krankenhaustag! Unter anderem mit:

Hermann Gröhe, MdB, Bundesminister für Gesundheit

Landrat Thomas Reumann, Präsident der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft

Irene Maier, Kongresspräsidentin

Prof. Hans-Fred Weiser, Präsident des Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

Dr. Josef Düllings, Präsident Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands

Bitte detailliertes Programm anfordern bei: Gesellschaft Deutscher Krankenhaustag mbH (GDK)
Tel.: 0211/4 54 19 45 · info@deutscher-krankenhaustag.de

MEDICA® WORLD FORUM FOR MEDICINE 14–17 NOVEMBER 2016 DÜSSELDORF GERMANY

Messe Düsseldorf

Das stand auf der Agenda

August - Okotober 2016

Foto: © frankdaniels/fotolia.com

26.08.2016, Werder (Potsdam)

- VLK-Golfturnier
  VLK-Teilnehmer: u. a. Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Michael A. Weber

05.09.2016, Telefonkonferenz

- 123. Sitzung des GDK-Verwaltungsrates
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

- Verbände-Gespräch BDC, BDI, VKD und VLK
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Michael A. Weber, Gerd Norden

08.09.2016, Berlin

- Abgeordneten-Gespräch mit Dr. Harald Terpe und Maria Klein-Schmeink (Bündnis 90/Die Grünen)
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

- Gespräch mit KBV-Verwaltungsdirektor
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

09.09.2016, Berlin

- Abgeordneten-Gespräch mit Michael Hennrich (CDU/CSU)
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

27.09.2016, Berlin

- 15. Sitzung der Gemeinsamen Koordinierungsstelle BÄK/VLK zu Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen
  VLK-Teilnehmer: RA Norbert H. Müller, Gerd Norden

10.10.2016, Telefonkonferenz

- Verbändegespräch BDC, BDI, VKD, VLK
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Michael A. Weber, Gerd Norden

13.10.2016, Berlin

- 9. Sitzung des VLK-Präsidiums
  VLK-Teilnehmer: Mitglieder des Präsidiums

- 3. Sitzung des Verwaltungsrates der VLK-Service GmbH
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Michael A. Weber, Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Gerd Norden

14.10.2016, Berlin

- 7. Sitzung der Konferenz der Landesvorsitzenden
  VLK-Teilnehmer: Mitglieder der Konferenz der Landesvorsitzenden

- VLK-Delegiertenversammlung
  VLK-Teilnehmer: Delegierte der VLK-Landesverbände, Mitglieder des Präsidiums und der Konferenz der Landesvorsitzenden

- 1. Tag des 5. VLK-Bundeskongresses

15.10.2016, Berlin

- 2. Tag des 5. VLK-Bundeskongresses