ARZT UND KRANKENHAUS

2
90. Jahrgang
März/April 2017

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

Foto: © VanHope/fotolia.com

Notfall Notfallversorgung

- Ärztegehälter überdurchschnittlich gestiegen
- Wahlärztliche Leistung und Stellvertretung

Notfall Notfallreform? Chance Notfallreform!

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

Am Ende ist der Wettbewerb schuld. Aber da die Politik nun mal beschlossen hat die handelnden Akteure im Gesundheitswesen als Konkurrenten gegeneinander antreten zu lassen und alle Verlierer mittelfristig vom Platz zu schicken, zwingt sie uns, in einem Bereich über Geld zu reden, der sich aus urärztlicher Überzeugung einer ökonomischen Betrachtung zutiefst widersetzt: der Notfallversorgung. Hilft aber nichts. Denn der Notfallpatient verkommt aktuell zur politischen Kalkulationsmasse, mit der einmal mehr nicht nur die Krankenhäuser gegeneinander, sondern auch die ambulante Versorgung gegen die stationäre ausgespielt werden soll. Und natürlich spielt dabei der GKV Spitzenverband mal wieder seine unrühmliche Rolle. Ihm ist nämlich sehr wohl bewusst, dass sich gerade in der Notfallmedizin über die Preisschraube trefflich Politik machen lässt. Denn wie man's auch dreht und wendet: Am Ende werden Ärzte und Krankenhäuser als die raffgierigen Deppen dastehen, die notleidenden Patienten um des schlichten Mammons willen die Tür weisen.

Doch halt: Minister Gröhe hat offensichtlich erkannt, dass in diesem brisanten Thema ein potentielle Tretmine steckt, die pünktlich zur Wahl ihre unangenehme Sprengkraft entfalten könnte. Und er macht in dieser Situation, was Politik halt so macht: Er verschiebt das Problem auf die Zeit nach der Wahl. Damit – das ist die gute Botschaft – ist Zeit gewonnen, die wir nutzen sollten, um Politik und Kassen (und uns selbst) daran zu erinnern, dass wir Ärzte es sind, die in ambulanten und stationären medizinischen Einrichtungen am Ende für das Patientenwohl geradezustehen haben. Niemand sonst.

Damit – um das auch ganz deutlich zu sagen – sollte auch der allgegenwärtige Gemeinsame Bundesausschuss in dieser Sache aus dem Spiel genommen werden. Denn auch dort werden Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte gegeneinander ausgespielt, da sie sich ihre Stimmen gegenüber dem GKV Spitzenverband teilen müssen.

Wir sollten also den Aufschub, den Hermann Gröhe uns jetzt aus wahltaktischen Gründen gewährt hat, nutzen, um unterhalb der GBA-Ebene und in eigener ärztlicher Verantwortung ein gemeinsames Versorgungskonzept zu entwickeln, bei dem dann auch die Mauern zwischen den Sektoren partiell geschleift würden. Denn nichts eignet sich besser für ambulant/stationäre Konzepte, als die Notfallversorgung, in der ambulant oder stationär gewissermaßen im Angesicht des Patienten unmittelbar entschieden werden müssen. Und nirgendwo wird gerade deswegen auf Funktionärsebene so bitter um die „Claims" gestritten. Oder um den Schwarzen Peter.

Ich empfehle daher dringend, aus dieser Spirale auszusteigen, und jenseits der Funktionäre praktikable Notfallversorgungs-Konzepte zu entwickeln, in denen die Verantwortung wieder uns Ärzten zufällt – ganz gleich, ob im niedergelassenen Bereich oder im Krankenhaus. Leider haben die Kassenärztlichen Vereinigungen zu Beginn der Legislaturperiode die Idee der Portalpraxen mit Abscheu und Empörung zurückgewiesen. Darüber sollten sie aber vielleicht doch noch einmal nachdenken. Denn hier wurde erstmals ein Weg gewiesen, wie gemeinsame Notfallverantwortung vor dem Krankenhaus triagierend hätte wahrgenommen werden können. Die Blaupause liegt also schon bereit, und die Wahldramaturgie hat uns die Chance gegeben, an diesen Plänen weiter herum zu feilen, bis sie vielleicht doch für uns Ärzte und für unsere Patienten passen. Pünktlich zu Beginn der neuen Regierung läge dann ein Konzept vor, das nur noch politisch umgesetzt werden müsste. Diese Chance sollten wir uns nicht entgehen lassen!

Es grüßt Sie sehr herzlich

Ihr Hans-Fred Weiser

Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

41 **Notfall Notfallreform? Chance Notfallreform!**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Titel

45 **Notfall Notfallversorgung**
Gerd Norden

49 **Positionspapier von BDC, BDI, VKD und VLK zu Regelungen eines gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern**

Berufs- und Gesundheitspolitik

52 **Ärztegehälter sind 2016 überdurchschnittlich gestiegen**
Thomas Thurm

Recht

57 **Zur Beteiligungs- und Bonusvergütung**
LAG Baden-Württemberg
RA Norbert H. Müller, RA Marc Rumpenhorst

60 **Wahlärztliche Leistung und Stellvertretung**
Schadensersatzansprüche drohen Wahlarzt und Vertreter
RA Norbert H. Müller, RA Marc Rumpenhorst

Rubriken

VLK intern
63 - Beschluss des VLK-Präsidiums
64 - VLK-Webinare
65 - Gruppenunfall-Versicherung für VLK-Mitglieder
66 - 6. VLK-Bundeskongress

43 **Personen und Hintergründe**
67 **Agenda**
56 **Impressum**

Sektorübergreifend geht nicht
Die Neustrukturierung der ambulanten und stationären Notfallversorgung in sektorübergreifender Form würde zwar Sinn machen. Sie dürfte aber an der Abstimmungsarithmetik des G-BA scheitern.

Foto: © VanHope/fotolia.com

45

Die „Lücke" wird kleiner
Die durchschnittlichen Gesamtbezüge eines Chefarztes liegen bei 285.000 € pro Jahr, die des Topmanagements bei 194.000 €. Diese „Lücke" verkleinert sich successive: Im Jahr 2003 erzielte ein Chefarzt noch durchschnittlich das 2,4-fache der Bezüge eines Geschäftsführers, aktuell ist es das 1,5-fache.

Foto: © rcfotostock/fotolia.com

52

Schlussabrechnung prüfen und mit den vertraglichen Regelungen abgleichen
Die Autoren empfehlen vor dem Hintergrund einer Entscheidung des LAG Baden-Württemberg, die bevorstehende Schlussrechnung der variablen Vergütung 2016 zu prüfen und mit den vertraglichen Regelungen abzugleichen.

Foto: © relif/fotolia.com

57

Patient muss einwilligen
Die wirksame Stellvertretung ist für den Wahlarzt, aber auch für seinen Stellvertreter von Bedeutung. Da der Wahlarzt in der Vertretungssituation abwesend ist, muss auch der Vertreter vor dem Eingriff nochmals prüfen, ob der Patient, der wahlärztliche Leistungen vereinbart hat oder dem die Leistung durch den Chefarzt zugesagt worden ist, auch in die Behandlung durch ihn als Stellvertreter eingewilligt hat, um haftungs- und strafrechtliche Risiken zu vermeiden.

Foto: © Ideenkoch/fotolia.com

60

Bundesverdienstkreuz für Professor Dr. Reinhard Fünfstück

Prof. Dr. Reinhard Fünfstück, Vizepräsident des VLK und langjähriger Vorsitzender des Landesverbandes Thüringen im VLK wurde am 21.02.2017 vom Ministerpräsidenten Thüringens das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen. Prof. Fünfstück erhielt die Auszeichnung für sein außerordentliches Engagement für die Medizin, die Kunst und die Kultur.

Prof. Fünfstück ist Ärztlicher Direktor des Sophien- und Hufeland-Klinikums Weimar und vertritt Thüringen seit vielen Jahren und weit über seine beruflichen Pflichten hinaus ehrenamtlich in vielen hochkarätigen Gremien. Dazu zählen sein Wirken als Vizepräsident des VLK, die Funktion des Sektionsleiters Innere Medizin der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen, aber auch sein Vorsitz des Förder- und Freundeskreises des Deutschen Nationaltheaters/Staatskapelle Weimar.

Prof. Dr. Reinhard Fünfstück

Bund-Länder-Einigung zum Masterplan Medizinstudium 2020

Vertreter von Bund, Ländern und Bundestagsfraktionen haben am 31.03.2017 den „Masterplan Medizinstudium 2020“ beschlossen. Wie die Pläne finanziert werden sollen, wurde allerdings ausgespart. Eine Expertenkommission soll diese und andere Fragen binnen eines Jahres klären. Das Bundesforschungsministerium will nach Ankündigung von Ministerin Wanka von 2017 bis 2019 ein Forschungsprojekt fördern, mit Hilfe dessen herausgearbeitet werden soll, wie man Sozialkompetenz und praktische Berufserfahrung von Medizinstudiumsanwärtern am besten misst und in die Auswahl einbezieht. Mit 20 Millionen Euro wird zudem der Aufbau eines Netzwerks von Forschungspraxen in der Allgemeinmedizin vom BMBF gefördert.

Kein Aprilscherz für die Notaufnahmen!

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands stellt in seiner Pressemeldung vom 31. März 2017 fest, dass Ärzte in den ambulanten Notaufnahmen der Krankenhäuser in Höchstgeschwindigkeit Patienten untersuchen und ggfs. wegschicken sollen. Dies jedenfalls sehen die ab 01. April geltenden neuen Vergütungsregelungen vor – beschlossen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband der Krankenkassen – gegen die Stimmen der Krankenhäuser. VKD-Präsident Düllings stellt fest, dass der Gesetzgeber der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen aufgetragen hat, eine Lösung für das Dilemma mit den ambulanten Notaufnahmen zu finden. Diese sieht nun so aus, dass die Krankenhäuser durch extrem niedrige Gebühren für ihre Arbeit im Grunde gezwungen werden sollen, Patienten wegzuschicken. Für die Schnellabklärung erhält das Krankenhaus werktags eine Grundpauschale von 4,74 € am Tag bzw. 8,42 € in der Nacht. Zuvor waren es im Durchschnitt 30 € – und selbst das hat den Krankenhäusern schon hohe Defizite beschert.

Die Lösung dieses nun nochmals verschärften Problems sieht der VKD in den Notaufnahmen der Krankenhäuser nicht darin, Patienten nun tatsächlich nach häufig längerer Wartezeit unbehandelt wegzuschicken. „Das können wir nicht verantworten, weil damit ggfs. sogar Leben gefährdet werden“ so Dr. Düllings. Die Forderung des VKD gehe nun an den Gesetzgeber: Krankenhäuser müssen über die Vergütung der Notfallleistungen direkt mit den Krankenkassen verhandeln und über diese auch abrechnen können. Das müsse gesetzlich verankert werden.

Dr. Josef Düllings

Behandlungsfehlerstatistik der Bundesärztekammer

Dr. Andreas Crusius, Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommission und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer hat am 23.03.2017 die Behandlungsfehlerstatistik für das Jahr 2016 vorgelegt. Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen haben im Jahr 2016 bundesweit insgesamt 7.639 Entscheidungen zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern getroffen. In 2.245 Fällen lag ein Behandlungsfehler vor. Davon wurde in 1.845 Fällen ein Behandlungsfehler/Risikoaufklärungsmangel als Ursache für einen Gesundheitsschaden ermittelt, der den Anspruch des Patienten auf Entschädigung begründete. Die häufigsten Diagnosen, die zu Behandlungsfehlervorwürfen führten, waren Knie- und Hüftgelenkarthrosen sowie Unterschenkel- und Sprunggelenkfrakturen. In 400 Fällen lag ein Behandlungsfehler/Risikoaufklärungsmangel vor, der jedoch keinen kausalen Gesundheitsschaden zur Folge hatte.

Gerd Norden

Notfall Notfallversorgung

Die Gestaltung der Notfallversorgung der Bevölkerung gehört offensichtlich zu den gesundheitspolitischen Themen, die in absehbarer Zeit verstärkt an Aktualität gewinnen werden.

Das ist zum einen sicher der relativ großen Anzahl von Notfallpatienten geschuldet, die jährlich zu behandeln sind und die – unabhängig von sektoralen Zuständigkeiten der versorgenden Institutionen – das Anrecht auf eine zeitnahe und bedarfsgerechte Notfallversorgung einfordern.

Andererseits dürfte auch die Forderung der Krankenhäuser nach einer zumindest kostendeckenden Vergütung der von ihnen erbrachten ambulanten Notfallleistungen sowie die Forderung nach zwar sachgerechten aber nicht überzogenen Anforderungskriterien für die personelle und sächliche Ausstattung von Notfallabteilungen der Krankenhäuser und die abwiegelnde Haltung von KBV und Krankenkassen hierzu ein wesentlicher Faktor für die Befassung der Gesundheitspolitik mit diesem Problembereich sein.

Nachfolgend werden die gesundheitspolitischen Initiativen zur „Befriedung" dieses Bereiches geschildert. Anschließend ist dann die gemeinsame Stellungnahme von BDI, BDC, VKD und VLK hierzu nachzulesen.

Doch zunächst zu den Fakten.

1. Ausgangslage

Nach einer Schätzung der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) werden jährlich etwa 20 Millionen Notfallpatienten in deutschen Krankenhäusern ambulant und stationär versorgt. 1 Rund 10 Millionen Patienten werden zusätzlich im ärztlichen Bereitschaftsdienst, also außerhalb der Praxisöffnungszeiten, durch niedergelassene Ärzte (als Notfallpatienten) behandelt. 2 Zählt man beide Zahlen zusammen, dann bleibt festzustellen, dass pro Jahr etwa 30 Millionen Notfallpatienten in Deutschland zu versorgen sind. 10 Millionen durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst (außerhalb der Praxisöffnungszeiten) und 20 Millionen, die die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen.

Von den 20 Millionen Notfallpatienten, die in den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser vorstellig werden, mutieren etwa 10 Millionen zu vollstationären Patienten des Krankenhauses. Die restlichen 10 Millionen werden in den Krankenhäusern ambulant versorgt.

Die letztgenannte Gruppe gibt Anlass zur Diskussion: Offenbar suchen diese Patienten die Krankenhaus-Notfallaufnahmen auf, weil entweder der ärztliche Bereitschaftsdienst in diesen Zeiten nicht erreichbar ist oder in der Hoffnung, in der Krankenhaus-Notfallaufnahme schneller und umfassender versorgt zu werden.

Nach Aussage der KBV und des ZI benötigen 10 % dieser im Krankenhaus ambulant notfallversorgten Patienten keine dringliche Diagnostik und Therapie. 87 % erfahren bei der ambulanten Versorgung im Krankenhaus die gleiche Notfallversorgung wie im vertragsärztlichen Bereich und nur 3 % dieser 10 Millionen Notfallpatienten haben schwerwiegende Erkrankungen. 2

Auf der anderen Seite beklagen die Krankenhäuser, dass sie für die ambulante Notfallversorgung dieser Patienten laut EBM eine Vergütung von 38,00 € pro Fall erhalten, wohingegen die realen Fallkosten bei 120,00 € liegen. Dies führt – so das Gutachten von MCK und DGINA – zu einem dadurch bedingten Defizit der Krankenhäuser in Höhe von schätzungsweise 1 Milliarde € jährlich. 3

Diese Problematik ist auch der Politik nicht verborgen geblieben. Der Gesetzgeber hat versucht, die vorerwähnten ökonomischen und organisatorischen Problemstellungen legislativ in den Griff zu bekommen. Aktuell sind demgemäß 2 Handlungsstränge zu verzeichnen.

2. Ambulante Notfallversorgung

Durch das GKV-Versorgungstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 22.07.2015 hat der Gesetzgeber klargestellt, dass der Sicherstellungauftrag für die Kassenärztlichen Vereinigungen auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) umfasst. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber die Kassenärztlichen Vereinigungen damit beauftragt, den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern si-

Foto: © VanHope/fotolia.com

cherzustellen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft bedauert in ihrer Stellungnahme vom 10.10.2014 zu dem Referentenentwurf des GKV VSG, dass mit der vorgenannten Vorschrift keine gesetzliche Grundlage für die ambulante Versorgung von Notfällen durch Krankenhäuser geschaffen wurde. Sie verweist darauf, dass die hohe Bedeutung der Krankenhäuser für die ambulante Notfallversorgung nicht allein auf Lücken in der vertragsärztlichen Versorgung zurückzuführen sondern auch durch die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu erklären ist. 4

Die DKG stellt fest, dass selbst bei einem lückenlosen Bereitschaftsdienst der Vertragsärzte das Leistungsspektrum der Krankenhäuser für die ambulante Notfallversorgung unverzichtbar ist. Gleichzeitig verweist sie darauf, dass das Behandlungsspektrum der Krankenhäuser und die damit verbundenen Kosten nicht mit dem des organisierten Notdienstes der KVen vergleichbar ist. Aus diesem Grunde fordert die DKG, im EBM eine sachgerechte Vergütung für die ambulante Notfallversorgung zu vereinbaren.

Der Gesetzgeber hat dies aufgegriffen und im Zusammenhang mit dem KHSG durch eine Ergänzung des § 87 Absatz 2a SGB V den Bewertungsausschuss beauftragt, bis 31.12.2016 Regelungen für die Versorgung im Notfall im EBM nach dem Schweregrad der Fälle differenziert zu erarbeiten.

Dies ist zwischenzeitlich erfolgt. Unter anderem sieht der – gegen die Stimmen der DKG gefasste – Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 07.12.2016 vor, eine Vergütung der Krankenhäuser für die Registrierung der Patienten, die ärztliche Abklärung in der Notfallambulanz und die bei Nichtvorliegen eines unbedingten Behandlungsbedarfs erforderliche Weiterleitung an den niedergelassenen Arzt in Höhe von 4,74 € vor!

Die DKG stellt hierzu fest, dass mit diesem Beschluss entgegen dem gesetzlichen Auftrag die Vergütung für die Betreuung von Millionen Notfallpatienten verschlechtert wird und folgert daraus, dass die defizitäre Lage der Krankenhäuser bei den ambulanten Notfallleistungen damit auch nicht ansatzweise beseitigt wird.

Das von der DKG um Prüfung und Beanstandung dieses Beschlusses gebetene Bundesministerium für Gesundheit hat diesen Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses jedoch nicht beanstandet. Dieser Beschluss tritt damit zum 01.04.2017 in Kraft.

3. Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern

Der zweite legislative Handlungsstrang im Zusammenhang mit der Notfallversorgung erfolgte mit dem Krankenhaus-

strukturgesetz (KHSG) vom 10. Dezember 2015: Durch das KHSG wurde festgelegt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum 31.12.2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschließt, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung.

Hierbei sollten für jede Stufe insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen detailliert festgelegt werden.

Der G-BA hat am 19.10.2016 einen Beschlussvorschlag zu der Erstfassung der Regelungen der Notfallstrukturen in Krankenhäusern vorgelegt. Dieser Beschlussvorschlag basiert im Wesentlichen auf den zu dieser Thematik vorliegenden Aussagen des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) und der DKG, die dort synoptisch gegenübergestellt sind. Das Konzept geht von 3 Stufen aus:

Stufe 1 = Basisnotfallversorgung,
Stufe 2 = erweiterte Notfallversorgung,
Stufe 3 = umfassende Notfallversorgung.

Krankenhäuser, die keiner dieser Stufen zuzuordnen sind und auch nicht eine „spezielle Notfallversorgung“ vorhalten, nehmen nicht an der Notfallversorgung im entgeltrechtlichen Sinne teil.

Die dem Konzept zugrunde liegenden Positionierungen des GKV-SV und der DKG fallen erwartungsgemäß vor dem Hintergrund der jeweiligen Interessenslagen unterschiedlich aus: Der GKV-Spitzenverband plädiert für sehr hohe personelle und medizinisch-technische Voraussetzungen in dem vorgesehenen 3-stufigen Konzept, die nach Auffassung der DKG Hunderten von Krankenhäusern die Notfallversorgungseigenschaft absprechen würden.

Bei dieser Gemengelage hat das Bundesministerium für Gesundheit die Frist zur Vorlage eines Stufenkonzeptes durch den G-BA um 1 Jahr bis zum 31.12.2017 verlängert und den G-BA gleichzeitig zur Erarbeitung einer Folgenabschätzung dieses Konzeptes und zur Berücksichtigung der darin ausgewiesenen Ergebnisse verpflichtet.

4. Fazit

4.1. Nach den vorstehenden Ausführungen bleibt festzuhalten, dass für **ambulante** Notfallversorgungsleistungen die vom Gesetzgeber verlangte differenzierte Gebührenvorgabe durch den erweiterten Bewertungsausschuss erfolgt ist, auch wenn diese aus dem Blickwinkel der Krankenhäuser keineswegs als zufriedenstellend und zielführend angesehen werden kann.

4.2. Noch nicht vollständig erfüllt ist die vom Gesetzgeber den KVen auferlegte Verpflichtung, bei der Sicherstellung des **ambulanten** Notdienstes mit zugelassenen Krankenhäusern zu kooperieren und eine organisatorische Verknüpfung mit diesen herzustellen. Hier sind zwar regionale Einzellösungen installiert worden. Eine flächendeckende Lösung ist aber nach wie vor nicht in Sicht.

4.3. Die vom Gesetzgeber initiierte Neuordnung

Foto: © simoneminth/fotolia.com

der Notfallstrukturen in **Krankenhäusern** ist nicht über die erste heftige Diskussionsphase hinausgekommen. Die diametral entgegengesetzten Positionen der DKG und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen haben offenbar aus wahltaktischen Überlegungen den Gesetzgeber veranlasst, die Vorlagefrist für einen finalen Beschluss auf einen Termin nach der Bundestagswahl zu verschieben.

Das Problem bleibt damit vorerst **ungelöst**.

4.4. Vor diesem Hintergrund macht es Sinn, darüber nachzudenken, das System der Notfallversorgung nicht nach Versorgungsbereichen sondern **sektorübergreifend** zu gestalten.

Die im vertragsärztlichen und im stationären Bereich vorhandenen räumlichen, personellen und medizinisch-technischen Ressourcen könnten so koordiniert werden, dass sowohl während der Praxisöffnungszeiten wie auch in den sprechstundenfreien Zeiträumen jederzeit Anlaufstationen für die Notfallversorgung erreichbar sind. Anlaufstationen, die den betroffenen Notfallpatienten das berechtigte Gefühl vermitteln, dass sie die für ihren Fall benötigte Notfallversorgung in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht jederzeit erhalten können. Und zwar unabhängig von der „sektoralen Zuständigkeit".

4.5. Ein solches Vorgehen würde aber voraussetzen, dass der Verordnungsgeber den an den G-BA übergebenen Auftrag der Konzeption eines abgestuften Systems stationärer Notfallversorgung um den Bereich der ambulanten Notfallversorgung im vertragsärztlichen Bereich erweitert.

Geschähe dies, dann stünde zu befürchten, dass vor dem Hintergrund der Abstimmungs-Arithmetik im G-BA die Bank der Krankenkassen (5 Stimmen) gemeinsam mit den Vertretern der KBV und der KZBV (3 Stimmen) die Vertreter der DKG (2 Stimmen) locker überstimmen. Eine im Sinne der Patienten und der Krankenhäuser sachgerechte Regelung würde damit auf dem Altar der Pfründesicherung (und der Kostendämpfung) geopfert werden.

Wird jedoch im G-BA lediglich – wie derzeit vorgesehen – der Bereich der stationären Notfallversorgung geregelt, dann greift die Regelung des § 91 Absatz 2a SGB V, die Folgendes besagt:

„Bei Beschlüssen, die allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen, werden … alle 5 Stimmen der Leistungserbringerseite anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von der betroffenen Leistungserbringerorganisation benannt worden sind."

Das heißt dann, dass bei Abstimmungen über diesen Sachverhalt der stationären Notfallstrukturen 5 Stimmen der Krankenkassen 5 Stimmen der auf den Krankenhausbereich reduzierten Leistungserbringerseite gegenüberstehen. Die Stimme des Unparteiischen Vorsitzenden gäbe dann den Ausschlag.

Im Klartext bedeutet dies, dass die **sachgerecht** erscheinende **sektorenübergreifende Regelung der Notfallversorgung nicht kommen** wird.

4.6. Es bleibt deshalb nur zu hoffen, dass der G-BA die durch die Terminverschiebung einer Beschlussvorlage zur Regelung eines gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gegebene Chance nutzt, ein Konzept der stationären Notfallversorgung vorzulegen, das der Versorgungsrealität mehr entspricht und die vorhandenen Defizite insbesondere der getrennten sektoral ausgerichteten Notfallversorgung behebt.

Je eher, desto besser.

Literatur
[1] Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus, MCK und DGINA, 17.02.2015, Seite 2
[2] Ambulante Notfallversorgung – Fakten und Zahlen, Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Dezember 2016
[3] Siehe Gutachten MCK und DGINA, Seite 5
[4] Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 10.11.2014 zum Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes, Seite 12 f

Positionspapier zu Regelungen eines gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

von

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)

Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)

Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. (VLK)

1. Ausgangslage

Durch das KHSG wurde in Absatz 4 des § 136c SGB V festgelegt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum 31.12.2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschließt, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung.

Hierbei sollen für jede Stufe insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festgelegt werden.

Der G-BA hat am 19.10.2016 einen Beschlussvorschlag zu der Erstfassung der Regelungen der Notfallstrukturen in Krankenhäusern vorgelegt. In diesem Beschlussvorschlag sind im Wesentlichen die zu dieser Thematik vorliegenden Positionierungen des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) und der DKG synoptisch gegenübergestellt worden. Hierzu haben dann die betroffenen Fachgesellschaften und Verbände fristgerecht gegenüber dem G-BA Stellungnahmen abgegeben.

Das Konzept geht von 3 Stufen aus:

Stufe 1 = Basisnotfallversorgung,
Stufe 2 = erweiterte Notfallversorgung,
Stufe 3 = umfassende Notfallversorgung.

Krankenhäuser, die keiner dieser Stufen zuzuordnen sind und auch nicht eine „spezielle Notfallversorgung“ vorhalten, nehmen nicht an der Notfallversorgung im entgeltrechtlichen Sinne teil.

Erwartungsgemäß fallen die Positionierungen des GKV-SV und der DKG hierzu entsprechend der jeweiligen Interessenlage unterschiedlich aus: Der GKV-Spitzenverband plädiert für sehr hohe personelle und medizinisch-technische Voraussetzungen in dem vorgesehenen 3-stufigen Konzept, die nach Auffassung der DKG Hunderten von Krankenhäusern die Notfallversorgungseigenschaft absprechen würden.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) durch eine im Rahmen des „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ erfolgte Änderung des § 136c Absatz 4 SGB V die Frist zur Vorlage des Stufenkonzeptes durch den G-BA um ein Jahr bis zum 31.12.2017 verlängert und den G-BA gleichzeitig zur Erarbeitung einer Folgenabschätzung dieses Konzeptes und zur Berück-

sichtigung der darin ausgewiesenen Ergebnisse verpflichtet.

2. Positionierung zur Neuordnung der Notfallstrukturen in Krankenhäusern

2.1 Grundsätzliche Anmerkungen

- Die Verbände halten eine Reform der bestehenden stationären Notfallstrukturen in organisatorischer und finanzieller Hinsicht für notwendig. Sie unterstützen deshalb grundsätzlich die vom Gesetzgeber durch die Neuregelung des § 136c Absatz 4 SGB V vorgesehene Schaffung eines nach personellen und medizinisch-technischen Anforderungskriterien gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern.

- Allerdings ist nach Auffassung der Verbände die Beschränkung der angedachten Reform der Notfallversorgung auf den stationären Bereich zu kurz gegriffen: Die Strukturierung der Notfallversorgung muss insgesamt neu gestaltet werden vor dem Hintergrund festzustellender Mehrbelastungen der Krankenhausambulanzen.

- Bei der Erarbeitung dieses Stufensystems sind nach Auffassung der vorgenannten Verbände nachfolgende Punkte unabdingbar zu beachten:

  - Das zu findende sektorübergreifende gestufte System von Notfallstrukturen muss sich am Patientennutzen orientieren und darf nicht als Hilfsinstrument der Bedarfsplanung zur Flurbereinigung der Versorgungslandschaft missbraucht werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss darf nicht direkt oder indirekt in die Planungskompetenz der Bundesländer eingreifen.

  - Das zu findende Stufensystem muss gewährleisten, dass jeder Notfallpatient in einer der medizinischen Notwendigkeit angemessenen Zeitspanne die für ihn sachgerechte und umfassende stationäre Notfallversorgung erhält.

  - Die Anforderungskriterien für die einzelnen Versorgungsstufen müssen realistisch, realisierbar und mit geltendem Recht kompatibel sein. Die Finanzierbarkeit muss gesichert sein.

  - Die für die Teilnahme der Krankenhäuser an der Notfallversorgung vorgesehenen Zuschläge dürfen nicht zu Kürzungen der finanziellen Mittel für die „normale“ Patientenversorgung der Krankenhäuser führen.

  - Nichtteilnahmeberechtigten Krankenhäusern muss bei zukünftiger Inanspruchnahme durch Notfälle ein Entgelt ohne Zuschläge zustehen.

2.2 Ausgewählte Einzelaspekte

Ergänzend zu den in Ziffer 2.1 aufgeführten grundsätzlichen Anmerkungen der Verbände zu einem abgestuften Notfallversorgungssystem bedarf es noch weiterer Anmerkungen zu 2 im Beschlussentwurf des G-BA aufgeführten Punkten:

- Gemäß § 6 des Beschlussvorschlages gehört zu den allgemeinen Anforderungen an alle Stufen des Systems von Notfallstrukturen eine **Zentrale Notaufnahme (ZNA)**, in der die Notfallversorgung der Notfallpatienten stattfindet. Diese ZNA soll laut GKV-SV-Entwurf eine räumlich abgetrennte, fachübergreifende Einheit mit fachlich unabhängiger Leitung sein.

Aus Sicht der Verbände kann die Einrichtung einer solchen ZNA je nach Krankenhausstruktur im Einzelfall hilfreich, muss aber keine zwingende Voraussetzung für eine hochwertige Notfallversorgung sein. Wie auch von den betroffenen Fachgesellschaften festgestellt, kann es z.B. im Falle von Schlaganfällen oder Herzinfarkten durch eine ZNA zu Verzögerungen bei der raschen definitiven Versorgung kommen, was in diesem Bereich zur Entwicklung des Konzeptes der Stroke Units und der Chest Pain Units (CPU) führte. Dies hat nachweislich deutlich bessere Ergebnisse gezeitigt. Gleiches gilt für die zügige Versorgung Unfallverletzter und anderer eindeutig fachspezifischer Notfälle.

Somit sollte jeder Klinik die Ent-

Foto: © Winne/fotolia.com

scheidung überlassen werden, ob bei den gegebenen Strukturen die Einrichtung einer ZNA sinnvoll ist. Die strukturelle und organisatorische Gestaltung muss dem jeweiligen Krankenhausträger überlassen bleiben.

Sollte eine zwingende Vorgabe zur Einrichtung einer Zentralen Notaufnahme in das letztlich vom Bundesgesundheitsministerium zu genehmigende Konzept aufgenommen werden, muss der Bund die dafür nötigen Investitionsmittel bereitstellen. Hier muss das Konnexitätsprinzip gelten: „Wer bestellt, muss auch bezahlen". Bereits für ein Krankenhaus der Regelversorgung muss hier von einem etwa zweistelligen Millionenbetrag pro Krankenhaus ausgegangen werden.

- Gemäß § 9 Ziffer 3 des G-BA-Beschlussentwurfes soll zu den Anforderungen des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung u.a. auch jeweils ein **Facharzt** im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie, der **innerhalb von maximal 30 Minuten** am Patienten verfügbar sein muss, gehören.

Diese im Entwurf vorgesehenen Anforderungen des G-BA, die für alle 3 Versorgungsstufen gelten sollen, gingen erneut an der Versorgungsrealität vorbei. Bereits bei der Qualitätssicherungsrichtlinie des G-BA für Früh- und Reifgeborene aus dem Jahre 2013 wurde für die 1-zu-1-Besetzung der Pflege in Perinatalzentren Level I der Fehler gemacht, eine Strukturqualität zu definieren, die auf Grund des Fehlens neonatologisch Intensivpflegender auf dem Arbeitsmarkt in über 90 % der Perinatalzentren nicht umsetzbar war und 2016 somit zu einer Verlängerung der Übergangsphase geführt hat. Jetzt wird für die Vorhaltung des ärztlichen Fachpersonals in der Notfallversorgung eine ähnliche Fehlentscheidung vorbereitet. Die weit überwiegende Mehrzahl der aktuell an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser wird diese Strukturvorgabe mit dem derzeitigen Personalbestand nicht erfüllen können.

Die geplanten Vorgaben hebeln für den Bereich der Notfallversorgung das bewährte System der Rufbereitschaft aus und machen das System „Bereitschaftsdienst" für diesen Bereich zwingend:

Wird der Aufenthaltsort des Arztes nicht konkret bestimmt, aber eine Zeit vorgegeben, innerhalb derer der Arzt seinen Dienst im Krankenhaus aufnehmen können muss, liegt Bereitschaftsdienst vor. Bereitschaftsdienst ist in vollem Umfang als Arbeitszeit zu werten. Dies hätte ganz erhebliche finanzielle Konsequenzen für den Personalkostenbereich der Krankenhäuser.

Wie auch von verschiedenen Fachgesellschaften ausgeführt, gibt es ein über alle Krankheiten und Fachgebiete gleichgehaltenes, notwendiges Zeitfenster der Notfallversorgung nicht. Jeder Notfall muss unverzüglich behandelt werden, die mögliche Zeit dafür richtet sich nach Krankheitsbild und Ausmaß der Gefährdung. Dies geschieht derzeit über ein gestuftes System aus Ärzten der betroffenen Abteilungen nach Facharztstandard und einem Facharzt, ggfs. mit Schwerpunkt im Hintergrund. Wenn dies entsprechend den Vorgaben aus dem G-BA-Beschlussvorschlag in Zukunft im Bereitschaftsdienst wahrgenommen werden sollte, wäre dies abgesehen von den immensen Personalkosten auch nicht durchführbar, da die hierdurch benötigte zusätzliche Anzahl von Fachärzten, wie weiter oben ausgeführt, auf dem Arbeitsmarkt derzeit nicht verfügbar ist.

3. Fazit

3.1

BDC, BDI, VKD und VLK begrüßen die erfolgte Fristverlängerung für die Vorlage des vom G-BA zu erstellenden Stufenkonzeptes von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Sie sehen darin und in der Auflage, die Ergebnisse einer Folgenabschätzung in dieses Konzept einzubeziehen, die Chance, ein mit Augenmaß gestaltetes Stufensystem der Notfallversorgung zu erarbeiten, das im Sinne der Versicherten auf eine lückenlose, flächendeckende und qualitativ hochstehende Notfallversorgung abzielt und nicht durch überhöhte Anforderungskriterien zu einer unverantwortlichen Ausdünnung der Notfallversorgungslandschaft führt.

3.2

Die Verschiebung der Beschlussfassung des G-BA sollte als Chance gesehen werden, ein Konzept der stationären Notfallversorgung zu erarbeiten, das der Versorgungsrealität mehr entspricht und die vorhandenen Defizite insbesondere der getrennten sektoral ausgerichteten Notfallversorgung behebt. Den Kostenträgern muss dabei klar sein, dass vor allem ihre stringente Budgetierungspolitik in den beiden Versorgungsebenen die allseits beklagten Versorgungsdefizite wesentlich mit verursacht.

Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. Hans-Joachim Meyer,
Präsident für den Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

Dr. Hans-Friedrich Spies,
Präsident für den
Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

Dr. Josef Düllings,
Präsident für den Verband der
Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser,
Präsident für den Verband der
Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

Thomas Thurm

Ärztegehälter sind 2016 überdurchschnittlich gestiegen

Ergebnisse und Trends der 18. Kienbaum-Studie zur Vergütung von Ärzten, Führungskräften und Spezialisten in Krankenhäusern

Die Vergütung von Chefärzten hat sich über die Jahre hinweg zu einem immer stärker beachteten Thema in der Krankenhausbranche – und darüber hinaus – entwickelt. Dies ist zum einen auf die exponierte Stellung, die Chefärzte in den Klinikunternehmen einnehmen, zurückzuführen: der Einfluss auf Leistung und Ansehen der verantworteten klinischen Abteilung und damit auch auf den Erfolg des gesamten Hauses ist enorm und macht eine adäquate Besetzung, Bindung und Bezahlung zu einem zentralen Erfolgsfaktor. Zum anderen haben sich um leistungsorientierte Vergütungsbestandteile von Chefärzten, um geeignete Steuerungsgrößen und um die Vermeidung von Fehlanreizen zeitweise intensive Diskussionen entwickelt und die Thematik zusätzlich in den Blickpunkt gerückt. Die angemessene Ausgestaltung der Chefarztvergütung sowohl hinsichtlich ihrer aboluten Höhe als auch im Hinblick auf die Zusammensetzung aus fixen und variablen Komponenten sowie deren inhaltliche Ausgestaltung ist somit für die Klinikunternehmen und für die betreffenden Positionsinhaber ein erfolgskritisches und sensibles Thema.

Die Unternehmensberatung Kienbaum verfolgt die Vergütungspraxis der Krankenhausbranche seit 1997 auf empirischer Basis, kürzlich wurde bereits die 18. Auflage des Vergütungsreports „Ärzte, Führungskräfte & Spezialisten in Krankenhäusern“ veröffentlicht. Die jährlich durchgeführte Fragebogenerhebung verschafft einen fundierten Einblick in die Vergütungssituation der Branche mit einem Schwerpunkt auf den ärztlichen Funktionen sowie den Positionen in der Krankenhausleitung

Thomas Thurm

und -verwaltung (Geschäftsführung/Vorstand sowie unterstellte Positionen der ersten Berichtsebene). An der aktuellen Ausgabe der Studie beteiligten sich 125 Einrichtungen mit Vergütungsinformationen zu rund 2.100 Positionen.

Die Studie weist Vergütungsinformationen in differenzierter Form aus: neben der Höhe der monetären Vergütung und ihrer

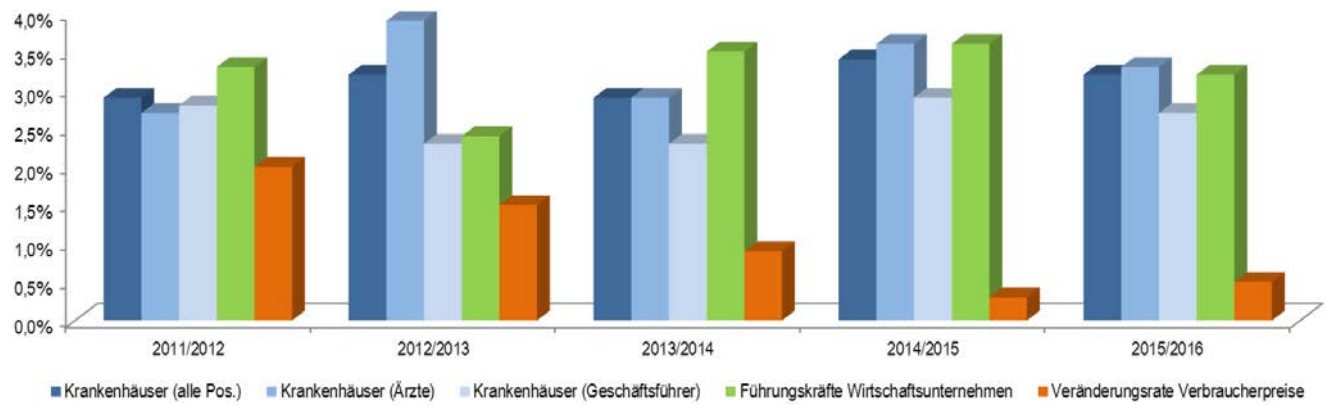


Abbildung 1: Grundgehaltssteigerungen und Verbraucherpreisentwicklung seit 2012
(Quelle: Kienbaum Vergütungsreports; Statistisches Bundesamt)

Zusammensetzung aus festen und variablen (leistungsabhängigen) Bestandteilen werden verschiedene Strukturmerkmale des Unternehmens (Größe, Region, Trägerschaft etc.) und individuelle Merkmale der Positionsinhaber (z. B. Ausbildung, Verantwortungsumfang, Dauer der Positionszugehörigkeit) erhoben, zudem auch Angaben zur Ausstattung mit betrieblichen Zusatzleistungen (bspw. Altersversorgung).

Ärztliche Gehälter in 2016 um 3,3 % gestiegen

Die Festvergütungen von Ärzten sind im vergangenen Jahr um durchschnittlich 3,3 % gegenüber dem Vorjahr angestiegen. Der Anstieg fiel damit etwas geringer als im Vergleichszeitraum ein Jahr zuvor (3,6 %) aus, liegt aber leicht über dem Durchschnitt aller betrachteten Positionen im Krankenhaus (3,2 %) und deutlich über dem vom statistischen Bundesamt ausgewiesenen Nominallohnanstieg in Deutschland (branchenübergreifend) von 2,3 %. Gehaltssteigerungen im ärztlichen Bereich fallen umso geringer aus, je höher die Position in der Hierarchie verortet ist: Ärzte in Weiterbildung: 4,2 %, Fachärzte: 3,3 %, Oberärzte: 3,0 %, Chefärzte: 2,8 %.

Betrachtet man die Gehaltsentwicklung im Fünfjahreszeitraum von 2011 bis 2016 (vgl. Abbildung 1), so zeigt sich für die Krankenhausbranche eine durchschnittlicher Anstieg der Grundbezüge um 3,1 % (Ärzte: 3,3 %, Geschäftsführer 2,6 %) und somit eine leicht überdurchschnittliche Gehaltsentwicklung, verglichen mit der Entwicklung der Führungskräftevergütung im Gesamtmarkt (durchschnittlicher Anstieg 3,2 %). Die durchschnittliche Veränderungsrate der Verbraucherpreise lag im Vergleichszeitraum bei 1,0 % (siehe Abb. 1).

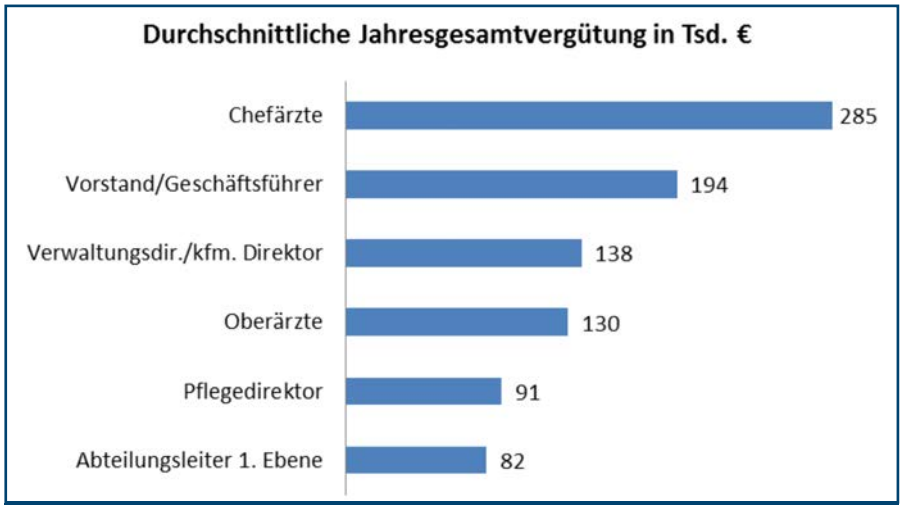


Abbildung 2: Durchschnittliche Jahresgesamtvergütung ausgewählter Funktionen

Mediziner sind die Topverdiener

Betrachtet man die Vergütungshöhen der typischen Funktionen im krankenhausinternen Quervergleich, so zeigt sich ein (für diese Branche) gewohntes Bild: Chefärzte rangieren sehr deutlich vor den Positionen des Top Managements (Geschäftsführer bzw. Vorstände). Die durchschnittlichen Gesamtbezüge eines Chefarztes liegen bei 285.000 € (Vorjahr: 279.000 €), die des Top Managements bei 194.000 € (Vorjahr 185.000 €). Diese „Lücke" hat sich in den vergangenen Jahren sukzessive verkleinert – im Jahr 2003 erzielte ein Chefarzt noch durchschnittlich das 2,4fache der Bezüge eines Geschäftsführers, aktuell ist es das 1,5fache.

Die beschriebene Relation zeigt sich auch auf der nachgeordneten Ebene: Oberärzte verdienen mit einer durchschnittlichen Vergütung von 130.000 € (Vorjahr: 126.000 €) das etwa 1,6fache der Führungskräfte auf der Ebene unterhalb der Geschäftsführung in der Klinikverwaltung (beispielsweise Leiter Finanzen, Leiter Personal usw.) mit durchschnittlich 82.000 € (Vorjahr: 81.000 €).

Abb. 2 zeigt die durchschnittlichen Jahresgesamtbezüge im Überblick (siehe Abb. 2).

Man muss darauf hinweisen, dass diese grobe Skizze der Vergütungspraxis von Krankenhäusern lediglich die generellen Wertigkeiten der betrachteten Positionen im internen Quervergleich aufzeigt. Als Orientierung für die eigene Standortbestimmung einer Klinik beziehungsweise eines Positionsinhabers oder für die Ableitung von konkreten Gestaltungsempfehlun-

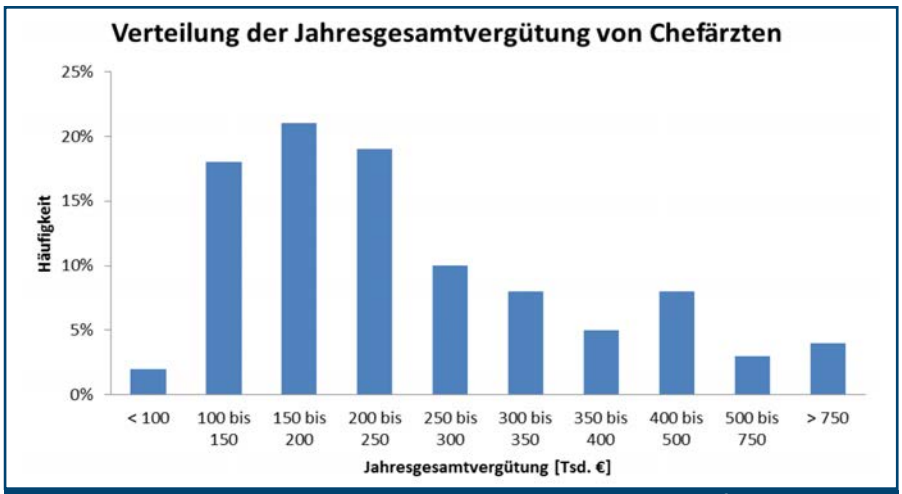


Abbildung 3: Verteilung der Jahresgesamtvergütung von Chefärzten

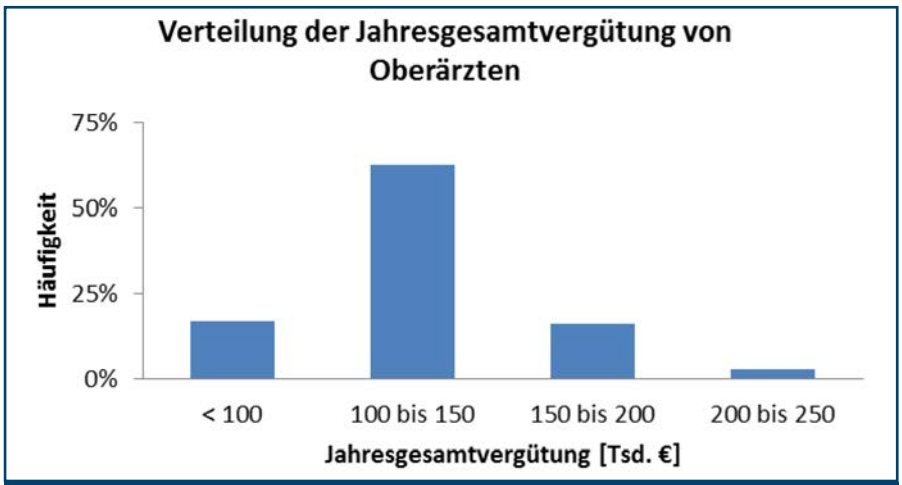


Abbildung 4: Verteilung der Jahresgesamtvergütung von Oberärzten

Jahresgesamt-vergütung	Innere Medizin	Radiologie	Orthopädie	Pädiatrie	Geriatrie	alle Chefärzte
unteres Quartil	174.000	142.000	165.000	143.000	123.000	162.000
Median	246.000	241.000	195.000	190.000	147.000	218.000
oberes Quartil	434.000	412.000	388.000	220.000	206.000	320.000
Durchschnitt	352.000	336.000	324.000	202.000	161.000	285.000

Abbildung 5: Spannen der Jahresgesamtvergütung bei Chefärzten nach Fachgebiet

gen wurde das Bild aus zu großer Flughöhe aufgenommen, es bedürfte dazu einer spezifischen Analyse unter Berücksichtigung der konkreten individuellen Rahmenbedingungen (Größe des Hauses beziehungsweise der Abteilung, Verantwortungsrahmen und Berufserfahrung des Positionsinhabers usw.).

Enorme Bandbreite der Chefarztvergütung

Die Vergütung von Chefärzten bewegt sich im Markt in einer enormen, im Vergleich zu den meisten anderen Funktionen deutlich überdurchschnittlichen Bandbreite. Abbildung 3 veranschaulicht dieses Phänomen: jeweils ein Fünftel der Positionsinhaber erhält eine Vergütung von weniger als 150.000 € beziehungsweise von mehr als 350.000 €. Der Schwerpunkt liegt im Bereich zwischen 150.000 € und 300.000 € (50 % der Positionsinhaber) (siehe Abb. 3).

Die Vergütung von Oberärzten bewegt sich im Gegensatz dazu in einer deutlich schmaleren Bandbreite, wie Abbildung 4 verdeutlicht (siehe Abb. 4).

Die hohe Varianz der Chefarztbezüge lässt sich anhand einer ganzen Reihe von Einflussfaktoren erklären, insbesondere:

» **Medizinisches Fachgebiet:** Der statistisch deutlichste Einfluss auf die Höhe der Chefarztvergütung geht vom ausgeübten medizinischen Fachgebiet aus. Hintergrund dürften hier insbesondere unterschiedliche Knappheiten am externen Arbeitsmarkt sowie stark divergierende Erlöspotentiale im Bereich der Privatliquidationen sein. Zu den bestbezahlten Chefärzten gehören „traditionell" Internisten (durchschnittiche Jahresgesamtvergütung: 352.000 €), Radiologen (336.000 €) und Orthopäden (324.000 €), während die Geriatrie (161.000 €) und die Pädiatrie (202.000 €) zu den weniger lukrativen Fächern zählen. Abbildung 5 zeigt die Marktbandbreiten (statistisch: die Spanne vom unteren zum oberen Quartil der einzelnen Marktwerte) in den genannten Fächern (siehe Abb. 5.).

» Statistisch lässt sich zudem ein enger Zusammenhang zwischen der **Unternehmensgröße** und der Höhe der Vergütung von Chefärzten feststellen. In kleineren Häusern (bis 200 Betten) liegt die durchschnittliche Vergütung bei 188.000 €, in größeren Kliniken (mehr als 650 Betten) hingegen bei 347.000 €. Legt man die Beschäftigtenzahl oder die Fallzahl als Maßstab für die Unternehmensgröße zugrunde, zeigen sich ähnliche Ergebnisse.

» Nach wie vor gibt es einen deutlichen Unterschied in der Vergütung von Chefärzten in den **westlichen und den östlichen deutschen Bundesländern**. Im Westen liegt die Chefarztvergütung um circa 8 % über dem gesamtdeutschen Durchschnittswert, im Osten hingegen um rund 17 % darunter.

» Von signifikanter Bedeutung für die Höhe der Chefarztvergütung ist auch der **Verantwortungsrahmen** eines Positionsinhabers, gemessen in der Größe der geleiteten Abteilung. Bei Positionsinhabern mit eher kleinen Abteilungen (bis

Variable Vergütung	Liquidationsrecht*)	Beteiligungsvergütung	Bonusvereinbarung	Kombinationen	Insgesamt
unteres Quartil	24.000	31.000	14.000	12.000	22.000
Median	92.000	86.000	39.000	32.000	61.000
oberes Quartil	215.000	166.000	94.000	78.000	172.000
Durchschnitt	189.000	106.000	70.000	63.000	135.000

*) nach Abzug von Kostenerstattung, Vorteilsausgelich und Poolverpflichtung.

Abbildung 6: Variable Vergütung von Chefärzten nach Gestaltungsform

fünf Beschäftigte) beläuft sich die durchschnittliche Vergütung auf rund 210.000 €, bei Chefs größerer Abteilungen (mehr als 50 Mitarbeiter) hingegen auf rund 340.000 €.

Die genannten empirischen Faktoren korrelieren eng miteinander und dürfen daher nicht unabhängig voneinander gesehen oder zu einem „Gesamteffekt" aufaddiert werden. Beispielsweise sind Abteilungen mit einer großen Zahl unterstellter Mitarbeiter typischerweise eher in größeren Krankenhäusern vorzufinden. Für eine individuelle Standortbestimmung muss daher die spezifische Konstellation im Detail betrachtet und der Markt entsprechend analysiert werden.

Variable Vergütung ist üblich

Variable Vergütungskomponenten nehmen in der Vergütungspraxis bei Chefärzten eine sehr bedeutende Rolle ein und sind im Markt durchweg üblich. Unterschiede gibt es in den Ausgestaltungsformen und der Höhe der geleisteteten Zahlungen. Hinsichtlich der Vertragsformen zeigt sich seit vielen Jahren eine Verschiebung eher weg vom (reinen) Liquidationsrecht hin zu anderen, auch kombinierten Durchführungsformen, insbesondere zu Bonusvereinbarungen.

Bonusvereinbarungen sind ein weit über die Krankenhausbranche hinaus verbreitetes und seit Langem etabliertes Managementinstrument, das es der Unternehmensleitung ermöglicht, spezifische und differenzierte Steuerungsimpulse zu setzen – spezifisch bezogen auf die konkrete Situation der jeweiligen Abteilung, differenziert im Hinblick auf die Kombination mehrerer Handlungsfelder und Zielgrößen. Eine mehrdimensionale Anreizstruktur umfasst häufig wirtschaftliche Kenngrößen, aber auch qualitative Elemente (bspw. Patientenzufriedenheit, Entwicklung neuer Standards etc.) sowie mitarbeiter- beziehungsweise führungsbezogene Ziele. Die Diskussionen um das Risiko der Entstehung von Fehlanreizen haben deutlich gemacht, wie sehr es auf eine ausgewogene Anreizstruktur ankommt, in der die wirtschaftliche Verantwortung des Chefarztes für seine Abteilung und damit auch der Beitrag zum Gesamtunternehmenserfolg angemessen abgebildet und durch sinnvolle weitere Parameter flankiert wird.

Branchenübergreifend ist derzeit ein deutlicher Trend zu erkennen, die obersten Führungskräfte eines Unternehmens – stärker als bisher – gemeinsam für die Gesamtzielerreichung des Unternehmens in die Verantwortung zu nehmen und somit auch die jeweilige variable Vergütung primär an der kollektiven Erfolgsmessung auszurichten, während die individuelle Performance, gemessen an den Ergebnissen des jeweiligen Verantwortungsbereichs oder anderen individuellen Faktoren, eher in den Hintergrund rückt – bis hin zum völligen Verzicht darauf. Inwieweit sich dieser Trend auch in der Vergütungspraxis der Krankenhäuser niederschlägt, wird in den kommenden Jahren zu beobachten sein.

Durchschnittlich beziehen Chefärzte neben der Festvergütung 135.000 € an variablen Bezügen, wobei sich die Spanne von 22.000 € bis auf 172.000 € erstreckt und es signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Gestaltungsformen (Liquidationsrecht, Beteiligungsvergütung, Bonusvereinbarung) gibt (siehe Abb. 6).

Anschrift des Verfassers:
Diplom-Ökonom Thomas Thurm
Kienbaum Consultants International GmbH
Hohe Bleichen 19, 20354 Hamburg
Fon: 040/325779-33
E-Mail: thomas.thurm@kienbaum.de
www.kienbaum.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 Vervielfältigungen, 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.

RA Norbert H. Müller, RA Marc Rumpenhorst

Zur Beteiligungs- und Bonusvergütung

LAG Baden-Württemberg

Das Landesarbeitsgericht Baden-Württemberg (Urt. v. 16.12.2016 - 7 Sa 69/16) hatte sich mit grundsätzlichen Fragen zur variablen Vergütung des Chefarztes zu befassen, die es zugunsten des Chefarztes beantwortet hat. Der Chefarzt hatte seine Beteiligung an den Einnahmen aus ambulanten Institutsleistungen einschließlich ambulanten Operationen und stationsersetzenden Maßnahmen gemäß § 115 b SGB V sowie seinen Bonus trotz fehlender Zielvereinbarung eingefordert.

Der Vertrag

Dem Arzt oblag im Rahmen der Führung und fachlichen Leitung der Abteilung neben der stationären Versorgung auch die ambulante Beratung und Behandlung von Selbstzahlern und gesetzlich versicherten Patienten sowie die Erbringung von Institutsleistungen im ambulanten Bereich, einschließlich ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V. Hierfür erhielt der Chefarzt eine Vergütung, die sich – wie ganz überwiegend und so auch hier – aus einem Fixum sowie einer Beteiligung an den Einnahmen des Krankenhausträgers aus wahlärztlichen und ambulanten Leistungen zusammensetzte und durch einen auf der Erreichung jährlich zu vereinbarender Ziele basierenden Bonus komplettiert wurde.

Der Beteiligung an den Einnahmen aus wahlärztlichen und ambulanten Leistungen lag eine in den vergangenen Jahren ganz häufig und auch heute noch teilweise verwendete Klausel zugrunde:

> **Ferner erhält der Arzt eine Beteiligung an den Einnahmen des Krankenhausträgers aus dem Bereich der ambulanten Leistungen seiner Abteilung, einschließlich ermächtigter Bereich bzw. Privatsprechstunde, in Höhe von xx % der Bruttoliquidationseinnahmen.**

Der Bonusvergütung lag folgende Vertragsklausel zugrunde:

> **Sofern der Arzt die in einer jährlich zu treffenden Zielvereinbarung festgelegten Eckpunkte erreicht, erhält er zusätzlich einen variablen Bonus von bis zu ... Euro. Die Zielvereinbarung ist spätestens einen Monat vor Beginn des folgenden Geschäftsjahres mit der Geschäftsführung abzuschließen.**

Die Entscheidung

Das Landesarbeitsgericht Baden-Württemberg hatte keine Zweifel daran, dass der Chefarzt nicht nur an den Einnahmen aus der Privat- und KV-Ambulanz – neben den wahlärztlichen Leistungen – zu beteiligen ist, sondern auch an den Einnahmen des Krankenhausträgers aus ambulanten Institutsleistungen einschließlich ambulanten Operationen gemäß § 115 b SGB V,

Norbert H. Müller

Marc Rumpenhorst

und der Chefarzt auch einen Anspruch auf Schadensersatz für die entgangene Bonusvergütung in Höhe des Vorjahresbetrages hat.

1)

Sowohl das Landesarbeitsgericht als auch die Vorinstanz folgten der Argumentation des Arztes, dass die Formulierung zur Beteiligung an den Einnahmen aus ambulanten Leistungen, einschließlich Privatambulanz und ermächtigter Bereich, gerade keine Beschränkung auf diese beiden Bereiche bedeutete.

„Einschließlich“ ist eben nicht „ausschließlich“, sondern vielmehr als eine „Insbesondere-Regelung“ zu verstehen. Damit ist der Arzt an sämtlichen Einnahmen des Krankenhausträgers aus ambulanten Leistungen seiner Abteilung zu beteiligen, also eben nicht nur an den Einnahmen aus der Privat- und KV-Ambulanz.

Zudem handelte es sich auch nicht um „Institutsleistungen“ des Krankenhauses, die nicht zur Abteilung des Chefarztes gehörten, wie die Beklagtenseite zu argumentieren versuchte. Schließlich ergebe sich, so das Landesarbeitsgericht, aus den arbeitsvertraglichen Bestimmungen, dass der Kläger als Chefarzt der Abteilung für die Versorgung sämtlicher Patienten der Beklagten mit den Leistungen seiner Fachrichtung zuständig und verantwortlich sei. Auch die ambulanten Operationen gemäß § 115 b SGB V gehörten als Institutsleistungen zu den dem Kläger obliegenden Dienstaufgaben. Der Kläger sei verpflichtet, entsprechende Leistungen auch im Rahmen ambulanter Operationen statusunabhängig für die Patienten der Beklagten zu erbringen. Damit scheide eine Differenzierung zwischen Institutsleistungen des Krankenhauses und solchen der vom Chefarzt geleiteten Abteilung aus. Insofern gehörten auch die Einnahmen aus ambulanten Institutsleistungen einschließlich ambulanten Operationen gemäß § 115 b SGB V zu der Bemessungsgrundlage der Beteiligungsvergütung des Arztes.

2)

Der Anspruch auf die Bonusvergütung setzt die Erreichung der vereinbarten Ziele voraus. Das bedeutet dann im Umkehrschluss, dass ohne Zielvereinbarung kein Vergütungsanspruch besteht. Allerdings ist wegen der entgangenen Vergütung Schadensersatz zu leisten, wenn der Krankenhausträger das Nichtzustandekommen der Zielvereinbarung zu vertreten hat. Nach dem Landesarbeitsgericht folge aus einer auf der Erreichung jährlich zu vereinbarender Ziele basierenden Bonusvergütung die Verpflichtung des Krankenhausträgers, mit dem Arzt über die in der jeweiligen Periode zu erreichenden Ziele zu verhandeln. Der Krankenhausträger müsse nach einer auf den Zeitpunkt des Angebotes bezogene Prognose Ziele vorschlagen, die der Arzt in der Zielperiode erreichen könne. Der Verpflichtung zur Zahlung einer vereinbarten variablen Vergütung könne der Krankenhausträger sich nicht dadurch entziehen, dass er Ziele anböte, die der Arzt nicht erreichen könne.

Ebenso wenig kann sich der Krankenhausträger der Zahlungsverpflichtung dadurch entziehen, dass er überhaupt keine Ziele anbietet. Insoweit ist allerdings grundsätzlich nach der sogenannten Initiativpflicht zur Aufnahme von Verhandlungen über die zu vereinba-

Foto: © relif/fotolia.com

renden Ziele zu differenzieren. Obliegt nämlich dem Arzt die Initiative, weil nach der vertraglichen Formulierung die Ziele „mit dem Krankenhausträger/Geschäftsführung“ zu vereinbaren sind, setzt der Schadensersatzanspruch eine Aufforderung des Arztes voraus, mit ihm eine Zielvereinbarung abzuschließen, der der Krankenhausträger dann nicht nachgekommen ist. Insofern hatte das Arbeitsgericht einen Schadensersatzanspruch des Chefarztes hier noch abgelehnt, weil er – jedenfalls nicht nachweisbar – nicht zum Abschluss einer Zielvereinbarung aufgefordert hätte.

Jedoch könnte eine vertragliche Gestaltung, die dem Chefarzt die Initiativpflicht überträgt, nach Auffassung des Landesarbeitsgerichts unangemessen und damit unzulässig und unwirksam sein, jedenfalls dann, wenn die Initiativlast zur Einleitung und inhaltlichen Vorbereitung der Verhandlungen über die Zielvereinbarung vollständig auf den Arzt übertragen würde. Schließlich liege es grundsätzlich in der Sphäre des Krankenhausträgers, mögliche Ziele vorzuschlagen. Dient die Übertragung der Initiativlast auf den Arzt ausschließlich dem Schutz vor Schadensersatzansprüchen bei ausbleibender Zielvereinbarung im Sinne einer Risikominimierung des Krankenhausträgers, stellt die Klausel eine unangemessene Benachteiligung des Arztes dar und ist insoweit unwirksam. Nach Auffassung des Landesarbeitsgerichts Baden-Württemberg bedurfte es somit auch nicht der Aufforderung des Arztes zum Abschluss einer Zielvereinbarung als Voraussetzung für einen Schadensersatzanspruch wegen ausgefallener Bonusvergütung nach fehlender Zielvereinbarung. Ungeachtet der Initiativpflicht war dem Arzt der entgangene Bonus als Schaden zu ersetzen.

Die Empfehlung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Entscheidung des Landesarbeitsgerichts Baden-Württemberg ausreichend Anlass gibt, die bevorstehende Schlussrechnung der variablen Vergütung 2016 zu prüfen und mit den vertraglichen Regelungen abzugleichen. Etwaige Ansprüche sind dann unter Berücksichtigung häufig vereinbarter Ausschlussfristen von 3, 6 oder 12 Monaten schriftlich – möglichst unter Bezifferung etwaig fehlender Beträge – geltend zu machen.

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

RA Norbert H. Müller, RA Marc Rumpenhorst

Wahlärztliche Leistung und Stellvertretung

Schadensersatzansprüche drohen dem Wahlarzt und Vertreter

Während die Frage der persönlichen Leistungserbringung sowie der Wirksamkeit der Stellvertretung bei wahlärztlichen Leistungen bislang „nur" maßgeblich für den Honoraranspruch des Krankenhauses oder des Chefarztes war, zeigt der folgende Beitrag die durch eine neue Entscheidung des BGH nun entstandene Brisanz der Vertretung für den Wahlarzt und seinen Stellvertreter selbst auf:

Der Fall

Der Patient litt an einer Dupuytren-Kontraktur, er wurde vom Chefarzt voruntersucht, der die Indikation zur Operation stellte; im Zuge der stationären Aufnahme vereinbarte der Patient wahlärztliche Leistungen, er wurde rechtzeitig und ordnungsgemäß aufgeklärt über den Eingriff und seine Folgen einschließlich möglicher Komplikationen. Den Eingriff führte der Oberarzt als Stellvertreter – wie das Sachverständigengutachten bestätigte – sorgfältigst und fehlerfrei durch, gleichwohl kam es postoperativ zu Komplikationen, über die zuvor allerdings ebenso aufgeklärt worden war.

Die – bisherige – Lösung

Der Patient verklagte das Krankenhaus, den Chefarzt und den Operateur auf Schadensersatz und Schmerzensgeld. Da der Patient ordnungsgemäß aufgeklärt und der Eingriff de lege artis durchgeführt worden war, haben die Instanzgerichte Ansprüche des Patienten abgelehnt, so bisher auch die Rechtsprechung des BGH.

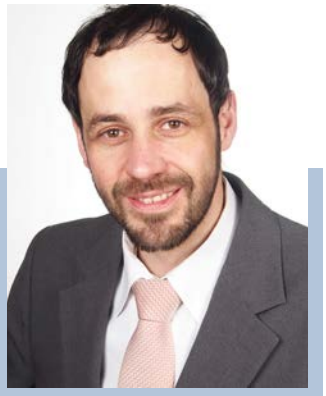
Die – „neue" – Entscheidung

Die Gerichte hatten festgestellt, dass der Patient Wahl(arzt)leistungen vereinbart hatte, allerdings keine gesonderte Stellvertretervereinbarung für die Operation durch den Oberarzt. Hieran knüpfte der Bundesgerichtshof (Urteil vom 19.07.2016 – VI ZR 75/15) an. Aus der Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen leiteten sich Verhaltenspflichten des Arztes ab:

> **„Erklärt der Patient in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechtes, er wolle sich nur von einem bestimmten Arzt operieren lassen, darf ein anderer Arzt den Eingriff nicht vornehmen."**

Schon durch den Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung mit dem Krankenhausträger sei der Eingriff durch einen bestimmten Arzt, regelmäßig den Chefarzt, konkret zugesagt, so dass der Patient dann rechtzeitig aufgeklärt werden müsse, wenn ein anderer Arzt an seine Stelle trete. Im Übrigen fehle es an der wirksamen Einwilligung des Patienten in den – von einem Vertreter durchgeführten – Eingriff.

Norbert H. Müller



Marc Rumpenhorst

> Wichtig:
> Durch die Wahlleistungsvereinbarung oder eine konkrete Zusage, z.B. im Rahmen der Aufklärung, auch durch einen anderen Arzt („das macht der Chef morgen selber"), wird die Einwilligung auf die Leistung durch den Chefarzt beschränkt.

Das Risiko

Das Risiko einer unwirksa-

men Stellvertreterregelung liegt damit nun nicht mehr allein in dem Honorarausfall für die vom Vertreter erbrachte wahlärztliche Leistung, sondern in der fehlenden Einwilligung des Patienten in die ärztliche Heilbehandlung:

> **„… der in der ärztlichen Heilbehandlung liegende Eingriff in die körperliche Integrität ist rechtswidrig." (Obwohl indirekt und lege artis durchgeführt).**

Mit dem Einwand, dass die Operation durch den Wahlarzt zu den gleichen Folgen geführt hätte, also den Einwand des gleichen Verlaufs bei rechtmäßigem Alternativverhalten, kann sich die Behandlerseite nicht entlasten. „Sonst wäre das Vertrauen nicht wirksam geschützt, dass die Patienten in die ärztliche Zuverlässigkeit und Integrität setzen müssen, wenn sie ihr absolut geschützten Rechtsgüter im Verlaufe einer ärztlichen Behandlung zur Disposition stellen".

Die fehlende Einwilligung führt zu Haftungsansprüchen des Patienten auf Schadensersatz und Schmerzensgeld gegen den Wahlarzt und seinen Vertreter als Gesamtschuldner mit dem Krankenhaus, darüber hinaus ist ein – mangels Einwilligung – ungerechtfertigter Eingriff in die körperliche Unversehrtheit immer auch strafrechtlich relevant. Wenn haftungsrechtlich – trotz eventuell sogar anzunehmendem Vorsatz (!) – vielleicht noch Versicherungsschutz besteht, richtet sich der strafrechtliche Vorwurf gegen den Operateur persönlich.

Die Haftungsfalle vermeiden

Aus dem Mangel einer wirksamen Stellvertretung folgt der Mangel der Einwilligung in den Heileingriff. Zur Vermeidung dieser Haftungsfalle führt der Bundesgerichtshof (die einzigen) zwei Lösungsmöglichkeiten an, nämlich die persönliche Leistungserbringung durch den Wahlarzt oder die wirksame Vereinbarung einer Stellvertretung.

Update „Wahlleistung und Stellvertretung„

Mit der Wahlarztvereinbarung kauft sich der Patient keine zusätzlichen Leistungen hinzu, sondern die Behandlung durch eine bestimmte Person, regelmäßig den am besten qualifizierten Arzt

Foto: © Ideenkoch/fotolia.com

der Abteilung, den Wahlarzt. Der Patient sei bereit, für die Behandlung durch den Wahlarzt mehr zu zahlen, weil er sich eine besonders sachkundige und sorgfältige ärztliche Behandlung durch ihn erhoffe, so der Bundesgerichtshof bereits Mitte der 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts. Ferner sichert sich der wahlärztliche Leistungen in Anspruch nehmende Patient die Kontinuität in der Person des Behandlers.

In der Wahlleistungsvereinbarung selbst kann zwar die Stellvertretung geregelt werden, allerdings nur für Fälle der ***unvorherhersehbaren*** Verhinderung des Wahlarztes. Hintergrund ist, dass die Wahlarztvereinbarung eine einseitig gestellte, vorformulierte Vertragsklausel, also eine Allgemeine Geschäftsbedingung (AGB) ist, für die besondere Wirksamkeitsanforderungen gelten. So ist es u.a. in AGB unzulässig, sich den grundlosen und jederzeitigen Austausch der Hauptleistungspflicht (Behandlung durch Wahlarzt gegen Behandlung durch Vertreter) vorzubehalten. Fälle der unvorhersehbaren Verhinderung sind Unfall oder erster Krankheitstag des Wahlarztes sowie eine anderweitige, unaufschiebbare Notfallbehandlung.

Dagegen sind unvorhersehbare Verhinderungen des Wahlarztes nicht: Abwesenheiten wegen Krankheit ab dem 2. Tag, Urlaub, Kongressteilnahmen oder auch während der Nächte und Wochenenden. Insoweit handelt es sich um ***vorhersehbare*** Verhinderungen des Wahlarztes; die Vertretung kann nicht im Wahlleistungsvertrag vereinbart werden. Es bedarf einer gesonderten, individuell – in Abgrenzung zu AGB – zu schließenden Stellvertretervereinbarung.

Der Patient ist zunächst über die Abwesenheit des Wahlarztes, also ihren Grund und ihre Dauer, aufzuklären. Ihm ist dann ein Wahlrecht einzuräumen:

- Verzicht auf die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen, wobei auch im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen alle notwendigen Leistungen erbracht werden, die Behandlung allerdings durch den jeweils diensthabenden Arzt erfolgt;
- Aufschub der Behandlung bis der Grund der Verhinderung in der Person des Wahlarztes entfallen ist, soweit die Behandlung einen entsprechenden Aufschub duldet;
- Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen, die der – namentlich zu benennende Oberarzt – stellvertretend unter Aufrechterhaltung der Liquidationsbefugnis des Chefarztes erbringt.

Der Patient ist zum frühestmöglichen Zeitpunkt über die Verhinderung des Wahlarztes zu unterrichten, die Stellvertretervereinbarung bedarf der Schriftform. Mit der wirksamen Stellvertretervereinbarung willigt der Patient dann auch in den Heileingriff durch den Stellvertreter ein.

Fazit

Die wirksame Stellvertretung ist für den Wahlarzt, aber auch für seinen Stellvertreter von Bedeutung. Da der Wahlarzt in der Vertretungssituation abwesend ist, muss auch der Vertreter vor dem Eingriff nochmals prüfen, ob der Patient, der wahlärztliche Leistungen vereinbart hat oder dem die Leistung durch den Chefarzt zugesagt worden ist, auch in die Behandlung durch ihn als Stellvertreter eingewilligt hat, um haftungs- und strafrechtliche Risiken – trotz hervorragender Leistung – zu vermeiden.

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

Beschluss des VLK-Präsidiums

Sehr geehrte VLK-Mitglieder,

im Zuge der diesjährigen Versendung der Beitragsrechnungen und der Bearbeitung der darauf erfolgten Rückmeldungen ist ein Problem verstärkt aufgetreten:

Mitglieder, die zum Jahreswechsel in den Ruhestand eingetreten sind und demzufolge beitragsmäßig auch in den Tarif für passive Mitgliedschaft wechseln, haben die Geschäftsstelle erst Ende Januar bzw. Anfang Februar über den erfolgten Wechsel in den Ruhestand informiert.

Da die Geschäftsstelle den mit einer Umschichtung in eine andere Beitragsklasse verbundenen Wechsel in den Ruhestand nicht voraussehen kann, haben diese Mitglieder dann die Rechnung über den vollen Jahresbeitrag erhalten. Dies führt zu Irritationen bei den Mitgliedern und bedeutet für die Geschäftsstelle eine zeitaufwendige nachträgliche Korrektur der bereits versandten und eingebuchten Rechnungsbelege.

Zur Vermeidung künftiger Irritationen hat deshalb das Präsidium des VLK in seiner Sitzung vom 20.02.2017 folgende Regelung beschlossen:

Aus gegebenem Anlass bittet das Präsidium des VLK die Mitglieder um Mitteilung des möglicherweise bevorstehenden Eintritts in den Ruhestand spätestens bis zum Ende (31.12.) des letzten Arbeitsjahres, um vor Versand der Beitragsrechnungen für das Folgejahr die notwendige Beitragsanpassung vorzunehmen.

Erfolgt diese Mitteilung nicht spätestens bis zu dem genannten Termin, kann die Beitragsanpassung nicht rückwirkend zum 01.01. vorgenommen werden. Es ist der volle Jahresbeitrag für das laufende Beitragsjahr zu entrichten.

Sollte das in Ruhestand tretende Mitglied die Kündigung der Mitgliedschaft wünschen, gilt die Satzung gem. § 3 Abs. 3.

Neu im VLK-Angebot: Webinare in der Reihe „Gesundheitspolitik aktuell“

Am 16.02.2017 hat der VLK seine Webinar-Veranstaltungsreihe „Gesundheitspolitik aktuell“ gestartet.

Die erste dieser jeweils 30-minütigen Veranstaltungen widmete sich dem Thema „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“. Am 23. März 2017 wurden die „Strukturvorgaben des G-BA für die Notfallversorgung der Krankenhäuser“ erläutert und diskutiert.

Für den 27. April 2017 ist das Thema „MDK-Prüfungsverfahren – umstrittener denn je“ vorgesehen.

Am 18. Mai 2017 werden „Erste praktische Erfahrungen mit dem sogenannten Antikorruptionsgesetz“ vermittelt.

Beginn der Webinare ist jeweils 18.00 Uhr.

Per Email werden die VLK-Mitglieder jeweils über den Link und die geplanten organisatorischen Voraussetzungen zur Teilnahme an dieser Veranstaltung informiert.

Die Teilnahme an diesen Webinaren ist kostenfrei.

Die Beteiligung an den ersten beiden Webinaren war überschaubar.

Der VLK hofft, dass im Hinblick auf die Aktualität der dort angebotenen Themen und die Qualifikation der jeweiligen Referenten bei den folgenden beiden Veranstaltungen eine deutlich bessere Teilnehmerzahl zu verzeichnen sein wird.

Gruppenunfallversicherung für VLK-Mitglieder

Im Sommer 2012 haben wir für unsere Mitglieder ein wirklich erstklassiges Angebot einer Gruppenunfallversicherung in Kooperation mit dem Rheinischen Versicherungskontor ausgearbeitet. Erstklassig sowohl im Hinblick auf den Leistungsumfang wie auch für die Prämiengestaltung.

Fast 100 Mitglieder haben dieses Angebot angenommen und sich damit einen exzellenten Versicherungsschutz für ihre Invaliditätsvorsorge gesichert.

Über dieses Unfallversicherungskonzept sind zwischenzeitlich erhebliche Geldleistungen an versicherte VLK-Mitglieder ausgezahlt worden. Bezogen auf das Prämienvolumen der im Rahmen dieses Konzeptes abgeschlossenen Versicherungsverträge ergibt sich eine hohe „Schadensquote“, vor deren Hintergrund der Versicherer - die Stuttgarter Versicherung - den bestehenden Gruppenunfallversicherungsvertrag mit dem VLK neu verhandelt hat.

Um unseren Mitgliedern weiterhin besten Versicherungsschutz zu Top-Konditionen zusichern zu können, haben wir parallel dazu Sondierungsgespräche auch mit anderen Anbietern geführt. Im Ergebnis bleibt festzustellen, dass alle anderen Anbieter – abgesehen von ihrer Forderung nach umfangreichen Gesundheitsfragen – nicht an das Leistungs- und Prämienniveau der neugefassten Rahmenvereinbarung zwischen Stuttgarter Versicherung und VLK heranreichen, auch wenn Beitrags- und Leistungsanpassungen notwendig geworden sind.

Festzuhalten bleibt, dass das prämienangepasste VLK-Gruppenunfallkonzept nach wie vor markt- und bedingungsführend ist.

Die VLK-Mitglieder, die eine solche Versicherung abgeschlossen hatten, werden in Kürze sowohl von der Stuttgarter Versicherung wie auch vom Versicherungsmakler Rheinisches Versicherungskontor über das neue Angebot informiert. Diese Mitglieder haben dann die Möglichkeit, das neue Angebot zu akzeptieren oder den bestehenden Individualvertrag aufzukündigen.

6. VLK Bundeskongress
Berlin, 23. September 2017
Generalthema: „Gesundheitspolitik heute und morgen“

Datum:
Samstag, 23.09.2017, 10.00 bis 16.00 Uhr

Veranstaltungsort:
Langenbeck-Virchow-Haus, Raum „Bernhard von Langenbeck“, Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

Programm:

09.30 Uhr	Registrierung und Kaffee
10.00 - 12.30 Uhr	**Gesundheitspolitische Bestandsaufnahme der 18. Legislaturperiode** Tagungsvorsitz: **Prof. Fünfstück**
10.00 Uhr	Begrüßung **(Prof. Weiser)**
10.10 Uhr	Anspruch der gesundheitspolitischen Gesetzgebung in der 18. Legislaturperiode **(PD Dr. Weber)**
10.40 Uhr	Wie sieht die Wirklichkeit aus? **(Dr. Düllings)**
11.10 Uhr	Positionen des VLK **(Prof. Weiser)**
11.40 Uhr	Stand und Zukunft der GOÄ-Novellierung **(Prof. Hoffmeister)**
12.30 - 13.15 Uhr	Mittagspause
13.15 - 13.30 Uhr	Verleihung des VLK-Zukunftspreises 2017 **(Prof. Weiser)**
13.30 - 16.00 Uhr	**Perspektiven der Gesundheitsversorgung morgen** Tagungsvorsitz: **Prof. Cedzich**
13.30 Uhr	Wahlprogramme der Parteien **(Dr. Kloepfer)**
14.15 Uhr	Positionierung des VLK **(PD Dr. Maul)**
15.00 Uhr	Podiumsdiskussion mit allen Referenten **(Leitung Dr. Kloepfer)**
15.55 Uhr	Zusammenfassung und Verabschiedung **(PD Dr. Maul)**

- Die Teilnahmegebühr beträgt für **VLK-Mitglieder 50,00 €**, für **Nicht-Mitglieder** des VLK **100,00 €**.

- Die **Anmeldung** kann **ausschließlich online** erfolgen. **Anmeldeschluss** ist der **15. September 2017**.

Das stand auf der Agenda

Februar - März 2017

15.02.2017

- Telefonkonferenz der Programmkommission zur Vorbereitung des 6. VLK-Bundeskongresses
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Holger Maul,
  PD Dr. Michael A. Weber, Gerd Norden

16.02.2017

- 1. VLK-Webinar
  VLK-Teilnehmer: u.a. Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Holger Maul,
  PD Dr. Michael A. Weber, Gerd Norden

17.02.2017, Berlin

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

18.02.2017, Hamburg

- Mitgliederversammlung der VLK-Landesverbände Hamburg, Bremen,
  Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein
  VLK-Teilnehmer: u.a. Prof. Dr. Ulrich Bonk, Dr. Arthur Friedrich, Prof. Dr. Gundolf Gubernatis,
  Dr. Methodi Jantschulev, PD Dr. Holger Maul, Gerd Norden

20.02.2017

- Telefonkonferenz 11. Sitzung des VLK-Präsidiums
  VLK-Teilnehmer: Dr. Jürgen Brenner, Prof. Dr. Reinhard Fünfstück,
  Prof. Dr. Hans-Martin Hoffmeister (Gast), PD Dr. Holger Maul (Gast), Gerd Norden,
  Prof. Dr. Dietrich Paravicini, PD Dr. Michael A. Weber, Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

- Telefonkonferenz zur Novellierung der GOÄ
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Hans-Friedrich Spies,
  Prof. Dr. Hans-Martin Hoffmeister, Gerd Norden

21.02.2017, Berlin

- Fachausschuss der DKG zur Krankenhausfinanzierung
  VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

06.03.2017, Berlin

- 17. Sitzung der Gemeinsamen Koordinierungsstelle BÄK/VLK
  zu Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, RA Norbert H. Müller, Gerd Norden

- Dialogabend mit Abgeordneten
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

07.03.2017, Berlin
- DKG-Frühlingsempfang
  VLK-Teilnehmer: PD Dr. Michael A. Weber

10.03.2017, Düsseldorf
- Gespräch mit DKG-HGF Georg Baum
  VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

14.03.2017, Düsseldorf
- Vorbereitung der 4. European Hospital Conference
  VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

16.03.2017, Düsseldorf
- Sitzung des MEDICA-Beirates
  VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

20.03.2017, Berlin
- Gespräch mit Dr. Kloepfer
  VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

22.03.2017, München
- Gesprächsleitung einer Diskussionsrunde im Rahmen des Deutschen Chirurgen-Kongresses
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

23.03.2017
- 2. VLK-Webinar
  VLK-Teilnehmer: u.a. PD Dr. Michael A. Weber, PD Dr. Holger Maul, Gerd Norden

27.03.2017, Berlin
- 1. VLK-Spin-Runde
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Prof. Dr. Hans-Peter Busch, Gerd Norden

29.03.2017
- Telefonkonferenz der Verbände BDC, BDI, VKD und VLK
  zu Notfallstrukturen der Krankenhäuser
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Michael A. Weber, Gerd Norden

20.03. - 01.04.2017, Kiel/Oslo
- Norddeutsche Gesundheitstage
  VLK-Teilnehmer: Dr. Arthur Friedrich, Prof. Dr. Hans-Fred Weiser