ARZT UND KRANKENHAUS

1
90. Jahrgang
Januar/Februar 2017

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

Foto: © UKB 2015

Praktisch macht MVZ Spaß

- Zielvereinbarungen unter der Lupe
- Indoornavigation in Kliniken

Strukturreformen sind nichts für Verwaltungsfrösche

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

Geht's Ihnen auch so: Man fühlt sich jung und frisch, und dann kommt ein Thema daher, das ist so uralt, dass einem der Schreck in die Glieder fährt, wie lange man sich damit nun schon beschäftigt. Besonders, wenn man die entsprechenden Botschaften als ganz neue Erkenntnis verkauft bekommt.

So ging's mir neulich, als der Gesundheitsminister sagte, es müsse endlich mal die engere Verschränkung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung in Angriff genommen werden. Das mag für Menschen, die tatsächlich noch nicht ihre ganze Lebensarbeitszeit im Gesundheitswesen verbracht haben, eine irgendwie neue Erkenntnis sein. Ich aber dachte an Horst Seehofer, und mein weißes Haupthaar wurde mir mit einem Mal bewusst. Will sagen: Die Erkenntnis, dass es mit ambulant und stationär nicht so weitergehen könne, hatten schon Viele, doch wenn´s konkret werden soll, ist von politischer Unterstützung meist nicht mehr viel zu sehen.

Davon kann auch der VLK ein Liedchen singen, denn viele Stellschrauben gibt es nicht, um ambulante und stationäre Versorgung zusammen zu binden. Genau genommen sind es drei: Gemeinsame Abrechnung, gemeinsame Leistungserbringung (auf digitaler Grundlage, versteht sich) und gemeinsame Organisationsstrukturen. Auf einer dieser Ebenen muss man anfangen, anders bekommt man die Blöcke nicht vereint. Und natürlich darf man die Umsetzung nicht dem freien Spiel der Lordsiegelbewahrer im Gemeinsamen Bundesausschuss überlassen. Sonst endet der Versuch wie die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) – nämlich im Nichts. Es gilt die alte Regel: Niemals die Frösche fragen, wenn du einen Sumpf trockenlegen willst.

Dies im Bewusstsein hat der VLK neulich gemeinsam mit dem Marburger Bund den Vorstoß unternommen, unseren Gesundheitsminister darauf hinzuweisen, dass angestellte Krankenhausärzte, die in einem betriebseigenen MVZ Leistungen erbringen, keinen Vertretungsanspruch in ihrer jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung haben. Gute Idee, dachten wir (Stichwort: schrittweise Vereinigung der Organisationsstrukturen). Aber weit gefehlt. Denn, so der Minister in seiner freundlichen Rückmeldung, das ließe sich nicht ändern, da dies eine allzu rigorose Einmischung in die Belange der Selbstverwaltung wäre, und die KBV sei nun mal strickt dagegen. – Hatte der Minister etwa versehentlich die Frösche gefragt…?

So jedenfalls geht es nicht! Eine Verschränkung der Sektoren und eine Stärkung jenes wachsenden Hybridbereichs der bereits jetzt sowohl stationär als auch ambulant versorgt, kann nicht gelingen, wenn man nicht gleichzeitig den Mut hat, sich mit den „Hütern der reinen Lehre", also der KBV aber auch der DKG, anzulegen. Denn deren Existenzberechtigung ist es ja, genau diese Vereinigung gerade nicht zu wollen. Nur – und jetzt wollen wir wirklich mal als Ärzte sprechen: Dem Diabetes ist es doch ganz egal, wo er versorgt wird. Er will gut versorgt werden, und er will, falls wirklich ein Wechsel vom eigenen in ein Krankenhausbett ansteht, dass seine Ärzte (und seine Daten) diesen Wechsel möglichst ohne Reibungsverluste ebenfalls vollziehen können.

Und was bedeutet das nun für die politisch Verantwortlichen: Dass sie ein System denken müssen, in dem die Versorgung im Zentrum steht, und nicht deren Verwaltung. Denn die Teilung zwischen ambulant und stationär ist eine Verwaltungs-Idee. Sie zu überwinden wird nicht gelingen, wenn man die entsprechenden Verwaltungsfunktionäre fragt. Fragt uns versorgende Ärzte – aber hört dann auch auf uns!

Es grüßt Sie sehr herzlich

Ihr Hans-Fred Weiser

Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

2 **Strukturreformen sind nichts für Verwaltungsfrösche**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Titel

5 **Betriebswirtschaftliche Steuerungsinstrumente im Krankenhaus-MVZ**
Angelika Niemier

Berufs- und Gesundheitspolitik

11 **Qualitätsindizes als Mittel ökonomischer Steuerung statt zur patientenorientierten Verbesserung ärztlichen Handelns**
Prof. Dr. H.M. Hoffmeister, Dipl. Volkswirt C.M. Hoffmeister

17 **Zielvereinbarungen unter der Lupe**
Gerd Norden

Recht

26 **Fachübergreifende Aufklärung**
RA Norbert H. Müller, RA Marc Rumpenhorst

27 **Aufklärung mit Sprachbarriere**
RA Norbert H. Müller, RA Marc Rumpenhorst

Der Blick voraus

29 **Indoornavigation in Kliniken – nur gut für das Image oder Symbol für Innovation und Qualität?**
Henrik Büning

Rubriken

VLK intern
36 - VLK-Zukunftspreis 2017
37 - VLK-Webinare
38 - Letzte Meldung: Asklepios steckt gegenüber VLK zurück

4 **Personen und Hintergründe**
39 **Agenda**
28 **Impressum**

Kein „Benchmark-Best practise“
Die Bandbreite der MVZ im Hinblick auf Trägerschaft, Größe und Strukturkomplexität ist groß. Dem gemäß muss für jedes MVZ geklärt werden, welche Form und Tiefe von Controlling und Benchmarking geeignet ist.

Foto: © UKB 2015

5

Qualitätsoffensive führt zur Neubewertung des Begriffes „Qualitätsindikator“
Im eindeutigen Widerspruch zu dem dringenden Apell des Ethikrates, das Patientenwohl im Krankenhaus in den Vordergrund zu stellen, steht die auch durch das KHSG initiierte Ökonomisierung von Qualität und Qualitätsindikatoren.

Foto: © Xaver Klaussner/fotolia.com

11

Aufklärung bei Sprachbarrieren
Bei der Risikoaufklärung von Patienten, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, kann es im Einzelfall genügen, wenn Mitarbeiter des Krankenhauses als Dolmetscher hinzugezogen werden können. Eine Aufklärung lediglich über einen fremdsprachlichen Aufklärungsbogen reicht dagegen nicht.

Foto: © Cybrain/fotolia.com

27

Kostensenkend und prozessoptimierend
Im Markt sind Navigationslösungen verfügbar, die entscheidend dazu beitragen können, Klinikprozesse zu verbessern. Dabei sind die technologischen Voraussetzungen mittlerweile so ausgereift, dass auch wirtschaftlich attraktive Lösungen zur Verfügung stehen.

29

DKG klagt gegen Entscheidung zum Entlassmanagement

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat beim Landessozialgericht Berlin/Brandenburg gegen die Entscheidung zum Entlassmanagement des erweiterten Bundesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung Klage eingereicht. „Die Entscheidung des Bundesschiedsamtes vom 13. Oktober 2016 halten wir in zentralen Teilen für rechtswidrig, weil sie nicht der Intention des Gesetzgebers entspricht. Statt Versorgungslücken für bestimmte Patientengruppen zu schließen, sollte Bürokratie pur aufgebaut werden“ erklärte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum.
Quelle: Pressemeldung DKG vom 12.01.2017

Georg Baum

Krankenhaus-Barometer 2016 soeben erschienen

Das Deutsche Krankenhausinstitut hat soeben das Krankenhaus-Barometer 2016 veröffentlicht. Es enthält u.a. aufschlussreiche Daten über die Krankenhausversorgung von Flüchtlingen, über Stellenbesetzungsprobleme der Krankenhäuser und über die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser.

Das Krankenhaus-Barometer 2016 kann unter dem Link
https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2016_12_19_kh_barometer_final.pdf
abgerufen werden.

Bundesärztekammer zum EU-Dienstleistungspaket

„Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Europäische Kommission patientenschützende Regeln der Mitgliedsstaaten auf Grund von ökonomischen Erwägungen einer erneuten Verhältnismäßigkeitsprüfung unterziehen will. Ein solches Vorgehen kann wichtige Maßnahmen zum Schutz der Patienten erheblich verzögern. Wenn die Europäische Kommission dies in Kauf nimmt, ordnet sie die Patientensicherheit den Marktinteressen unter“. So kommentiert Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), das am 10. Januar 2017 veröffentlichte sogenannte Dienstleistungspaket.

Quelle: Pressemeldung BÄK vom 13.01.2017

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

Zahl der Organspenden weiterhin niedrig

857 Menschen haben im Jahr 2016 nach ihrem Tod Organe für schwerkranke Patienten gespendet. Damit liegt die Zahl der Organspender in etwa auf dem Niveau von 2014 (864 Spender) bzw. 2015 (877 Spender). Dem gegenüber stehen nach wie vor über 10.000 Patienten auf den Wartelisten, die in Deutschland dringend auf ein Spenderorgan warten.

Die Anzahl der postmortal gespendeten Organe lag 2016 bei insgesamt 2.867 gegenüber 2.901 Organen im Vorjahr. Insgesamt konnten bundesweit 3.049 Organe transplantiert werden, im Jahr zuvor waren es 3.084 Transplantationen. Die Differenz zur Zahl der jeweils gespendeten Organe ergibt sich aus dem internationalen Organaustausch über die Vermittlungsstelle Eurotransplant.

Quelle: Pressemeldung der DSO vom 12.01.2017

Angelika Niemier

Betriebswirtschaftliche Steuerungsinstrumente im Krankenhaus-MVZ

Ein Bericht zum BMVZ-Fachdialog ‚Ambulant am Krankenhaus'

Das Unternehmen Krankenhaus ist ein ebenso sensibles wie filigranes Netzwerk der unterschiedlichsten Bereiche, die auf verschiedene Weisen mit der Behandlung von Patienten befasst sind. In diesem, von den persönlichen Problemen der Patienten bestimmten Ablauf ist eine Steuerung der Prozessabläufe auf höchstem betriebswirtschaftlichen Niveau erforderlich und somit elementarer Teil des Tagesgeschäfts. Bekannte Begriffe dahinter sind Controlling und Benchmarking. In diesen beiden Punkten gut zu sein, ist essentiell, um auf dem aktuellen Gesundheitsmarkt ein erfolgreicher Akteur zu sein.

Dies gilt uneingeschränkt auch für den krankenhausnahen ambulanten Versorgungsraum – so auch für die Medizinischen Versorgungszentren. Jedoch gilt für diese vergleichsweise junge Struktur, dass zwar Bedarf und Interesse an möglichst passgenauen Mess- und Steuerungssystemen stetig gewachsen sind, gleichwohl gibt es nach Kenntnis der Autorin jedoch kein etabliertes, umfassendes oder gar standardisiertes System bezüglich der Kennzahlen oder eines „Benchmark-Best Practice". Im Hintergrund steht, dass die Bandbreite der MVZ in Bezug auf Trägerschaft, Größe und Strukturkomplexität dermaßen groß ist, dass zunächst einmal die Frage zu klären ist, welche Form und Tiefe von Controlling und Benchmarking für welche Einrichtung geeignet sein könnte.

Um sich den Antworten auf diese Vielzahl an offenen Fragen zu nähern, hat der Bundesverband Medizinische Versorgungszentren (BMVZ e.V.) im Rahmen des letzten Krankenhaustages am 16.11.2016 dazu ein Fachseminar mit verschiedenen Praktikern der ambulanten Versorgung am Krankenhaus durchgeführt. Die Erfahrungen der Referenten werden nachfolgend komprimiert wiedergegeben.

Unkomplizierte Prozessabläufe Krankenhaus und ambulanter Alltag

Ohne jede Frage ist für MVZ – ähnlich wie für jedes Krankenhaus – das interne und externe Benchmarking eine strategische Managementmethode, die auf der Basis von Controllingkennzahlen eine gewisse Vergleichbarkeit von Strukturen oder Abteilungen ermöglicht. Bemerkenswerter Unterschied zum entsprechenden Krankenhausprozess ist jedoch der ambulante Alltag mit seinen teils diametral zur stationären Versorgung ausgerichteten

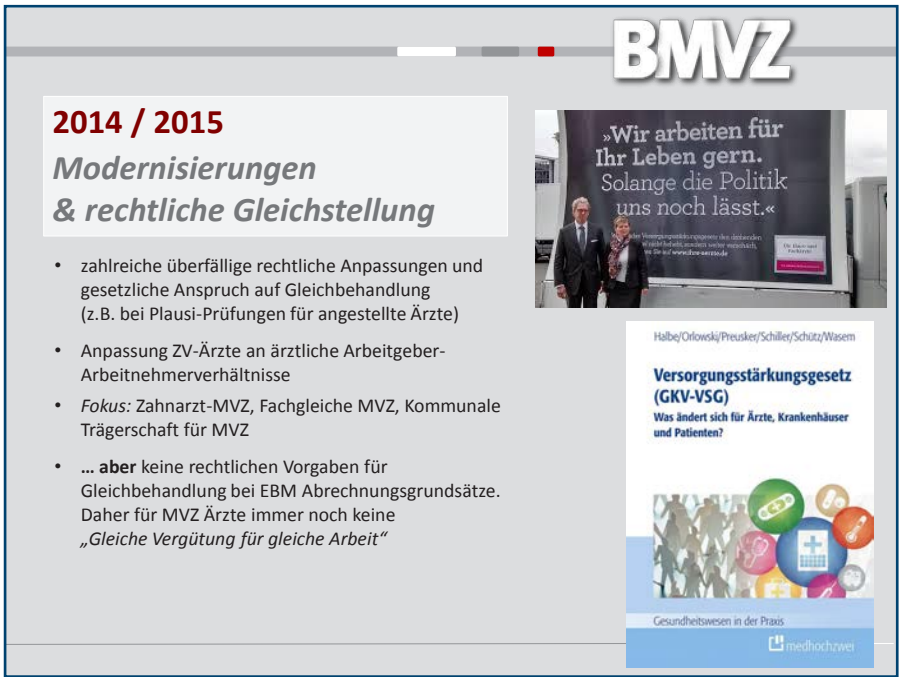


Abb. 1: KH_Tag_16_11-2016_Vortrag_Dr.Köppl_S_8

rechtlichen Voraussetzungen. Aufgrund der Neuartigkeit der MVZ-Strukturen ist ihr gesetzlicher Rahmen seit 2004 in mehreren Schritten maßgeblichen Anpassungen unterzogen worden und generell ist Vieles noch im Fluss. Unverrückbar gilt aber, dass die Kassenärztliche Vereinigung als Organisationsorgan der vertragsärztlichen Versorgung Zentrum oder zumindest wesentlicher Kristallisationspunkt der maßgeblichen normativen Vorgaben ist.

Praktisch macht MVZ Spaß

Diesbezüglich unternahm Dr. Bernd Köppl, Vorstandsvorsitzender des Bundesverband MVZ, im ersten Vortrag des Seminars einen Ausflug in die aktuelle politische und rechtliche Situation der MVZ, inklusive eines zeitlichen und gesundheitspolitischen Abrisses. Eine Kernaussage dabei war, „Praktisch macht MVZ Spaß“. Allein die Zahl von derzeit bereits weit über 2.000 bestehenden MVZ zeige, dass sie ein festetabliertes Versorgungsmodell seien, das von den darin tätigen Praktikern und Ärzten bewusst gewählt und gelebt wird. So unterschiedlich die fachmedizinische Zusammensetzung von MVZ zu MVZ ist, so spannend und vielfältig in den Anforderungen gestalte sich jedoch auch der tägliche Betriebsablauf in den einzelnen Praxisstrukturen.

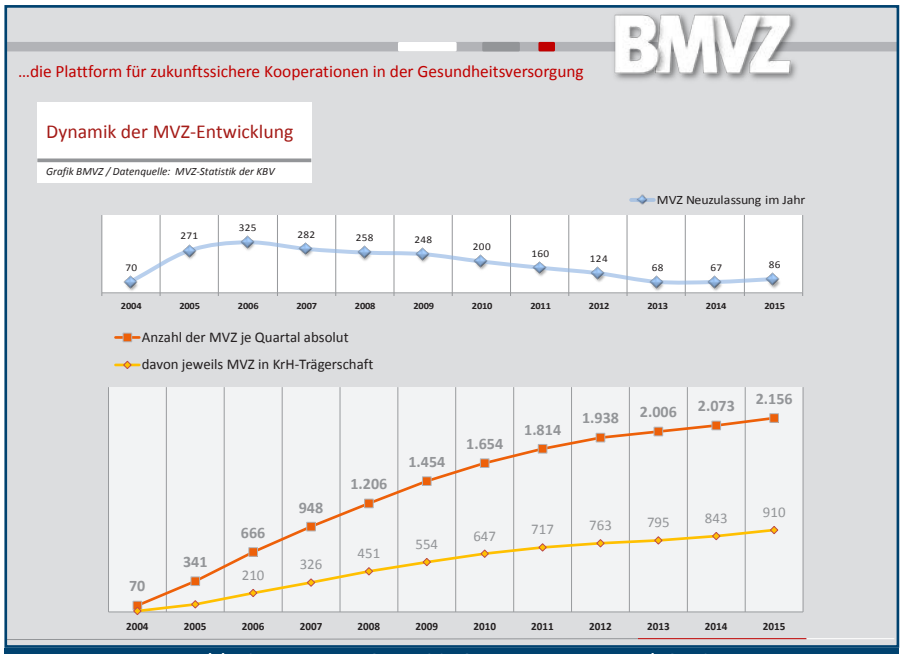


Abb. 2: KH_Tag_16_11_2016_Vortrag_Dr.Köppl_S_10

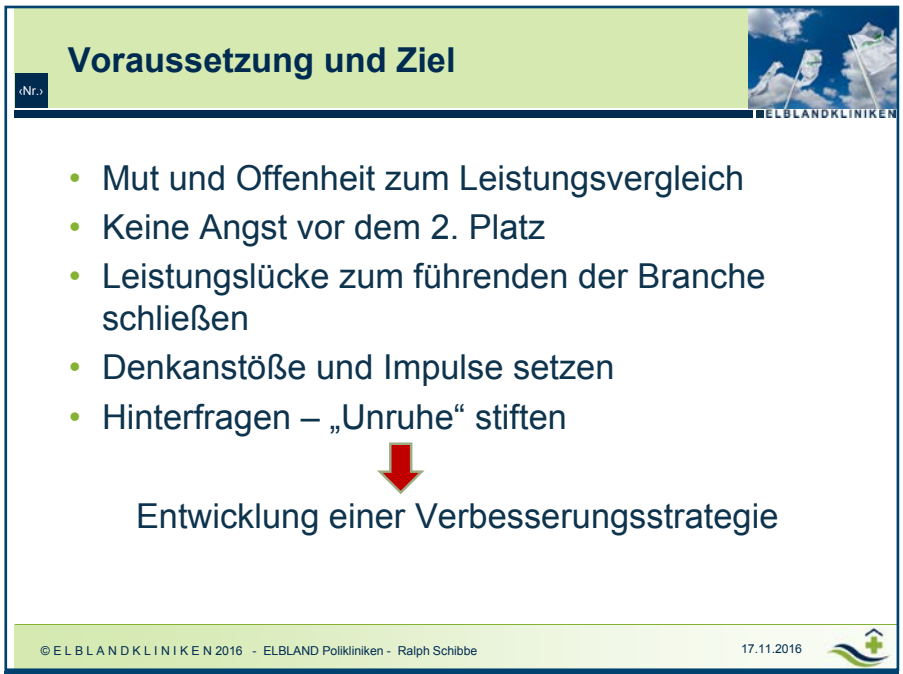


Abb. 3: KH_Tag_16_11_2016_Vortrag_Schibbe_S_8

Vielfalt – Perspektive – Strategien

Genau auf diese Vielfalt gingen die drei Referenten des zweiten Teils des BMVZ Praxisseminars ein. Mit ihren unterschiedlichen beruflichen Hintergründen und Fachkompetenzen haben sie aus ihrer individuellen Perspektive Strategien und Herangehensweisen aufgezeigt, mit denen sie in ihren Praxen Orientierung, Transparenz und Vergleichbarkeit schaffen.

Ralph Schibbe *ist Geschäftsführer der ELBLAND Polikliniken GmbH, einer Tochtergesellschaft der ELBLANDKLINIKEN Stiftung und & Co. KG. Diese betreibt derzeit 19 Arztpraxen mit neun Fachrichtungen und drei ambulanten Therapieeinrichtungen an insgesamt acht Standorten im Landkreis Meißen in Sachsen.* Er verwies darauf, dass ambulante Gesundheitsversorgung vor allem bedeutet, Patienten vielfältig und auf hohem medizinischem Niveau zu betreuen. Der Begriff Benchmarking passt deshalb in dieses Konzept nur schwer hinein, vor allem bezogen auf Kennzahlen und Vergleichbarkeit eben dieser.

„Keine Angst vor dem zweiten Platz“

Benchmarking bedeute, sich mit den Besten zu vergleichen, ohne dabei Angst vor dem zweiten Platz zu haben. Denn es gehe primär darum, Verbesserungspotentiale aufzudecken und anzugehen. Die Frage, welche möglichst einfach zugänglichen Kennzahlen im Controlling oder auch Benchmarkquellen hierfür eine Grundlage bilden können, war Kernthema seines Vortrages. Die Lebenslange Arztnummer (LANR) ist im ambulanten Bereich die grundsätzliche Basis für die, bis auf den einzelnen Arzt herunter gebrochene Leistungsdokumentation und -abrechnung. Im Hintergrund steht die – im Übrigen verpflichtende – Dokumentation jeder einzelnen, erbrachten Leistungen in der Praxissoftware des MVZ. Darüber lassen sich für die Ermittlung von Vergleichswerten die Basiskennzahlen hinterlegen. Zu nennen sind hier zuallererst Fallzahl, Fallwert und Auszahlungsquote, die aufgrund der vierteljahrweise orientierten Abrechnung in der ambulanten Versorgung jeweils quartalsaktuell ermittelt und hinterfragt werden sollten.

Die aktuelle Behandlungsfallzahl und auch die der Vorjahresquartale lassen sich per Knopfdruck aus der Praxissoftware ermitteln. Die regionale Kassenärztliche Vereinigung (KV) stellt zusätzlich den Durchschnitt über alle Ärzte der jeweiligen Fachgruppe in der Honorarverteilung zur Verfügung. Auch erhält man aus der Honorarverteilung der KV für das jeweilige Quartal den entsprechend Fallwert je Fachgruppe – den sogenannten Fachgruppendurchschnitt. Dieser ergibt sich, indem das Vergütungsvolumen, das für die einzelne Fachgruppe insgesamt zur Verfügung steht, durch die Fallzahl der Arztgruppe geteilt wird. So erhält man einen Vergleich für den arztindividuellen Fallwert, der sich ergibt, wenn man die Honorarzusammenstellung der KV mit der persönlichen Fallzahl des Arztes dividiert.

Fachgruppendurchschnitt und Budgetdeckel

Für die Ermittlung der dritten Basiskennzahl, der sogenannten Auszahlungsquote, werden die einzelnen Leistungen des von der KV ausgezahlten Honorars und dem zuvor angeforderten Leistungsbedarfes in ein Verhältnis gesetzt. Aus den Honorarbescheiden lassen sich beide Angaben ermitteln. Eine möglichst hohe Auszahlungsquote ist anzustreben, jedoch sind 100% im ambulanten Bereich kaum zu erhalten. Denn eine vollumfängliche Vergütung aller zur Abrechnung eingereichter Leistungen wird von den vielfältigen Budgetdeckeln und -quoten grundsätzlich verhindert. Aus der Honorarzusammenstellung der KV lässt sich der Vergleichswert zum Fachgruppendurchschnitt entnehmen.

Mit den drei genannten, leicht zu ermittelnden Basiskennzahlen der ambulanten Praxis (MVZ) lassen sich im internen Vergleich (wenn mehrere Ärzte derselben Fachgruppe tätig sind) sowie extern mit den spezifischen Durchschnittswerten bereits auffällige Abweichungen hinterfragen und Handlungsempfehlungen ableiten. Neben vielen weiteren ist ein wichtiger Punkt, auf den dabei das Augenmerk zu richten ist, die spezifische Analyse der Leistungsdokumentation, der Patientenstruktur, der jeweiligen Praxisstruktur und der vorhandenen Praxisbesonderheiten. Daraus lassen sich aus der betriebswirtschaftlichen Honorarsicht verschiedene strategische Handlungsfelder, wie Anträge und Widersprüche gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung und auch künftige Optimierungspotentiale ableiten.

Die aufgeführten klassischen Leistungskennzahlen sind somit Grundlage von Verbesserungs-

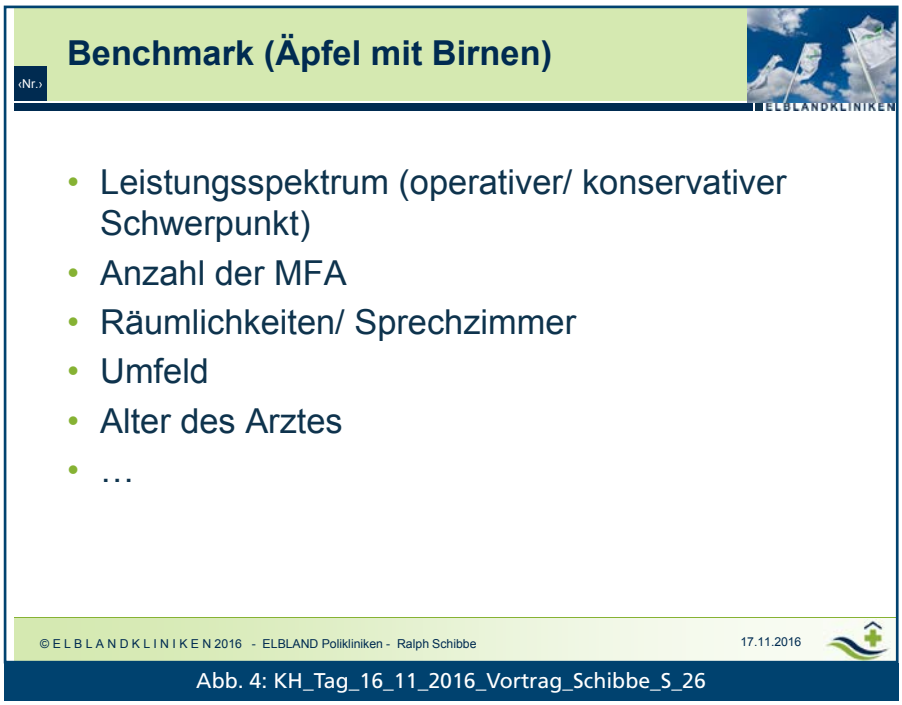


Abb. 4: KH_Tag_16_11_2016_Vortrag_Schibbe_S_26

oder Optimierungsstrategien. Daraus resultieren in der Auswertung immer nützliche Denkanstöße und Impulse, die neue Vergleichszahlen implizieren können.

Dr. med. Roland Strasheim *ist Verwaltungsleiter des AGAPLESION MVZ Frankfurt mit elf Vertragsarztsitzen in neun Fachrichtungen mit insgesamt 16 angestellten Ärzten.*

Er berichtete in seinen Vortrag über den komplexen Prozess, mit dem in seinem MVZ ein umfassendes Controlling- und Kommunikationssystem eingeführt wurde. Dafür ging er von der Grundfrage aus, dass sich für das Trägerkrankenhaus immer auch die Frage stellt, welche Bereiche der Betriebsstätte MVZ ‚profitabel' arbeiten und welche nicht. Für das MVZ ergab sich daraus die Grundfrage, ob man die Leistung der Ärzte überhaupt messen könne.

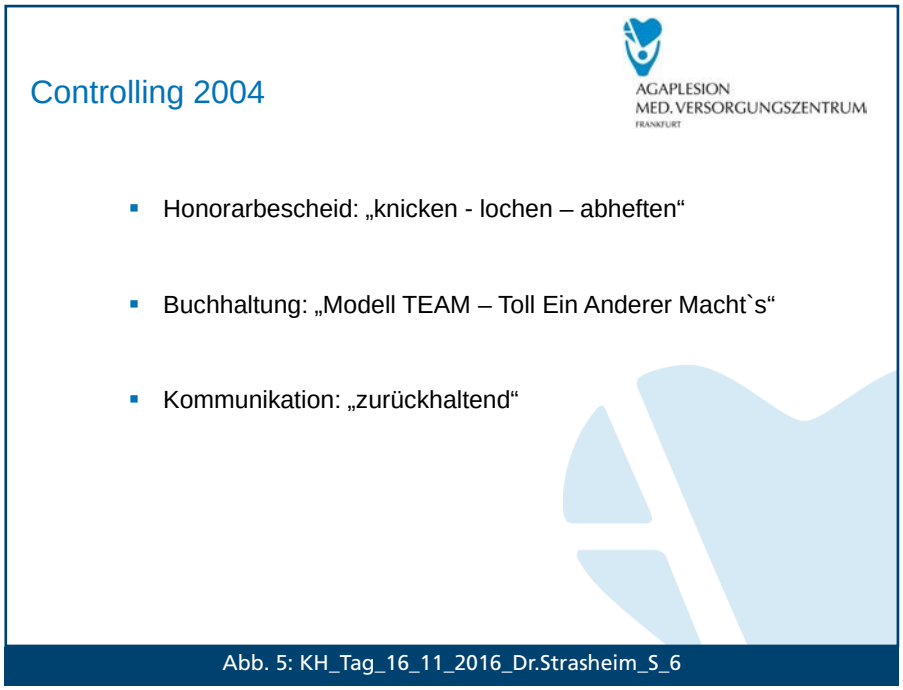


Abb. 5: KH_Tag_16_11_2016_Dr.Strasheim_S_6

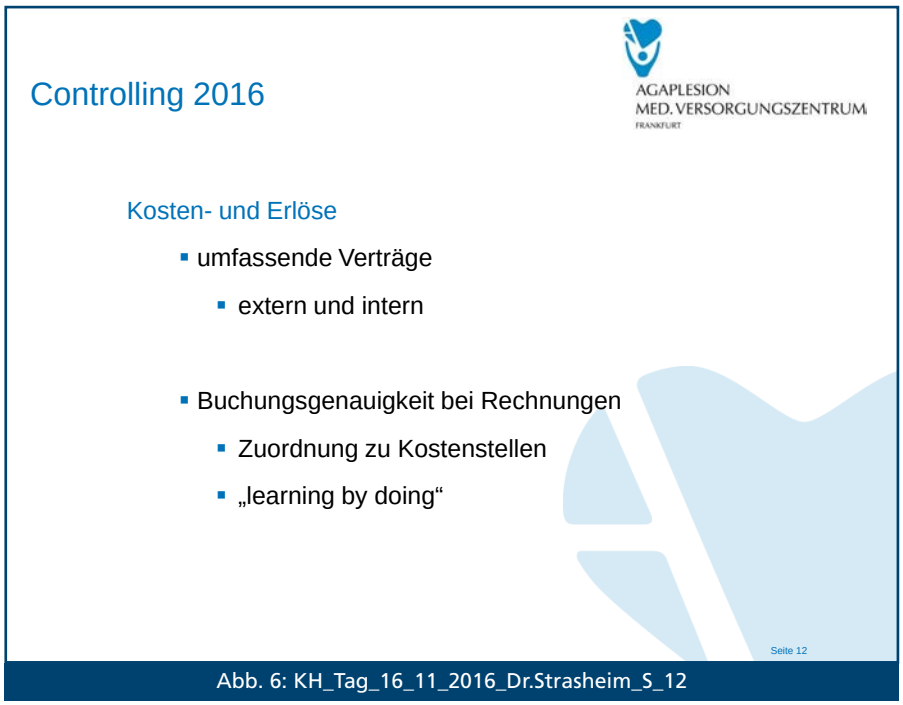


Abb. 6: KH_Tag_16_11_2016_Dr.Strasheim_S_12

Zielstellung: Kosten- & Erlöscontrolling

Somit lag auf der Hand, dass man ein effektives MVZ-individuelles Steuerungssystem brauche, das über die Basiskennzahlen aus der KV-Abrechnung hinausging. Jedoch erst beginnend in 2012 gelang es, ein Konzept, das die Bereiche Leistungs-, Kosten- und Erlöscontrolling gleichzeitig umfasste, einzuführen.

Die quartalsweise Auswertung der bereits dargestellten klassischen Kennzahlen, die sich aus dem Honorarbescheid feststellen lassen, kennzeichnen das Leistungscontrolling. Sie ergeben eine aufschlussreiche Übersicht über das Leistungsbild und die Abrechnungsmöglichkeiten des einzelnen Arztes und ermöglichen auch die vergleichende Rückschau über vergangene Zeiträume. Jedoch entsprechend des Anspruchs, verwertbare Kennzahlen über die tatsächliche Betriebswirtschaftlichkeit der einzelnen MVZ-Teile zu haben, muss es auch darum gehen, die arztindividuelle Kostenseite zu controllen. Um hierfür Daten zu erheben, sind natürlich gut überlegte Vorarbeiten notwendig. Um am Anfang einen differenzierteren Kostenplan zu etablieren, wurde daher im AGAPLESION MVZ Frankfurt zunächst Verbindlichkeit durch die Benennung von festen Mitarbeitern geschaffen, die die komplette Buchhaltung der Betriebsstätte managen sollten. Dadurch wurde sichergestellt, dass Buchungen nach festen Regularien erfolgten, und somit die Basis für ein Mindestmaß an Nachvollziehbarkeit geschaffen. In der Anlaufphase wurden jegliche Kosten verursachungsgerecht den einzelnen Ärzten zugeordnet. Die Start-

phase ist hier entsprechend eine sehr kommunikationsaufwändige Phase.

Umlageschlüssel – Kostentransparenz zur einzelnen Arztstelle

Im Kostenstellenplan wurden für die jeweiligen Betriebsteile Ebenen und mehrere Subebenen (Fachbereich und Vertragsarztsicht) angelegt. Als unterste Ebene wurde der auf dem Vertragsarztsitz angestellte Arzt benannt. Die Erarbeitung der Umlageschlüssel, nach denen alle allgemeinen Kosten – von Versicherungen über Miete und Reinigung bis hin zum Kaffeeverbrauch der Patienten im Wartezimmer – auf die einzelnen Ärzte umgelegt wurden, war ein weiteres wesentliches Element. Sie richten sich nach qm-Zahl oder Arztfallzahl und werden jeweils halbjährlich überprüft. Ebenso wurden die Personalkosten des nicht-ärztlichen Personals zugeordnet. Die übergreifenden Bereiche wie Anmeldung und Abrechnung wurden jeweils nach Scheinzahl umgelegt.

Regelkommunikationskreise fördern Prozessoptimierung

Die Einführung und Umsetzung aller Maßnahmen und Ergebnisse bildet die Basis für gut vorbereitete und regelmäßig stattfindende Controllinggespräche mit allen Ärzten. Dort werden gemeinsam zielführende Strategien zur Optimierung der Prozesse und Abläufe besprochen. Daneben wurden weitere Regelkommunikationskreise, etwa Abrechnungsgespräche (Arzt, MFA, Abrechnung), Teamsitzungen (MFA, Abrechnung) sowie Ärztesitzungen (alle Ärzte, Geschäftsführung/Leitung) aufgebaut und aktiv belebt.

Vier Sichtweisen zu sinnvollen Daten ambulanter Versorgung

Insgesamt waren sich die vier Referenten des Seminars einig, dass die Erfassung sinnvoller Daten ambulanter Praxen (MVZ) sich ausgesprochen schwierig darstellt und von vielen regionalen und individuellen Faktoren abhängig ist. Ein externes Benchmarking ist daher für die ambulante Versorgung nach wie vor viel schwieriger als im stationären Bereich. Unabhängig davon ist mit ein wenig Erfahrung und Zeitinvest ein internes Controlling durchaus detailliert und spezifisch umsetzbar.

Die Erfüllung einer Reihe von Voraussetzungen ist dabei die Grundlage, um erfolgreich zu sein. „Es ist somit immer ein Spiel mit den Unbekannten“, sagte Ralph Schibbe. Für die Vorbereitung und Konzeption von Strategien zur Verbesserung der Strukturen seien einzelne Erkenntnisse des Benchmarking jedoch unabdingbar. Deshalb ist es nach seiner Erfahrung vorteilhaft, bei der Auswertung der vorhandenen Datenbasis programmatisch vorzugehen. „A und O bleibt zudem, dass die Mitarbeiter dadurch angeregte Veränderungsprozesse auch unterstützen und mittragen.“

Herr Dr. Strasheim ergänzte, dass die bei ihm im MVZ etablierte Regelkommunikation die Belebung des Leistungs-, Erlös- und Kostencontrollings spürbar befördert habe. Dabei habe die erreichte hohe Transparenz auch wirklich nützliche Steuerungsmöglichkeiten geschaffen. Und, „neben der Optimierung von Dokumentation und Abrechnung konnten auch Kosten reduziert und Prozesse gemeinsam optimiert werden. Auch Konstantin Eckert, der nicht am Krankenhaus, sondern aktuell für niedergelassene Ärzte eines Ärztenetzes tätig ist, betonte als Fazit seines Vortrags, dass es sich „in jedem Fall lohnt, sich intensiv mit den Statistik-Tools der Praxissoftware auseinanderzusetzen, um das eigene Leistungsverhalten transparenter zu machen und die Wirtschaftlichkeit entsprechend zu erhöhen.“

Die Beispiele zeigen – bei allen unbekannten Größen und Herausforderungen – Controlling und Benchmarking im MVZ sind machbar und sinnvoll. Die Kernmessage dieses MVZ-Seminars, die alle Beteiligten mittragen ist entsprechend: **Was das tägliche Behandeln im MVZ ausmacht, kann vergleichbar und wirtschaftlich sein und dennoch persönlich und empathisch im besten Sinne der ärztlichen Versorgung bleiben.**

Dieses Fazit der vier in der MVZ-Welt tätigen Praktiker ist deshalb so wichtig, weil dem Krankenhaus-MVZ als sektorverbindende Struktur noch immer von vielen niedergelassenen Ärzten, bzw. deren Verbandsvertretern mit Vorbehalten oder Kritik begegnet wird. Die Entwicklung der MVZ in Krankenhausträgerschaft bringt es hier zwar mit sich, dass die Sektorengrenzen automatisch durchlässiger werden, die Anerkennung durch Patienten und ärztliche Kollegen muss sich jedes einzelne Krankenhaus-MVZ allerdings vor Ort täglich neu erarbeiten. Eine Anstrengung, die sich jedoch lohnt und unbedingt sinnvoll ist, da die dadurch erreichten Interaktionen zwischen den beiden bisher getrennten Versorgungssektoren, für Patienten und Ärzte gleichermaßen sinnvoll sind und neue Synergien bringen.

Erfahrungsbericht: Der ‚widerspenstige' Arzt

Abrechnungs-Controlling hat eine sehr hohe Bedeutung und kann auch die Mitarbeitermotivation positiv beeinflussen

In seiner Tätigkeit als Manager im Ärztenetz Teltow-Kleinmachnow-Stahnsdorf betreut Konstantin Eckert 50 Ärzte verschiedener Fachrichtungen. In seiner früheren Tätigkeit hat Herr Eckert u. a. ein MVZ mit 12 angestellten Ärzten geleitet.

Durch meine Tätigkeit als Verwaltungsleiter eines MVZ mit angestellten Ärzten, lernte ich sehr schnell die Wichtigkeit einen guten Controllingsystems schätzen. Dadurch konnte eine möglichst große Transparenz in einem sehr intransparenten Versorgungsumfeld geschaffen werden, mit der den Ärzten und Praxisteams wertvolle Unterstützung für die Abrechnung und Leistungssteuerung an die Hand gegeben werden konnte. Nur so wurde der Leistungsprozesse aktiv steuerbar.

Ambulantes Abrechnungs-Controlling = Vollständigeitskontrolle?

Nach meinen Erfahrungen ist ambulantes Abrechnungs-Controlling eine Mischung aus Vollständigkeitskontrolle und Kommunikation. Hierbei geht es in erster Linie darum, Sicherheit zu erlangen, ob alle durch die Praxisteams erbrachten Leistungen auch in der Abrechnung gepunktet wurden. Oder, ob bei bestimmten Leistungen Diagnosen oder Begründungen fehlen, was zu einer Streichung dieser Leistung durch die KV und damit zu Honorarausfall führen würde. Die meisten Praxis-Verwaltungs-Systeme enthalten dafür geeignete allgemeine Statistik-Tools und Algorithmen, die jedoch zwingend spezifisch angepasst werden müssen.

Beurteilung vergangener – aktueller – zukünftiger Leistungen

Durch die Nutzung dieser Statistiken kam es – bei gleichem Leistungsumfang – zu einer deutlich höheren Wirtschaftlichkeit der Praxen sowie zu einer Erhöhung der Transparenz vieler Arbeitsprozesse. Nichtzuletzt wurde dadurch auch die Mitarbeitermotivation beim Themenkomplex Abrechnung gesteigert, weil die Praxisteams nun wirksame Arbeitsmittel hatten, um eventuelle Fehler oder Implausibilitäten zu prüfen, da die gut genutzte EDV hier präzise und schnell Erkenntnisse schaffen konnte.

Durch die erhöhte Transparenz, konkrete Leistungsziele und Quoten, sowie das motivierende Gefühl einer „vollständigen Abrechnung" konnten die Praxen gesteuert werden und ließen sich schneller und effektiver weiterentwickeln, da nun genauer die aktuellen, vergangenen und zukünftigen Leistungsgeschehen beurteilt, geplant und mit leistungsbezogenen Boni versehen werden konnten.

Dokumentation passt zu Wirtschaftlichkeit?

Diese bei meiner MVZ-Tätigkeit gewonnen Erkenntnisse konnte ich in meine aktuelle Arbeit als Arztnetzmanager einbringen, da ich in diesem Umfeld für eine Vielzahl an Praxen als externer Abrechnung-Controller arbeite und zu den gleichen guten Ergebnissen kommen konnte. Da die Strukturen der Ärzte in einem Ärztenetz sehr homogen sind, war hier oft ein direkter Benchmark zwischen den einzelnen Praxen gegeben und die Praxen mit entsprechendem „Nachholbedarf" konnten deutlich schneller ihr Leistungsgeschehen und die erforderliche Dokumentation anpassen.

Aus meinen Erfahrungen kann ich zusammenfassen, dass es sich in jedem Fall lohnt, sich intensiv mit den Statistik-Tools der Praxissoftware auseinanderzusetzen, um das eigene Leistungsverhalten transparenter zu machen und die Wirtschaftlichkeit entsprechend zu erhöhen.

Kontaktdaten des Autors:
Angelika Niemier
Leiterin Bundesgeschäftsstelle BMVZ e.V., Berlin
E-Mail: a.niemier@bmvz.de

Prof. Dr. H. M. Hoffmeister, Dipl.-Volkswirt C. M. Hoffmeister

Qualitätsindizes als Mittel ökonomischer Steuerung statt zur patientenorientierten Verbesserung ärztlichen Handelns

In der Koalitionsvereinbarung für die laufende Legislaturperiode war die „Qualität“ und ihre Erfassung die am häufigsten angeführte Begrifflichkeit für das Gesundheitswesen. Populär wurde dies als Qualitätsoffensive benannt. Es stellt sich die Frage, ob dieser politische Ansatz noch identisch ist mit dem ursprünglichen Bemühen der Ärzteschaft, im kollegialen Vergleich (und ggf. externer Supervision) einen möglichst hohen Standard für die Patientenversorgung zu gewährleisten, oder ob dafür erarbeitete oder andere Indizes für ökonomische oder politische Ziele zweckentfremdet werden. Mit dieser Problematik beschäftigt sich seit vier Jahren auch eine von H. M. Hoffmeister und H. Spies für den Berufsverband Deutscher Internisten auf dem Deutschen Krankenhaustag ausgerichtete Workshopreihe. An dieser sind Ärztekammer, Verordnungsgeber, Krankenhausleitungen, Qualitätsinstitute, leitende Ärzte und Kostenträger beteiligt.

Erste externe Qualitätssicherungsprogramme

Externe Qualitätssicherungsprogramme wurden in Deutschland überwiegend in der Herzmedizin entwickelt. Sie begleiteten den Aufbau einer herzchirurgischen Versorgung wie auch die Etablierung der invasiven diagnostischen und interventionellen Kardiologie in Deutschland, ausgehend von universitären Zentren bis zur flächendeckenden koronarinterventionellen Herzinfarktversorgung. Eine wesentliche Komponente hierbei waren die wissenschaftlichen Register der Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte (ALKK), die zunächst in Kassel und dann in Ludwigshafen angesiedelt waren. Hier wurden z.B. Indikationen, prozedurale Aspekte (z.B. Stent), Ergebnisse sowie weitere Faktoren wie Geschlecht, Vorhofflimmern und Begleitmedikation in verschiedenen Registern erfasst und wissenschaftlich ausgewertet. Zeitweise bestanden auch Peer-Review Validierungen. Der Vergleich der hauseigenen Daten mit den Registerdaten ermöglichte dann der jeweiligen Klinik eine Einordnung und ggf. Korrektur ihres diagnostischen und therapeutischen Vorgehens im Sinne einer von der ärztlichen Leitung optimierten Patientenversorgung.

Kopplung zwischen Qualitätsindikatoren und Kostenerstattung

Dieses Konzept der externen Qualitätserfassung wurde in den Folgejahren auf weitere Erkrankungen wie die Pneumonie ausgedehnt und die Teilnahme an der externen Qualitätssicherung zur Voraussetzung für eine vollständige Kostenerstattung durch die Kostenträger gemacht. Damit fand erstmals eine direkte Koppelung zwischen Qualitätsindikatoren und Kostenerstattung statt. Die qualitätssichernden Erfassungen betrafen mehr als 300 Qualitätsindikatoren und führten zu einem erheblichen, patientenfernen und bürokratischen Mehraufwand für das ärztliche Personal – diese Zeit ging entsprechend bei der direkten patientennahen Versorgung verloren. Die Handhabung dieser Datenmengen erforderte konsequenterweise den Aufbau eines zusätzlichen bürokratischen Apparates. Die Krankenhäuser selber wurden nicht nur über die Koppelung an Entgelte („Bezahlung nur gegen Teilnahme“), sondern auch über die

Prof. Dr. H. M. Hoffmeister

Veröffentlichung sogenannter Qualitätsdaten auf Internetseiten unter ökonomischen Druck gesetzt. Zusätzlich wurden, z.T. basierend auf § 21 Daten, weitere sogenannte Qualitätsindikatoren sowohl von Krankenhausträgerketten wie auch von Kostenträgern öffentlich gemacht. Für derartige Kriterien wurde die Zielrichtung nach dem Motto „cui bono" häufig z.B. bezüglich einer Kostensenkung offensichtlich. Derartige Indizes unterliegen einer Willkür und Manipulierbarkeit bzw. Umgehbarkeit. Zudem gibt es nahezu regelhaft keine wissenschaftlichen Daten zu Grenzziehungen mittels Indikatoren und Mindestmengen. Der Qualitätsanspruch bezüglich prospektiver, evidenzbasierter Studien, wie ihn der Gemeinsame Bundesausschuss z.B. bei Arzneimittel- und Methodenbewertungen fordert, wird von eben diesen Gremien im Bereich der Qualitätsindizes zur ökonomischen Steuerung nicht gefordert.

Gesetzliche Grundlagen der sogenannten „Qualitätsoffensive"

Die Entwicklung der externen Qualitätssicherung war initial vom ärztlichen Bemühen um eine möglichst gute Patientenversorgung geprägt und fand auf freiwilliger Grundlage statt. Diese institutionsindividuelle Sichtweise wurde dann um den Anspruch einer möglichst qualitätsgesicherten Versorgung in der Fläche ergänzt. Unter diesem Aspekt wurde auch die initial freiwillige Basis der Teilnahme an der Qualitätssicherung im Laufe der Zeit zu einer zwingend zur Kostenerstattung geforderten Verpflichtung unverändert mit dem Ziel einer möglichst guten Patientenversorgung.

Wo ist vor diesem historischen Hintergrund die heutige sogenannte „Qualitätsoffensive" anzusiedeln?

Diese besteht im Wesentlichen aus folgenden gesetzlichen Maßnahmen dieser Legislaturperiode:

1. GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG 2014)
2. GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG 2015)
3. Krankenhausstrukturgesetz (KHSG 2016)
4. Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses über eine Qualitätsmanagementrichtlinie (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL 2016)

Intransparentes Vorgehen des Instituts für Transparenz

Welches sind Konsequenzen o.a. Gesetze bzw. Beschlüsse im Rahmen der Qualitätssicherung?

Das GKV-FQWG von 2014 führte zur Schaffung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) als ein weiteres Bundesinstitutes mit der Bezeichnung Qualität im Titel (vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen = IQWiG). Dieses zusätzliche Institut sollte u.a. sektorenübergreifend Qualitätsvergleiche durch Indikatoren entwickeln. Hierbei sollten Qualitätsindikatoren risikoadjustiert sein und mög-

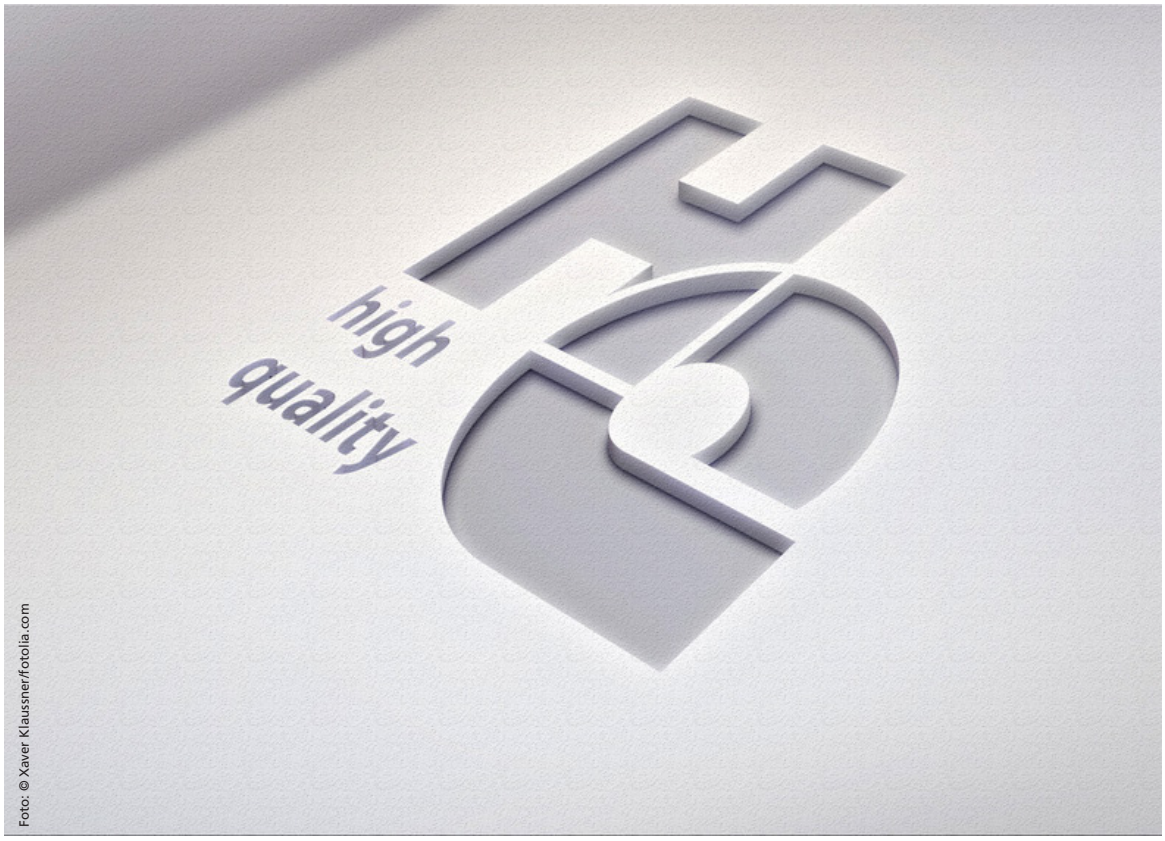


Foto: © Xaver Klaussner/fotolia.com

lichst unter Nutzung von Sozialdaten ermittelt werden. Das Qualitätsinstitut sollte dann über ein Krankenhausbewertungsportal Onlinevergleichslisten für die stationäre Versorgung erstellen, zudem Patientenbefragungen durchführen und letztlich Kriterien für Zertifikate etc. entwickeln. Dieses Institut hat inzwischen seine Arbeit aufgenommen (1). Das erste Verfahren bezüglich planungsrelevanter Qualitätsindikatoren zeichnete sich allerdings explizit dadurch aus, dass zwar eine erhebliche Zahl von Fachgesellschaften angehört wurde, aber deren Stellungnahmen trotz dezidierter und detaillierter Ausarbeitung bis zur endgültigen Entscheidung unter Verschluss gehalten wurden. Somit konnte an diesem „Institut für Transparenz im Gesundheitswesen" keine arztöffentliche Diskussion der eingereichten Kommentare und Vorschläge stattfinden; auch nicht unter den Einreichern von Stellungnahmen. Vielmehr wurde in der Semantik, trotz Einspruch vieler Fachgesellschaften, der Wechsel von der Begrifflichkeit „qualitätsabweichendes Ergebnis" in der externen Qualitätssicherung hin zum Terminus „Patientengefährdung" vollzogen, um hier ein Terrain für Kontrollbehörden und rechtliche Maßnahmen vorzubereiten.

Versuch eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens

Einen Versuch eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens stellt die verpflichtende Teilnahme von Krankenhäusern und Vertragsärzten/Belegärzten bei der Durchführung von perkutanen Koronarinterventionen und Koronarangiographien (PCI) dar. Auf Landesebene sind entsprechende sektorenübergreifende Arbeitsgemeinschaften noch nicht vorhanden, ein strukturierter Dialog ist frühestens ab 2017 zu erwarten. Seriöse Folgeabschätzungen liegen hierfür nicht vor, insbesondere nicht zur Indikationsqualität – die Indikation beruht häufig nicht nur auf einer einfachsten Anamnese, sondern stellt zudem einen Komplex aus der Erfassung typischer und atypischer Beschwerden dar (dieser Prozess ist nicht einfach zu tabellieren und auch von der Arzt-Patienten-Interaktion abhängig). Welche bewussten oder unbewussten, von medizinischen Schulen abhängigen wie auch durch Ertragsanreize getriebene Variationen hier eine (nicht kriminelle!) Variabilität bewirken, wurde bislang nicht abgeschätzt. Direkt hieran schließt sich aber die Begrifflichkeit des pathologischen Befundes z.B. bei einer Koronarangiographie an: Auch selbst mit quantitativer Koronarangiographieauswertung besteht eine erhebliche Variabilität der Befundeinschätzung. Es stellt sich die Frage, inwieweit durch zusätzliche, sonst in der Versorgungsroutine nicht durchgeführte Tests etwaige geringfügiger Pathologika, welche bisher ohne therapeutisch-interventionelle Maßnahmen bleiben konnten, routinemäßig zum Indikationsbeleg gesucht werden müssen.

Außer den Variablen der Indikationsqualität in Zusammenschau mit dem wissenschaftlichen und schulenbedingten Einschätzungen der Notwendigkeit einer Intervention kommt eine zweite, subjektiv mitgeprägte Entscheidung hinzu, welche oben angeführten Einflussgrößen unterliegen kann: Es ist hierbei völlig selbstverständlich, dass weniger hochgradige und technisch einfach durchzuführende Interventionen in einem noch nicht so weit fortgeschrittenen Koronarsystems den Anschein einer hohen Indikationsqualität (hoher Anteil pathologischer Befunde!) einerseits erwecken und andererseits wegen ihrer Einfachheit Prozess- und Ergebnisqualität besonders günstig erscheinen lassen. Dass hierfür Adjustierungen unter der Vielfalt der Einflussfaktoren nicht ausreichend möglich sind, haben u.a. die schlechten Erfahrungen im Ausland bei Pay-for-performance und vergleichbaren Programmen gezeigt [2,3,4,5]. Fehlerhaft erscheint hier vor allem, dass nicht für die verschiedenen Variablen systematisch Folgeabschätzungen durchgeführt worden sind, sondern die Etablierung sich auf patientenferne, rechtliche und organisatorische Aspekte sektorenübergreifender Qualitätssicherung fokussiert hat. Die Komplexität und Problematik der Entwicklung von Cut-offs für Mindestmengen und Abweichungsbereiche unter Berücksichtigung der klinischen Relevanz wurde ausführlich von Klakow-Franck dargestellt [6].

Planungsrelevante Qualitätssicherungsmaßnahmen

Das GKV-VSG vom Folgejahr ging einen Schritt weiter und führte die Begrifflichkeit der planungsrelevanten Qualitätssicherungsmaßnahmen ein. Da die Krankenhausplanung bisher Ländersache war, wurde eine Regelung für ein Mitspracherecht der Bundesländer bei Richtlinien bezüglich einer Bedarfsplanung entwickelt. Als selbstverständlich wird hierbei vorausgesetzt, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen die Kontrolle der Qualitätsanforderungen obliegt. Es können durch ein auf Bundesebene angesiedeltes

Gremium (G-BA) planungsrelevante Kriterien, welche auf regionaler Ebene greifen, erlassen werden. Durch die Mitbeteiligung der Bundesländer ist deren Planungshoheit im Krankenhauswesen formal nicht beeinträchtigt.

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) adressiert eine Vielzahl von Aspekten im Gesundheitswesen von der Qualitätsoffensive über die Weiterentwicklung des DRG-Systems bis hin zu der Förderung von Pflegestellen und Strukturfonds. Im Speziellen sollen hier mit Hilfe des IQTiG planungsrelevante Qualitätsindikatoren und ebenso Kriterien für sogenannte Sicherstellungszuschläge entwickelt werden. Zudem soll eine Neustrukturierung der Notfallversorgung durch ein Stufensystem erfolgen [7]. Weitere Aspekte zielen u.a. auf die Mindestmengenthematik, die Stärkung des MDK sowie die Voraussetzungen für eine qualitätsabhängige Vergütung ab.

Strukturierte Notfallversorgung

Im Bereich der Notfallversorgung sollen diverse Ansprüche an die Notfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser in vier Stufen realisiert werden. Die Mindestvoraussetzungen für die jeweiligen Stufen sind je nach eingebrachtem Vorschlag unterschiedlich. Ein Teil der Vorangaben für ein solches System lehnt sich an die Anforderungen an, die zuvor für eine entsprechende Notfallambulanz-Facharzt-Qualifikation vorgeschlagen worden sind. Hierbei ist aber anzumerken, dass dieser Facharzt für Notfallmedizin in seiner geforderten Ausprägung in den meisten Ärztekammern bisher nicht vorgesehen ist. Vielmehr sind qualifizierte Fachärzte der unterschiedlichen Kernabteilungen mit einer dadurch sehr viel weiter in die jeweiligen Krankheitsbilder hineinragenden ganzheitlichen Kompetenz durch entsprechende Kammerweiterbildungen in Notfallmedizin der derzeit verfügbare Standard. Nach der vorgeschlagenen Festschreibung vom Facharztstatus in nach heutiger Verfügbarkeit unrealistischen Zeitfenstern (Minuten!) (mit der Konsequenz, dass in den Kliniken dann weniger Weiterbildungsplätze und eher Facharztstellen zur Verfügung stehen) wirkt demgegenüber die für die Notfallversorgung mindestens ebenso wesentliche Verfügbarkeit hochkompetenter intensivmedizinischer Kapazitäten nur relativ unspezifiziert. Es entsteht der Eindruck, dass hier eine Vielzahl von Forderungen einer umschriebenen kleineren, ärztlichen Gruppe mit Etablierungsbedarf (eine neue Facharztgruppe sucht gesicherten Tätigkeitsbereich) übernommen und in eine die Gesamtversorgung nicht entsprechend wiederspiegelnde Struktur eingebracht worden ist. Hierbei werden nur sehr wenig für die Notfallversorgung ebenfalls entscheidende Kriterien der tatsächlichen Behandlungsqualität in der Tiefe gefordert, vielmehr stehen Forderungen zur Schaffung einer eigenen, klinischen Struktur als offensichtliches Ziel im Vordergrund. In welcher Tiefe und Relation aber der Zugangsbereich zum Krankenhaus und die weitere Betreuung aufgebaut sein müssen um eine optimale Patientenversorgung der jeweiligen Krankheitsschwere zu gewährleisten, ist bisher gar nicht untersucht. Insofern muss ein Großteil der Ansätze zur Notfallversorgungsstruktur eher als interessenbedingt, aber nicht der qualitativ hochstehenden Versorgung der Patienten geschuldet betrachtet werden. Es kommt hinzu, dass je nach Auslegung der Strukturanforderungen ein nicht unerheblicher Teil von Krankenhäusern (im zweistelligen Prozentbereich) von der stationären Notfallversorgung ausgeschlossen wird. Da Krankenhäuser Notfallambulanzen benötigen, um z.B. ihnen bekannte und vorbehandelte Patienten jederzeit zügig in Notfällen versorgen zu können, wird über den Wegfall der Möglichkeit für eine stationäre Notfallversorgung letztlich die Existenz eines Krankenhauses in vielen Fachgebieten in Frage gestellt. Darüberhinaus ist der ökonomische Aspekt einer Notfallambulanz als Einweisungsweg für den niedergelassenen Sektor wie auch für Selbstvorstellungen nicht zu vernachlässigen. Andererseits finden in den letzten Jahren in Entwicklung befindliche sektorenübergreifende Aspekte der Notfallversorgung (z.B. „Portalpraxis“) angesichts der ökonomischen Interessen der Kostenträger hier keine ausreichende Berücksichtigung, so dass eher von einer sektorentrennenden als von einer die sektorenübergreifende Versorgungsförderung für die Zukunft ausgegangen werden muss.

Für medizinische Zwecke entwickelte Qualitätsindikatoren als Werkzeug der Krankenhausplanung

Bezüglich der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sei auf obige Anmerkungen hinsichtlich der verschiedenen Qualitätsbegriffe, ihrer Wertigkeit, ihrer Variabilität, ihrer möglichen Manipulierbarkeit und insbesondere auch ihrer für viele Teilindikatoren fehlenden klinischen Belegbarkeit verwiesen [6]. Aus den bestehenden 351

Qualitätsindikatoren, welche ursprünglich, wie zu Beginn dieses Beitrages aufgeführt, zur Verbesserung der medizinischen Qualität und Verbesserung der direkten Patientenversorgung initiiert worden sind, wurden jetzt unter der Vorstellung einer messbaren Größe diese primär ärztlichen Aspekte in ein Werkzeug zur Ökonomie in Bezug auf Krankenhausplanung umgewandelt. Der hier schnell angeführte Begriff der (nicht individuellen!) Versorgungsqualität soll als neuer Planungsaspekt die Möglichkeit der Steuerung und insbesondere des Abbaus von Krankenhauskapazitäten bieten [8]. Dies entspricht der Forderung der Kostenträger nach einer drastischen Reduktion der Zahl der Krankenhäuser, der sich im Prinzip auch die Leopoldina angeschlossen hat [9]. In diesem Ansatz zur Reduktion der Krankenhauskosten wird eine Fokussierung auf das Patientenwohl im Sinne des Deutschen Ethikrates [10] eindeutig zu Gunsten einer erhofften Kostenreduktion in den Hintergrund gedrängt. Auch das häufige Anführen des Begriffes „Qualität" in der Versorgungsplanung verhindert nicht die Distanzierung zwischen ökonomischen Interessen und individuellem Patientenwohl unter Verwendung patientenferner Planungsindizes und abstrakter Strukturvorgaben zur Versorgungsqualität.

Hiermit folgt die Hauptintention der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, wie sich bereits aus dem Begriff ergibt, den gleichen Ansätzen wie die Notfallstrukturplanung: Es wird die Möglichkeit eröffnet, die Zahl der in Deutschland vorhandenen Krankenhäuser drastisch und rechtsfähig zu reduzieren. Die den Ländern eigentlich zustehende Planungshoheit wird bewusst unter Verschleierung der Zuständigkeit auf einen zentralen Ausschuss ausgelagert, wobei Einflussmöglichkeiten der Länder vorhanden bleiben. Für dieses Zusammenspiel zwischen Bundes- und Landesebene sowie Selbstverwaltung sind durchaus offene Fragen, formuliert als „kompententielle Grundfragen" kritisch diskutiert worden [11]. Insbesondere vor der Länderverpflichtung zur Investition im Krankenhausbereich findet hier eine Verschiebung von Zuständigkeiten statt, welche die Schließung von Krankenhäusern kommunaler und kirchlicher Träger ohne aktives, eigenes Hinzutun letzterer ermöglicht.

Instrumentalisierung des GBA

Voraussetzung dafür ist, dass sich mit dem BGA ein Selbstverwaltungsgremium für diesen Zweck der Krankenhausplanung der Länder zur Kaschierung ihrer mangelnden Investitionsleistung und eines ökonomischen Interesses der Kostenträger instrumentalisieren lässt. Die Einbindung der Selbstverwaltung in diese Mechanismen ist diskussionswürdig. Zwar zeigt die Zusammensetzung der Leitung des GBA schon anteilsmäßig das geringe Interesse an leitender Mitwirkung von Ärzten, aber unter dem historischen Argument, dass durch Mitwirkung eher als durch Nichtakzeptanz Schlimmeres verhindert werden könnte, wird die Einbindung nicht in Frage gestellt. Dennoch stehen diese Möglichkeiten in der Diskussion, ob unzureichend oder zuweitgehend, je nach ökonomischem Interesse [12].

Zur Durchsetzung steuernder und manipulierender Kriterien wie Mindestmengen ist juristisch die Schwelle vom gleichen Gremium (G-BA) deutlich niedriger angesetzt als die geforderte Evidenz für die Einführung von Innovationen. Dies entspricht einer klaren, politisch-ökonomisch gewünschten, rechtlich abgesegneten Steuerung und nicht patientenindividuellen Behandlungsbedürfnissen. Es ist müßig in diesem Zusammenhang auf einzelne Vor- und Nachteile bzw. längst bekannte Schwächen von Qualitätsindikatoren einzugehen. Hier hat sich bereits in der Vergangenheit gezeigt, dass nur sehr wenige der vor allem für die Patientenversorgung insgesamt relevanten Indikatoren wissenschaftlich ausreichend belegt und rechtsfähig sind. Vielmehr wurde immer

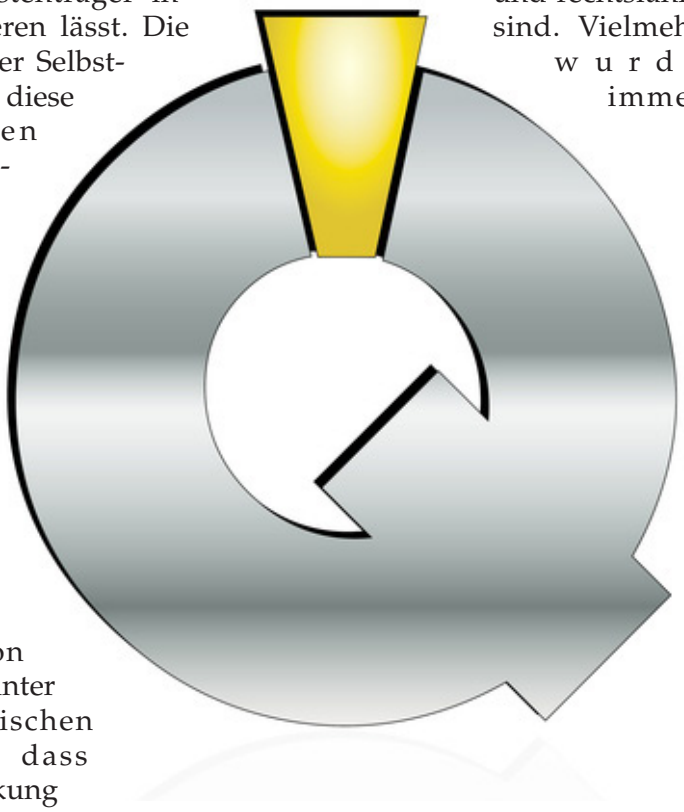


Foto: © Xaver Klaussner/fotolia.com

wieder auf Strukturqualitätsmerkmale wegen ihrer leichteren Erfassbarkeit zurückgegriffen. Auch haben Risikoadjustierung und eine diagnose- bzw. morbiditätsbezogene Entwicklung insgesamt keine befriedigenden Ergebnisse erzielen können. Dies ist einer der Hauptgründe dafür, warum sogenannte qualitätsbezogene Finanzierungszuschläge und Abschläge z.B. im „Pay-for-performance" System bislang erhebliche Schwachstellen gezeigt haben. Im Rahmen der Qualitätsoffensive spielt in der Weiterentwicklung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren das IQTiG eine zentrale Rolle. Wenngleich hier banal einleuchtend geschilderte Erkenntnisse, insbesondere seitens der Kostenträger („was öfter gemacht wird, wird besser gemacht"), Mindestmengendiskussion auf den ersten Blick nicht kritisch erscheinen lassen, so sind doch für einen großen Teil offene Fragen (wie Institutsqualität versus Untersucherqualität und andere) unbeantwortet. Weitere neu eingeführte Aspekte von Qualitätsindikatoren wie z.B. der Relevanz weniger Indikatoren für den größten Teil der Arbeit einer gesamten Fachklinik sind bislang auch nicht wissenschaftlich nachvollzogen worden. Dies kann auch nicht dadurch ausgeglichen werden, dass das für die Bearbeitung zuständige IQTiG die Begrifflichkeit der „Patientengefährdung" frühzeitig in die Diskussion eingeführt hat. Eine neue, nahezu kriminalisierende Semantik ersetzt keine wissenschaftliche Aufarbeitung. Dieser Terminus „Patientengefährdung wurde dann erst im Dezember 2016 vom G-BA als nicht von zentraler Bedeutung klassifiziert.

Zusammenfassung

Die Qualitätsinitiative der derzeitigen Legislaturperiode hat zu einer erheblichen Umdeutung und Neubewertung des Begriffes Qualitätsindikator geführt. Handelte es sich hierbei bisher um ein in der originären Arzt/Patienten-Beziehung angesiedeltes Instrument zur Verbesserung der Behandlung individueller Patienten, so wird es jetzt davon losgelöst unter dem Aspekt einer sogenannten Versorgungsqualität für ökonomische Zwecke wie Krankenhausplanung bzw. Schließung und Krankenhausfinanzierung eingesetzt. Die ärztlich-medizinischen Qualitätsindikatoren sind zu planungsrelevanten (ökonomischen) Qualitätsindikatoren unter aktiver Mithilfe ärztlicher Selbstverwaltungsgremien umgewandelt worden. Hierdurch kann eine größere Unschärfe bezüglich der Zuständigkeiten bei Krankenhausschließungen erreicht werden, das von der Kostenträgerseite gewünschte Ziel der Reduktion der Krankenhäuser ist so eher umsetzbar. Seitens der Patienten gesehene Qualitätsmerkmale wie eine flächendeckende Versorgung können unter dem Aspekt unzureichender Erfüllung von G-BA-Qualitätskriterien zurückgewiesen werden. Klassische Größen einer qualitativ hochstehenden Krankenversorgung wie Facharztstandard und „Good clinical practice" haben nach der Übernahme der Qualität als ökonomisches Steuerungsinstrument keine Bedeutung mehr. Derartige Fehlentwicklungen und Folgen der Überökonomisierung der Krankenhäuser haben in 2016 nicht nur durch die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates [10], sondern auch durch verschiedenste Artikel sowohl in der medizinischen Fachpresse [z.B. 13,14] als auch in den öffentlichen Medien [15] Aufmerksamkeit gefunden. Im eindeutigen Widerspruch zu dem dringenden Appell des Ethikrates das Patientenwohl im Krankenhaus in den Vordergrund zu stellen, steht die Ökonomisierung von Qualität und Qualitätsindikatoren.

Anschrift des Autors:
Prof. Dr. Hans Martin Hoffmeister FACC, FESC
Chefarzt der Klinik für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin
Städtisches Klinikum Solingen gGmbH
Gotenstr. 1, 42653 Solingen

Literaturnachweise

(1) M. A. Weber (2016): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Das IQTiG macht Ernst; Arzt und Krankenhaus 5, 193 - 195
(2) C. Veit, D. Hertle, S. Bungard et al. (2012): Pay-for-performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung; ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin
(3) R. Norling (2006): Pay for performance – lessons for healthcare leaders; International Quality Improvement Exchange Conference Amsterdam
(4) G. R. Wilensky (2005): Meeting the pay-for-perfomance imperative; Healthcare Financial Management Association 12, www.hfma.org
(5) T. Völzke, N. Matthes, T. Mansky (2015): Einen Schritt voraus; F & W 4/15
(6) R. Klakow-Franck (2016): Medizinische und juristische Aspekte von Qualitätsindikatoren; Arzt und Krankenhaus 6, 226 - 229
(7) M. A. Weber (2016): Neue Regelungen zu Notfallstrukturen in Krankenhäusern – Minister Gröhe gibt dem GBA 1 Jahr mehr Zeit zur Entwicklung; Aktuelle Kardiologie 5, 435 - 436
(8) H.-F. Weiser (2016): Qualitätsoffensive führt zur Ausdünnung der Krankenhaus-landschaft; Arzt und Krankenhaus 6, 224 - 225
(9) Leopoldina (2016): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem; www.leopoldina.org
(10) Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus; Berlin, Drucksache Deutsche Bundestag 18/8843
(11) F. Wollenschläger, A. Schmidt (2016): Kompetentielle Grundfragen des Krankenhausstrukturgesetzes: Das neue Qualitätsziel in der Krankenhausplanung; GesundheitsRecht 15 (9), 542 - 550
(12) R. Beerheide, F. Osterloh (2016): Länder kritisieren G-BA-Richtlinien; Dt. Ärzteblatt 51 - 52, B 1933
(13) F. Osterloh (2016): Wie groß ist der Versorgungsbedarf?; Dt. Ärzteblatt 50, B 1893
(14) BDC, BDI, VKD, VLK (2016): 32 Thesen zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017; zit. n. BDI aktuell (2017) 1, 6 - 7
(15) K. Gnirke, I. Hülsen, M. U. Müller (2016): Ein krankes Haus; Der Spiegel 51, 14 - 22

Bewertung der Zielvereinbarungen in Verträgen mit Leitenden Krankenhausärzten

durch die Gemeinsame Koordinierungsstelle der Bundesärztekammer und des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

Vorbemerkungen

1.

Bundesärztekammer und Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands haben bereits im Juli 2013 eine gemeinsame Koordinierungsstelle „Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen" eingerichtet.

2.

Vor dem Hintergrund der am 24.04.2013 zwischen Bundesärztekammer und Deutscher Krankenhausgesellschaft konsentierten Empfehlungen gem. §136a [alt] SGB V zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen sowie vor dem Hintergrund des entsprechenden Beschlusses des 116. Deutschen Ärztetages 2013 und der VLK-Positionierung vom 15.05.2013 werden in dieser gemeinsamen Koordinierungsstelle konkrete Zielvereinbarungstexte aus Verträgen mit leitenden Krankenhausärzten einer Bewertung dahingehend unterzogen, ob diese Zielvereinbarungstexte der vorgenannten Empfehlung vom 24.04.2013 entsprechen. Die Bewertungsergebnisse sollen – anonymisiert – anschließend dokumentiert und publiziert werden.

Eine am 17.09.2014 unter Berücksichtigung der bisher gemachten Erfahrungen erfolgte Neufassung der Empfehlungen bezieht sich nunmehr nicht nur auf Bonuszahlungen für einzelne Leistungen, sondern auch für Leistungsmengen und Leistungskomplexe.

Darüber hinaus hat der Vorstand der Bundesärztekammer – ebenso wie der Verband der Leitenden Krankenhausärzte – aus rechtlichen Erwägungen eine die Ergänzungen der Empfehlungen aufgreifende Änderung der gesetzlichen Vorschrift des § 136a [alt] SGB V selbst als erforderlich erachtet. Die Erweiterung der gesetzlichen Regelung, in Zielvereinbarungen die Koppelung von Bonuszahlungen auch an Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür (wie z. B. Case-Mix-Volumina oder Summen von Bewertungsrelationen) auszuschließen, trägt der seitherigen Entwicklung in notwendigem Maße Rechnung und stellt somit eine notwendige Voraussetzung für die vom Gesetzgeber angestrebte Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von ökonomischen Anreizen dar.

Dieser gemeinsamen Initiative der Bundesärztekammer und des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte trug der Gesetzgeber im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) mit einer Neufassung dieser Vorschrift in § 135c [neu] Rechnung. Die zum 01.01.2016 in Kraft getretene Neufassung des § 135c SGB V lautet:

„Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fördert im Rahmen ihrer Aufgaben die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Sie hat in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen ausgeschlossen sind, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern."

3.

Die in dieser Koordinierungsstelle erfolgten Bewertungen betreffen sowohl Zielvereinbarungen, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung der zwischen Bundesärztekammer und DKG konsentierten Empfehlungen gemäß § 136a SGB V [alt] bereits in Kraft waren, als auch Zielvereinbarungen, die nach diesem Zeitpunkt leitenden Krankenhausärzten von Krankenhausträgern unterbreitet wurden.

Für die Bewertung von Zielvereinbarungen ab dem 17.09.2014 wird die Neufassung der Emp-

fehlungen herangezogen (s. Ziffer 2).

Die Befassung der Koordinierungsstelle mit Zielvereinbarungen soll deutlich machen, dass aus Sicht der Bundesärztekammer und des VLK auch mit dem Abschluss dieser im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer abgegebenen Empfehlungen der DKG vom 24.04.2013 sowie vom 17.09.2014 nicht alle aktuell existierenden oder angebotenen Zielvereinbarungsregelungen von vornherein als gesetzes- und empfehlungskonform einzustufen sind.

Damit wollen Bundesärztekammer und VLK die Ärztinnen und Ärzte sowie die Klinikverwaltungen dabei unterstützen, nur rechtskonforme Zielvereinbarungen abzuschließen.

4.
Die in der gemeinsamen Koordinierungsstelle erfolgende Bewertung von Zielvereinbarungstexten erfolgt mithin ab 01.01.2016 nach folgenden Kriterien:

4.1 Vereinbarkeit mit der Vorschrift des §135c SGB V (Ausschluss von Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize für **einzelne** Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen).

4.2 Akzeptanz **ökonomischer Inhalte** von Zielvereinbarungen nach folgender **„Faustregel“**:

„Solange betriebswirtschaftliches Denken dazu dient, eine indizierte Maßnahme möglichst wirtschaftlich und effektiv umzusetzen, ist es geboten. Der Rubikon ist überschritten, wenn ökonomisches Denken zur Erlössteigerung die medizinische Indikationsstellung **und das dadurch bedingte ärztliche Handeln** beeinflusst.[1)]

Auf der Grundlage dieser Kriterien erfolgt die Bewertung der nachfolgend aufgeführten Zielvereinbarungen:

Foto: © Marco2811@pic/fotolia.com

[1)] Siehe auch das zugrunde liegende Zitat von Prof. Dr. Urban Wiesing anlässlich der 191. Tagung der Vereinigung nordwestdeutscher Chirurgen in Kiel, siehe auch Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 110, Heft 26, 28. Juni 2013, Seite B 1129

Gerd Norden

Zielvereinbarungen unter der Lupe

Bewertung der Zielvereinbarungstexte 114 - 129

Zielvereinbarung 114

- Bonuszahlung für Durchführung eines Sturztage-Programms in Kooperation mit einer Fachklinik zur Darstellung des Leistungsspektrums des Alterstraumazentrums

Bewertung: Akzeptabel
Achtung: Soweit leitende Ärzte in die Werbestrategie des Krankenhauses einbezogen werden, ist das Fremdwerbeverbot des § 27 Absatz 3 MBO-Ä zu beachten. Danach ist Ärzten Werbung für eigene oder fremde gewerbliche Tätigkeiten untersagt. Der Arzt darf daher allenfalls für Leistungen werben, an denen er selbst im Rahmen seiner ärztlichen Berufsausübung beteiligt ist.

- Bonuszahlung für die – möglichst – punktgenaue Einhaltung der Sollverweildauer der Fachabteilung gemäß internen Controller-Vorgaben des Krankenhausträgers

Bewertung: Nicht akzeptabel,
weil aus der Formulierung erkennbar wird, dass die Verweildauer-Vorgabe nicht medizinisch begründet ist.

- Bonuszahlung für Teilnahme an der Supervision ggfs. inklusive Coaching
Bewertung: Akzeptabel

- Bonuszahlung für Erreichung einer bestimmten Anzahl Relativgewichte je Kosten eines Mitarbeiters (VBJ 4)

Bewertung: Abzulehnen,
da dieses Zielvereinbarungselement gegen die Vorschrift des § 135c SGB V verstößt.

Zielvereinbarung 115

- Bonuszahlung für pünktlichen Beginn der operativen Maßnahme

Bewertung: Akzeptabel

- Bonuszahlung für Rezertifizierung des Lungenkrebszentrums

Bewertung: Akzeptabel

Foto: © nmann77/fotolia.com

- Bonuszahlung für ordnungsgemäße Übergabe der Abteilung an einen Nachfolger

Bewertung: Akzeptabel

- Bonuszahlung für (prozentuale) Zielerreichung des EBIT der höheren Ebene

Bewertung: Bedingt akzeptabel
Nur insoweit, wie der leitende Krankenhausarzt den von seiner Abteilung erzielten Beitrag zum wirtschaftlichen Gesamtergebnis des Krankenhauses dadurch positiv gestalten kann, dass die in seiner Abteilung initiierten Maßnahmen unter Beachtung der „Faustregel" (s. Ziffer 4.2) wirtschaftlich und effektiv umgesetzt werden. Dies gestaltet sich für das Krankenhaus als Gesamtunternehmen eher problematisch. Akzeptabler ist die Bezugnahme auf die Abteilungsebene.

- Bonuszahlung für die (prozentuale) Erreichung des EBIT (eigene Ebene)

Bewertung: Bedingt akzeptabel
Nur insoweit, wie der leitende Krankenhausarzt den von seiner Abteilung erzielten Beitrag zum wirtschaftlichen Gesamtergebnis des Krankenhauses dadurch positiv gestalten kann, dass die in seiner Abteilung initiierten Maßnahmen unter Beachtung der „Faustregel" (s. Ziffer 4.2) wirtschaftlich und effektiv umgesetzt werden.

Zielvereinbarung 116

- Bonuszahlung für strukturierte Fortbildung zur Antibiotikatherapie

Bewertung: Positiv

- Bonuszahlung für (prozentuale) Erreichung des EBIT der Klinik

Bewertung: Bedingt akzeptabel
Nur insoweit, wie der leitende Krankenhausarzt den von seiner Abteilung erzielten Beitrag zum wirtschaftlichen Gesamtergebnis des Krankenhauses dadurch positiv gestalten kann, dass die in seiner Abteilung initiierten Maßnahmen unter Beachtung der „Faustregel" (s. Ziffer 4.2) wirtschaftlich und effektiv umgesetzt werden. Dies gestaltet sich für das Krankenhaus als Gesamtunternehmen eher problematisch. Akzeptabler ist die Bezugnahme auf die Abteilungsebene.

- Bonuszahlung für Erfüllung der medizinischen Ziele der Klinik

Bewertung: Nicht zu beurteilen,
da die medizinischen Ziele der Klinik nicht benannt werden. Sofern medizinische Ziele Gegenstand von Zielvereinbarungen sein sollen, dürfen diese nicht ökonomisch motiviert sein, sondern müssen der Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung dienen.

Zielvereinbarung 117

- Bonuszahlung für Erreichung einer vorgegebenen Anzahl von Relativgewichten

Bewertung: Abzulehnen,
da dieses Zielvereinbarungselement gegen die Vorschrift des § 135c SGB V verstößt.

- Bonuszahlung für Erreichen einer vorgegebenen Kostengröße je Relativgewicht

Bewertung: Abzulehnen,
da dieses Zielvereinbarungselement gegen die Vorschrift des § 135c SGB V verstößt.

- Bonuszahlung für Abschluss der ärztlichen Dokumentation innerhalb 3 Wochentage nach Entlassung

Bewertung: Akzeptabel

- Bonuszahlung für Erstellung eines spezifischen Leistungskataloges zur Sicherstellung der Leistungsdokumentation der Hochschulambulanzen unter Berücksichtigung des EBM-Kataloges

Bewertung: Akzeptabel

- Bonuszahlung für Etablierung von 4 interdisziplinären Fallkonferenzen

Bewertung: Positiv

Zielvereinbarung 118

- Bonuszahlung für prozentuale Erreichung des vereinbarten Krankenhausbudgets

Bewertung: Abzulehnen,
es sei denn, dass das Budget einvernehmlich mit dem leitenden Krankenhausarzt verabschiedet wurde. War dies der Fall, dann kann unter Beachtung der „Faustregel" (s. Ziffer 4.2) dieses Element der Zielvereinbarung in Einzelfällen akzeptabel sein. Hierbei muss sichergestellt sein, dass Ärztinnen und Ärzte frei nach medizinisch-fachlichen Gesichtspunkten mitentscheiden können.

- Prozentuale Beteiligung am Umsatz der Wahlarztleistungen

Bewertung: Akzeptabel,
wenn die den Erlösen aus ambulanten und stationären Wahlarztleistungen zu Grunde liegenden medizinischen Indikationsstellungen nicht durch ökonomisches Denken in Bezug auf Erlössteigerung beeinflusst werden („Faustregel" s. Ziffer 4.2).

- Bonuszahlung für nachhaltige

Durchführung bereits neu eingeführter Behandlungsmethoden

Bewertung: Akzeptabel
unter Beachtung der „Faustregel“ (s. Ziffer 4.2).

- Bonuszahlung für Einführung neuer Behandlungsmethoden

Bewertung: Akzeptabel
unter Beachtung der „Faustregel“ (s. Ziffer 4.2).

- Bonuszahlung für Zusammenarbeit mit kooperierenden Fachkollegen

Bewertung: Dieses Zielvereinbarungselement ist **nicht zu beanstanden, wenn** die einschlägigen Vorschriften der ärztlichen Berufsordnung beachtet werden.

- Tantiemenzahlung von 20 % der Einsparungen der Aufwendungen für Überstunden und Resturlaub im ärztlichen Bereich

Bewertung: Akzeptabel
nur unter der Voraussetzung, dass die hier zu treffenden Entscheidungen nicht durch ökonomisches Denken in Bezug auf Kostenreduzierung bzw. Erlössteigerung gemäß der „Faustregel“ (s. Ziffer 4.2) beeinflusst werden. Des Weiteren müssen die einschlägigen arbeitsrechtlichen sowie berufsrechtlichen Vorschriften beachtet werden.

- Bonuszahlung bei Erreichen einer definierten Patientenzufriedenheit (nach dem aktuellen hausinternen Patientenfragebogen)

Bewertung: Akzeptabel

- Bonuszahlung für Erreichen einer 100 %igen Dokumentationsrate der externen Qualitätssicherung sowie bei Nichtanfall negativer Auffälligkeiten in den zu veröffentlichenden Kennzahlen.

Bewertung: Positiv

- Bonuszahlung für erfolgreiche Zertifizierung der Chest Pain Unit

Bewertung: Akzeptabel

- Sicherstellung von mindestens 20 Kontakten vor Ort bei den niedergelassenen Kollegen und deren Durchführung

Bewertung: Bedingt akzeptabel,
soweit die berufsrechtlichen Vorgaben der Paragraphen 30 ff MBO-Ä beachtet werden.

- Bonuszahlung für die Durchführung von mehr als 3 publikumswirksamen Veranstaltungen

Bewertung: Akzeptabel

Zielvereinbarung 119

- Bonuszahlung für (prozentuales) Erreichen des vollstationären und des ambulanten Erlösbudgets

Bewertung: Abzulehnen,
es sei denn, dass das Budget einvernehmlich mit dem leitenden Krankenhausarzt vereinbart wurde. War dies der Fall, dann kann unter Beachtung der „Faustregel“ (s. Ziffer 4.2) dieses Element der Zielvereinbarung in Einzelfällen akzeptabel sein. Hierbei muss sichergestellt sein, dass Ärztinnen und Ärzte frei nach medizinisch-fachlichen Gesichtspunkten mitentscheiden können.

- Bonuszahlung bei einer (prozentualen) Erreichung des EBITDA
Bewertung: Bedingt akzeptabel
Nur insoweit, wie der leitende Krankenhausarzt den von seiner Abteilung erzielten Beitrag zum wirtschaftlichen Gesamtergebnis des Krankenhauses dadurch positiv gestalten kann, dass die in seiner Abteilung initiierten Maßnahmen unter Beachtung der „Faustregel“ (s. Ziffer 4.2) wirtschaftlich und effektiv umgesetzt werden. Dies gestaltet sich für das Krankenhaus als Gesamtunternehmen eher problematisch. Akzeptabler ist die Bezugnahme auf die Abteilungsebene.

- Bonuszahlung für das Erreichen der fast vollständigen „Nullstellung“ der Arbeitszeitkonten aller Mitarbeiter des Bereichs ärztlicher Dienst

Bewertung: Akzeptabel nur
unter der Voraussetzung, dass die hier zu treffenden Entscheidungen nicht durch ökonomisches Denken in Bezug auf Kostenreduzierungen bzw. Erlössteigerung gemäß der „Faustregel“ beeinflusst werden. Des Weiteren müssen die einschlägigen arbeitsrechtlichen sowie berufsrechtlichen Vorschriften beachtet werden.

- Bonuszahlung für 12 CIRS-Meldungen mit einer mindestens 65 %igen Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung

Bewertung: Positiv

- Bonuszahlung bei Durchführung eines nachträglichen Selbstreviews zu Codierung und Behandlungsqualität bei allen G-IQI-Todesfällen

Bewertung: Positiv

- Bonuszahlung für die nachgewiesene Etablierung einer Vorlage und eines Prozesses zur Durchführung und Dokumentation von strukturierten Ange-

hörigengesprächen

Bewertung: Positiv

- Bonuszahlung für fachärztliche Vidierung des Entlassbriefes und dessen nachweislichen Versand durchschnittlich nur 1 Tag nach Entlassung

Bewertung: Positiv

- Bonuszahlung für Umsetzung einer wissenschaftlichen Tagung am Standort des Krankenhauses zum Thema Parkinson-Behandlung

Bewertung: Akzeptabel

Zielvereinbarung 120

- Bonuszahlung für die Zielerreichung eines vereinbarten vollstationären Erlösbudgets für die Kurzliegerstation

Bewertung: Abzulehnen, es sei denn,
dass das Erlösbudget einvernehmlich mit dem leitenden Krankenhausarzt verabschiedet wurde. War dies der Fall, dann kann unter der Beachtung der „Faustregel" (s. Ziffer 4.2) dieses Element der Zielvereinbarung in Einzelfällen akzeptabel sein. Hierbei muss sichergestellt sein, dass Ärztinnen und Ärzte frei nach medizinisch-fachlichen Gesichtspunkten mitentscheiden können. Erschwerend kommt in diesem Falle hinzu, dass die Bonusgewährung an die Erfassung der Patienten als sogenannte „Kurzlieger" gekoppelt werden soll.

- Bonuszahlung für 3 CIRS-Meldungen mit einer mindestens 65 %igen Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen

Bewertung: Positiv

- Bonuszahlung für die fachärztliche Vidierung des Entlassbriefes und dessen nachweislichen Versand höchstens nach 1 Tag

Bewertung: Positiv

- Bonuszahlung für die erfolgreiche Umsetzung einer wissenschaftlichen Tagung am Standort des Krankenhauses

Bewertung: Akzeptabel

Zielvereinbarung 121

- *Bonuszahlung für das (anteilige) Erreichen des Betriebsergebnisses/ Deckungsbeitrages des Zuständigkeitsbereiches*

Bewertung: Nur akzeptabel, wenn
der leitende Krankenhausarzt das von seiner Abteilung erzielte Ergebnis dadurch positiv gestalten kann, dass die indizierten Maßnahmen unter Beachtung der „Faustregel" (s. Ziffer 4.2) in seiner Abteilung wirtschaftlich und effektiv umgesetzt werden. Zu beachten ist ferner, dass die für die Ermittlung des Deckungsbeitrages erforderliche Planung und Ermittlung der Personal- und Sachkostenbudgets einvernehmlich zwischen leitendem Krankenhausarzt und Geschäftsführung erfolgen muss. Außerdem muss sichergestellt sein, dass Ärztinnen und Ärzte frei nach medizinisch-fachlichen Gesichtspunkten mitentscheiden können.

- *Bonuszahlung für Zertifizierung Darmzentrum*

Bewertung: Grundsätzlich positiv,
da dieses Zielvereinbarungselement geeignet erscheint, das Image des Krankenhauses und die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern.

- *Bonuszahlung für die Erreichung festgelegter Kennzahlen (Fallzahlen)*

Bewertung: Dieses Zielvereinbarungselement ist gesetzeswidrig.
(Verstoß gegen § 135c SGB V).

- *Bonuszahlung für Verbesserung des Images und des Rufes eines Fachbereiches, verbunden mit einer Stabilisierung des Marktanteils im Einzugsgebiet*

Bewertung: Positiv zu beurteilen,
sofern berufsrechtliche Vorgaben berücksichtigt werden.

- *Bonuszahlung für Prozesssteuerung/-Verbesserung*

Bewertung:
Unbeschadet einer rechtlichen Überprüfung der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung ist dieses Element der Zielvereinbarung **dem Grunde nach als Kriterium geeignet**.

Zielvereinbarung 122

- *Bonuszahlung für die Erreichung oder Überschreitung einer vorgegebenen Anzahl von „Chefarztfällen"*

Bewertung: Gesetzeswidrig.
(Verstoß gegen § 135c SGB V)

- *Bonuszahlung für die Führung des Krebsregisters und vollständige Erfassung inklusive Abgleich mit den Tumortabellen*

Bewertung: Akzeptabel

Zielvereinbarung 123

- *Als Vergütungsbestandteil erhält der Arzt 50 % der tatsächlichen Einnahmen für ärztliche Leistungen an stationären und ambulanten Privatpatienten und Selbstzahlern.*

Bewertung: Akzeptabel,
wenn die den Erlösen aus ambulanten und stationären Wahlarztleistungen zu Grunde liegenden medizinischen Indikationsstellungen nicht durch ökonomisches Denken in Bezug auf Erlössteigerungen beeinflusst werden.

- *Der Arzt erhält einen Anteil in Höhe von 75 % der tatsächlichen Erlöse aus seiner Gutachtertätigkeit.*

Bewertung: Akzeptabel

- *Bonuszahlung für das Erreichen einer vorgegebenen Kennzahl von Relativgewichten, für das Erreichen eines vorgegebenen CMI sowie das Erreichen einer vorgegebenen Anzahl von Abrechnungstagen im Bereich E3*

Bewertung: Gesetzeswidrig.
(Verstoß gegen § 135c SGB V)

- *Bonuszahlung für das Erreichen einer vorgegebenen Anzahl von Patientenfällen im ambulanten Bereich*

Bewertung: Gesetzeswidrig.
(Verstoß gegen § 135c SGB V)

- *Bonuszahlung für die Erreichung eines vorgegebenen EBITDA*

Bewertung: Bedingt akzeptabel
Nur insoweit, wie der leitende Krankenhausarzt den von seiner Abteilung erzielten Beitrag zum wirtschaftlichen Gesamtergebnis des Krankenhauses dadurch positiv gestalten kann, dass die in seiner Abteilung indizierten Maßnahmen unter der Beachtung der „Faustregel" (s. Ziffer 4.2) wirtschaftlich und effektiv umgesetzt werden.

- *Bonuszahlung für das Erreichen einer vorgegebenen Prozentzahl einer positiven Bewertung im Rahmen der Great Place to Work-Mitarbeiterbefragung*

Bewertung: Positiv

- *Bonuszahlung für Minimierung der Anzahl der Überstunden und Resturlaubstage der im ärztlichen Dienst angestellten Mitarbeiter zum Jahresabschlussstichtag*

Bewertung: Akzeptabel
nur unter der Voraussetzung, dass die hier zu treffenden Entscheidungen nicht durch ökonomisches Denken in Bezug auf Kostenreduzierung bzw. Erlössteigerung gemäß der „Faustregel" (Ziffer 4.2) beeinflusst werden. Des Weiteren müssen die einschlägigen arbeitsrechtlichen sowie berufsrechtlichen Vorschriften beachtet werden.

- *Bonuszahlung für eine Mindestanzahl von generierten CIRS-Meldungen bei 65 %iger Verbesserungsumsetzung*

Bewertung:
Grundsätzlich sind CIRS-Meldungen und daraus resultierende Maßnahmen zur Verbesserung **sinnvoll und akzeptabel**.

- *Bonuszahlung für Erreichung eines Umsetzungsgrades der ethischen Fallbesprechungen von 60 % im QD-Portalqualitätsmonitor*

Bewertung: Positiv

- *Bonuszahlung für die Befristung der fachärztlichen Vidierung des Entlassbriefes an den zuweisenden Arzt auf einen Tag*

Bewertung: Positiv

- *Bonuszahlung für Prozessoptimierung zur Schwerpunktbildung/ Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung*

Bewertung:
Unbeschadet einer rechtlichen Überprüfung der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung ist dieses Element der Zielvereinbarung **dem Grunde nach als Kriterium geeignet**.

Zielvereinbarung 124

- *Bonuszahlung bei Erreichung einer vorgegebenen Anzahl von Relativgewichten, einem vorgegebenen Gesamtdurchschnitts-CMI, einer vorgegebenen Fallzahl und vorgegebenen Berechnungstagen*

Bewertung: Gesetzeswidrig.
(Verstoß gegen § 135c SGB V)

- *Bonuszahlung für mindestens 3 CIRS-Meldungen in einem bestimmten Zeitraum innerhalb einer bestimmten Station und für daraus bei mindestens 65 % resultierenden Verbesserungsmaßnahmen*

Bewertung:
Grundsätzlich sind CIRS-Meldungen und daraus resultierende Maßnahmen zur Verbesserung **sinnvoll und akzeptabel**.

- *Bonuszahlung für Befristung der fachärztlichen Vidierung des Entlassbriefes an den zuweisend*en Arzt auf einen Tag

Bewertung: Positiv

- *Bonuszahlung für die erfolgreiche, persönliche Umsetzung einer wissenschaftlichen Tagung zum Thema Parkinson-Behandlung bei mindestens 50 Teilnehmern (niedergelassene Ärzte).*

Bewertung: Akzeptabel,
soweit die berufsrechtlichen Vorgaben – insbesondere §31 MBO-Ä – berücksichtigt werden.

Zielvereinbarung 125

- *Bonuszahlung für die Erreichung eines vorgegebenen Prozentsatzes der medizinischen Ziele*

  Bewertung: Nicht zu bewerten, da die medizinischen Ziele unbekannt sind.

- *Bonuszahlung für Entlassung von 60 % der Patienten bis 11 Uhr*

  Bewertung: Positiv

- Bonuszahlung für Erreichung der EBIT-Zielvorgabe

  Bewertung: Bedingt akzeptabel
  nur insoweit, wie der leitende Krankenhausarzt den von seiner Abteilung erzielten Beitrag zum wirtschaftlichen Gesamtergebnis des Krankenhauses dadurch positiv gestalten kann, dass die in seiner Abteilung indizierten Maßnahmen unter der Beachtung der „Faustregel" wirtschaftlich und effektiv umgesetzt werden. Dies gestaltet sich für das Krankenhaus als Gesamtunternehmen eher problematisch. Akzeptabler ist die Bezugnahme auf die Abteilungsebene.

- *Bonuszahlung für Reduktion der durchschnittlich offenen Fälle am Monatsende auf maximal 5*

  Bewertung: Positiv

- *Bonuszahlung für interne Schulungen zum Thema Antibiotikatherapie für mindestens 80 % der Beschäftigten des Bereichs Geburtshilfe/Gynäkologie*

  Bewertung: Positiv

- *Bonuszahlung für die Erarbeitung einer Fort- und Weiterbildungsplanung für sämtliche Mitarbeiter des Bereichs Geburtshilfe/Gynäkologie, einschließlich der erforderlichen Personalentwicklungsgespräche, der Festlegung von Freistellungstagen und Kostenplanung für das Kalenderjahr*

  Bewertung: Positiv zu beurteilen,
  soweit die berufsrechtlichen Vorgaben, insbesondere § 27 MBO-Ä, berücksichtigt werden.

Foto: © Marco2811/fotolia.com

Zielvereinbarung 126

- *Bonuszahlung für Erreichung des vorgegebenen Deckungsbeitrags gemäß Wirtschaftsplan*
  Bewertung: Bedingt akzeptabel

- *Bonuszahlung für Erreichen eines vorgegebenen CMI-Wertes der Abteilung*

  Bewertung: Gesetzeswidrig.
  (Verstoß gegen § 135c SGB V)

- *Chefarzt erhält für „Wahlleistungserträge Arzt" 50 % der Erlöse für ambulante Leistungen und 40 % für stationäre Leistungen*

  Bewertung: Akzeptabel,
  wenn die den Erlösen aus ambulanten und stationären Wahlarztleistungen zu Grunde liegenden medizinischen Indikationsstellungen nicht durch ökonomisches Denken in Bezug auf Erlössteigerungen beeinflusst werden.

- *Bonuszahlung für regelmäßige Kontakte und Veranstaltungen für niedergelassene Ärzte und Kooperationspartner*

  Bewertung: Akzeptabel,
  soweit die berufsrechtlichen Vorgaben, insbesondere § 31 MBO-Ä, berücksichtigt werden.

- *Bonuszahlung für Durchführung von Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen sowie Umsetzung von Maßnahmen und Zielen aus medizinischen Audits*

  Bewertung: Positiv

- Bonuszahlung für Umsetzung

von Weiterbildungs-/Personalentwicklungsgesprächen

Bewertung: Positiv

Zielvereinbarung 127

- *Bonuszahlung aus stationärer und ambulanter Privatliquidation*

Bewertung: Akzeptabel,
wenn die den Erlösen aus ambulanten und stationären Wahlarztleistungen zu Grunde liegenden medizinischen Indikationsstellungen nicht durch ökonomisches Denken in Bezug auf Erlössteigerung beeinflusst werden.

- *Bonuszahlung für das Erreichen einer vorgegebenen Anzahl von Relativgewichten*

Bewertung: Gesetzeswidrig.
(Verstoß gegen § 135c SGB V)

- *Bonuszahlung für Erreichen des EBITDA der Klinik*

Bewertung: Bedingt akzeptabel
Nur insoweit, wie der leitende Krankenhausarzt den von seiner Abteilung erzielten Beitrag zum wirtschaftlichen Gesamtergebnis des Krankenhauses dadurch positiv gestalten kann, dass die in seiner Abteilung indizierten Maßnahmen unter Beachtung der „Faustregel" (s. Ziffer 4.2) wirtschaftlich und effektiv umgesetzt werden. Dies gestaltet sich für das Krankenhaus als Gesamtunternehmen eher problematisch. Akzeptabler ist die Bezugnahme auf die Abteilungsebene.

- *Bonuszahlung für PR-Maßnahmen, Marketing, Qualitätsmaßnahmen, Projekte, Prozesse*

Bewertung:
Wegen fehlender Spezifikationen dieser Zielvereinbarungselemente kann **keine abschließende Bewertung** durch die Koordinierungsstelle erfolgen.

Zielvereinbarung 128

- *Bonuszahlung Erreichen des Plan EBIT FNK*

Bewertung: Bedingt akzeptabel
Nur insoweit, wie der leitende Krankenhausarzt den von seiner Abteilung erzielten Beitrag zum wirtschaftlichen Gesamtergebnis des Krankenhauses dadurch positiv gestalten kann, dass die in seiner Abteilung indizierten Maßnahmen unter Beachtung der „Faustregel" (s. Ziffer 4.2) wirtschaftlich und effektiv umgesetzt werden.

- *Bonuszahlung für Beteiligung an den Privatliquidationserlösen*

Bewertung: Akzeptabel,
wenn die den Erlösen aus ambulanten und stationären Wahlarztleistungen zu Grunde liegenden medizinischen Indikationsstellungen nicht durch ökonomisches Denken in Bezug auf Erlössteigerung beeinflusst werden.

- *Reduktion der OP-Wechselzeiten im monatlichen Mittel und Steigerung der Team-Out-Quote im OP*

Bewertung: Positiv

- *Bonusgewährung für erfolgreiche Zertifizierung der Klinik als Fußzentrum*

Bewertung: Grundsätzlich positiv
zu bewerten

Zielvereinbarung 129

- *Bonuszahlung für Erstellung aller Befunde für Untersuchungen nach vorgegebenen Arbeitstag-Fristen*

Bewertung: Positiv

- *Bonuszahlung für termingerechte Freigabe des regelkonform erstellten Dienstplans sowie der regelkonform erstellten Dienstpläne für alle Mitarbeiter im Verantwortungsbereich des Zentrums für diagnostische und interventionelle Radiologie*

Bewertung: Positiv

- *Bonuszahlung für Sicherstellung der vollständigen Dokumentation der tatsächlich geleisteten Arbeitszeit in Übereinstimmung mit den Regelungen der BV*

Bewertung: Positiv

- *Bonuszahlung für Integration der beiden Abteilungen DRAD und IRAD und ihrer Mitarbeiter in das Zentrum für diagnostische und interventionelle Radiologie*

Bewertung: Positiv

- *Bonuszahlung für Nachweis der bestandenen Qualitätsprüfung der DEGIR für das laufende Jahr*

Bewertung: Positiv

- *Bonuszahlung für Einführung des Leistungsstellenmanagements für alle Leistungsanforderungen an das ZDIR*

Bewertung: Positiv

- *Bonuszahlung für Durchführung von mindestens 3 Veranstaltungen für Zuweiser bzw. einschlägige Vorträge*

Bewertung: Nicht zu beanstanden,
sofern die Vorschriften des § 27 MBO-Ä beachtet werden.

Der Rechtsrat – kurz und bündig

Fachübergreifende Aufklärung

Frage

Der Krankenhausträger erwägt die Aufklärung bei nicht-operativen, insbesondere diagnostischen – auch interventionellen – Leistungen den diese Leistungen veranlassenden Ärzten, also fachfremd, zu übertragen. Ist es zulässig, dass beispielsweise Ärzte der Chirurgie über endoskopische Untersuchungen, über ihren Verlauf und ihre Risiken, aufklären?

Stellungnahme

Die umfassende Aufklärung des Patienten über die Heilbehandlung, ihre Folgen und Risiken sowie Behandlungsalternativen ist Voraussetzung für die wirksame Einwilligung des Patienten in den Heileingriff.

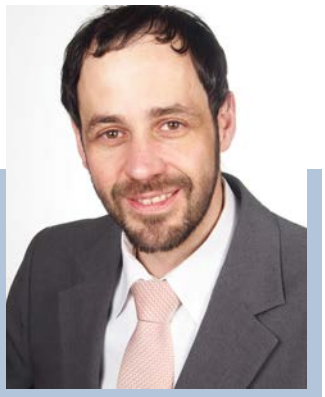
Die Aufklärung hat zudem besondere Bedeutung im Haftungsfalle erlangt, weil die Behandlerseite für eine ordnungsgemäße Aufklärung darlegungs- und beweisbelastet ist, während im Übrigen die Patientenseite etwaige Sorgfaltspflichtverletzungen bei der Behandlung darlegen und beweisen muss.

Für die Person des aufklärenden Arztes gilt seit Einführung des Patientenrechtegesetzes, dass die Aufklärung durch den behandelnden Arzt oder eine Person erfolgen muss, die über die zur Durchführung der Maßnahme erforderliche Ausbildung verfügt, § 630e Abs. 2 BGB. Insoweit ist es ausreichend, wenn der aufklärende Arzt die notwendige theoretische Befähigung zur Durchführung der vorgesehenen Maßnahme erworben hat, auch wenn er möglicherweise noch nicht das Maß an praktischer Erfahrung aufweist, das für die eigenständige Durchführung der Maßnahme selbst unverzichtbar ist. Mit dieser Regelung soll den Bedürfnissen der Praxis, insbesondere des Krankenhausalltags, in dem oft Assistenzärzte die Patientenaufklärung übernehmen, Rechnung getragen werden (Gesetzesbegründung BT-Drs. 17/10488, 24).

Das bedeutet dann auch, dass für die Aufklärung kein Facharztstandard erforderlich ist, sondern auch entsprechend ausgebildete Assistenzärzte Aufklärungsgespräche mit den Patienten führen dürften.

Auf der anderen Seite stellt der Bundesgerichtshof hohe Anforderungen an die Anleitung – und Überwachungspflichten des behandelnden Arztes. Im Streitfalle müsse er darlegen, welche organisatorischen Maßnahmen er ergriffen hat, um eine ordnungsgemäße Aufklärung sicherzustellen und zu kontrollieren. Das Gericht verlangt im Einzelfall „eine Nachfrage beim Patienten und/oder dem Blick in die Krankenakte, ob verständlich aufgeklärt wurde“ (BGH Urt. v. 07.11.2006 - VI ZR 206/05). Dies führe faktisch zu einer unbedingten Einstandspflicht des behandelnden Arztes für jedes Informationsdefizit im Krankenhaus, der er allenfalls noch dadurch ankommen könne, dass

Norbert H. Müller



Marc Rumpenhorst

er das Aufklärungsgespräch insgesamt fehlerfrei und auch noch rechtzeitig wiederholte (Bamberger/Roth Beck‘scher Kommentar BGB § 630e BGB Rz.37).

Bei der fachübergreifenden Aufklärung stellt sich bereits die Frage, ob es sich bei Assistenzärzten in Weiterbildung zu einer anderen Facharztanerkennung in einem anderen Gebiet noch um „entsprechend ausgebildete“ Assistenzärzte handelt. Die Verantwortung des Arztes beschränkt sich dabei nämlich grundsätzlich auf sein eigenes

Fachgebiet, so dass jeder Arzt über denjenigen Teil der Behandlung aufklären muss, der in seinem Fachgebiet durchgeführt wird. Übernimmt ein Arzt eine fachfremde Aufklärung, haftet er bei Aufklärungsmängeln auch dann, wenn er an der eigentlichen Behandlung überhaupt nicht beteiligt war (BGH Urt. v. 22.04.1980 - VI ZR 39/79).

Fehlt es nämlich an einer ordnungsgemäßen Aufklärung, fehlt es auch an der Einwilligung in den Heileingriff, so dass sich auch der die Aufklärung delegierende, behandelnde Arzt dann haftungsrechtlich und ggf. auch strafrechtlich verantwortlich macht. Ferner haftet der delegierende Arzt für Fehler des die Aufklärung übernehmenden Arztes wegen Organisationsverschuldens, wenn er die Aufklärung nicht (ausreichend) überwacht bzw. an einen ungeeigneten Arzt delegiert.

Da auch der die Aufklärung übernehmende Arzt wegen Fehlern bei der Aufklärung haften könnte, könnte er unter dem Gesichtspunkt des Übernahmeverschuldens eine fachfremde Aufklärung ablehnen.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass die Delegation der Aufklärung an fachfremd ausgebildete Ärzte zwar nicht von vornherein unzulässig ist, jedoch ein zusätzlich haftungs- und strafrechtliches Risiko für den den Heileingriff durchführenden als auch den aufklärenden Arzt darstellt. Sicherlich sind diese Risiken mit der Komplexität des durchzuführenden Eingriffs sowie dessen Aufklärung abzuwägen. Gleichwohl kann unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten die Delegation der Aufklärung auf fachfremd ausgebildete Ärzte nicht empfohlen werden.

Aufklärung mit Sprachbarriere

Frage

Ist es richtig, dass bei der Risikoaufklärung von Patienten, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, immer ein Dolmetscher hinzuziehen ist. Wenn das zutreffend ist, bitte ich ferner um Mitteilung, wer die Kosten des Dolmetschers trägt.

Stellungnahme

Vor jeder Heilbehandlung hat der Patient in die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einzuwilligen. Voraussetzung einer wirksamen Einwilligung ist die ordnungsgemäße Aufklärung über die Heilbehandlung, etwaige Risiken sowie möglicherweise Behandlungsalternativen. Die Aufklärung ist erstmals durch das Patientenrechtegesetz gesetzlich geregelt worden. Nach § 630e BGB ist der behandelnde Arzt verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären, also insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten. Die Aufklärung muss mündlich erfolgen und – gemäß § 630e Abs. 2 Ziff. 3 BGB ausdrücklich – für den Patienten verständlich sein. Die Aufklärung muss also sowohl sprachlich als auch inhaltlich vom Patienten verstanden werden.

Für die ordnungsgemäße Aufklärung, also auch für das Verständnis des Patienten, ist – im Gegensatz zum Vorwurf des Behandlungsfehlers – der Arzt darlegungs- und beweispflichtig.

Sprechen Arzt und Patient nunmehr nicht die gleiche Sprache, kann eine ordnungsgemäße Aufklärung naturgemäß nicht erfolgen, so dass auch eine daraufhin erfolgte Einwilligung des Patienten in

Foto: © Cybrain/fotolia.com

die Heilbehandlungsmaßnahme nicht wirksam wäre und den Eingriff nicht rechtfertigen würde.

Auch wenn der Patient selbst einen Angehörigen oder Bekannten als Übersetzer zur Behandlung mitbringt, muss sich der Arzt vergewissern, dass dieser die deutsche Sprache sowie die des Patienten ausreichend beherrscht, um die Aufklärung für den Patienten verständlich zu übersetzen. Ist die Übersetzung viel kürzer oder sehr viel umfangreicher, also eher umschreibend, weil bestimmte Ausdrücke nicht übersetzt werden können, und/oder wirkt der Patient verunsichert, gewinnt der Arzt also insgesamt den Eindruck, dass der Patient die Aufklärung nicht versteht, muss er die Behandlung verschieben und auf einen Dolmetscher bestehen, soweit nicht ein medizinischer Notfall vorliegt, der keinen entsprechenden Aufschub duldet.

Im Einzelfall kann es auch genügen, wenn Mitarbeiter des Krankenhauses als Dolmetscher hinzugezogen werden können. Ärztliche Kenntnisse sind insoweit nicht erforderlich, lediglich die entsprechenden Sprachkenntnisse, da es sich nach wie vor um eine Aufklärung des Arztes handelt und die Übersetzung dann auch für den medizinischen Laien möglich sein sollte.

Dagegen genügt es nicht, dem Patienten lediglich einen Aufklärungsbogen in seiner Sprache zu überreichen, da die Aufklärung – trotz Sprachbarriere – mündlich, also im Gespräch, zu erfolgen hat, während der Aufklärungsbogen lediglich eine Dokumentation des durchzuführenden Gespräches darstellt.

Die Kosten des Dolmetschers hat ausweislich der Begründung zum Patientenrechtegesetz der Patient zu tragen, da es sich, wie das Bundessozialgericht bereits 1995 führte, nicht um eine ärztliche Tätigkeit handelt, die demnach auch die gesetzliche Krankenversicherung nicht schuldet. Zu beachten ist allerdings, dass der den Dolmetscher beauftragende/hinzuziehende Arzt diesem gegenüber für die Kosten zunächst aufkommen muss, sich dann ggf. beim Patienten schadlos halten könnte, er somit das Risiko der Liquidität des Patienten übernähme. Deshalb kann der Arzt, sofern kein Dolmetscher verfügbar ist oder der Patient die Kosten des Dolmetschers nicht trägt bzw. tragen kann die Behandlung – mit Ausnahme von Notfällen – zunächst ablehnte.

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

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: (0261) 5 66 44, Fax: (0261) 5 10 05

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 im Zweimonatsrhythmus als E-Paper.

Henrik Büning

Indoornavigation in Kliniken – nur gut für das Image oder Symbol für Innovation und Qualität?

Kliniken sind komplizierte Einrichtungen – zum Beispiel ist das schnelle Finden von Orten, Mitarbeitern, Patienten oder auch Geräten in Krankenhäusern sehr wichtig – wird aber bislang immer noch mit Papier und Bleistift gelöst. Wie können Kliniken sich öffnen für Indoornavigationslösungen, die ihnen helfen serviceorientierter und effizienter zu werden? Worin die Herausforderungen genau bestehen und wie bereits entwickelte Lösungen hierfür aussehen, ist Thema dieses Artikels.

Wie könnte die ideale Zukunft aussehen?

Stellen Sie sich vor, dass...

...ein niedergelassener Arzt seinem Patienten zur Einweisung digital eine Navigationsanweisung bis zur Patientenannahme in der Klinik per Mail auf sein Smartphone schicken könnte

...jeder Besucher einer Klinik, automatisch in das am nächsten zum Zielort in der Klinik gelegene Parkhaus navigiert würde

...eine Stationsschwester einem Patienten per SMS den exakten Behandlungsraum für seinen Röntgentermin zuschicken könnte und dieser sich dorthin navigieren lassen könnte

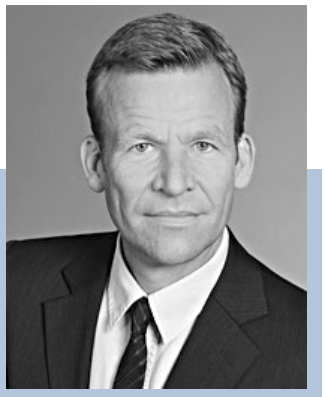
...das Pflegepersonal bei der Festlegung von Terminen wüsste, wie lange die Wartezeit in der Radiologie gerade ist

...Patienten ihren Freunden via SMS, WhatsApp oder Facebook die exakte Lage ihres Patientenzimmers in der Klinik mitteilen könnten

...mobile Ultraschallgeräte für den nächsten Termin vom Pflegepersonal direkt gefunden werden können

Impulse und wichtige Argumente für das Gewinnen von Zuweisern

Im Zuweisermanagement werden digitale Services als Aushängeschild von Kliniken immer wichtiger. Sie bilden im Wettbewerb um Zuweiser eine neue Möglichkeit der Differenzierung, denn sie bieten echte Mehrwerte für Patienten und damit Argumente, den niedergelassenen Arzt für die Klinik zu gewinnen.



Henrik Büning

Viele Patienten scheuen den Weg in komplexe Kliniken, oft weil sie schlechte Erfahrung mit der Orientierung gemacht haben. Daher befinden sich Patienten in einer erheblichen emotionalen Stresssituation, wenn

Sie sich allein vorstellen, sich im Krankenhaus orientieren zu müssen. Hier zählt in dieser Situaton für den Zuweiser, Sicherheit und Vertrauen aufzubauen. Dieser kann seine Patienten mit einer digitalen Navigationslösung endlich ohne Missverständnisse und mit gutem Gewissen einweisen, denn der Patient hat alle notwendigen Informationen ausgedruckt oder auf einem Smartphone, um von zuhause direkt zum idealen Parkhaus und von dort den kürzesten Weg bis zur Patientenaufnahme zu finden – ohne Umwege und ohne Irritationen. Für den Zuweiser ist das positive Feedback seiner Patienten über die Serviceorientierung im Krankenhaus wichtig. Es ist für ihn nicht zuletzt ein Qualitätskriterium bei der Entscheidung, in welches Krankenhaus er seine Patienten schickt.

Und wie sieht die Realität aus?

Petra M. (Name von der Redaktion geändert, Auszug einer Patientenbefragung im Mai 2016, siehe Grafik mit Auszug aus Gesamtergebnissen):

„Seit Monaten leide ich unter Schmerzen in der Hüfte, was das Laufen schwierig macht. Heute bin ich auf dem Weg ins Klinikum, nachdem mein behandelnder Arzt dort einen Termin für mich zur Untersuchung meines Hüftgelenks gemacht hat. Meine Überweisung und die Adresse im Gepäck, mache ich mich auf den Weg. Dort angekommen stehen 3 Parkhäuser zur Auswahl. Ich nehme das Nächstbeste und parke. Am Ausgang des Parkhauses muss ich mich entscheiden: Buchstaben, Zahlen und diverse Klinikeingänge werden ausgewiesen. Ich schaue auf meine Überweisung, aber da steht leider nur die Straßenadresse des Klinikums. Ich nehme Ziel auf das größte Gebäude. Dort angekommen gehe ich zur Information und stelle mich in die Schlange. Eine ältere Dame braucht Unterstützung beim Finden einer Einrichtung, ein Kliniklotse wird gerufen. Nach einigen Minuten bin ich an der Reihe. Ich bin schon spät dran. Ob ich es rechtzeitig zu meinem Termin schaffe? Eine sehr freundliche Dame begrüßt mich. Sie sieht sich meine Überweisung und mein Parkticket an. Sie bedauert, dass ich nicht im richtigen Parkhaus geparkt habe und gibt mir eine anscheinend selbst erstellte Zeichnung. Sie malt mit einem Stift den Weg zum Zielgebäude und schickt mich los. B 5 sehe ich nun zum ersten Mal auf dem Plan. Ich bin doch sehr aufgebracht, dass ich falsch geparkt habe, deshalb einen großen Umweg unter Schmerzen gehen musste und nun auch noch zu spät komme. Bei der Anmeldung angekommen sagt man mir, dass ich leider warten muss, man habe zwischenzeitlich andere Patienten vorgezogen. Erleichtert endlich am Ziel zu sein, setze ich mich frustriert zu den anderen Wartenden. Diese Erfahrung wünsche ich niemanden."

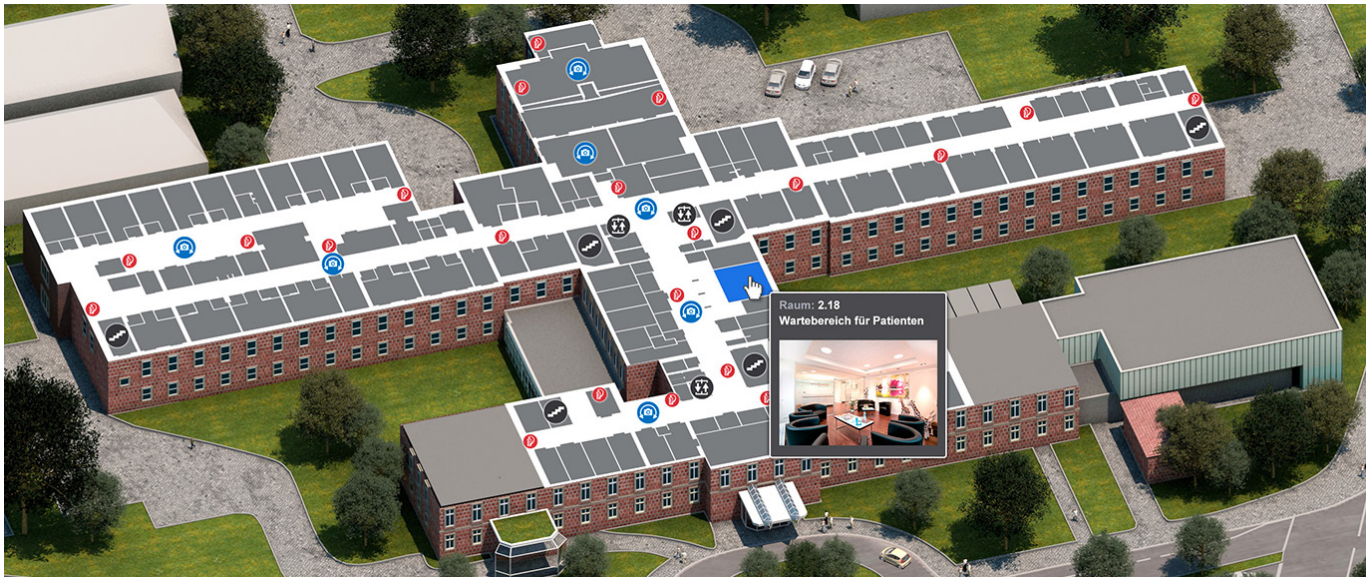
So oder so ähnlich wie Petra M. ergeht es vielen Patienten und Besuchern im täglichen Klinikalltag, was zu entsprechend negativen Bewertungen und Rückmeldungen führt.

Intensive Befragungen und Beobachtungen in Kliniken zeigen beispielsweise, wo genau die Probleme bei der Orientierung aus Sicht der Patienten und Besucher entstehen. Hierbei werden diese auf ihrer Reise von zuhause zur Klinik und innerhalb der Klinik bis zu ihrem Zielort begleitet. Die Bewertungen von Patienten und Besuchern zu den Orientierungsangeboten sind insbesondere bei größeren Kliniken oft negativ. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass diese Umstände zu einer negativen Wahrnehmung des Krankenhauses führen. Patienten fühlen sich hier nicht ausreichend unterstützt. Zusammengefasst ergeben sich die folgenden Probleme für Patienten und Kliniken:

1. Empfundene Hilflosigkeit bei Patienten
2. Hohe Stressbelastung für Patienten und Pflegepersonal
3. Verspätungen von Patienten führen zu Terminverschiebungen mit höheren Prozesskosten sowie durch Belegungsausfall bedingten Mindereinnahmen für die Kliniken
4. Negatives Image der Kliniken

Das Pflegepersonal wartet auf Unterstützung

Stillschweigend hingenommen



werden die Folgen der Patientenprobleme für das Pflegepersonal von Kliniken. Die Mitarbeiter müssen neben ihrer eigentlichen Arbeit oft zusätzlich dafür sorgen, Patienten und Besucher an ihr Ziel zu führen.

Die Hilfe für Patienten und Besucher kostet wertvolle Pflegezeit und verursacht damit erhebliche Kosten.

Dazu kommt, dass neue Mitarbeiter von Kliniken am Anfang die gleichen Probleme wie Patienten und Besucher haben. Sie brauchen Wochen und Monate, bis sie sich neben der Umgebung ihres Arbeitsplatzes auch im gesamten Klinikgelände auskennen. Immer wieder müssen sie ebenfalls die Hilfe von Kollegen in Anspruch nehmen, bis sie sich zurecht finden.

Welche Ansätze wurden von Kliniken für dieses Problem bislang gewählt?

Viele Krankenhäuser haben vermehrt in Beschilderungssysteme investiert. Aufwendig und teuer in der Anschaffung, führen diese Investitionen nur selten zum gewünschten Erfolg.

Andere Kliniken suchen Lösungen in der Einführung von Kliniklotsen, was zumindest eine Linderung der Umstände bewirkt, jedoch keine nachhaltige Lösung darstellt.

Lösungen für die Schaffung von gläsernen Kliniken gibt es bereits!

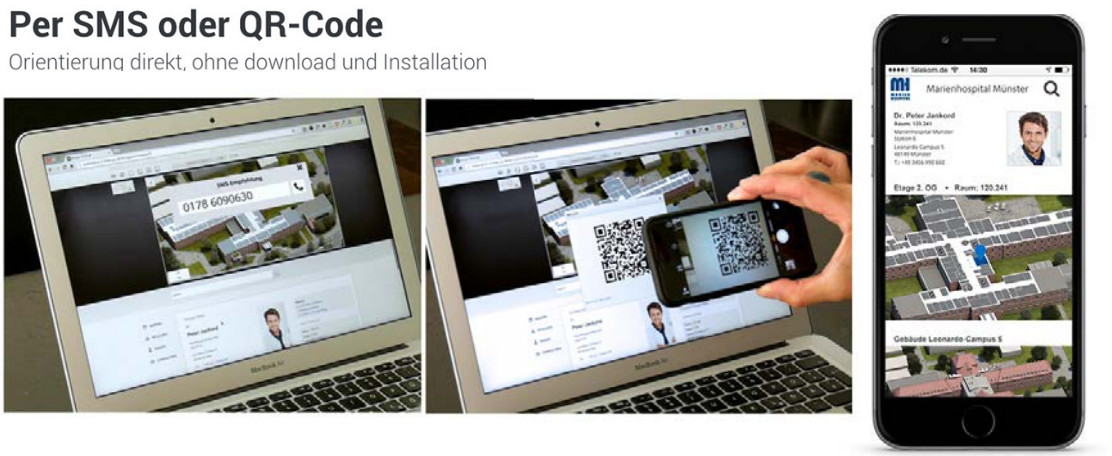
Die Digitalisierung von Gebäuden ist heute bereits über die einfach verfügbaren Gebäudepläne (z.B. CAD-Daten) von Architekten möglich. Aber auch anderes Material wie Feuerwehrpläne

Vom Architektenplan zum perfekten Patientenerlebnis

Als Grundlage bieten sich die bestehenden digitalen Gebäudepläne an

Grafisch aufbereitet stehen alle Informationen zentral per Webservice zur Verfügung

Alle wichtigen Informationen können medienübergreifend kommuniziert werden



können heute bereits einfach digitalisiert werden. Nach deren Aufbereitung entsteht so in wenigen Wochen die digitale Welt auch innerhalb von Kliniken. Jeder Ort der Klinik kann so vielfältige Informationen mitteilen und liefert Patienten, Besuchern, Mitarbeitern und Dienstleistern alle für sie notwendigen Informationen. Es ist auch möglich, Dokumente und Bilder zu jedem Ort anzuzeigen, die zur Optimierung des Klinikalltags beitragen: „Was muss ich für die Aufnahme im Krankenhaus mitbringen?“

Die Daten können je nach Wunschvorstellung des Klinikums individuell definiert und zur Verfügung gestellt werden. Ziel ist es dabei die bestehenden Prozesse zu unterstützen und zu verbessern. Umfassende digitale Orientierungslösungen können wichtige ortsrelevante Informationen jederzeit auch mobil oder auf Terminals bereitstellen.

Sind die Voraussetzungen für eine digitale Lösung vorhanden?

Mittlerweile gibt es in Deutschland mehr Mobiltelefone als Einwohner. Ergänzend haben nahezu alle Haushalte in Deutschland Internetzugang und auch die WLAN-Versorgung in Kliniken verbessert sich kontinuierlich. Die Voraussetzungen sind also gut, aber wo liegen bislang die Einschränkungen?

GPS funktioniert nicht in Gebäuden

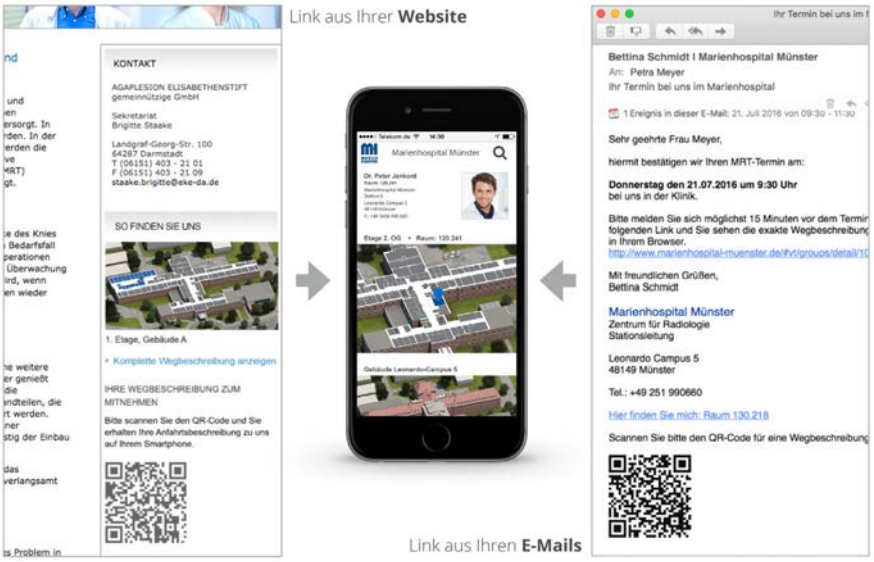
Mobile Navigations-Apps werden im öffentlichen Leben erfolgreich eingesetzt und genutzt, allerdings funktionieren diese in Gebäuden nur sehr eingeschränkt bis gar nicht. Zum einen funktioniert GPS hier nicht, zum anderen sind detaillierte Informationen zu Klinikgebäuden nicht in öffentlichen Kartendiensten verfügbar.

Digitale Orientierung als Rückgrat der Kommunikation in Kliniken!

Es gibt nun diverse Technologieentwicklungen im Bereich der Ortung beispielsweise durch Bluetooth-Sender (Beacons), die eine exakte Indoornavigation ermöglichen. Diese können die Orientierung und Navigation jetzt innerhalb der Kliniken sicherstellen und damit die physische Autonomie von Patienten und Besuchern fördern (hin zum autonomen Patienten).

Native Apps werden selten heruntergeladen und genutzt

Technologisch anspruchsvolle Lösungen sind immer dann besonders effizient, wenn sie ohne Aufwand und Vorbereitung einfach und unmittelbar nutzbar sind. Hier ist es wichtig, dass Patienten und Besucher unmittelbar direkten Zugriff bekommen können, denn ansonsten werden diese Services nicht genutzt. Hier stehen browserbasierte Lösungen im Fokus wie ein Web-Portal und eine Web-App. Dazu muss der Patient keine native



App herunterladen, sondern er kann alle Informationen direkt mit seiner Web-App sehen und nutzen. Für Kliniken ist es daher wichtig, dass eine Verfügbarkeit über alle Medien unmittelbar möglich ist, im Einzelnen über

- die Website
- per SMS
- per QR-Code
- per einfachem digitalen Link

Wenn dies möglich ist, können Kliniken direkte und unmittelbare Patientenkommunikation erreichen.

Wenn es noch genauer sein soll – Navigation wie im Auto

Basierend auf dem digitalisierten Kartenmaterial können für Zwecke der Ortung im Gebäude zum Beispiel Bluetooth-Sender eingesetzt werden, die vom Smartphone erkannt werden und damit die exakte Position anzeigen. Hierbei entsteht der von Navigationsanbietern bekannte „blaue Punkt" auf der Route zum Ziel, also der jeweilige Standort in der Klinik. Damit lassen sich Patienten und Besucher, aber auch Mitarbeiter und Dienstleister schnell und unkompliziert zu jedem beliebigen Ort in der Klinik führen.

Daneben gibt es auch die Möglichkeit mobile Geräte zu orten und ausfindig zu machen. Gerade in diesem Bereich des sogenannten Asset Trackings lässt die Technoloigie viele neue Potentiale erkennen, denn die Welt wird immer mobiler – auch die Untersuchungsgeräte.

Daneben erschließen sich weitere interessante Möglichkeiten. Mit den verbauten Sensoren lässt sich zum Beispiel auch feststellen, ob ein Behandlungsraum besetzt ist.

Mit dieser Technologie sind aber zum Beispiel auch Laufwegeanalysen von Patienten und Besuchern zur Optimierung von Besucherströmen möglich.

Weiter gedacht – Kommunikation im Notfall

Im Ernstfall ist die Orientierung für Sicherheitskräfte zum Beispiel bei Feuerwehreinsätzen ein Problem. Jedoch ist die schnelle Kommuikation der genauen Lage des Brandherdes lebenswichtig. Aus der Praxis ist jedoch bekannt, dass es bei solchen Einsätzen immer wieder zu Missverständnissen kommt und Einsatzfahrzeuge zum falschen Gebäude fahren. Hier ist es entscheidend zu wissen, welche der verschiedene Anfahrten zu den jeweiligen Klinikgebäuden zu nehmen ist, um direkt zum Notfallort zu gelangen. Durch Schnittstellen zur Brandmeldeanlage können digitale Lösungen die genaue Lage des Brandmelders im Gebäude anzeigen und damit die richtige und schnelle Kommunikation zwischen den Einsatzkräften ermöglichen. Die Position des Brandes im Gebäude kann dem Leitfahrzeug nun sogar noch auf dem Weg digital angezeigt werden, so dass die ideale Route genommen werden kann. Bei einem Rettungseinsatz kann dieser Zeitgewinn Leben retten.

Orientierung auch ohne Smartphone?

Und für alle diejenigen, die kein Smartphone haben? Umfassende Navigationslösungen sollten eine Druckfunktion bieten, damit diese Services auch Patienten und Besuchern ohne Smartphone zur Verfügung stehen. Darüber hinaus ist diese eine wirksame Unterstützung der Informationsschalter und Patientenannahmen, die endlich ohne die oftmals unzureichenden und manchmal auch selbst erstellten Lagepläne auskommen können.

Social Media Kommunikation

Für junge Zielgruppen gibt es Lösungen, mit denen diese gewohnt sind zu kommunizieren. Gerade junge Patienten und Besucher wollen in ihren digitalen Kommunikationsmedien angesprochen werden und sich so beispielsweise via WhatsApp oder Facebook austauschen. Hier bieten moderne digitale Lösungen Möglichkeiten diese intensiv zu nutzen. Wieso soll ein junger Patient seine Freunde aus dem Krankenhaus anrufen, wenn er

seinen Standort und die Wegbeschreibung zu seiner Station über Facebook posten kann? So können Kliniken auch in diesen Medien ihre digitale Visitenkarte hinterlassen.

Was leisten Services im Wettbewerb mit anderen Kliniken?

Die Orientierung auf dem Klinikgelände und im Krankenhaus ist ein wichtiger Baustein in der Serviceorientierung von Krankenhäusern geworden. Von der Qualität der Dienstleistungen wird oft auf die Qualität der medizinischen Pflege geschlossen, da Patienten und Besucher nur dies als Maßstab zur Verfügung haben.

Fazit

Im Markt sind Navigationslösungen verfügbar, die entscheidend dazu beitragen können, Klinikprozesse zu verbessern. Mit digitalen Lösungen wie beispielsweise Asset Tracking können Prozesskosten nachhaltig gesenkt werden. Auch das Umherirren von Patienten und Besuchern gehört der Vergangenheit an, mit ensprechend positiven Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit. Hiermit können Kliniken sich gleichzeitig im Wettbewerb um Patienten bei Zuweisern differenzieren. Dabei sind die technologischen Voraussetzungen mittlerweile so ausgereift, dass nun auch wirtschaftlich attraktive Lösungen zur Verfügung stehen. Diese können signifikante Beiträge für die Klinikorganisation leisten, so dass mehr Zeit für produktive Tätigkeiten in der medzinischen Pflege verbleibt. Die Kliniken, die den vielfältigen strategischen Nutzen und die Möglichkeiten der Indoornavigation rechtzeitig erkennen und nutzen, werden im Wettbewerb mit anderen Kliniken erhebliche Wettbewerbsvorteile gewinnen.

Weitere Informationen:
Henrik Büning
Partner
Archkomm GmbH
www.virtual-twins.com
Telefon: 0151-11266111

Nachdem Sie dies nun gelesen haben, stellen Sie sich die Frage, wie Sie nun konkret erfahren können, ob und ggfs. wie eine digitale Orientierungslösung für Ihr Klinikum aussehen könnte? Nehmen Sie gerne Kontakt mit uns auf, damit wir Ihnen Ihre individuellen Möglichkeiten aufzeigen können.

VIRTUAL TWINS®
Indoornavigation

Wir helfen Menschen, Gebäude digital zu erleben und sicher ihr Ziel zu erreichen

einfach . immer . überall

Unsere Standorte

Hamburg
040 64208390

Münster
0251 6065762

customercare@virtual-twins.com
www.virtual-twins.com

Kundenreferenzen

Universitätsklinikum Leipzig

Universitätsklinikum Jena

Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Fachhochschule Dortmund
University of Applied Sciences and Arts

VLK-Mitglieder sind hiermit eingeladen, eine Beratung zum Thema Digitale Gebäudeorientierung / Indoornavigation in Anspruch zu nehmen. Die Kosten hierfür sind mit dem VLK-Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Ausschreibung für den VLK-Zukunftspreis 2017

Der Gesamtvorstand des Verbandes der Leitenden Ärzte Deutschlands (VLK) hat sich in seiner Sitzung vom 13. September 2012 dafür ausgesprochen, künftig den VLK-Zukunftspreis zu verleihen.

Die Auszeichnung wird jährlich ausgeschrieben und ist mit 3.000 € ausgelobt.

Welches sind die Kriterien für den Zukunftspreis?
Im Mittelpunkt stehen außergewöhnliche zukunftsorientierte Leistungen im Gesundheitswesen. Herausgehoben sind:

- Patientenversorgung
- Ärztliche Fort- und Weiterbildung
- Engagement im VLK
- Lebenswerk

Der Zukunftspreis kann an Mitglieder des VLK und an Persönlichkeiten des Öffentlichen Lebens vergeben werden.

Wichtig sind:

- Konkretisierbarkeit der Leistungen und des Engagements
- Schriftliche Begründung für die Nominierung
- Einreichung des Curriculum Vitae der vorgeschlagenen Persönlichkeit

Hiermit möchten wir die Mitglieder des VLK auffordern, Vorschläge für geeignete Persönlichkeiten

bis zum 31. Mai 2017

an den Präsidenten des VLK, Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf einzureichen.

Der VLK-Zukunftspreis 2017 wird im Zusammenhang mit den VLK-Organsitzungen Ende September 2017 verliehen.

VLK-WEBINARE

Der VLK startet am 16. Februar 2017 um 18 Uhr mit seiner WEBINAR-Veranstaltungsreihe „Gesundheitspolitik aktuell“.

Das spezielle Thema dieses ersten VLK-WEBINARS lautet:

„Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – Was kommt 2017?“

PD Dr. Michael A. Weber, Vizepräsident des VLK und Vorsitzender des Landesverbandes Bayern im VLK, wird im Rahmen dieses WEBINARS etwa 20 Minuten u.a. über folgende Punkte referieren:

- Erläuterung des aus dem KHSG resultierenden Gesetzesauftrages für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Abgabe einer Empfehlung über planungsrelevante Qualitätsindikatoren
- Kritische Würdigung der auf Vorschlag des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vom G-BA beschlossenen Richtlinie
- Zeitschiene für die Umsetzung
- Anzahl der Qualitätsindikatoren und der betroffenen Fachbereiche

Anschließend ist eine etwa 10-minütige Diskussionsphase vorgesehen.

Zu Ihrer Information:
WEBINARE sind Veranstaltungen, die über das World Wide Web abgehalten werden und an denen theoretisch unbegrenzt viele Personen teilnehmen können. Sie sind moderne, zukunftsweisende, zeit- und kostensparende Informationsquellen. Die Teilnahme ist von jedem Ort aus möglich. Interaktion ist gewährleistet. Voraussetzung ist ein Internetzugang. Teilnahmegebühren fallen bei diesen VLK-WEBINAREN nicht an.

Sie müssen sich registrieren, anmelden und sich dann zu dem Veranstaltungstermin zuschalten.

Im Einzelnen funktioniert das so:

- **Registrierung:** Mit diesem Link
  https://attendee.gotowebinar.com/register/6194606009389489156
  gelangen Sie auf die Anmeldemaske.

- **Anmeldung:** Wenn Sie die Anmeldung ausgefüllt haben, erhalten Sie über Ihr Outlook E-Mail-Postfach einen Teilnehmerlink.

- **Zuschaltung:** Mit Hilfe des Teilnehmerlinks klicken Sie sich am Veranstaltungstag zu. Das ist ca. 30 Minuten vor Veranstaltungsbeginn möglich. Das Programm startet dann um 18.00 Uhr. Bis dahin bleiben Sie in einer Warteposition.

Welche technischen Voraussetzungen sind für die Teilnahme notwendig?

- Internetzugang
- PC / Laptop
- Headset oder Kopfhörer

Wir würden uns freuen, wenn Sie an diesem ersten VLK-WEBINAR teilnehmen würden und sind selber sehr gespannt auf die Teilnahmefrequenz und die Resonanz auf diese Veranstaltung.

Letzte Meldung

Asklepios steckt gegenüber VLK zurück

Asklepios hält die gegen den Präsidenten des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK) erhobene Forderung der Unterzeichnung einer Unterlassungsverpflichtungserklärung nicht länger aufrecht.

Dies teilte auf Nachfrage die den großen privaten Krankenhauskonzern vertretende Anwaltskanzlei dem VLK mit Schreiben vom 13.01.2017 mit.

Anlass für die im Juni 2016 geforderte Unterlassungserklärung war die Äußerung des VLK-Präsidenten im Rahmen des 119. Deutschen Ärztetages vom Mai vorigen Jahres. Dort hatte Weiser in einem Gastvortrag über die negativen Auswirkungen der Ökonomie auf die Krankenhausmedizin und vor allem auch auf die ärztlichen Mitarbeiter referiert und in diesem Zusammenhang auch Boni für nicht indizierte Leistungsausweitungen gegeißelt. Ohne Nennung eines Namens schlussfolgerte Weiser „Speziell bei diesem Krankenhausträger würde ich – wenn mich jemand persönlich fragt – abraten, dort einen Vertrag zu unterschreiben.“
Asklepios wertete diese Äußerungen als einen in rechtswidriger Weise erfolgten Eingriff in das Unternehmenspersönlichkeitsrecht und witterte gar einen Boykottaufruf. Als Konsequenz erhielt der VLK-Präsident dann auch prompt die Aufforderung, eine Unterlassungsverpflichtungserklärung abzugeben verbunden mit dem Vorbehalt der Geltendmachung weitergehender Schadensersatzansprüche.

Die vom VLK bemühte Anwaltskanzlei wies die Ansprüche zurück, entgegnete; Weiser habe lediglich auf die Rechtslage hingewiesen, wonach Zielvereinbarungen ausgeschlossen sein sollen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen und verwies auf die Meinungsfreiheit. Seitdem ruhte die Angelegenheit, bis der VLK Asklepios aufforderte, die Ansprüche fallen zu lassen und ggfs. eine negative Feststellungsklage ankündigte.

Folge: Asklepios steckt zurück.

Das stand auf der Agenda

Januar - Februar 2017

2.1.2017, Düsseldorf
- Gespräch mit Hauptgeschäftsführer DKG
  VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

16.1.2017
- Telefonkonferenz Präsidium VLK
  VLK-Teilnehmer: Mitglieder des VLK-Präsidiums

18.1.2017, Berlin
- Workshop „Wahlarztleistungen“ bei der BÄK

- Workshop „Bundesärzteordnung und Paragraphenteil der GOÄ“ bei der BÄK
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

19.1.2017, Berlin
- Neujahrsempfang der Deutschen Ärzteschaft
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

25.1.2017, Hamburg
- Gespräch mit „Virtual Twins“
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Dr. Jürgen Brenner, Gerd Norden

6.2.2017, Düsseldorf
- Vorbereitung “European Hospital Conference“ im Rahmen des 40. Deutschen Krankenhaustages
  VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

7.2.2017, Berlin
- Fachausschuss Medizin der DKG
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

8.2.2017, Berlin
- Gespräch mit Dr. Kloepfer
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden