ARZT UND KRANKENHAUS

6
90. Jahrgang
November/Dezember 2017

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

Foto: © Foerschtli/fotolia.com

Jamaika ist nicht

- Gefährliche Schismen im Gesundheitswesen
- Sachstand der GOÄ-Novelle

Neue Ideen braucht das Land – keine alten GroKo-Rezepte!

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

Der Bundespräsident hat völlig recht: Wer sich um Macht bewirbt, darf nicht kneifen, wenn er sie in den Händen hält! Mehr als peinlich jedenfalls, dass man zum Jahresende ein Editorial zur einer eventuell anstehenden Regierungsbildung schreibt, wenn bereits Ende September gewählt wurde. Jedem Handwerker, der einen mit solchen Fristen „bedient" (oder eben nicht bedient), wäre der Auftrag längst entzogen worden. Aber politisch scheinen wir uns an die „organisierte Verantwortungslosigkeit" inzwischen gewöhnt zu haben. Vielleicht sogar zu Recht: Geht die Welt etwa unter, wenn wir mal ein paar Monate nicht regiert werden?

Trotzdem: Auch im Gesundheitswesen stehen Entscheidungen an, die nicht bis zum Sank-Nimmerleins-Tag auf die lange Bank geschoben werden können: Allen voran der schon lange schwelende Skandal um die vollkommen unzureichende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser. Jeder Tag, der hier noch weiter ungenutzt verstreicht, vergrößert die Probleme – und zwar auf dem Rücken der Ärzte, der Pflegekräfte und natürlich der Patientinnen und Patienten.

Aber auch in der Notfallversorgung besteht dringender Handlungsbedarf. Und hier mahnen nicht nur Wohl und Wehe der Beteiligten zur Eile. Wir beobachten vielmehr, dass sich die Kombattanten auf der Funktionärsebene mit jedem verstreichenden Tag tiefer (und mit immer abstruseren Gutachten) in ihre Schützengräben verbuddeln. Je länger wir hier warten, desto schwieriger dürfte es werden, die ineinander verbissenen Streithähne wieder zu trennen und mit ihnen gemeinsam das Problem einer vernünftigen, also der Versorgungsrealität angemessenen Lösung zuzuführen.

Deswegen hätte ich persönlich, ehrlich gesagt, mit „Jamaika" ganz gut leben können. Wer – unterbrochen von einer Runde schwarz/gelb – die Gesundheitspolitik der Großen Koalition über die Jahre aufmerksam verfolgt hat, muss doch inzwischen sehr den Eindruck bekommen, dass der Topf der gemeinsamen Ideen allmählich leer ist. Frischer Wind und neue Ideen hätten also unserem Gesundheitssystem gut zu Gesichte gestanden. Stattdessen verzetteln sich die aktuell agierenden Koalitions-„Partner" aus Union und SPD mal wieder tief in ideologische Scharmützel zur Bürgerversicherung. Dabei wissen wir alle: Nicht die Einnahmen-Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung ist aktuell das Problem, sondern die zutiefst sektoral zerklüfteten und fragmentierten Rahmenbedingungen bei der Versorgung. Hat aber darüber schon irgendjemand die am Horizont drohenden Großkoalitionäre engagiert streiten oder gar gemeinsame Konzepte diskutieren sehen? Ich nicht.

Vielleicht hätten aber neue, frische Koalitionspartner die Union mal zu neuem Denken gezwungen. Das wäre zumindest ein Ansatz zur Hoffnung gewesen. Denn selbst eine Minderheitsregierung (mit gelber oder grüner Beteiligung) würde vermutlich unserem Gesundheitssystem mehr neue Impulse bringen, als es nun vom schwarz-roten Einheitstrott zu erwarten ist. Meine Begeisterung jedenfalls für eine erneute Auflage der so genannten „großen" Koalition hält sich in engen Grenzen: Die SPD wird sich auf Teufel komm raus profilieren müssen, und dann werden wieder die ollen Kamellen aus der Tasche gezogen, bei denen – zumindest in der Krankenhausversorgung – der Marburger Bund und die knappen Länderfinanzen die Feder diktieren. Wir hätten Besseres, Anderes, Frischeres verdient!

Es grüßt Sie trotzdem ganz herzlich,

Ihr Hans-Fred Weiser

Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

193 **Neue Ideen braucht das Land – keine alten GroKo-Rezepte!**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Titel

196 **Keine wirklichen Visionen für das Gesundheitswesen**
Gerd Norden

197 **Auszug aus dem Ergebnispapier der Sondierungsgespräche zwischen CDU/CSU, FDP, Bündnis 90/Die Grünen**
(Stand 15.11.2017)

198 **Erwartungen des VLK an die Gesundheitspolitik der neuen Legislaturperiode**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Berufs- und Gesundheitspolitik

200 **Gefährliche Schismen im Gesundheitswesen**
Dr. Wolfgang Klitzsch

204 **Qualitätsoffensive trifft Krankenhäuser – Was sagt die Medizin?**
PD Dr. Michael A. Weber

208 **Qualitätsoffensive trifft Krankenhäuser – Was sagen die Krankenhausträger?**
Dipl. Volkswirt Georg Baum

211 **Sachstand der GOÄ-Novelle**
Dr. Markus Stolaczyk

215 **Das Liquidationsrecht des Chefarztes – Ein Auslaufmodell?**
Dr. Karl Blum

219 **Angriff aus der Dunkelheit**
Dr. Nicolas Krämer

226 **Apps im Gesundheitswesen**
Dr. Dirk Hüske-Kraus

229 **Qualitätsmanagement und Risikomanagement**
Neuausrichtung im Krankenhaus
Gerd Klein, Wolfgang Plücker

Recht

234 **Anspruch auf Weiterbeschäftigung für Ärzte in Weiterbildung**
RA Norbert H. Müller, RA Marc Rumpenhorst

235 **Bearbeitung von Patientenakten außerhalb des Krankenhauses**
RA Marc Rumpenhorst, Dr. Stephan Fahrig

Rubriken

VLK-Intern
237 - VLK-Dienstleistungen: Verbesserte Konditionen zur Berufsunfähigkeitsversorgung
239 - VLK-Zukunftspreis 2018
195 - Personen und Hintergründe

241 **Agenda**

207 **Impressum**

Sonstiges

240 **Spendenaufruf der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“**

Visionen Mangelware
Wenn denn die Jamaika-Koalition gekommen wäre, wäre der Bereich „Gesundheit“ in der neuen Legislaturperiode ohne wirkliche Weiterentwicklung geblieben.

Foto: © Foerschtli/fotolia.com

196

Hamsterrad „Qualitätssicherung“
Durch die im Zusammenhang mit der Qualitätsoffensive geplanten Maßnahmen geraten die Kliniken in den Zangengriff von Mindestmengen, Standortregelungen, planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, qualitätsorientierter Vergütung und neuen Strukturvorgaben für die Notfallversorgung.

Foto: © Xaver Klaussner/fotolia.com

204

Liquidationsrecht rückläufig
Das eigene Liquidationsrecht des Chefarztes wird zunehmend zu Gunsten von Beteiligungsvergütungen verdrängt. Unabhängig davon enthalten viele Chefarztverträge Zielvereinbarungen mit monetären Gratifikationen. Das sind 2 wesentliche Ergebnisse aus dem aktuellen Krankenhaus-Barometer des DKI.

Foto: © upixa/fotolia.com

215

Aus der Krise lernen
Am 10. Februar 2016 wurde das Lukas Krankenhaus in Neuss Opfer eines Cyber-Angriffs. Auf eindrucksvolle Weise wurden damit Schwachstellen aufgezeigt. Aus den Fehlern wurden die richtigen Konsequenzen gezogen.

Das Pilotprojekt von Lukaskrankenhaus und T-Systems wurde im Januar Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe präsentiert

219

DKG zu den Überschüssen bei den Krankenkassen und Gesundheitsfonds

In ihrer Pressemeldung vom 23.11.2017 erklärt DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum:

„Die geradezu exponentiell steigenden Überschüsse haben ihr Spiegelbild in den nach wie vor höchst bedenklichen massenhaften Defizitlagen der Krankenhäuser. Etwa 1/3 der Krankenhäuser schreibt rote Zahlen. Nachweislich klafft in den Kliniken eine große Lücke zwischen den Personalmehrkosten in Folge von Tarifsteigerungen und zu niedrigen Preisanpassungen. Auch werden weder die deutlich gestiegenen laufenden Aufwendungen in den Krankenhäusern für die Absicherung für die IT-Systeme, noch die dazu erforderlichen Investitionsmittel in nur ansatzweise ausreichendem Maße bereitgestellt."

Quelle: DKG

Dipl.-Volksw. Georg Baum

Innovationsausschuss veröffentlicht geförderte Projekte zu neuen Versorgungsformen

In seiner Pressemitteilung vom 21.11.2017 teilt der G-BA folgendes mit:

„Nach Ablauf der verbindlichen Rückmeldefrist hat der Innovationsausschuss beim G-BA in Berlin eine Übersicht über die 26 geförderten Projekte zu der am 20. Februar 2017 ausgeschriebenen Förderbekanntmachung zu neuen Versorgungsformen veröffentlicht. Die Liste dieser Projekte ist ab sofort auf den Internetseiten des Innovationsausschusses einsehbar."

Der Vorsitzende des Innovationsausschusses, Prof. Josef Hecken, erklärte hierzu:

„Die aktuell veröffentlichten Projekte stießen bei allen Innovationsausschuss-Beteiligten – Vertreter der Kassen, der Leistungserbringer, der Ministerien einschließlich Expertenbeirat – auf breite Zustimmung, weil sie neue, überzeugende und zukunftsweisende Ansätze vorgelegt haben. Es zeigt sich deutlich, dass der Innovationsfonds bereits nach knapp 2 Jahren Laufzeit seine Rolle als Impulsgeber für die Verbesserung der Versorgung gefestigt hat."

Quelle: GBA

Prof. Josef Hecken

Hartmannbund-Vorsitzender im Amt bestätigt

In seiner Pressemitteilung vom 20.11.2017 teilt der Hartmannbund folgendes mit:

„Zum Abschluss der Hauptversammlung standen Vorstandswahlen auf der Tagesordnung. An der Spitze des 7-köpfigen Gremiums steht weiterhin Dr. Klaus Reinhardt. Die Delegierten der Hauptversammlung bestätigten den 57-jährigen Hausarzt aus Bielefeld im Amt. Zum neuen Stellvertreter wurde Dr. Stefan Schröter, Klinikarzt aus Nordrhein gewählt – bereits bisher Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes.

Quelle: BÄK

Dr. Klaus Reinhardt

Gerd Norden

Gesundheitswesen ohne wirkliche Visionen

Mehr als 4 Wochen haben sie sondiert, die Spitzen der Union, der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und der FDP. Es galt, scheinbar oder offensichtlich gewichtige Stolpersteine für ein konsensfähiges Regierungsprogramm aus dem Weg zu räumen, gleichzeitig aber auch sicherzustellen, dass parteispezifische Elemente sich darin sichtbar wiederfinden.

Selbst wenn unterstellt wird, dass alle Beteiligten ergebnisoffen mitsondierten, kann das am Abend des 19.11.2017 jäh verkündete Ende dieser Sondierungsgespräche nicht wirklich überraschen.

Entstanden ist in diesen 4 Wochen ein 60 DIN-A4-Seiten und 2 Zeilen umfassendes Papier mit dem Namen „Ergebnis der Sondierungsgespräche zwischen CDU/CSU, FDP und Bündnis 90/Die Grünen (15.11.2017)“. Es ist kein ausgereiftes Papier mit durchgehend konsentierten Aussagen. Das belegt schon die Anzahl der in diesem Papier enthaltenen eckigen Klammern, die traditionell die strittigen Punkte kennzeichnen, die noch einer vertieften Diskussion bedürfen und über die ein Konsens nur mit sehr viel gutem Willen und großer Kompromissbereitschaft erzielt werden kann. Es sind in diesem Text genau 184 eckige Klammern.

Der Bereich „Gesundheit“ (weit gefasst und um die Bereiche „Pflege“, „Apotheken“ und „Cannabis“ erweitert) gehörte ganz offensichtlich nicht zu den konsensgefährdenden Themen. Nur gut 2 1/3 DIN-A4-Seiten sind diesem Themenbereich gewidmet. Und nur 7 eckige Klammern kennzeichnen die Dissonanz-Punkte für diesen Bereich.

Jamaika hätte – bezogen auf den Gesundheitsbereich – funktionieren können. Auch wenn es letztlich nicht zu einer Koalition schwarz-gelb-grün gereicht hat, ist es dennoch lesenswert, welche – und vor allem wie erstaunlich wenige – gesundheitspolitische Perspektiven die Ex-Jamaikaner aufgezeigt hatten. Deswegen nachfolgend das Sondierungspapier – Stand 15.11.2017 – für den Bereich „Gesundheit“ im Wortlaut:

Foto: © Foerschtli/fotolia.com

Auszug aus dem Ergebnispapier der Sondierungsgespräche zum Thema „Gesundheit“ (Stand 15.11.2017)

Pflege
Sofortprogramm

Wir wollen die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung in der Alten- und Krankenpflege sofort und deutlich spürbar verbessern. Es werden Sofortmaßnahmen für eine bessere Personalausstattung in der Altenpflege und im Krankenhausbereich ergriffen und dafür zusätzliche Stellen zielgerichtet gefördert. Dieses Programm umfasst u. a. eine Ausbildungsoffensive, Anreize für eine bessere Rückkehr von Teil- in Vollzeit, ein Wiedereinstiegsprogramm, eine bessere Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten sowie eine Weiterqualifizierung von Pflegehelfern zu Pflegefachkräften.

Im Krankenhausbereich streben wir zusätzlich eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen an verbunden mit der Nachweispflicht, dass dies auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommt.

Wir wollen eine „konzertierte Aktion Pflege“ zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Situation in der Altenpflege. Dazu gehören insbesondere Angebote in der Kurzzeit- und Tagespflege, die besonders pflegende Angehörige unterstützen.

Arbeitsbedingungen Pflege

Dem Sofortprogramm müssen weitere Schritte folgen. Deshalb entwickeln wir verbindliche Personalbemessungsinstrumente.

Schulgeld

Wir wollen das Schulgeld für die Ausbildung in den Heilberufen abschaffen, so wie es in den Pflegeberufen bereits beschlossen wurde.

Einkommensheranziehung Pflege

Auf das Einkommen der Kinder von pflegebedürftigen Eltern soll künftig erst ab einem Einkommen in Höhe von 100.000 Euro im Jahr zurückgegriffen werden.

Gesundheit
Finanzierung des Gesundheitswesens

[Wir wollen die Belastung der Versicherten durch Zusatzbeiträge in der GKV begrenzen]:

- [Der durchschnittliche Zusatzbeitrag darf 1,1 % nicht übersteigen.]
- [Der durchschnittliche Zusatzbeitrag darf 1,5 % nicht übersteigen.]

[Die Wahlfreiheit der Beamten bei der Auswahl ihrer Krankenversicherung wird gestärkt.]

Landarztgarantie/Notfallversorgung/Vernetzung ambulant-stationär

Die Gesundheitsversorgung muss überall in Deutschland gleichermaßen gewährleistet sein. Auch die Menschen in ländlichen und sozial benachteiligten Regionen haben einen Anspruch auf gute Versorgung. Besondere Anstrengungen bedarf es für eine gute ärztliche Versorgung im ländlichen Raum sowie bei der flächendeckenden Sicherstellung der Geburtshilfe und Hebammenversorgung.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden wir die Kooperation und Vernetzung in unserem Gesundheitswesen verbessern, Hürden für die vernetzte regionale Versorgung abbauen und Schritte zu einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung einleiten.

Besonderen Handlungsbedarf sehen wir bei der Weiterentwicklung der Notfallversorgung und der digitalen Vernetzung in unserem Gesundheitswesen, u. a. auch durch entsprechende Investitionen im Krankenhausbereich.

Medizinischer Dienst

Wir werden die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes durch eine rechtlich unabhängige Trägerschaft bei Erhalt der regionalen Organisationsformen stärken.

Apotheken

[Wir wollen den Versandhandel mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln zur Sicherstellung einer flächendeckenden Apothekenversorgung verbieten.]

[Wir wollen Maßnahmen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung insbesondere in ländlichen und sozial benachteiligten Regionen ergreifen. Eine flächendeckende Arzneimittelversorgung braucht beides: Präsenz-Apotheken und in- und ausländischen Versandhandel.]

Cannabis

Wir wollen die Versorgung von Menschen mit medizinischem Cannabis weiter verbessern. Daher werden wir das Verschreibungsverfahren entbürokratisieren und digitalisieren sowie auf eine ausreichende Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Medizinalhanf hinwirken.

[Wir werden ein Cannabis-Kontrollgesetz auf den Weg bringen. Damit wollen wir Cannabis-Konsumenten wirksam entkriminalisieren und legale lizensierte Abgabestellen für Cannabis mit effektivem Jugend- und Gesundheitsschutz schaffen.]

Statement von Prof. Dr. Weiser im Rahmen der GDK-Pressekonferenz am 13.11.2017*

1. Zu Beginn einer neuen Legislaturperiode ist es guter Brauch, dass die in diesem Bereich tätigen Verbände ihre B**achbezogenen Erwartungen** für die kommende Legislaturperiode gegenüber den politisch Verantwortlichen artikulieren. Selbstverständlich ist dies auch im Bereich der Gesundheitspolitik der Fall.

2. Die **gesundheitspolitischen Wunschzettel** der in diesem Bereich tätigen Verbände sind lang und weitgehend identisch. Sie enthalten in der Regel naturgemäß neben den in der abgelaufenen Legislaturperiode nicht erfüllten Wünschen manchmal auch Visionen für die Zukunft.

   Zu den **„Restposten"** der Vergangenheit gehören hierzu nach meiner Wahrnehmung:

   - die tatsächliche und nicht nur die angekündigte vollständige Deckung der Betriebskosten der Krankenhäuser
   - die unbedingt notwendige deutliche und langfristig angelegte Aufstockung der Investitionsfinanzierung sowie
   - die Sicherung einer ausreichenden Personalgestellung sowohl im pflegerischen wie auch im ärztlichen Bereich der Krankenhäuser.

   Die alles ist bekannt und argumentativ fundiert belegt. Ich brauche dies deswegen nicht zu vertiefen.

3. Dem VLK liegt aber sehr viel daran, den für die kommende Legislaturperiode gesundheitspolitisch Verantwortung Tragenden **ein Thema ganz besonders eindringlich** ans Herz zu legen:

   Die **sektorübergreifende Versorgung**.

   Aus meiner Sicht gibt es keinen sachlich zwingenden Grund für die nur in Deutschland existierenden Gräben zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen im Gesundheitswesen. Um so unverständlicher erscheint es, dass offensichtlich alle Versuche, die sektorale Trennung im Gesundheitswesen zu überwinden, bislang gescheitert sind. Die Gründe für dieses Scheitern hat der ehemalige Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Wolfgang Klitzsch, nach meinem Eindruck sehr treffend wie folgt wiedergegeben:

   Jeder Leistungsbereich neigt dazu, das eigene Territorium zu verteidigen und auch kleinste Grenzkorrekturen zu bekämpfen. Die in den „Grenzkriegen" entstandenen Animositäten und Schuldzuweisungen führen zu

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Präsident des VLK

* Statement, abgegeben im Rahmen der Auftaktveranstaltung des 40. Deutschen Krankenhaustages

einer weiteren mentalen Vertiefung der Grenzen und schüren das Misstrauen ebenso wie sie die Bemühungen steigern, die eigene Interessenpolitik auszubauen.

Dort wo die Trennung überwunden werden konnte, handelt es sich meist um kleine Projekte bzw. Modelle, also um Sonderzonen, die nur mit unverhältnismäßigem Aufwand diese Grenzen aufheben und in der Regel nicht übertragungsfähig sind.

Hinzu tritt die Erkenntnis, dass alle Anreizsysteme im Wesentlichen die Leistungsmenge belohnen und fördern; Kriege um Patienten und um Leistungsvolumina sind insofern unvermeidbar und Koordination und Kooperation erheblich erschwert. **(Zitat Ende)**

4. Diese Gründe mögen subjektiv nachvollziehbar – weil menschlich – erscheinen. **Objektiv** betrachtet, bringt die **sektorenübergreifende Versorgung** bei sinnvoller Umsetzung nach meiner Überzeugung durch einen wirtschaftlichen Umgang mit den im Gesundheitswesen knappen personellen und finanziellen Ressourcen **in der Summe Vorteile**, die zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beitragen können.

5. Nun wird niemand ernsthaft erwarten, dass durch die simple Umlegung eines Hebels die sektorübergreifende Versorgung von jetzt auf gleich eingeführt und umgesetzt werden kann. Aber **wir sollten** vor dem Hintergrund der offensichtlich bestehenden Vorteile **mit der konkreten Umsetzung in Teilbereichen beginnen**. Geeignetes Objekt hierfür wäre nach meiner Einschätzung der **Bereich der Notfallversorgung**.

   Wir wissen, dass der G-BA bis Ende dieses Jahres ein Stufenkonzept der Notfallstrukturen in Krankenhäusern, ergänzt um eine Folgenabschätzung, vorlegen soll.

6. Wir wissen auch, dass eine Vielzahl von Institutionen und Verbänden vor diesem Hintergrund eigene Konzepte und Empfehlungen hierzu vorgelegt hat. Sehr oft wird dabei die These vertreten, dass dieses Strukturkonzept sektorenübergreifend gestaltet werden sollte.

   Auch der **VLK gehört zu den Befürwortern dieser These** und hat sich hierzu wie folgt positioniert:

   - Der VLK hält eine Reform der bestehenden Strukturen der Notfallversorgung in organisatorischer und finanzieller Hinsicht für dringend geboten. Bei dieser Reform ist ein sektorenübergreifender Ansatz zwingend notwendig. Gesetzliche Grundlage hierfür könnte der § 140a SGB V sein.

   - Ein Notfallzentrum an der Klinik mit einer gemeinsamen Triage der Patienten über einen Tresen wird ausdrücklich unterstützt.

   - Die vom Sachverständigenrat vorgeschlagene alleinige Leitung eines Notfallzentrums an der Klinik durch die KVen kann jedoch weder organisatorisch, noch von der Verantwortungsstruktur und Weisungsbefugnis her akzeptiert werden. **Ein gemeinsames Betreiben geht nur unter gemeinsamer Leitung.**
   - Die Finanzierung sollte durch einen extrabudgetären, separaten Finanzierungstopf für sektorenübergreifende Notfallversorgung erfolgen.

   - Die Schaffung von integrierten Leitstellen als primäre Ansprechstelle, die über eine bundesweite einheitliche Rufnummer erreichbar sind, wird unterstützt. Sie sollen entsprechend dem Charakter des Notfalls die individuell beste Versorgungsform festlegen und je nach Schweregrad entsprechend bedarfsgerechte Strukturen für die Versorgung terminieren.

   - Bei der vorgesehenen erheblichen Zentralisierung mit dem Ziel der Qualitätssteigerung und Kostenreduktion muss beachtet werden, dass die flächendeckende Versorgung erhalten bleibt und von der Bevölkerung die Maßnahmen nicht als Abbau von Leistungen wahrgenommen werden.

7. Mein Fazit:

   Eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Notfallversorgung, die nach modernen Kriterien gestaltet wird, ist mehr als überfällig.

   Gefragt ist ein Konzept, das der heutigen Versorgungsrealität entspricht und das die vorhandenen Defizite – insbesondere den Anachronismus der getrennten sektoral ausgerichteten Notallversorgung – nachhaltig behebt.

Dr. rer. pol. Wolfgang Klitzsch

Gefährliche Schismen im Gesundheitswesen

Analyse und Ansätze der Überwindung der sektoralen Trennungen im deutschen Gesundheitswesen

Trennungen

In allen gesellschaftlichen Teilbereichen sind Trennungen nichts Außergewöhnliches.

Betrachten wir zunächst einen vom Gesundheitswesen aus gesehen etwas entfernten Bereich, nämlich den der Kirche, so stellen wir fest, dass selbst diese, die ganz besonders auf Einheit und Integration Wert legt, mindestens 3 Trennungen/Schismen erlitten hat.

Zunächst das Morgenländische Schisma von 1054, in dem die römische und die byzantinische Kirche sich getrennt haben, dann das abendländische Schisma von 1378, in der innerhalb der katholischen Kirche mehrere Päpste gleichzeitig herrschten und sich wechselseitig exkommunizierten und dann die Glaubensspaltung (Luther) von 1517.

Für uns ist daran relevant, dass die Rhetorik aller beteiligten Seiten in der Kirche nahezu immer von Einheit, Ökumene und Sich-auf-einander-zubewegen bestimmt war, die Realität allerdings völlig anders gestaltet war: Es wurden Gegensätze im Laufe der Zeit betont, Misstrauen vergrößerte sich, Trennungsaspekte wurden betont – selbst wenn die eigentlichen Gründe der Trennung – dies gilt insbesondere für die Glaubensspaltung von 1517 – heute nahezu niemandem mehr präsent sind.

Die in diesem Jahr anstehende 500-Jahr-„Feier“ müsste unter dem Gesichtspunkt des Wollens der Überwindung des Schismas eigentlich ein Jahr der Trauer sein. Die offiziellen Plakate werben allerdings: „Feier doch mit“.

Trennungen haben insofern eine in sich liegende Tendenz, sich zu verstärken und bieten häufig wenig Gelegenheit – trotz intensiver öffentlicher Bemühungen – der Überwindung.

Die Unterscheidung und Trennung innerhalb der Gesellschaft, d.h. die gesellschaftliche Differenzierung ist – anders als die Schismen der Kirche, die ideologisch motiviert sind – funktional begründet.

Die moderne Gesellschaft bildet einzelne gesellschaftliche Teilsysteme aus (Wissenschaft, Wirtschaft, Bildung, Gesundheitswesen, Militär, etc.), die nach eigenen Regeln funktionieren, die eine eigene innere Logik haben und deren Trennung von der jeweiligen Aufgabenstellung der einzelnen gesellschaftlichen Teilbereiche bestimmt ist.

Trennungen im Gesundheitswesen

Eine Vermischung oder Übergriffe oder auch eine funktionale Verwischung sind nicht sinnvoll:

Dr. Wolfgang Klitzsch

Die Wirtschaft sollte Wahrheit nicht kaufen können und die Politik eigenen aber beispielsweise nicht ausschließlich ökonomischen Prinzipien folgen. Dies gilt natürlich auch z.B. für das Bildungs- und das Gesundheitssystem. Die funktionale Trennung steigert die Leistungsfähigkeit und ist für eine hochentwickelte moderne Gesellschaft konstitutiv.

Im Gesundheitswesen haben wir es nach meiner Auffassung mit einer Kombination einer ideologischen und funktionalen Differenzierung zu tun.

Die funktionale Trennung lässt sich ableiten aus der Entwicklung insbesondere des Krankenhauses, das sich von einer Pflegeeinrichtung, von einem Siechenheim zu einem hochtechnisierten, professionellen Leistungszentrum entwickelt hat, sich wie Soziologen (Rhode) diagnostizieren, als Institution hoch sozialisiert hat.

Ich denke es ist kaum jemandem bewusst, dass beispielsweise 1910 bei den damals ca. 4.000 existierenden Krankenhäusern nur ungefähr 3.000 Ärzte angestellt waren.

Mit anderen Worten, der Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung und der der Kliniken hat sich von ihren Aufgaben funktional auseinander entwickelt und unterschiedlich orientiert.

Eine eher „ideologische" Begründung für die Trennung insbesondere zwischen dem stationären und ambulanten Bereich ergibt sich aus dem Staatsaufbau nach 1949. Nach dem Grundgesetz von 1949 waren die Bundesländer insgesamt für die gesundheitliche Versorgung zuständig, der Bund allerdings für die RVO beziehungsweise das SGB V.

Dadurch, dass die Krankenhäuser 1968 vor dem wirtschaftlichen Ruin standen, hatte man – dies ist im deutschen Gesundheitswesen einmalig – 1969 das Grundgesetz geändert und die Garantie der wirtschaftlichen Sicherung der deutschen Krankenhäuser dem

Foto: © elenabs/fotolia.com

Bund zugeordnet.

Diese Grundgesetz-Änderung war die Basis für das vielleicht einzige Jahrhundertgesetz des letzten Jahrhunderts, das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972.

Die Gesetzgebung - insbesondere das Kassenarztrecht von 1955 - und dieses KHG von 1972 hat dazu beigetragen, dass die Bereiche sich voneinander entfernt haben.

Der ursprüngliche Versuch, im Kassenarztrecht von 1955 die Krankenhäuser in die Sicherstellung auch der ambulanten Versorgung institutionell einzubeziehen, ist am damaligen massiven Widerstand der niedergelassenen Ärzteschaft gescheitert.

Die Kassenarztreform von 1955 geht letztlich zurück auf die Not der niedergelassenen Ärzte um 1920 zurück, ebenso die Gründung der KVen 1932 und damit die Ausbildung eines starken institutionellen Gefüges innerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft.

Das Gesundheitswesen ist allerdings auch von anderen als sektoralen Trennungen durchzogen.

Es sind die im SGB kodifizierten Leistungsbereiche (Rehabilitation, Pflege, Kuration, Prävention), aber auch die Trennung der Professionen untereinander, die in Deutschland besonders stark ausgeprägt sind.

Eine Trennung, die für das Gesundheitswesen nicht unerheblich ist, die aber kaum thematisiert wird, ist die Trennung im politischen Bereich, die sich in den Ministerien/Ressorts ausdrückt.

Da das Gesundheitswesen auf Veränderungen (Z.B. Arbeitswelt, Verkehr, Bildung) in der Gesellschaft stark reagiert, ist die mangelnde Koordination und Kooperation zwischen den Ministerien für das Gesundheitswesen von großer Bedeutung.

Ähnlich wie die Schismen in der Kirche kann man beobachten, dass trotz der Rhetorik, Koordination und der Kooperation überall zu fördern, dass die faktischen Kräfte – das unterschiedliche Recht, die unterschiedlichen Finanzierungsmodalitäten aber auch die darauf aufsetzenden verschiedenen mentalen Orientierungen der Akteure – in der Regel die Spaltung vertiefen.

Scheitern

Nach meiner Einschätzung sind alle Versuche seit ca. 1970, die sektorale Trennung im Gesundheitswesen zu überwinden, mehr oder weniger gescheitert.

Eine Analyse der verschiedenen Versuche kann in diesem Rahmen nicht geleistet werden, ein Eindringen in die jeweiligen Versuche der Überwindung der Trennung macht den Leser jedenfalls regelrecht schwindelig.

Ich würde behaupten, dass die alle Versuche der Überwindung der sektoralen Trennung ,diese eher vertieft haben.

Folgende Gründe können dafür in Anschlag gebracht werden:

Jeder Leistungsbereich neigt dazu, das eigene Territorium zu verteidigen und auch kleinste Grenzkorrekturen zu bekämpfen. Die in den „Grenzkriegen" entstandenen Animositäten und Schuldzuweisungen führen zu einer weiteren mentalen Vertiefung der Grenzen und schüren das Misstrauen ebenso wie sie die Bemühungen steigern, die eigene Interessenpolitik auszubauen.

Dort wo die Trennung überwunden werden konnte, handelt es sich meist um kleine Projekte bzw. Modelle (z.B. Kinzigtal), also um Sonderzonen, die nur mit unverhältnismäßigem Aufwand diese Grenzen aufheben und in der Regel nicht übertragungsfähig sind.

Hinzu tritt die Erkenntnis, dass alle Anreizsysteme im Wesentlichen die Leistungsmenge belohnen und fördern; Kriege um Patienten und um Leistungsvolumina sind insofern unvermeidbar und Koordination und Kooperation erheblich erschwert.

Kooperationstheorie

Zunächst ein kurzer Blick auf das, was wir über gelingende Kooperation wissen.

Nach meiner Einschätzung ist die Theorie der Kooperation und der Koordination unentwickelt.

Folgendes lässt sich vielleicht festhalten:

1. Koordination von außen, also durch einen Dritten anzuordnen, funktioniert meistens nicht.
2. Kooperation funktioniert immer dann, wenn man historisch auf gemeinsame Erfolge zurückblicken kann.
3. Kooperation funktioniert dann, wenn es gelingt, gemeinsame langfristige Ziele zu entwickeln.
4. Kooperation gelingt in den Fällen, in denen man erfolgreich eine neue Identität aufbaut (z.B. eine gemeinsame regionale).

Lösungsansätze

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit glaube ich, dass über folgende Ansätze intensiver zu diskutieren wäre:

1. Regionale sektorale Integration

Wenn es gelingen sollte, nicht den stationären und den ambulanten Leistungsbereich als Ausgangspunkt der Identitätsbildung zu betrachten, sondern die Region, stehen aus der Vermeidung von Missmanagement und Fehlallokation erhebliche Ressourcen zur Verfügung, die diese Kooperation stabilisieren können.

Allein eine abgestimmte Pharmakotherapie über die Sektorengrenze hinaus, spart mindestens 20 % des Aufwandes in diesem Bereich und steht sowohl für Zwecke des Managements der regionalen Integration zur Verfügung als auch zur Festigung der sektorspezifischen Vergütungen bzw. Honorare.

Sie kann die Arbeitsfreude stabilisieren, die Qualität der Behandlungsprozesse fördern, die informationelle Qualität der Beziehung unter den Leistungserbringern steigern, personelle und sachliche Ressourcen können gemeinsam genutzt werden, einer latenten Übernutzung durch Patienten kann sie entgegenwirken, sie kann gemeinsame Investitionen ermöglichen und kritische Versorgungsbereiche (Notfallversorgung) stabilisieren.

Regionale Integration setzt allerdings ein kompetentes Management voraus; scheitern tut es häufig an den tiefen historischen Feindschaften, die auch auf der personellen Ebene sich ausgebildet haben.

2. Anreize

Eine Möglichkeit der Überwindung der sektoralen Spaltung besteht darin, die Anreizsysteme/Vergütungssysteme zu harmonisieren, also für gleiche Leistung gleiche Honorare zu zahlen und – noch zusätzlich koordinative Leistungen ebenfalls angemessen zu vergüten. Koordination als eine wesentliche Leistung des Arztes - findet sowohl im EBM, in der GOÄ und in den DRGs aber keine angemessene Abbildung.

Man könnte beispielsweise damit beginnen, dass diejenigen Leistungen, die sowieso in beiden Sektoren erbracht werden können, im Sinne einer differenzierten Fallpauschalierung gleich vergütet werden.

3. E-Health

Die digitale Koordination und die digitale Informationsverarbeitung sind grundsätzlich „gleichgültig“ gegen den Ort der Leistungserbringung.

Die Koordination und Kooperation findet nun auf der Ebene der Daten und der Abbildung sowohl der Merkmale des Patienten als auch des Leistungsgeschehens statt und ist im Idealfall ohnehin in der Lage, Ressourcen etwa in der Größenordnung von 12 % einzusparen.

Die bisherigen Versuche sind zwar weitgehend gescheitert, zu einem vernünftigen Ansatz der digitalen Kooperation auf der Basis einer leistungsfähigen Infrastruktur gibt es aber keine Alternative.

Die Hoffnung besteht auch, dass die Kooperation in der virtuellen Welt die mentalen Blokkaden und Animositäten deutlich senken könnte.

Integrierte Versorgung

Die bisherigen Ansätze der integrierten Versorgung im SGB V sind unzureichend, hoch bürokratisch und in der Lage, unternehmerisch denkende Organisationen und Personen zu demotivieren.

Wenn der Gesetzgeber die Überwindung anstrebt, wäre es zwingend, die integrierte Versorgung als Regelversorgung anzupeilen, z.B. auch den Innovationsfonds so einzusetzen, dass Integrationsmodelle entstehen, die übertragungsfähig sind und die je nach Ausgestaltung auch in Wettbewerb zueinander treten können.

Eine Qualitätskonkurrenz zwischen Regionen könnte einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssteigerung im Gesundheitswesen leisten und die Sektorengrenzen mittelfristig aufheben.

Übungsfelder für solche Bemühungen wären die Bereiche der Notfallversorgung, die Versorgung auf dem Land („Not fördert Kreativität“), vielleicht auch die Stärkung des Koordinationsgremiums SGB V 90a (integrierte Planung).

Ich glaube darüber hinaus, dass es erforderlich ist, bei der gegenwärtigen Beliebigkeit der Inanspruchnahme der Versorgungsangebote durch den Patienten, dass eine Instanz für den Patienten den Überblick behält (Koordinationsarzt), bei dem sich jeder Versicherte mindestens für einen spezifischen Zeitraum einschreiben müsste.

Der Ärzteschaft wäre zu wünschen, neben dem Klagen über die schwer überwindbaren Sektorengrenzen Phantasie zu entwickeln und stärker eigene strategische Lösungen vorzuschlagen.

Kontaktadresse des Autors:
Dr. Wolfgang Klitzsch
Geschäftsführer der ÄK Nordrhein a. D.
E-Mail: klitzsch@bmcev.de

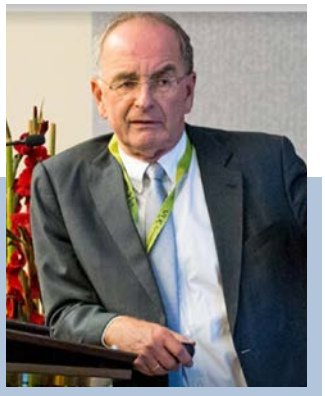
PD Dr. Michael A. Weber

Qualitätsoffensive trifft Krankenhäuser – Was sagt die Medizin?*

Die vergangene Legislaturperiode stand unter dem Motto einer Qualitätsoffensive in der Medizin insbesondere in der Krankenhausversorgung. Man fragt sich warum? War die Qualität so schlecht, die bisherigen Maßnahmen zur Sicherung unzureichend oder gibt es vielleicht ein ganz anders Motiv? Der Sachverständigenrat hatte sich für Kliniken mit anhaltend schlechter Qualität bessere planerische Zugriffsmöglichkeiten gewünscht. Selbstkritisch muss man einräumen, dass im strukturierten Dialog offensichtliche Qualitätsmängel nicht immer konsequent verfolgt wurden. Aber wie viele Kliniken und Abteilungen sind davon betroffen? Hat jemand etwa die Häufigkeit von Auffälligkeiten mit tatsächlichen Qualitätsmängeln verwechselt? Ist da wirklich ein Handlungsbedarf für eine gesetzgeberische Initiative diesen Ausmaßes? Eher nein, aber der Gesetzgeber will die Qualitätsprüfung als Hebel für die Versorgungssteuerung einsetzen.

Diese Weichenstellung hat für die Zukunft der Krankenhäuser erhebliche Konsequenzen. Der Schwerpunkt in der Qualitätssicherung verlagert sich weg vom eigentlichen Ziel der Verbesserung hin zu einem Steuerungselement von Kostenträgern und Politik. Hintergrund ist nach Ansicht vieler Experten der Handlungsbedarf bei einer viel zu hohen Zahl der Krankenhäuser und einer ökonomisch getriggerten Mengenentwicklung. Beide will man über Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Griff bekommen, da dem Bund bisher ein Zugriff auf die Krankenhausplanung durch die Zuständigkeit der Länder verwehrt ist. Der Nachweis einer wiederholt in erheblichen Maß unzureichenden Qualität soll zu krankenhausplanerischen Konsequenzen sprich Schließung der betroffenen Abteilungen oder Klinken durch die Länder führen. Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll damit bewusst in die bisherige Hoheit der Länder in der Krankenhausplanung eingreifen. Die Politik überträgt damit den Vollzug unpopulärer Maßnahmen wie Klinikschließungen auf die Selbstverwaltung. Ob die Bevölkerung ihr dann aber abnimmt, dass die Schließung des Krankenhauses einer Qualitätsverbesserung dient und nicht schlicht eine Angebotsverknappung darstellt, ist mehr als zweifelhaft. Der Bürger wird logisch fordern, dass bei Vorliegen einer schlechten Qualität diese in Ordnung zu bringen sei, um die wohnortnahe Versorgung zu erhalten.

Der Begriff einer qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung wurde zusätzlich in das Krankenhausfinanzierungsgesetz mitaufgenommen, bisher stand dort ausreichend und zweckmäßig. Die Bedarfsplanung richtet sich klassischer Weise nach dem Behandlungsnotwendigkeit der Bevölkerung getriggert durch Zahl, Alter und Morbidität. Im ambulanten Bereich hat die kassenärztliche Vereinigung dafür den Sicherstellungsauftrag, die stationäre Versorgung wird durch den Krankenhausplan der Länder garantiert. Alle dürfen voraussetzen, dass diese Versorgung an den zugelassenen und dafür vorgesehenen Stellen mit nicht zu beanstandender Qualität erfolgt. Qualitätssicherungsmaßnahmen sollen dies überprüfen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen und zur Umsetzung bringen.



PD Dr. med. M. A. Weber

Somit bleibt ein Widerspruch, Qualitätssicherungsmaßnahmen sollen in Zukunft nicht dazu beitragen die Qualität am Standort zu verbessern, sondern eventuell seine Schließung anregen und dies nicht als Ultima Ratio, was ja verständlich wäre. Natürlich sind Qualitätsaspekte wichtige zusätzliche Informationen in der Krankenhausplanung, sie sind aber sicher nur einer von vielen Gesichtspunkten in der Sicherstellung der Krankenversorgung.

* Vortrag gehalten am 14.11.2017 im Rahmen des 40. Deutschen Krankenhaustages

Werkzeuge der Qualitätsoffensive

Großer Druck wurde auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen(IQTIG) ausgeübt, um mit den folgenden Maßnahmen die Qualitätsoffensive rasch umzusetzen. Die Zeitvorgaben dabei waren extrem anspruchsvoll, vielleicht zu anspruchsvoll, um eine sorgfältige Abarbeitung zu ermöglichen. So blieb auch für die Stellungnahmeverfahren zu den Vorschlägen des IQTIG für die Institutionen und Fachgesellschaften keine ausreichende Zeit zur Bearbeitung.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI)

Der Gesetzgeber hat dazu primär die Nutzung der Indikatoren der externen Qualitätssicherung(esQS) vorgeschrieben. Die ursprüngliche Absicht dadurch den Prozess zu beschleunigen hat sich als Bumerang erwiesen. Die esQS erwiesen sich letztlich nicht als wirklich geeignet, um zumindest fachabteilungsbezogen eine im erheblichen Maß unzureichende Qualität nachzuweisen. Nun sind zusätzlich zu den ursprünglich ausgewählten Qualitätsindikatoren der Gynäkologie/Geburtshilfe Mindestmengen und Strukturrichtlinien als plan. QI angedacht.

Qualitätsorientierte Zu- und Abschläge (P4P)

Ein komplexes Rechenverfahren soll eine Indexbildung ermöglichen, mit der Stufen einer überdurchschnittlichen, durchschnittlichen oder schlechten Leistungserbringung unterschieden werden können. Die Rechenarithmetik und die Hürden für eine überdurchschnittliche Leistung (mehr als die Hälfte der Fälle soll über dem Durchschnitt liegen) lassen befürchten, dass vorwiegend Abschläge herauskommen werden. Ohnehin wird dem Verfahren in der Literatur vor allem aus den USA ein schlechtes Zeugnis ausgestellt, was die tatsächlich dadurch zu erreichende Qualitätsverbesserung anbelangt. Einer der kritischen Autoren in der deutschen Literatur ist ausgerechnet Herr Veit, der es jetzt im IQTIG umsetzen soll. Vorgesehen waren bisher hüftgelenksnahe Frakturen. Streit gibt es über die Bewertung des QI >24h Stunden präoperativer Aufenthalt und die Einführung einer Mindestmenge von 40 quasi durch die Hintertür. Zusätzlich wurden jetzt herzchirurgische Eingriffe inklusive der transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI) ausgewählt, die anhand der 30 Tage Mortalität aus den Routinedaten der Krankenkassen analysiert werden sollen.

Foto: © Xaver Klaussner/fotolia.com

MDK Kontrollen der Dokumentationsqualität

Ab April überprüft der MDK die Dokumentationsqualität bei plan, QI. im Rahmen von Stichproben und bei auffälligen Kliniken. Es betrifft zuerst die Gynäkologie und Geburtshilfe, wird im Verlauf der Qualitätsoffensive aber auf die dann zusätzlich von Qualitätssicherungsmaßnahmen betroffenen Leistungsbereiche ausgedehnt. Solche Überprüfungen sind nötig, um nicht den Cleversten sondern den Besten zu ermitteln. Andererseits wird in diesem Zusammenhang von vielen eine unabhängige Trägerstruktur für den MDK gefordert, um die nötige Objektivität zu gewährleisten.

Vereinbarungen zur Definition von Krankenhausstandorten

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft(DKG) haben sich vor der Schiedsstelle gezwungener Maßen am 29.08.2017 über eine Standortdefinition geeinigt. Es wurde

der räumliche und nicht der organisatorische Ansatz gewählt. Die postalische Adresse bzw. Geokoordinate ist die Definition. Zusammenhängende Gebäude an diesem Standort dürfen max. 2000m Luftlinie Distanz haben. Viele organisatorische Einheiten an mehreren Standorten werden damit auseinandergerissen und bezüglich ihrer Qualitätsindikatoren und Mindestmengen einzeln betrachtet. In Einzelfällen sollen abweichende Regelungen im Einvernehmen möglich sein.

Mindestmengen (Mm)

Die Mindestmengenregelungen für planbare stationäre Leistungen hat der G-BA grundlegend überarbeitet und am 17.11.2017 beschlossen. Er hat damit die Konsequenz aus dem Urteil des Bundessozialgerichtes gezogen, das 2012 die Regelung gekippt hat, dass die Einführung einer Mm an den Nachweis einer Abhängigkeit der Behandlungsqualität von der erbrachten Leistungsmenge ‚in besonderem Maße' gebunden war. Entsprechend war auch die Regelung im KHSG gestrichen worden. Ein vollbeweisender Kausalzusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnisqualität ist ausdrücklich nicht mehr erforderlich. Es muss jedoch eine Studienlage bestehen, die auf einen wahrscheinlichen Zusammenhang hinweist.

Kliniken, die die Mm vorraussichtlich nicht erreichen, dürfen die entsprechende Leistung nicht erbringen. Regelungen für die jährliche Mitteilungen an die Krankenkassen zur Darlegung der Prognose einschließlich Ausnahmetatbeständen und Übergangsregelungen wurden jetzt beschlossen. Auf dieser Basis werden im Jahr 2018 im G-BA Beratungen zu konkreten Mm bei weiteren Leistungen wieder aufgenommen. (Details unter www.g-ba.de)

Das Nichterreichen einer vorgegeben Mm sollte dabei nicht gleichgesetzt werden mit schlechter Qualität. Nicht übersehen werden sollte auch, dass im Grenzbereich unter der geforderten Menge ein Fehlanreiz zur Indikationsausweitung besteht. Hier wollte der G-BA Regelungen finden, die unterhalb der festgesetzten Mindestmenge unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener hoher Qualität vermeidet. Das Ziel sollte sein, Gelegenheitseingriffe zu verhindern, dafür besteht ein genereller Konsens jenseits der Diskussion über die Evidenz. Den Entscheidern im G-BA und bei den Fachgesellschaften sollte bewusst sein, dass ihnen hier eine besondere Verantwortung zukommt, sich nicht von Partikularinteressen leiten zu lassen.

Patientenbefragungen

Sie werden erstmals im Rahmen der perkutanen Koronarintervention PCI eingeführt werden. Ziel ist es Informationen über die Erfahrungen des Patienten zu erhalten ohne Interpretation durch die Ärzte. Dem Patienten soll damit die Deutungshoheit über die eigene Gesundheit als zentrales Element auf dem Weg zu einer partizipativen Entscheidung über Diagnostik und Therapie (shared decision) zukommen. Die Gefahr besteht darin, dass der Patient zu vielen Dingen wie z.B. der Indikation befragt wird, bei dem sich die ihm aber die Entscheidungsgründe nicht alle erschließen. Er wird auf den Rat des Arztes seines Vertrauens angewiesen bleiben. Problematisch ist auch, wenn eine große Zahl an Fragen die Quote der Nonresponder erhöht und eine Negativselektion in den eigehenden Antworten bewirkt. Derzeit läuft das sogenannte pretest Verfahren.

Risikoadjustierung

Eine Risikoadjustierung ist nötig, um die Qualität der Behandlung unabhängig von der Erkrankungsschwere beurteilen zu können. Viele auch mehrdimensionale Versuche dazu wurden und werden gemacht, die aber letztlich vor allem bei kleiner Zahl an unerwünschten Ereignissen nicht überzeugend sind. Weiter fehlt eine Adjustierung an den sozioökonomischen Status, der entscheidenden Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben kann. So sind die Behandlungsergebnisse in sozialen Brennpunkten schlechter als in gut bürgerlichen Einrichtungen, dass lässt sich bis auf die Ebene der Bundesländer z. B. für die Herzinfarktsterblichkeit nachverfolgen.

Transparenz im IQTIG

Transparenz steht schon im Namen, wird aber nicht gelebt. Wir fordern eine Transparenz der Stellungnahmen der Fachgesellschaften und Institutionen zu Vorberichten und Abschlussberichte vor der Entscheidung im G-BA. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen(IQWIG) geht hier mit gutem Beispiel voran. Zahlreiche Fachgesellschaften und Institutionen hatten z.B. zu dem Vorbericht der plan. QI über 500 Seiten Stellungnahmen abgegeben. Informationen welche der Änderungsvoraschläge übernommen wurden, drangen aber vor dem G-BA Beschluss kaum nach draußen. Es könnte der Eindruck entstehen, das gesetzlich vorgesehene Stellungnahmeverfahren erfüllt mehr eine Alibifunktion. Manchmal meint man auch, die an anderer Stelle

verbreitete Voreingenommenheit gegen die Leistungserbringer zu spüren, z.B. wenn von einem „Overuse“ von Methoden gesprochen wird, den es abzustellen gelte. Natürlich muss man dem IQTIG aber Respekt zollen, bei so kurzen Zeitvorgabeneine immense Entwicklungsarbeit geleistet zu haben.

Probleme des G-BA

Auch auf dem G-BA lastet ein enormer Druck die zahlreichen (fast wäre man geneigt zu sagen zahllosen) politischen Vorgaben zeitnah zu erfüllen. Dazu ist die Entscheidungsfindung erschwert durch die Partikularinteressen der sogenannten Bänke. Krankenhausärzte und Pflegende sind nicht vertreten, Patientenvertreter ohne Stimmrecht. Der fehlende medizinische Sachverstand durch langjährige klinische Erfahrung wird sich erst recht nach dem Wechsel in der Spitze der Unparteiischen herausstellen und wahrscheinlich rächen. Deshalb wurde bei der großen Bedeutung des G-BA jetzt schon wiederholt der Vorschlag nach einer Appellationsinstanz gemacht, den wir unterstützen, auch wenn er das Verfahren noch komplizierter macht.

Fazit

Das Bundesgesundheitsministerium scheint im Einklang mit dem Spitzenverband der Krankenkassen auf eine drastische Reduktion der Standorte durch alle diese Maßnahmen zu setzen. Die Kliniken befinden sich im Zangengriff von Mindestmengen-, Standortregelungen, planungsrelevanter Qualitätsindikatoren, qualitätsorientierter Vergütung und neuen Strukturvorgaben für die Notfallversorgung. Mit dieser Qualitätsoffensive lenkt man von ordnungspolitischen Versäumnissen ab. Dem Hamsterrad der Ökonomie folgt das der Qualitätssicherung. An was messen wir zukünftig den Erfolg von IQTIG und G-BA? Doch bitte nicht an der Anzahl stillgelegter Kliniken. Die Bevölkerung und Politik vor Ort wird es nicht als Qualitätsverbesserung sondern als Angebotsverknappung auffassen.

Forderung an die Politik

Die Selbstverwaltungspartner sollten ein machbares Umsetzungskonzept für erforderliche stationäre Versorgungsstrukturen erarbeiten. Ein wohl bereits gemachter Vorschlag, den Strukturfond mit 1 MRD € jährlich fortzuschreiben, um nötige Strukturanpassungen umzusetzen, weißt in die richtige Richtung. Qualitätsindikatoren lösen keine Standortprobleme, die andere Ursachen haben, sie können nur Hinweise geben. Mindestmengen zur Verhinderung von Gelegenheitseingriffen könnten in diesem Sinne als planungsrelevante Indikatoren konsensfähig sein. Darüber hinaus ist eine Reform der DRG‘s und der Selbstverwaltungsgremien dringend nötig. In Sachen Qualitätsoffensive brauchen wir dringend eine Kurskorrektur.

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

Impressum

Herausgeber:
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0
www.vlk-online.de, info@vlk-online.de
Organ des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

Chefredaktion:
Dipl.-Volkswirt Gerd Norden
Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0, Fax: (0211) 45419-14
E-Mail: info@vlk-online.de
Prof. Dr. med. Karl Heinz Schriefers
Karl-Härle-Straße 9, 56075 Koblenz
Telefon: (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.

Georg Baum

Qualitätsoffensive trifft Krankenhäuser – Was sagen die Krankenhausträger?*

Qualität, Patientensicherheit und auch Qualitätstransparenz sind Erfordernisse, denen sich heute im Krankenhauswesen keiner verweigern kann und auch nicht verweigern will. Qualität und Achten auf Patientensicherheit sind Kernkompetenzen unserer Krankenhäuser. Kein Bereich im deutschen Gesundheitswesen – und wahrscheinlich auch weltweit – betreibt so umfassende systematische Qualitätssicherung, wie wir in unseren Krankenhäusern, keiner hat eine so hohe Transparenz über Leistungsfähigkeit und Leistungsgeschehen, auch über Leistungsergebnisse wie wir es in deutschen Krankenhauswesen haben. Falsch wäre allerdings der Schluss, dies alles sei erforderlich, weil wir in unserem Krankenhauswesen Qualitätsdefizite hätten oder bei Qualität viel aufholen müssten. Das ist mit Sicherheit nicht der Fall und auch in der Politik wird hier vorsichtig formuliert. Es geht um Weiterentwicklungen und Verbesserungen. Unser Problem und gleichzeitig unser Schicksal ist, weil wir in der Qualität methodisch sehr viel machen und weiterentwickeln stehen wir auch immer wieder im Fokus noch weitergehender Erwartungen. Um uns herum hat sich inzwischen eine schon als Industrie zu bezeichnende Qualitätssicherungsszenerie aufgebaut. Im Mittelpunkt steht als einer der zentralen Ausflüsse der Qualitätsoffensive die Errichtung des Qualitätsinstitutes (IQTiG) mit inzwischen über 100 Beschäftigen. In den Bundesländern sind Qualitätsarbeitsgemeinschaften entstanden. Viele freie Forschungsinstitute, Kassen- und Leistungserbringerinstitute sind hier unterwegs. Es ist wahrscheinlich nicht falsch, davon auszugehen, dass wir inzwischen etwa 1 Mrd. Euro Overhead-Finanzierung nur für Qualitätssicherung im System haben.

Die Krankenhausreform der letzten Legislaturperiode, gemeinsam von Minister Gröhe und der SPD konzipiert und ins Gesetz gebracht, bringt die Qualitätssicherung im Krankenhausbereich in eine neue Dimension und auf eine Stufe, die hoffentlich einen gesetzgeberischen Endpunkt darstellt. Das zentral Neue an der Qualitätsoffensive ist die Verankerung der Qualitätssicherung als konstitutive Norm für das Krankenhauswesen gleich in § 1 des KHG.

Wir haben gesetzlich festgelegt,
- dass qualitativ hochwertige Versorgung Zweck des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist,
- dass anhaltende Qualitätsdefizite zum Ausschluss aus der Versorgung und damit zur Kündigung aus dem Krankenhausplan Anlass geben können,
- dass bei der Zulassung neuer Krankenhäuser, die bis dato zu berücksichtigende Trägervielfalt nachrangig gegenüber der Qualität geworden ist und
- dass die G-BA Empfehlungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Bestandteil der Krankenhausplanung geworden sind. Nur wenn ein Land einen eigenen Rechtsakt erlässt, kann es sich von dieser ansonsten zwangsweise zu beachtenden Vorgabe befreien.

Dipl.-Volksw. Georg Baum

Damit hat sich Qualitätssicherung bis in den Grenzbereich der verfassungsrechtlich geschützten Kompetenzen der Länder für die Krankenhausplanung vorgewagt.

Neu mit der Qualitätsoffensive ins Gesetz gekommen sind die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, die Zu- und Abschläge und die Qualitätsverträge. Bei der Umsetzung der Planungsindikatoren gilt es, Leistungs-

* Vortrag gehalten am 14.11.2017 im Rahmen des 40. Deutschen Krankenhaustages

bereiche zu identifizieren, für die Indikatoren erfasst und ausgewertet werden müssen. Am Ende, so die Überlegungen, steht dann die mögliche Meldung des G-BA an die Bundesländer, wenn ein Krankenhaus in erheblichem Maße unzureichende Qualität aufweist. Die Länder, die die Qualitätsvorgaben des G-BA a priori akzeptieren, müssten dann Sanktionen gegen ein Krankenhaus vornehmen. Das kann der Verlust der Leistungsberechtigung für einzelne Leistungen sein, das kann aber auch ganze Abteilungen betreffen. Für den Start ist der gesamte Bereich der Gynäkologie, Geburtshilfe, Mammachirurgie vorgesehen. Die ersten Auswertungen, die dann an die Länder gehen können, werden Ende des nächsten Jahres vorliegen.

Bei Krankenkassen, Ländern und Patientenverbänden, aber auch in der Politik, gibt es natürlich Erwartungen, die weit über diesen ersten Einsatzbereich hinausgehen. Die Überlegungen gehen dahin, auch Strukturqualitätsvorgaben, Personalbesetzungen und sonstiges zum Gegenstand der planungsrelevanten Qualitätsmessung zu machen, so dass die Krankenhäuser davon ausgehen müssen, dass dieses Instrument scharf geschaltet wird. Ich glaube aber nicht, dass wir davon ausgehen müssen, dass es massenhaft oder in beachtlicher Zahl zum Verlust von Leistungserbringerbringungsberechtigungen über dieses System kommen wird. Wir sehen das aus dem gesamten Bereich der Qualitätssicherung, auch dort, wo wir heute schon Auswertungen machen. Zentrale Problematik ist die belastbare Aussagekraft der Ergebnisindikatoren. In Frage steht immer die Risikoadjustierbarkeit; sind alle Aspekte gewürdigt, die im Patienteneinzelfall zu würdigen sind. Es kann Gründe geben, weshalb ein Patient mit Hüftbruch doch nicht innerhalb von 24 Stunden operiert werden konnte. Aber auch Personalbesetzungsprobleme und andere unerwartbare Bedingungen müssen berücksichtigt werden. Schematisch einer Klinik den Stempel als nicht ausreichend qualitativ aufzudrücken, wäre zu einfach.

Foto: © Xaver Klaussner/fotolia.com

Gleiches gilt natürlich für Strukturvorgaben. Wenn wir Personalbesetzungen vorgeben, z. B. dass ein bestimmtes Expertenteam zur Verfügung stehen muss, dann kann es im Alltag Gründe geben, dass davon abgewichen werden muss. Wir erleben das derzeit in der Neonatologie. Von 220 neonatologischen Einheiten müssen 170 melden, dass sie die Pflegepersonalanforderungen, die der G-BA festgelegt hat, nicht erfüllen können. Da kann es nicht sein, dass diese Kliniken den Stempel des Qualitätsmakels angeheftet bekommen, während die Ursache in einer Normenfestlegung liegt, die mit den Realitäten nicht in Einklang zu bringen ist. Ganz einfach, weil es auf dem Arbeitsmarkt nicht die ausreichende Zahl von Fachkräften gibt.

Das ist eine der zentralen Herausforderungen vor der wir als der Krankenhausverband bei der Umsetzung dieser Instrumente stehen. Der eine oder andere könnte erwarten, dass wir uns verweigern sollten, hier mitzumachen. Verweigern geht aber nicht. Es sind gesetzliche Vorgaben. Wir müssen sicherstellen, dass die Umsetzung mit Augenmaß, fair, mit Ausnahmeregelungen, mit Begründungsmöglichkeiten, mit Öffnungsmöglichkeiten, erfolgt. Das sind unsere Möglichkeiten. Die sind zugegeben auch begrenzt, weil der Meinungsbildungsprozess und die Entscheidungsfindung am Ende über das Mehrheitsprinzip läuft. Bei fünf Stimmen für die Kassen und drei Unabhängigen sind die 5 Stimmen der DKG eben häufig nicht ausreichend.

Deshalb fordern wir von der Politik Flankierungen. Die Kran-

kenhäuser müssen vor Überforderung geschützt werden. Neue Qualitätsvorgaben, hinter denen Leistungsausschlüsse oder auch -abschläge stehen können, müssen, ehe sie in der Praxis eingeführt werden, hinsichtlich ihrer Machbarkeit evaluiert werden. Das ist eine zentrale Forderung an den Gesetzgeber und in die Koalitionsverhandlungen hinein. Die Machbarkeit als zwingende Voraussetzung für scharf gestellte Qualitätsindikatoren ist vorzuschreiben.

Ähnlich problematisch ist die Umsetzung der Qualitätszu- und -abschläge, besonders natürlich die der Abschläge. Wer Qualitätsdefizite hat, soll weni-ger Geld bekommen, was für sich genommen ein Widerspruch ist. Auch hier wieder die Problematik der Aussagekraft der Indikatoren, mit denen das gemessen werden soll. Die Problematik der Risikoadjustierung, aber auch die Problematik einer ausreichenden Berücksichtigung der Gesamtzusammenhänge von – auch hier wieder – Facharbeitsmarktsituationen bis hin – und das ist gerade bei Strukturqualitätsvorgaben besonders wichtig – zu der Frage, haben wir überhaupt von der investiven Seite, von der Vergütungsseite, die Möglichkeiten, die Anforderungen, die gestellt werden, flächendeckend zu erfüllen. Und da sind wir an dem Punkt, bei dem wir Qualitätserwartungen und Qualitätsvorgaben, die von der Politik, von den Krankenkassen, von den Patientenverbänden in immer höhere Dimensionen gefordert werden, konfrontieren müssen, mit der Realität der Ressourcen, die wir in den Krankenhäusern haben, um solche maximalen Forderungen überhaupt erfüllen zu können. Wir werden, wenn das alles in die praktische Umsetzung gegangen ist und dort, wo sich Erfüllungsprobleme zeigen, herausarbeiten müssen, ob die Ressourcen, die wir brauchen, auch zur Verfügung gestellt waren. Denn bei allen Qualitätsmessungen und Erwartungen, die man haben kann, das Entscheidende für Qualitätsstiftung sind die Ressourcen. Dazu gehört die Ausfinanzierung des Personals. Wir haben nach wie vor die Nichtausfinanzierung der Tarifkosten. Und natürlich die Verfügbarkeit über ausreichende Investitionsmittel, um Standards, z. B. bauliche Infektionsvermeidung und dergleichen auf höchstem Niveau realisieren zu können. So dass wir die Qualitätsoffensive, die die Politik fordernd an uns richtet und die wir annehmen, weil wir uns bei Qualität nicht verweigern wollen und können, auch zum Anlass nehmen werden, die Ressourcenbereitstellung einzufordern, die kompatibel zu diesen Erwartungen sind. Nur fordern und nicht sachgerecht fördern, geht nicht.

Die Erweiterung des Qualitätssicherungsinstrumentariums in den sanktionsbewehrten Bereich mit Abschlägen, mit Ausschluss aus der Versorgung, mit Vorführungen, indem man im jährlichen Krankenhausbericht seinen Status beim Erreichen von Qualitätswerten darstellen muss, das alles wird natürlich den Ansporn in den Krankenhäusern steigern, noch mehr auf Qualität zu achten. Es kann aber dazu führen, dass es zu risikoaversivem Verhalten kommt. Das ist aus Amerika gut bekannt. Niemand will sich dort seine Qualitätsperformance durch risikoreiche Patienten beeinträchtigen lassen. Wenn das zu beobachten sein sollte, dann muss auch der Mut zur Umkehr da sein. Und wir müssen spätestens in ein paar Jahren bilanzieren, ob Aufwand und Nutzen – vor allem der bürokratische Aufwand – tatsächlich in einem richtigen Verhältnis stehen. Wenn planungsrelevante Indikatoren am Ende einige wenige planungsrelevante Entscheidungen auslösen, dann muss man auch den Mut haben, dieses Instrumentarium wieder zu beerdigen.

Das ist auch die größte Kritik an der Qualitätsoffensive: Die Kontrollitis, die der Gesetzgeber der Qualitätsoffensive mit beigegeben hat. Wir bereiten gerade im G-BA die Richtlinie vor, mit der die gesetzlich neu vorgesehenen MDK-Prüfungen zur Richtigkeit der Dokumentation und zu Qualitätsergebnissen initiiert werden. Insbesondere bei der Überprüfung der Dokumentation von Qualitätsindikatoren kommt ein Misstrauen gegen die Krankenhäuser, sie würden falsch aufschreiben, zum Ausdruck, was wir so nicht akzeptieren können. Und wir können auch nicht akzeptieren, dass das eine neue Aufgabe des MDK sein soll. Wir haben überall im Lande unsere Qualitätsgeschäftsstellen gemeinsam mit den Krankenkassen und mit Ärztekammern. Deshalb können die Bewertungen der Qualitätsergebnisse, ggf. erforderliche Datenkontrollen, von diesen Institutionen, die wir ja schon haben, durchgeführt werden. Zu begrüßen ist, dass in einem der Papiere der Jamaika-Sondierer die Infragestellung des von den Kassen abhängigen Medizinischen Dienstes aufgerufen wurde. Wir können alle Politiker nur ermutigen, hier einen Schlussstrich zu ziehen und ein von den Kassen unabhängigen Prüfdienst für das Gesundheitswesen aufzubauen.

Kontaktdaten des Autors:
Dipl.-Volksw. Georg Baum,
Hauptgeschäftsführer der
Deutschen Krankenhausgesellschaft
Telefon: 030/39801-1001

Dr. med. Markus Stolaczyk

Sachstand GOÄ-Novelle*

Ausgehend von der Beschlusslage des 120. Deutschen Ärztetages in Freiburg stellte der Leiter des Dezernates „Gebührenordnung und Gesundheitsfinanzierung" der Bundesärztekammer, Dr. med. Markus Stolaczyk, den Sachstand zur Novellierung der GOÄ auf dem Deutschen Krankenhaustag am 15.11.2017 dar.

Ausgehend von der Beschlusslage des 120. Deutschen Ärztetages in Freiburg stellte der Leiter des Dezernates „Gebührenordnung und Gesundheitsfinanzierung" der Bundesärztekammer, Dr. med. Markus Stolaczyk, den Sachstand zur Novellierung der GOÄ auf dem Deutschen Krankenhaustag am 15.11.2017 dar.

Rahmenbedingungen

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates im Rahmen eines Verordnungsverfahrens erlassen. Gemäß der Beschlusslage der Deutschen Ärztetage hatte die Bundesärztekammer wiederholt den Verordnungsgeber aufgefordert, die GOÄ zu novellieren. Nachdem diese Appelle nicht zum Erfolg geführt hatten, erarbeitete die Bundesärztekammer einen eigenen Entwurf einer neuen GOÄ, als Vorschlag für den Verordnungsgeber. Von verschiedenen Bundesgesundheitsministern wurde ein sogenanntes „Einigungsgebot" der Bundesärztekammer mit den privaten Krankenversicherern und der für die Beihilfe zuständigen Bundes- und Landesbehörden als Bedingung für den Erlass einer neuen Verordnung genannt. Die Bundesärztekammer erhielt durch Beschlüsse Deutscher Ärztetage den Auftrag diese, aufgrund der unterschiedlichen Interessenlagen der Beteiligten, schwierige Einigung herbeizuführen.

Neues Leistungsverzeichnis mit über 5500 Gebührenpositionen

Der Vorstand der Bundesärztekammer stellte im März 2016 weiteren Erörterungsbedarf mit den

Dr. med. Markus Stolaczyk

privaten Krankenversicherern und der Beihilfe bezüglich der Leistungsbeschreibungen, insbesondere auch der Kalkulation der Bewertungen der Leistungen, fest. Im Mai 2016 hatte sich der 119. Deutsche Ärztetag in Hamburg klar für eine Fortführung der Arbeiten an einer Novelle der GOÄ ausgesprochen und dem von der Bundesärztekammer neu aufgelegten Fahrplan für die Be-

Foto: © fovito/fotolia.com

* Vortrag gehalten am 14.11.2017 im Rahmen des 40. Deutschen Krankenhaustages

ratungen zugestimmt. Daraufhin wurde in einem intensiven Beteiligungsverfahren der in den Jahren zuvor ausgearbeitete Entwurf zu einer neuen GOÄ mit über 130 ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften einer kritischen Prüfung unterzogen. Aus der von Mai bis November 2016 durchgeführten Überprüfung (insgesamt 34 ganztägige Sitzungen) wurden ca. 2600 Änderungsvorschläge der Verbände entgegengenommen und in einem sogenannten „ärztlichen Leistungsverzeichnis" abgebildet.

Dieses Leistungsverzeichnis wurde von der Bundesärztekammer mit dem PKV-Verband erörtert. Circa dreiviertel der von den Verbänden eingebrachten Vorschläge wurden vom PKV-Verband mitgetragen. Die „strittigen" oder vom PKV-Verband nicht nachvollziehbaren Änderungen wurden nachfolgend in einem trilateralen Setting mit der Bundesärztekammer, den beteiligten Verbänden und Fachgesellschaften sowie mit dem PKV-Verband in 24 Sitzungen im Sinne einer Kompromissfindung besprochen. Im Zeitraum von August bis November 2017 wurde als Ergebnis der trilateralen Gespräche ein Entwurf für ein gemeinsames Leistungsverzeichnis mit über 5500 Gebührenpositionen, inklusive einer differenzierten Zuschlagssystematik erarbeitet. Die letzten Abstimmungen hierzu finden Ende November 2017 statt.

Ziel der Bearbeitung ist, das gesamte ärztliche Leistungsgeschehen auf gebührenrechtlicher Ebene abzubilden und Rechtssicherheit für den Arzt und den Patienten herzustellen. Das neue Leistungsverzeichnis sieht eine differenzierte Beschreibung der ärztlichen Tätigkeit vor, die durch die Aufnahme vieler neuer Kapitel und Unterabschnitte zum Ausdruck kommt. So wurden über 2438 Gebührenpositionen und Zuschläge für den Bereich der Chirurgie beschrieben. Das sind über 1700 mehr als in der aktuell gültigen GOÄ zur Verfügung stehen. Der Bereich Innere Medizin und weitere nicht-operative Bereiche im Kapitel F (z. B. Kinder- und Jugendmedizin, Dermatologie oder konservative Orthopädie) sind zukünftig mit mehr als 380 Leistungen abgebildet, aktuell stehen für diese Bereiche 144 zur Verfügung. Leistungen der Bereiche Gynäkologie, Urologie, Augenheilkunde und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde wurden in konservative (jeweils eigene Kapitel) und operative Leistungen (als neue Unterkapitel in der Chirurgie) differenziert. Neu aufgenommen wurde ein eigenes Kapitel für Rehabilitationsmedizinische Leistungen (Kapitel R). Neben vielen weiteren Unterkapiteln wurden auf Vorschlag der Verbände z. B. neue Unterkapitel sowohl für die konservative (Unterabschnitt in Kapitel F „Innere Medizin und sonstige nicht-operative Leistungen") und operative Proktologie (Unterabschnitt in Kapitel L „Chirurgie") aufgenommen, bzw. die entsprechenden Leistungen hier zusammengeführt. Grundsätzlich wird es jedoch weiterhin keinen Fachgruppenbezug als Abrechnungsvoraussetzung einzelner Kapitel, wie beispielsweise im EBM, geben.

Nach Erörterung der letzten offenen Detailpunkte und redaktioneller Bearbeitung soll der erarbeitete Entwurf des Leistungsverzeichnisses – noch ohne Bewertungen – Anfang Dezember vorliegen.

Differenzierte Zuschlagssystematik

Neben einer Vielzahl von methodenbasierten, patienten- oder behandlungsbezogenen Zuschlägen (über 1000), soll es in dem Entwurf einer neuen GOÄ einheitliche Zuschläge für Kinder bis zum vollendeten 8. Lebensjahr geben. Ebenfalls umfasst werden sollen durch diese Zuschläge Patienten, die aufgrund einer geistigen Behinderung oder anderer psychischer Erkrankungen eingeschränkt mitwirkungsfähig sind.

Darüber hinaus wird die Systematik der Zuschläge für ambulante Operationen aus der alten GOÄ fortgeführt und an das neue Leistungsverzeichnis angepasst. Im operativen Bereich sollen Zuschläge für das Neuromonitoring, die Computerassistenz sowie für Revisionen und Rezidiveingriffe umgesetzt werden.

In nahezu jedem Kapitel der Entwurfsfassung wurde die neue Systematik von Haupt- und Zuschlagsleistungen umgesetzt. Dies führt zu einer transparenten und zukunftsfähigen Gebührenordnung.

Zeitgetaktete Beratung und e-Health-Leistungen

Sind in der aktuell gültigen GOÄ Beratungen von bestimmten Abrechnungsbeschränkungen umfasst, sollen zukünftig Beratungen gemäß Kapitel B bis zu 60 Minuten am Tag honoriert werden. Dies gilt auch für Beratungen vor oder nach einer Untersuchung, beziehungsweise einer anderen Leistung, sofern diese nicht schon eine Beratung enthält. Auf Vorschlag des PKV-Verbandes und unter Einbeziehung der Verbände wurden Leistungen aus dem Bereich e-Health aufgenommen. So sollen zukünftig Videosprechstunden oder E-Mail-Beratungen berechnungsfähig sein, selbstverständlich unter den länderspezifischen berufsrechtlichen Bedingungen zur Fernbehandlung. Das Anlegen und das elektronische Versenden von strukturierten Datensätzen, wie

z. B. Arztbriefe, der Notfalldatensatz oder der Datensatz „Persönliche Erklärungen“ sollen ebenso berücksichtigt werden, wie die Beratung von Patienten zu selbstgenerierten Daten aus z. B. sogenannten „Gesundheits-Apps“ oder die Online-Terminvergabe.

Gemeinsame Kommission

Die neue GOÄ soll fortlaufend anpassungsfähig sein, um nicht wieder zu veralten. Diese fortlaufende Anpassungsfähigkeit soll gewährleistet werden, indem die Bundesregierung durch eine neu einzurichtende Gemeinsame Kommission, paritätisch besetzt durch Ärzte und Vertreter der Versicherer/Beihilfe, bei der fortlaufenden Anpassung unterstützt wird. Die Gemeinsame Kommission soll im Konsens, ohne Überstimmbarkeit einer Seite, Vorschläge zur Weiterentwicklung und Empfehlungen zur Abrechnung erarbeiten. Im Falle eines Dissenses steht es den Landesärztekammern oder der Bundesärztekammer frei, „eigene“ Abrechnungsempfehlungen auszusprechen. Den Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission soll eine rechtsprägende Wirkung zukommen. Gemeinsame Sichtweise von Bundesgesundheitsministerium, Bundesärztekammer und PKV-Verband ist, dass die Empfehlungen der gemeinsamen Kommission nicht rechtsverbindlich sein sollen. Für Ärzte heißt dies, dass sie entgegen der Empfehlungen abrechnen könnten, ihr Vorgehen im Streitfall jedoch begründen müssten. Der Rechtsweg steht selbstverständlich offen.

Ebenso wie die einzelnen Gebührenpositionen wurden die hierzu notwendigen Änderungen der Bundesärzteordnung und des Paragraphenteils der neuen GOÄ in den Gremien der Bundesärztekammer und in sogenannten „Workshops“ mit fach- und sektorenübergreifenden ärztlichen Verbänden erörtert. Die von den Verbänden und der Bundesärztekammer erarbeiteten Vorschläge zur Änderung der Bundesärzteordnung und des Paragraphenteils der GOÄ wurden zu weiten Teilen von der PKV mitgetragen und in die entsprechenden Entwürfe eingearbeitet.

Klarstellende Regelungen zur Stellvertretung bei stationärer Behandlung

Die Stellvertreterregelung im Bereich der wahlärztlichen Leistungserbringung wurde an geltendes Recht sowie die übliche Praxis angepasst. Neben Fällen von unvorhersehbarer Verhinderung des Wahlarztes soll im Sinne der neuen GOÄ auch für den Fall der vorhersehbaren Verhinderung ein Stellvertreter benannt werden können, sofern der Patient zustimmt. Darüber hinaus können besonders qualifizierte Ärzte für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche als Stellvertreter benannt werden. Die Verantwortung zur korrekten Rechnungsstellung soll demjenigen obliegen, der die Rechnung stellt. Wird die Rechnungsstellung auf Dritte übertragen, haben diese auf Verlangen des Patienten die entsprechende Leistungsdokumentation des Wahlarztes vorzulegen.

Gebührenrahmen und Steigerung

Als Bedingung für die Fortführung der Beratungen zum Novellierungsprozess haben die Krankenversicherer die Einführung eines nicht unterschreitbaren Gebührensatzes, ohne individuell einstellbaren Gebührenrahmen, gefordert. In Ausnahmefällen soll die Steigerung auf den zweifachen Gebührensatz möglich sein, sofern bestimmte, in einer Liste aufgeführte Bedingungen erfüllt sind. Der Deutsche Ärztetag in Freiburg hat sich für diesen nicht unterschreitbaren Gebührensatz ausgesprochen, sofern dieser an der durchschnittlichen Steigerung der aktuell gültigen GOÄ orientiert ist und bestimmte methodische Besonderheiten oder Erschwernisse der Behandlungen in einem Zuschlagssystem als eigene Leistungen abgebildet sind. Darüber hinaus sollen weitere erhebliche Erschwernisse zur Steigerung auf den zweifachen Satz berechtigen.

Vor dem Hintergrund der Tat-

sache, dass aktuell sektorenübergreifend in über 90% der Fälle zum Schwellenwert oder darüber abgerechnet wird, ist die Einführung eines nicht unterschreitbaren Gebührensatzes mit der Berechnungsmöglichkeit von Zuschlägen lediglich die gebührenrechtliche Umsetzung des aktuellen Abrechnungsgeschehens. Anders als bei der Überschreitung des Schwellenwertes würde bei der zukünftigen Berechnung von Zuschlägen keine gesonderte Begründung notwendig, sofern die Bedingungen und der Leistungsinhalt des jeweiligen Zuschlages erfüllt sind. In individuellen Honorarvereinbarungen sollen auch zukünftig Steigerungen der Gebührensätze mit dem Patienten vereinbart werden können. Im Konsens mit dem PKV-Verband wurde die sogenannte Negativliste ersatzlos gestrichen. In ihr sollten ursprünglich diejenigen Behandlungsumstände gelistet werden, die eine Steigerung des Gebührensatzes ausschließen. Solch eine Liste wird weder im Rahmen der Novellierung, noch nach der Verordnung in der Gemeinsamen Kommission erstellt.

Kalkulation und finanzielle Auswirkungen

Der von den Verbänden und Fachgesellschaften unter Moderation der Bundesärztekammer erarbeitete Entwurf eines Leistungsverzeichnisses wird seit Januar 2017 von der von der Bundesärztekammer hierzu beauftragten Firma einer betriebswirtschaftlichen Grundkalkulation unterzogen. Hierzu wurden von den Verbänden ebenso Angaben zu den zeitlichen und personellen Aufwänden der einzelnen Leistungen gemacht, wie zur aktuellen Abrechnungspraxis, um die entsprechenden, vielfach analog in Ansatz gebrachten, Gebührenpositionen der aktuell gültigen GOÄ dem neuen Leistungsverzeichnis gegenüberstellen zu können. Aus den Angaben der Verbände werden die Gebührensätze der neuen GOÄ berechnet und im Sinne einer Überführung von alter zu neuer Leistung ein Transkodierungsschema erstellt. Dieses soll auf der Ebene der jeweiligen Kapitel und – sofern möglich – für die jeweiligen Fachgruppen die Darstellung der finanziellen Auswirkungen einer neuen GOÄ erlauben.

Der diesjährige Deutsche Ärztetag in Freiburg hat der Bundesärztekammer mit überwältigender Mehrheit den Auftrag erteilt, den Entwurf einer neuen GOÄ als Konsens aller Beteiligten beim BMG einzubringen, sofern u. a. in nachvollziehbaren Hochrechnungen ein Preiseffekt von mindestens 5,2% und maximal 6,4% Ausgabensteigerung je privat Versichertem resultiert. Diese Ausgabensteigerung soll im Zeitraum von drei Jahren nach Verordnung der GOÄ von der Gemeinsamen Kommission aufgrund der durch gesetzliche Vorschriften erhobenen und an die Bundesanstalt für die Finanzdienstleistungsaufsicht zu übergebenden Daten der privaten Krankenversicherer analysiert werden. Gemeinsame Sichtweise aller Beteiligten ist es, dass Leistungen, die nicht der Kostenerstattung unterliegen (z. B. Leistungen im Selbstbehalt oder Verlangens- oder IGe-Leistungen) ebenso von der Analyse auszuschließen sind, wie Ausgabensteigerungen, die auf andere Effekte zurückgehen, wie Morbidität, Alterung, Anzahl der Versicherten oder neue, innovative Leistungen. Das Morbiditätsrisiko bleibt also auch während der dreijährigen Einführungs- und Monitoringphase beim Versicherer. Die dreijährige Monitoringphase soll nicht ausgeweitet werden. Leistungen oder Leistungsbereiche sollen, sofern beispielsweise Preissteigerungen berücksichtigt werden müssen, einer Anpassung unterzogen werden können, sofern sich die Gemeinsame Kommission hierauf verständigt.

Erste Ergebnisse zu diesen teilweise sehr komplexen Berechnungen, insbesondere zu den finanziellen Auswirkungen, werden Anfang 2018 erwartet.

Ärztetag stimmt eindeutig für Fortführung des dualen Systems

Eine weitere Bedingung zur Konsentierung des Entwurfs der neuen GOÄ und der Übergabe an das BMG hat der Ärztetag in Freiburg formuliert: Der Entwurf soll nur dann an das BMG übergeben werden, sofern von der neuen Bundesregierung keine weiteren grundlegenden ordnungspolitischen Beeinträchtigungen in der privatärztlichen Versorgung vorgesehen sind. Sowohl Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe als auch Bundesärztekammer-Präsident Prof. Frank Ulrich Montgomery haben sich in Freiburg gegen die Überlegungen einer Bürgerversicherung und gegen die Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung ausgesprochen. In seinem Grußwort zur Eröffnung des Ärztetages bekräftigte Gröhe, dass eine Novellierung der GOÄ notwendig und überfällig sei. Eine angemessenere Beschreibung und Bewertung der ärztlichen Leistungen sei im Interesse aller, auch der Beihilfe. Wenn Ärzte, PKV-Verband und Beihilfeträger ein Konzeptentwurf vorlegten, werde er alles für eine zügige Umsetzung tun, bekräftigte der Minister.

Kontaktdaten des Autors:
Dr. med. Markus Stolaczyk
Leiter Dezernat 4, Gebührenordnung und Gesundheitsfinanzierung
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin
E-Mail: Markus.Stolaczyk@baek.de

Karl Blum/ Sabine Löffert/ Matthias Offermanns/ Petra Steffen

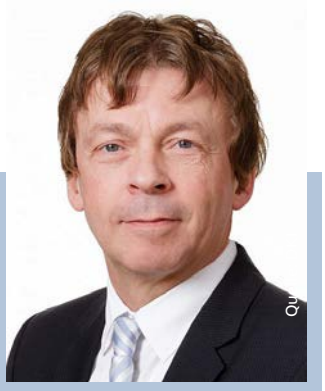
Das Liquidationsrecht des Chefarztes – ein Auslaufmodell?

Das eigene Liquidationsrecht des Chefarztes wird zunehmend zugunsten von Beteiligungsvergütungen verdrängt. Unabhängig davon enthalten viele Chefarztverträge Zielvereinbarungen mit monetären Gratifikationen. Das sind zwei wesentliche Ergebnisse aus dem aktuellen Krankenhaus Barometer des Deutschen Krankenhausinstituts.

Hintergrund

Beim Krankenhaus Barometer des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) handelt es sich um eine jährlich durchgeführte Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser zu aktuellen gesundheits- und krankenhauspolitischen Themen. Das Barometer wird im Auftrag der Träger des DKI erstellt, u. a. dem Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK).

Die Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2017 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten in Deutschland, welche von April bis Mitte Juli 2017 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 234 Krankenhäuser. Einen Themenschwerpunkt bildete die Struktur von Chefarztverträgen. Nachfolgend werden die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst.



Dr. Karl Blum

Gestaltungsformen des variablen Einkommens

In den Chefarztverträgen wird insbesondere die Gestaltung des variablen Einkommens der Chefärzte festgelegt. Das variable Einkommen betrifft hauptsächlich die Erlöse aus Wahlleistungen und die Erlöse aus den Chefarztambulanzen. Wesentliche

Foto: © upixa/fotolia.com

Gestaltungsformen des variablen Einkommens sind zum einen das eigene Liquidationsrecht des Arztes; danach hat der Chefarzt das Recht, im eigenen Namen wahlärztliche Leistungen abzurechnen. Zum anderen kann die ärztliche Leistung über eine Fest- oder Beteiligungsvergütung des Chefarztes abgegolten werden, also in Form einer festen oder prozentualen Beteiligung des Arztes an den Liquidationserlösen des Krankenhausträgers aus wahlärztlichen Leistungen.

Im Krankenhaus Barometer wurde die Gestaltung des variablen Chefarzteinkommens in Form eines Ratings abgefragt (von „Bei keinem Chefarzt" bis „Bei allen Chefärzten"). Bei den Wahlleistungserlösen gibt es in der Mehrzahl der Krankenhäuser bei den meisten Chefärzten kein eigenes Liquidationsrecht mehr (Abb. 1). In gut zwei Dritteln der Krankenhäuser haben nur wenige Chefärzte (42 % der Krankenhäuser) bzw. kein Chefarzt (24 % der Krankenhäuser) noch ein eigenes Liquidationsrecht. Bei allen Chefärzten gibt es ein eigenes Liquidationsrecht lediglich noch in 20 % der Krankenhäuser.

Umgekehrt verhält es sich bei der Beteiligungsvergütung, die mittlerweile die überwiegende Gestaltungsform des variablen Einkommens in den Chefarztverträgen darstellt. Bei gut 70 % der Krankenhäuser werden alle Chefärzte (26 %) bzw. viele Chefärzte (45 %) an den Liquidationserlösen des Krankenhausträgers aus wahlärztlichen Leistungen beteiligt.

Eine Abgeltung wahlärztlicher Leistungen über eine reine Festvergütung des Chefarztes bildet hingegen die Ausnahme. Nur in 13 % der Krankenhäuser ist sie mit allen oder vielen Chefärzten vertraglich vereinbart.

Für die Erlöse aus der Chefarztambulanz resultieren vergleichbare Ergebnisse. In rund zwei Dritteln der Krankenhäuser haben wenige Chefärzte (44 % der Krankenhäuser) bzw. kein Chefarzt (19 % der Krankenhäuser) noch ein eigenes Liquidationsrecht für ihre Ambulanz. Umgekehrt sind in zwei Dritteln der Häuser alle Chefärzte (21 %) bzw. viele Chefärzte (45 %) an den Erlösen des Krankenhausträgers aus der Chefarztambulanz beteiligt (Abb. 2).

Diese Ergebnisse belegen signifikante Veränderungen in der Ausgestaltung der variablen Einkommensanteile von Chefärzten. Vor zehn Jahren bildete das eigene Liquidationsrecht noch die vorherrschende Gestaltungsform des variablen Einkommens in den Chefarztverträgen sowohl bei den wahlärztlichen Leistungen als auch bei den Erlösen aus der Chefarztambulanz. Im Jahr 2007 hatten noch 70 % der Chefärzte ein eigenes Liquidationsrecht bei wahlärztlichen Leistungen und lediglich 26 % eine Beteiligungsvergütung. Für die Erlöse aus

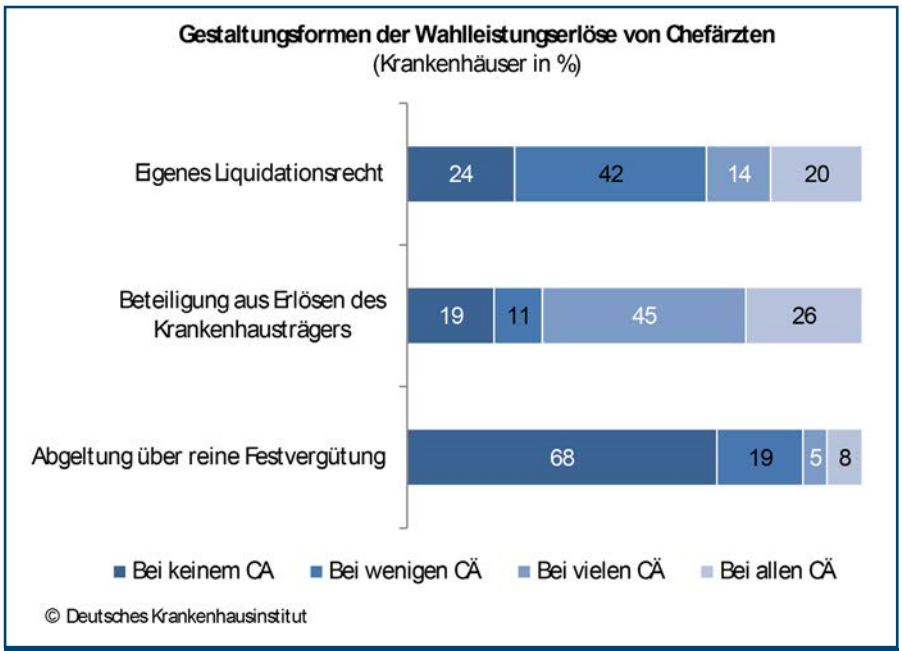


Abb. 1: Gestaltungsformen der Wahlleistungserlöse von Chefärzten

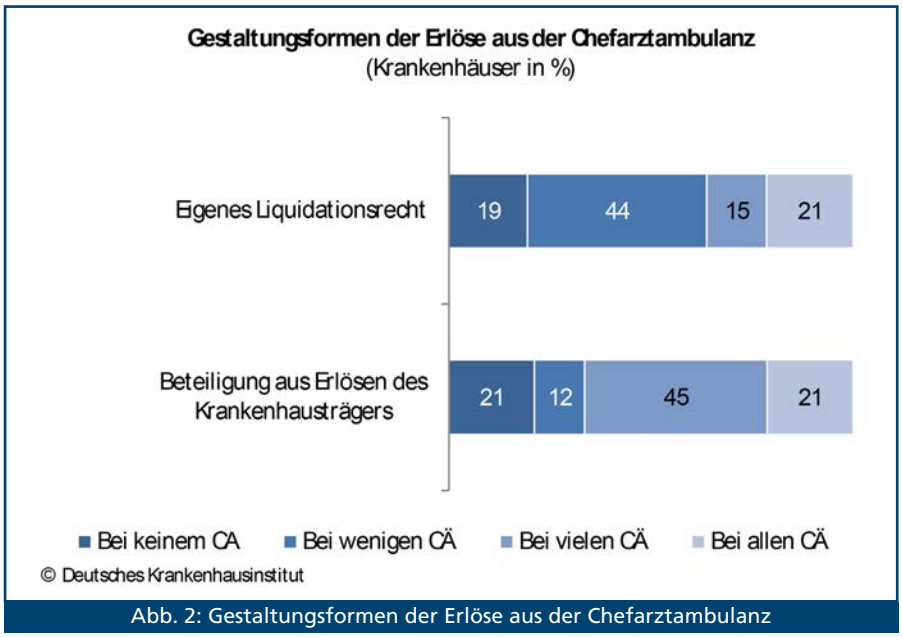


Abb. 2: Gestaltungsformen der Erlöse aus der Chefarztambulanz

der Chefarztambulanz lagen die entsprechenden Werte bei 76 % (Liquidationsrecht) und 22 % (Beteiligungsvergütung).[1]

Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen

Krankenhäuser können auf Grundlage der Chefarztverträge auch Zielvereinbarungen mit Chefärzten schließen. Empfehlungen hierzu hat nach § 135c SGB V die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Rahmen ihrer Beratungs- und Formulierungshilfen für Chefarztverträge abzugeben. Danach sind Zielvereinbarungen einschließlich Regelungen zur Personal- und Sachkostensteuerung, bei einvernehmlicher Festlegung der entsprechenden Budgets, Gesamterlösbeteiligungen und Qualitätsoptimierungen unter Beachtung berufsrechtlicher Regelungen grundsätzlich legitim und sachgerecht. Zielvereinbarungen mit ökonomischen Inhalten sind also ausdrücklich statthaft. Ausgeschlossen sind lediglich Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize für einzelne Leistungen, Leistungsmengen oder Case-Mix-Volumina abstellen

Zielvereinbarungen mit den Chefärzten gibt es in insgesamt 62 % der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten. Entsprechende Vereinbarungen nehmen mit steigender Krankenhausgröße merklich zu. Vor allem in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten (90 %) und mittelgroßen Einrichtungen mit 300 bis 599 Betten (75 %) werden sie standardmäßig abgeschlossen, während sie in kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten weniger verbreitet sind (45 %).

Krankenhäuser mit Zielvereinbarungen wurden gefragt, inwieweit sie hier konkrete und messbare Ziele für ausgewählte Zielgrößen vereinbart haben. Am häufigsten werden demnach organisatorische Ziele vereinbart, z. B. Prozessverbesserungen oder Projektumsetzungen. In fast drei Vierteln der Häuser mit Zielvereinbarungen werden sie mit allen Chefärzten (25 % der Krankenhäuser) bzw. vielen Chefärzten (48 % der Krankenhäuser) vereinbart.

Zielvereinbarungen zu qualitätsorientierten Zielen, also der Verbesserung der medizinischen Leistungsqualität, und zu patientenorientierten Zielen, z. B. die Erhöhung der Patientenzufriedenheit oder der Patientenbindung, sind ähnlich weit verbreitet.

Eine deutlich geringere Verbreitung haben Zielvereinbarungen mit mitarbeiterorientierten Zielen, etwa zur Personalentwicklung, sowie vor allem Vereinbarungen mit ökonomischen Zielen, etwa zum Abteilungsergebnis. So vereinbart etwa nur gut die Hälfte der Häuser mit Zielvereinbarungen mitarbeiterorientierte Ziele mit allen oder vielen Chefärzten. Mit Blick auf die ökonomischen Ziele gibt es nahezu eine Gleichverteilung über die vier Antwortkategorien (Abb. 3).

In knapp drei Vierteln der Krankenhäuser mit Zielvereinbarungen erhalten alle Chefärzte (32 % der Krankenhäuser) bzw. viele Chefärzte (41 % der Krankenhäuser) eine Gratifikation, wenn sie ihre Zielvereinbarung erfüllen. Im Rahmen einer offenen Frage wurden hier weitest-

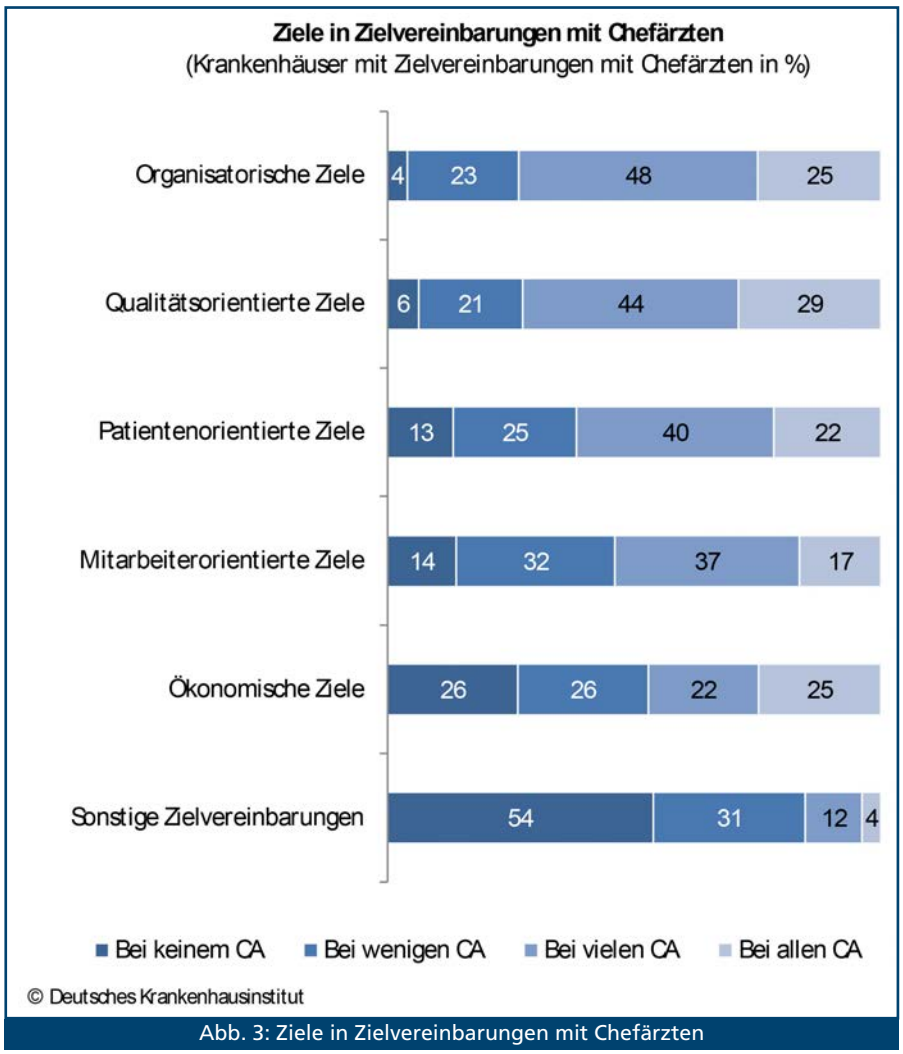


Abb. 3: Ziele in Zielvereinbarungen mit Chefärzten

[1] Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhaus Barometer 2007. Düsseldorf 2007 (www.dki.de)

gehend monetäre Gratifikationen genannt.

Ausgestaltung von neuen Chefarztverträgen

Des Weiteren sollten sich die Krankenhäuser dazu äußern, wie sie in den letzten drei Jahren neue Chefarztverträge grundsätzlich gestaltet haben. Bei dieser Fragestellung stehen Vergleichsdaten aus dem Jahr 2007 zur Verfügung.[2]

Auch die Ausgestaltung neuer Chefarztverträge belegt den grundsätzlichen Trend weg vom Liquidationsrecht und hin zur Beteiligungsvergütung (Abb. 4). Nur noch 29 % der Krankenhäuser räumen neuen Chefärzten ein eigenes Liquidationsrecht ein. In 73 % der Einrichtungen bildet die Beteiligung an Erlösen des Krankenhausträgers den Standard bei Neuverträgen.

2007 hatten noch jeweils knapp 60 % der Krankenhäuser ein Liquidationsrecht bzw. eine Beteiligungsvergütung bei neuen Chefarztverträgen vereinbart.

Zwei Drittel der Krankenhäuser treffen Zielvereinbarungen mit neuen Chefärzten. Im Vergleich zum Jahr 2007 ist hier der Trend deutlich rückläufig, ggf. auch infolge der zwischenzeitlich erfolgten gesetzlichen Neuregelung zu Zielvereinbarungen mit Chefärzten nach § 135c SGB V bzw. der darauf basierenden Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft hierzu.

Gut die Hälfte der Einrichtungen überführt Nebentätigkeiten der Chefärzte in ihren Dienstaufgabenkatalog. Nur 14 % räumen den Chefärzten den Status des „Leitenden Angestellten" im Sinne des Kündigungsschutzgesetzes mit der Übertragung umfangreicher Personalbefugnisse ein. Im Vergleich zu 2007 ist auch bei diesen Regelungen ein leichter Rückgang zu beobachten. Dies dürfte maßgeblich an der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes der letzten Jahre liegen, welche es Krankenhausträgern deutlich erschwert hat, Chefärzte zu „Leitenden Angestellten" nach dem Kündigungsschutzgesetz und dem Betriebsverfassungsgesetz zu machen.

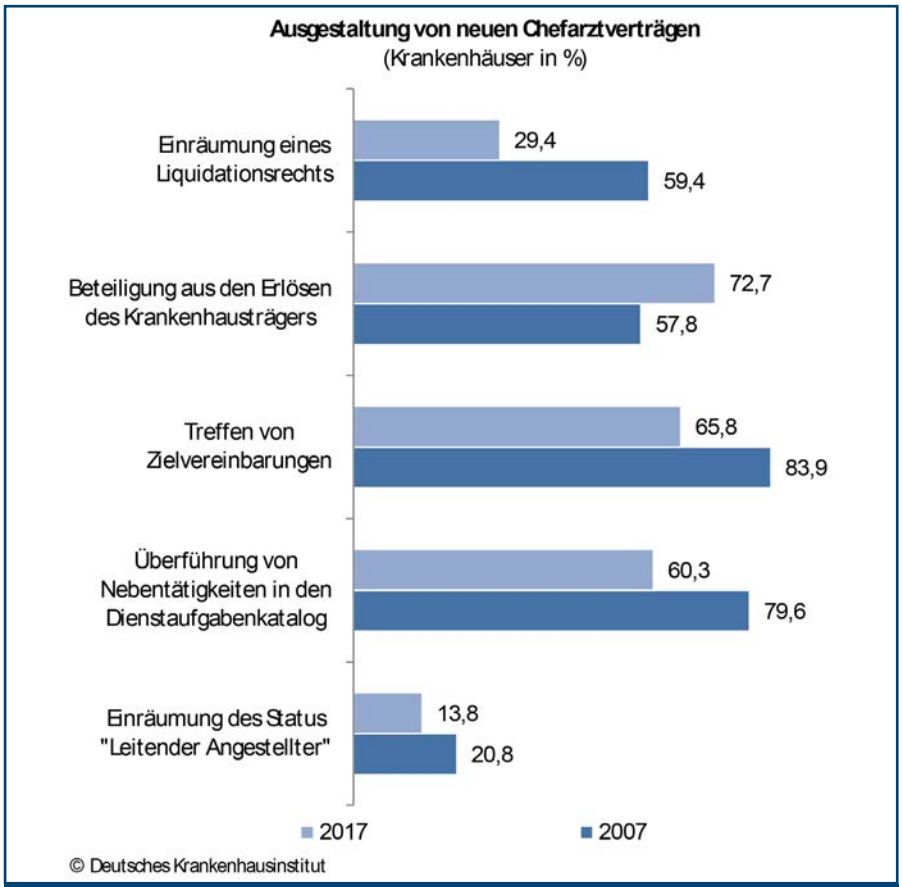


Abb. 4: Ausgestaltung neuer Chefarztverträge

Fazit

Die Chefarztverträge in den deutschen Krankenhäusern haben in den letzten zehn Jahren umwälzende Änderungen erfahren. Zwei wesentliche Entwicklungen lassen sich dabei ausmachen:

Zum einen befindet sich das eigene Liquidationsrecht des Chefarztes, über viele Jahrzehnte das Standardmodell der Chefarztvergütung, eindeutig auf dem Rückzug. Zunehmend wird es durch eine Beteiligungsvergütung des Chefarztes an den Erlösen des Krankenhausträgers ersetzt.

Zum anderen haben die jahrelange Diskussion um ergebnisabhängige Bonusvereinbarungen in Chefarztverträgen und die dadurch ausgelösten gesetzlichen Änderungen dazu geführt, dass sich Zielvereinbarungen, speziell mit ökonomischen Inhalten, rückläufig entwickelt haben. Monetäre Gratifikationen, die nach wie vor Standard in vielen Chefarztverträgen sind, beziehen sich dementsprechend stärker auf organisatorische und qualitätsorientierte Ziele.

Die „Krankenhaus Barometer 2017" des Deutschen Krankenhausinstituts ist als kostenloser Download verfügbar unter www.dki.de

Kontaktdaten des Autors:
Dr. Karl Blum,
Vorstand Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
E-Mail: Karl.Blum@dki.de

[2] Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhaus Barometer 2007. Düsseldorf 2007 (www.dki.de)

Dr. Nicolas Krämer

Angriff aus der Dunkelheit

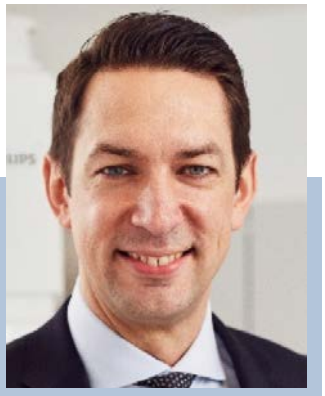
Verbalisierung meines Vortrages „Mit Datenschutz zum Datenschatz – wie man sensible Controllingdaten vor Cyberangriffen sichert" vom 15. November 2017 beim 40. Deutschen Krankenhaustag in Düsseldorf (Auszüge)

23. Februar 2016: Cyberangriff auf ein Krankenhaus. IT-Systeme heruntergefahren. Erpressung des Krankenhauses durch kriminelle Hacker. Das FBI ermittelt. Und Intensivpatienten sterben durch ferngesteuerte Medikamentenpumpen und Beatmungsgeräte. All das ereignete sich am 23. Februar 2016 um 21.15 Uhr auf RTL in der US-Serie „CSI:CYBER". All das ereignete sich aber auch genauso 13 Tage vorher, am 10. Februar 2016, bei uns im Lukaskrankenhaus in Neuss. Auch wir wurden angegriffen, auch bei uns waren in der Folge sämtliche IT-Systeme heruntergefahren, auch wir wurden erpresst und auch bei uns ermittelte das FBI. Nur eines passierte bei uns nicht. Bei uns musste in Folge des Cyberangriffs kein Patient sterben, und auch die hochsensiblen Patientendaten wurden nicht kompromittiert, was durchaus erwähnenswert ist, denn im Darknet kann man mit vertraulichen Gesundheitsdaten mehr Geld verdienen als mit geheimen Kontoinformationen von Bankkunden, und weltweit wird mit Cyberkriminalität mehr Geld umgesetzt als im internationalen Rauschgifthandel. Konrad Zuse, der Erfinder des Computers, würde sich im Grabe herumdrehen, wenn er wüsste, wie die von ihm entwickelte Technologie zu kriminellen Zwecken missbraucht wird.

[…]

Mit Datenschutz zum Datenschatz

Am 5. Dezember 2015 titelte das deutsche Nachrichtenmagazin „Der Spiegel": „Total vermessen – wir werden gläserne Patienten und hoffen auf ewige Gesundheit".[1] In dieser Ausgabe ging es um die elektronische Patientenakte, die hierzulande nach wie vor kontrovers diskutiert wird. Während die Einstellung in anderen Ländern weniger kritisch ist, so zum Beispiel im angelsächsischen Bereich oder in den Niederlanden, wo sämtliche Gesundheitsdaten eines Menschen „von der Wiege bis zur Bahre" auf einer elektronischen Karte gespeichert werden, ist in Deutschland nach wie vor eine abwartende Haltung zu beobachten. Immer wieder wird der Datenschutz – eine Keule, mit der jede gute Idee vernichtet werden kann – als Hauptargument angeführt. Und das, obwohl die Vorteile aus ärztlicher Sicht überwiegen, da es die Diagnose deutlich erleichtert, wenn der Mediziner einen Blick auf die gesamte Krankengeschichte eines Patienten werfen kann und nicht nur mit akuten Symptomen konfrontiert wird. Fraglich ist allerdings, ob die Daten in der analogen Welt besser geschützt sind als digital. In Deutschland besteht eine gesetzliche Aufbewahrungsfrist für Patientenakten von 30 Jahren. Der Autor des vorliegenden Artikels hat fünf Jahre im Health-Care-Bereich einer großen



Dr. Nicolas Krämer

Wirtschaftsprüfungs- und -beratungsgesellschaft gearbeitet und in dieser Zeit zahlreiche Krankenhäuser als Mandant betreut. Er weiß, wie das typische Patientenaktenarchiv in einem Krankenhaus aussieht: Das ist der feuchte Keller, das ist der Dachboden, das ist das Logistikzentrum in der Peripherie – ohne Wärter, ohne Kameraüberwachung, ohne einbruchsichere Schließsysteme. Wer kriminelle Energie hat, könnte dort ohne große Mühe eindringen, den Messerollgriff machen und die Akten mit seinem Smartphone abfotografieren und sich im Darknet eine goldene Nase verdienen. Das interessiert hier niemanden. Wenn es aber um Big Data geht, bricht in Deutschland regelmäßig Paranoia aus.

[…]

Ein traditionsreiches Krankenhaus mit der Zukunft im Blick

Das Lukaskrankenhaus ist ein

[1] Vgl. http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-140273569.html, Abruf vom 3. August 2017.

Krankenhaus mit 537 Betten und 12 Fachabteilungen, in denen von G wie Geburtshilfe bis G wie Geriatrie (Altersmedizin) Leistungen für den gesamten Lebenszyklus des Menschen angeboten werden. Das Haus ist wirtschaftlich solide aufgestellt und gehört zu den Häusern, die Gewinne erzielen – nicht als übergeordnetes Ziel, sondern als Mittel zum Zweck, da Medizin im 21. Jahrhundert Medizin 4.0 bedeutet. Medizintechnik spielt eine wichtige Rolle. Herzkathetermessplätze, CT-Geräte und Linearbeschleuniger sind teuer, so dass wir am Ende eines Geschäftsjahres stets eine Handbreit mehr Einnahmen als Ausgaben unter dem Kiel haben müssen, um investitions- und damit zukunftsfähig zu bleiben. Die Studie zur Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser, die das Deutsche Krankenhaus Institut im November 2015 zusammen mit der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO veröffentlicht hat, besagt, dass ein durchschnittliches Krankenhaus in Deutschland 9,4 Prozent seiner Mittel in IT investiert, d.h. in Hardware und in Software.[2] Das Lukaskrankenhaus investierte in den letzten beiden Jahren 13% bzw. 18% seiner Fördermittel nur in IT-Sicherheit. Trotzdem konnte der Cyberangriff gelingen. Wie war das möglich? In diesem Zusammenhang sei ein leitender Mitarbeiter einer deutschen Verfassungsschutzbehörde zitiert, der gesagt hat: „Investieren Sie nicht 10.000 Euro in eine weitere Firewall. Investieren Sie besser 100.000 Euro in jemanden, der diese vernünftig bedient.“ Mit anderen Worten: Der Faktor Mensch spielt beim Thema IT-Sicherheit eine entscheidende Rolle.

Lukaskrankenhaus 2.0

In Sachen Digitalisierung im Gesundheitswesen nahm das Lukaskrankenhaus immer schon eine Vorreiterrolle ein. So wurden hier verschiedene Pilotprojekte erfolgreich umgesetzt.

Die Krankenhausprozesse zu beschleunigen und mithin Zeit für die Patienten zu schaffen, ist Ziel des Projektes „Visite 2.0“. Lukasmitarbeiter greifen via iPad mini auf die relevanten Patientendaten zu und pfle-

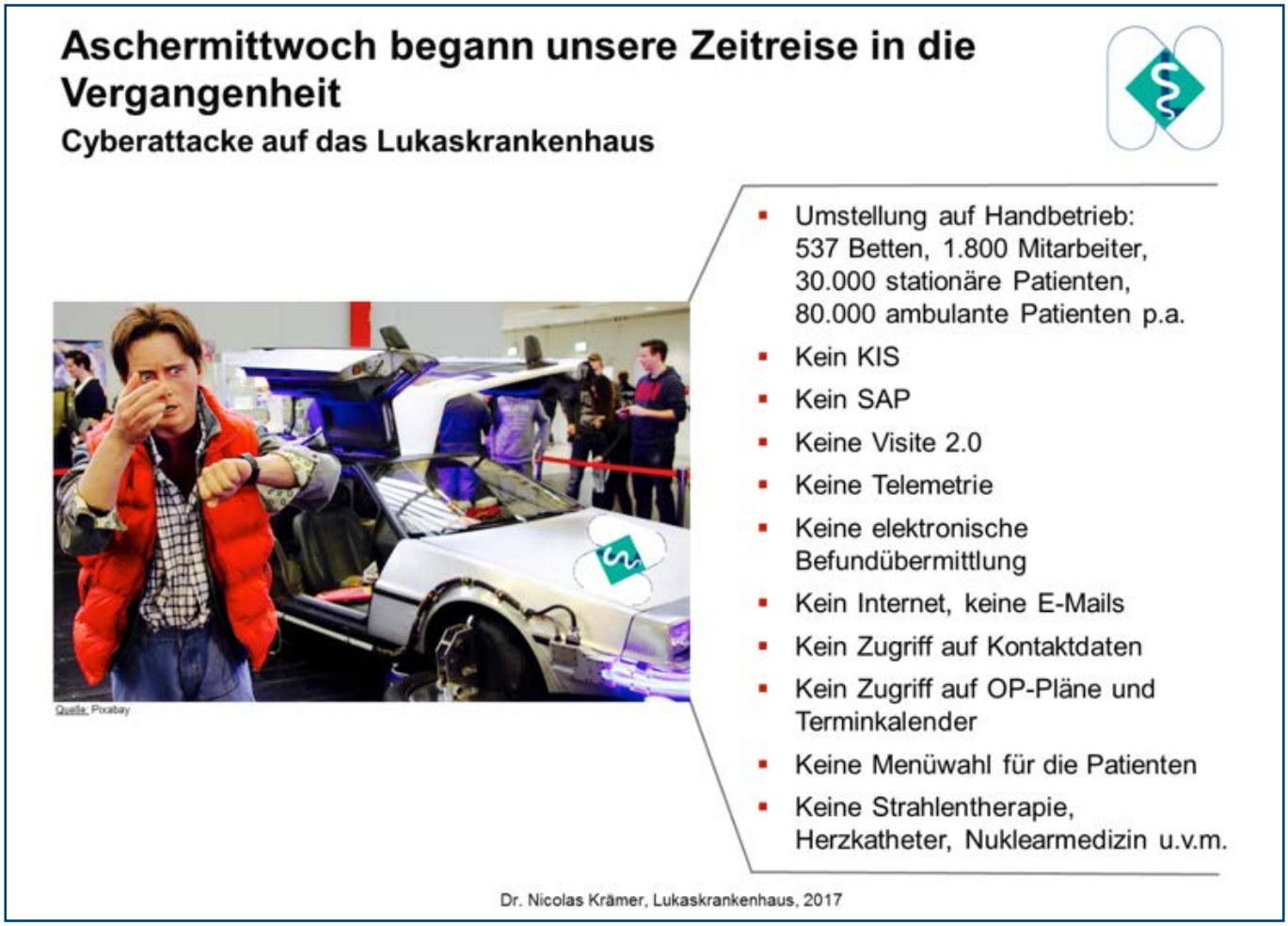
[2] Vgl. https://www.bdo.de/de-de/einblicke/weitere-veroffentlichungen/studien/krankenhausstudie-2015-investitionsfahigkeit-der, Abruf vom 3. August 2017.

gen die Patientenakte dort, wo die Daten entstehen und benötigt werden, nämlich direkt am Patientenbett. Aus diesem wichtigen Schritt auf dem Weg zum weitestgehend papierlosen Krankenhaus resultieren zahlreiche Vorteile. Ärzte und Pflegekräfte verfügen stets aktuell über sämtliche diagnose- und pflegerelevanten Informationen, die Dokumentation wird vereinfacht und beschleunigt. Außerdem wird Patienten der neueste Stand der Technik geboten. Mithin wird eine einheitliche elektronische Patientenakte geschaffen, die eine umfängliche Dokumentation aller relevanten Patienteninformationen von der Aufnahme über die OP und die Station bis zur Entlassung ermöglicht. In den Städtischen Kliniken Neuss wurde mit der Einführung der Visite 2.0 die Möglichkeit der papierlosen Dokumentation integriert und somit ein wesentlicher Meilenstein auf dem Weg zum papierlosen Krankenhaus erreicht. Diesem gehört die Zukunft. Das Projekt aus der hauseigenen IT-Abteilung überzeugte auch beim Enterprise Mobility Summit 2015 in Frankfurt: Das Lukaskrankenhaus erhielt für seine „Visite 2.0“ den Award in der Kategorie Business Process Mobilization. Außerdem wurde das Projekt mit dem 2. Förderpreis des Deutschen Vereins für Krankenhauscontrolling ausgezeichnet.[3]

Ein weiteres erfolgreich umgesetztes Projekt betrifft die Telemedizin. Wenn‘s ums Herz geht, zählt jede Minute. Alle Rettungswagen im Rhein-Kreis Neuss sind mit telemedizinischen Einheiten (ORTIVUS®, Lifenet®) ausgestattet, die die Aufzeichnungen der EKGs direkt in die Chest-Pain-Unit des Lukaskrankenhauses übertragen. Der deutliche Zeitgewinn hat zu einem 23-prozentigen Anstieg der Zahl von Patienten geführt, die das Lukaskrankenhaus nach einem akuten Herzinfarkt lebend erreichen – also ein hart messbarer Vorteil der Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Am Aschermittwoch ist alles vorbei

Aschermittwoch 2016: Am Morgen merken zuerst die Radiologen, dass etwas nicht stimmt, dann sind es die Ärzte und Pflegekräfte in der Zentra-



[3] Quelle: Krämer, N.: Skyfall - oder was Krankenhäuser von James Bond lernen können, in: am puls, Magazin für Politik und Gesundheit, 14. Jg. (2017), Ausgabe 1/2017, S. 16-17, hier: S. 16.

len Notaufnahme. Was ist los mit der IT? Dies ist mehr als eine ärgerliche, aber doch harmlose Störung eines Systems, merkt die IT-Abteilung schnell. Schnell: Das ist jetzt das Gebot der Stunde – schnell zu handeln, aber kontrolliert. Die Geschäftsführung ruft den Krisenfall aus. Im Krisenstab sitzen vom Chef der Notaufnahme über die Leiter der IT, des Labors, die Pflegedirektorin bis zur Justiziarin und den beiden Pressesprechern diejenigen zusammen, die betroffen sind, Verantwortung tragen und Entscheidungen fällen müssen. Und das schnell. Zeit, die Lage ausgiebig zu analysieren, zu diskutieren und diverse Szenarien für alle möglichen Gegenmaßnahmen auszuarbeiten, ist nicht.

Erpressung 2.0

Denn es wird klar: Dies ist ein Hackerangriff, da versucht jemand, Daten zu verschlüsseln.[4] Auf einigen Rechner ist in geschliffenem Englisch eine Botschaft zu lesen: Derjenige, der da entgeistert auf den Bildschirm schaut, soll über eine E-Mail-Adresse Kontakt zum großen Unbekannten aufnehmen. Keine Zahlungsaufforderung, keine Drohung, was passieren wird, nur: Kontaktaufnahme.[5] Das Krankenhaus schaltet die Behörden ein.

[…]

Am 8. März 2016 berichteten in einer großen gemeinsamen Pressekonferenz die Staatsanwaltschaft Köln, Zentralstelle für Cyberkriminalität, die Cybercrime-Spezialisten des LKA sowie das BSI über den „Fall Lukaskrankenhaus“. Zentrale Aussage: Dieser Cyberangriff war keine gezielte Attacke auf eine Kritische Infrastruktur. Nach dem Täter oder der Tätergruppe wird weiter gefahndet.

Der Angriff auf das Lukaskrankenhaus war nicht der einzige auf eine Klinik. Andere Häuser waren nicht so stark getroffen oder hielten sich mit dem Schritt in die Öffentlichkeit zurück. Das Lukaskrankenhaus hat vom ersten Tag an auf Transparenz gesetzt und fühlt sich auf diesem Weg bestätigt.

Spannung wie in einem Hollywood-Thriller

Obwohl angeheizt durch Berichte der Boulevard-Medien wilde Verschwörungstheorien gesponnen wurden, ließ sich zwischen den Hackerangriffen auf deutsche Krankenhäuser kein direkter Zusammenhang erkennen. Ein Fall war aber sehr gut mit dem des Neusser Lukaskrankenhauses vergleichbar, nämlich der des Presbyterian Medical Centers in Hollywood, welches zeitgleich Opfer einer heftigen Cyberattacke wurde. Anders als in Neuss entschieden sich die amerikanischen Klinikverantwortlichen auf Anraten des FBI, das geforderte Lösegeld zu zahlen – unterschiedlichen Medienberichten zufolge drei Millionen oder 15.000 US-Dollar, umgerechnet in Bitcoins.[6] Seit Mai folgt das FBI übrigens den deutschen Amtskollegen und rät nunmehr davon ab, das Lösegeld zu zahlen.[7] Die Lukas-Mitarbeiter selbst fühlten sich in den Krisenwochen im Februar und März dieses Jahres wie in einem Hollywood-Thriller, hätten aber gut darauf verzichten können, in diesem eine Hauptrolle zu spielen. Oscarverdächtig war aber der Zusammenhalt innerhalb der Lukas-Familie. Einer ging für den anderen durchs Feuer, so dass ein Teamgeist entstand, der bis heute nicht erloschen ist.[8]

Drei Gründe, warum wir kein Lösegeld gezahlt haben

Erstens hätten wir nicht gewusst, was passiert wäre, wenn wir uns mit dem Täter in Verbindung gesetzt hätten. Vielleicht hätte er uns eine Software zur Verfügung gestellt, die nach Einspielen in unsere Systeme einen viel größeren Schaden verursacht hätte. Zweitens wurde über den Fall Lukas in den Medien groß berichtet. Wir wollten also einen Trittbrettfahrereffekt vermeiden, indem sich ein Unbeteiligter meldet und uns gegen Zahlung von 100.000 Euro in Bitcoins irgendeine Software zur Verfügung stellt, die uns möglicherweise gar nicht geholfen hätte. Und drittes und letztens ging es uns darum, unsere Zahlungsbereitschaft nicht unter Beweis zu stellen. Denn in Hackerkreisen ist es üblich, ähnlich wie in einem Franchisesystem einen Ransomware weiterzugeben, verbunden mit dem Hinweis, dass ein Opfer gezahlt hat. Motto: Das Lukaskran-

[4] Vgl. DAHMEN, U.: IT-Krise im Lukaskrankenhaus Neuss, in: KU Gesundheitsmanagement, 85. Jg. (2016), Ausgabe April 2016, S. 73-73.
[5] Quelle: Krämer, N.; Dahmen, U.: Angriff aus der Dunkelheit: Cyberattacke auf das Lukaskrankenhaus Neuss, erscheint in: Bartsch, M. (Hrsg.): Cybersecurity Best Practices: Von der Strategie zur Lösung, Heidelberg 2018.
[6] Vgl. http://www.tagblatt.de/Nachrichten/Klinik-in-Hollywood-zahlt-Hackern-Loesegeld-277691.html, Abruf vom 3. August 2017
[7] Vgl. https://www.welt.de/print/welt_kompakt/hamburg/article159078035/Die-Angriffe-aus-der-Dunkelheit.html, Abruf vom 3. August 2017
[8] Vgl. KRÄMER, N.; DAHMEN, U.: Cyberangriff auf das Lukaskrankenhaus Neuss – Trojaner im KIS, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 34. Jg. (2017), Ausgabe Januar 2017, S. 16-18.

kenhaus hat gezahlt, versuch Du Dein Glück in sechs Wochen doch auch. Überhaupt läuft es anders, als man es von früher aus dem Tatort kennt. Man trifft sich an der Autobahnraststätte Wildeshausen-West, dann gibt es einen Koffer voller Geld gegen die Geisel. Die Zeiten sind vorbei. Die modernen Erpressungen finden virtuell statt. Diese wenig greifbare Problematik führte im Krisenstab zur Verzweiflung. Wenn sich die Cybercops vom LKA mit den IT-Experten unterhielten, fragten sich Pressesprecher und Geschäftsführer ohnehin, in welcher Programmiersprache die miteinander sprechen.

Wiederhochfahren der Systeme gemäß Priorisierungsliste

Am Sonntag, dem 14. Februar, herrschte im Krisenstab gute Stimmung. Das lag nicht daran, dass Valentinstag war, sondern daran, dass es erstmals hieß, dass unsere Systeme virenfrei sind. Am nächsten Tag konnte also mit dem sukzessiven Wiederhochfahren der Systeme begonnen werden. Der Krisenstab entschied sich in enger Abstimmung mit den medizinischen Leistungsbereichen für die folgende Reihenfolge:

1) Labor
2) SAP
3) Strahlentherapie
4) v.a.m.

Wie kam es zu dieser Reihenfolge? Ein erfolgreiches Krankenhaus verfügt über effektive und effiziente Prozesse. In diesem Zusammenhang spielt die Labormedizin eine große Rolle. Es macht einen großen Unterschied aus, ob ein Stationsarzt in der digitalen Welt eine Stunde auf einen angeforderten Laborbefund wartet oder einen ganzen Tag im Handbetrieb. Daher war es wichtig, das Labor als erstes wieder an die Systeme anzuschließen. An zweiter Stelle stand nicht das SAP-System, weil der kaufmännische Geschäftsführer großen Wert darauf legte, dass in seiner Verwaltung Buchhalter und Controller schnell wieder arbeitsfähig werden – nein. Nach fünf Krisentagen drohten uns so langsam unsere Medikamentenbestände auszugehen. Die Bestellung von Arzneien ist aber heutzutage ein ausschließlich webbasierter Prozess. Bei Bayer anzurufen und 100 Pakkungen Aspirin telefonisch zu bestellen, ist unmöglich. An dritter Stelle stand unsere große Strahlentherapie mit modern-

Fragen wir Dr. med. James Bond

007 Tipps für Cybersicherheit

007

001 Beispiel für ein sicheres Kennwort: **P@Racet@m()l_2o17**

002 Vorsicht bei E-Mails von unbekannten Absendern, Quarantänefilter und/oder Sandboxsystem

003 Firewalls, Netzwerksegmentierung, regelmäßige Datensicherungen/ Backups und Patches

004 Penetrationstests, Notfallplan/ Ausfallkonzept inkl. Versicherungsschutz

005 Keine Dienstgeheimnisse in den Sozialen Medien veröffentlichen

006 BSI-Grundschutz oder Zertifizierung nach DIN EN ISO 27001

007 AWARENESS!

Quelle: am Puls, 4. Jg., Ausgabe 1/2017, S. 17

Dr. Nicolas Krämer, Lukaskrankenhaus, 2017

ster Linearbeschleunigertechnik. Krebspatienten dürfen ihre Bestrahlung für maximal eine Woche unterbrechen, ansonsten drohen signifikante Beeinträchtigungen der Behandlungsqualität. Andernfalls hätten wir etwa 100 Patienten in anderen Einrichtungen verweisen müssen, was für diese ebenso wie für das Lukaskrankenhaus mit wesentlichen Nachteilen verbunden gewesen wäre. Die Wiederinbetriebnahme entwickelte sich zu einem Wettlauf gegen die Zeit, der per Zielfotoentscheid gewonnen wurde.

[…]

Der Täter

Die Aufklärungsquote bei Cybercrime liegt in Deutschland bei 33%.[9]

Statisch gesehen ist der Täter männlich, um die 30 Jahre und lebt in den USA. Wir hoffen, dass auch unser Täter diesem Profil entspricht und er nicht in Deutschland, sondern in den USA lebt, denn dort erhält er für das, was er angerichtet hat, 30 Jahre Knast und nicht wie in Deutschland sechs Wochen Computerverbot. Der Hacker, der im Jahr 2016 über eine Million Telekom-Router lahmgelegt hatte, wurde am 28. Juli 2017 in Deutschland nur zu einer Bewährungsstrafe verurteilt.[10]

Aus der Welt der Geheimagenten

Das Thema Kennwortsicherheit wird in vielen Unternehmen des Gesundheitswesens sträflich vernachlässigt. Untersuchungen belegen, dass die häufigsten Passwörter „Passwort“ oder „1234“ lauten. Das ist gefährlich, wie ein historischer Vergleich belegt. Als die ersten Hacker überhaupt können Mathematiker des britischen Geheimdienstes MI-5 angesehen werden. Im Jahr 1940 gelang es ihnen, in ihrem Hauptquartier in Bletchley Park bei London den Code der deutschen Chiffriermaschine Enigma zu entschlüsseln. Fortan lasen die Alliierten die Funksprüche der deutschen Wehrmacht mit, wodurch der Zweite Weltkrieg für diese nicht mehr zu gewinnen war. Wie war das möglich, galt doch die Enigma als Meisterwerk deutscher Ingenieurkunst und als unknackbar? Die deutschen Funker waren faul und wenig einfallsreich. Sie verwendeten immer wieder die gleichen Codewörter, um ihre Funksprüche zu verschlüsseln, und verwendeten in diesen besonders häufig Wörter wie „Vaterland“ und „Kaiserreich“ – Begriffe also, die alles andere als originell waren. Kennwörtern und deren regelmäßiger Aktualisierung kommt also eine im wahrsten Sinne des Wortes kriegsentscheidende Bedeutung zu.[11]

Was getan werden muss, um ein Krankenhaus vor unbefugten Zugriffen von außen zu schützen, verrät uns vor diesem Hintergrund ein Experte, der fiktive Dr. med. James Bond. Wer seine Grundprinzipien einhält, hat die Lizenz für IT-Sicherheit. Und hier geht es nicht um die googlesichere Weste. Nein: Als wichtigste Regel gilt dabei bezogen auf die Mitarbeiter die Awareness, neudeutsch für Sensibilisierung, für die Einhaltung der Regeln, da der Faktor Mensch eine große Rolle spielt. Eingehen auf die einzelnen Punkte: Ziel, das Horrorszenario, welches Marc Elsberg in seinem Thriller „Black Out“[12] auf bizarre Art und Weise skizziert, möge sich nicht bewahrheiten.

Krankenhäuser stehen durch die Digitalisierung vor einem Paradigmenwechsel

Die Digitalisierung hat in unserer Gesellschaft Einzug erhalten. Die Entwicklung macht auch vor dem Gesundheitswesen nicht halt. Bereits heute wird Dr. Google von vielen Patienten als erstes konsultiert, bevor der Leibarzt höchstens für die Zweitmeinung zu Rate gezogen wird. Die Rede ist auch nicht von Fitnessarmbändern und ähnlichem Schnickschnack. Schenkt man Zukunftsforschern Glauben, steht im Gesundheitswesen durch die Digitalisierung ein echter Paradigmenwechsel bevor. Mit 3-D-Druckern werden künstliche Kniegelenke und menschliche Organe reproduziert. Das Gegenteil von künstlicher Intelligenz ist natürliche Dummheit. 20 Prozent aller ärztlichen Diagnosen sind falsch – außerhalb des Lukaskrankenhauses natürlich. IBM heißt mitnichten „immer besser manuell“. Mithilfe des Supercomputers IBM Watson kann diese Lücke geschlossen werden. Er enthält das Lehrbuchwissen aller medizinischen Fachbücher dieser Welt. Sein Wissen verdop-

[9] Vgl. KRÄMER, N.; DAHMEN, U.: Cyberangriff auf das Lukaskrankenhaus Neuss – Trojaner im KIS, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 34. Jg. (2017), Ausgabe Januar 2017, S. 16-18.

[10] Vgl. http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/netzwirtschaft/urteil-telekom-hacker-bekommt-eine-bewaehrungsstrafe-15126202.html, Abruf vom 3. August 2017

[11] Vgl. Krämer, N.: Skyfall - oder was Krankenhäuser von James Bond lernen können, in: am puls, Magazin für Politik und Gesundheit, 14. Jg. (2017), Ausgabe 1/2017, S. 16-17

[12] Vgl. Elsberg, M.: Blackout – morgen ist es zu spät, München 2012.

pelt sich alle paar Wochen. So kann der Rechner Ärzte bei der Diagnosestellung unterstützen. Und bereits in wenigen Jahren wird es möglich sein, für unter 100 Euro einen DNA-Test durchzuführen, der mir aufzeigt, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, in einem gewissen Lebensalter an einer bestimmten Krankheit zu erkranken. Und nicht nur das. Es wird möglich sein, mir den Bakterienmix zu benennen, den ich meinem Essen beimischen muss, damit diese Krankheit nicht ausbricht. Täglich wird mir mein Smartphone das Delta zwischen dem Istzustand und dem geforderten Bakterienmix aufzeigen, so dass eine signifikante Steigerung von Lebensqualität und Lebensdauer ermöglicht werden. Unabhängig davon, dass hier keine medizinethische Debatte über ein mögliches Recht auf Nichtwissen geführt werden soll, eröffnen sich durch den Einsatz von Informationstechnologie Möglichkeiten, die noch vor wenigen Jahren als Science Fiction abgetan worden wären. Es wäre fatal, wenn diese fantastischen Zukunftstrends durch fehlende IT-Sicherheit in die falschen Bahnen gelenkt würden.

Fazit

Das chinesische Schriftzeichen für Krise und Chance ist dasselbe. Und auch wir haben viel aus der Krise gelernt. Erstens haben wir die Probe aufs Exempel gemacht und festgestellt, dass auch ein hochgradig automatisiertes Krankenhaus erfolgreich im Handbetrieb betrieben werden kann. Zweitens hat die Lukas-Familie in der Krise zusammengehalten. Einer ist für den anderen durchs Feuer gegangen, und nicht nur im Krisenstab ist in jenen Tagen ein Teamgeist entstanden, der bis heute nicht erloschen ist. Und drittens und letztens haben wir auf eindrucksvolle Art und Weise unsere Schwachstellen aufgezeigt bekommen. Nur aus Fehlern lernt man und in der Umsetzungsphase befinden wir uns bis heute.

Meine Damen und Herren, bleiben Sie gesund und fangen Sie sich bloß keinen Virus ein.

Kontaktdaten des Autors:
Dr. Nicolas Krämer
Kaufmännischer Geschäftsführer
der Städtischen Kliniken Neuss
– Lukaskrankenhaus – GmbH
E-Mail: nkraemer@lukasneuss.de

Dr. Dirk Hüske-Kraus

Apps im Gesundheitswesen*

Dafür gibt es eine APP!“ hat vermutlich schon jeder einmal gehört, und nicht wenige werden wie der Autor schon die folgende Erfahrung gemacht haben: „Dafür müsste es eine APP geben.“ denkt man, überlegt sich Einsatzszenarien, Zielpublikum und Eckgrößen des Business Case. Beim Check im App-store stellt man dann aber leider fest, dass es eine derartige App bereits gibt.

Neben der Enttäuschung, dass man wieder mal zu langsam war, und dem immerhin noch guten Gefühl, dass die Idee ja offensichtlich so schlecht gewesen sein kann, vermittelt diese Erfahrung noch eine weitere Erkenntnis: Der App-Markt ist sehr dynamisch, und diese Dynamik ist ein Aspekt unter vielen anderen, die es erlauben, Apps nicht nur als ein weiteres Instrument im IT-Lösungsbaukasten, sondern vielmehr als etwas qualitativ Neues und Anderes zu verstehen.

Im Folgenden sollen je drei funktionale und non-funktionale Aspekte näher beleuchtet werden. Dabei werden die Anforderungen eines Einsatzes im Gesundheitsversorgungskontexten besonders beachtet.

Entwicklungsmodelle

In 2016 finden sich in den App-Stores von Google und Apple je über 100.000 „mHealth Apps“; mit etwa 50.000 Neuzugängen hat sich der Play Store von Google in 2017 an die Spitze gesetzt[1].

Diese extreme Dynamik ist durch eine enorm große und weltweit verteilte Population von App-Entwicklern möglich geworden. Die Schätzungen schwanken zwischen 2,2[2] für 2014 und 8,7[3] Millionen App-Entwicklern in 2016.

Die Kehrseite dieser weltumspannenden und sehr agilen „developer community“ ist natürlich eine unvermeidliche Abkehr von herkömmlichen Beziehungen, die man zu seinen Softwarelieferanten pflegt. Unter anderem fällt es, anders als bei etablierten Softwareherstellern, strukturell schwer, zu beurteilen, wieviel klinischer Sachverstand in die Entwicklung von Anwendungen geflossen ist. Nach Boulos et al[4]. scheinen erhebliche Zweifel angebracht. Hier wird auf Studien verwiesen, die für Apps in den Anwendungsgebieten „Kolorektale Erkrankungen“ (n=68) und „Mikrobiologie“ (n=94) nur

Dr. Dirk Hüske-Kraus

in 32% respektive 34% eine Beteiligung von Klinikern in den Herstellerangaben fanden. Eine von Boulos et al. zitierte Studie[5] berichtet sogar explizit über beunruhigende Ergebnisse der Analyse von Dosisberechnungsanwendungen für Opioide, die prinzipiell lebensgefährlich seien. Die Charismha Studie[6] in Deutschland analysiert in 2016 die Literaturlage hinsichtlich der Evidenz zum Nutzen von Gesundheits-Apps und findet – verkürzt gesagt – wenig Licht und viel Schatten.

Dass die oft intransparente Situation der SW-Provider auch

Mögliche App-Funktionen, die in herkömmlichen Lösungsarchitekturen nicht gegeben sind	Neuartige Aspekte des Inverkehrbringens
Ubiquitärer, mobiler Einsatz	Entwicklungsmodelle
Inhärente Vernetztheit	Distributionsmodelle
Breites Sensorium	Businessmodelle

Tabelle 1: Funktionale und nonfunktionale Besonderheiten von Apps gegenüber stationären Anwendungen

* Vortrag gehalten beim 40. Deutschen Krankenhaustag am 14.11.2017

[1] Quelle: Research2Guidance, https://research2guidance.com/325000-mobile-health-apps-available-in-2017-android-now-the-leading-mhealth-platform/

[2] Quelle: Statista, https://www.statista.com/statistics/629370/share-of-android-app-developers-worldwide-by-country/

[3] Quelle: Evansdata: https://evansdata.com/press/viewRelease.php?pressID=244

[4] Quelle: Boulos, Maged N. Kamel, et al. „Mobile medical and health apps: state of the art, concerns, regulatory control and certification.“ Online journal of public health informatics 5.3 (2014): 229.

[5] O'Neill S, Brady RR. 2013. Clinical involvement and transparency in medical apps; not all apps are equal. Colorectal Dis. 15(1), 122. .10.1111/codi.12086

[6] http://charismha.weebly.com/uploads/7/4/0/7/7407163/charismha_gesamt_v.01.3-20160424.pdf

ein Risiko hinsichtlich der Investitionssicherheit darstellen kann, ist augenfällig. Zusätzlich problematisch ist, dass in diesem internationalen Markt nationale Regularien natürlich wenig gelten: Was in Deutschland oder den USA ein Medizinprodukt wäre, interessiert einen Entwickler auf der anderen Seite des Globus' nicht unbedingt, und so kommt es, dass wenigstens Apple in seinem App-Store „regulatorisch" tätig wird und – zugegeben nur minimale – Anforderungen an Health Apps stellt. Neben dem Umgehen einschlägiger Gesetze und Verordnungen hinsichtlich einer Software als Medizinprodukt müssen natürlich auch die Schutzanforderungen für sensible Gesundheitsdaten immer als potentiell problematisch gelten.

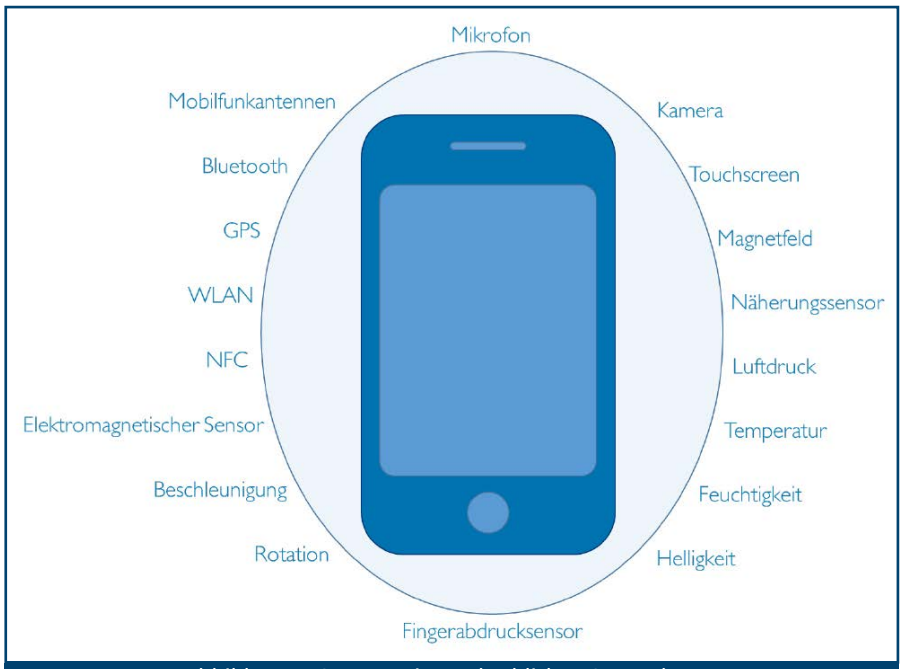


Abbildung 1: Sensoren in marktüblichen Smartphones

Foto: © ra2 studio/fotolia.com

Distributionsmodelle

Was für viele Nutzer angenehm ist, neue Versionen werden ohne aktives Zutun regelmäßig aktualisiert, ist für Betreiber von Apps im Gesundheitswesen eher unerwünscht: Die Softwareverteilung muss durch die eigentlichen Betreiber, also Krankenhäuser oder Krankenkassen, gesteuert werden können. Derartige Systeme sind in den allermeisten Krankenhäusern aber überhaupt nicht eingeführt.

Businessmodelle

Auch für Apps im Gesundheitswesen gilt: „Wen eine Leistung nichts kostet, der bezahlt sie dennoch: Mit seinen Daten." Die Vielzahl unterschiedlicher Modelle, sich als Inverkehrbringer von Gesundheits-Apps zu finanzieren, machen eine vorausschauende Bewertung der „total cost of ownership" nicht immer leicht. In der Regel werden werbefinanzierte Apps nicht professionell eingesetzt werden. In-App-Käufe müssten ja durch den Betreiber finanziert werden, was – ebenfalls in der Regel – nicht praktikabel ist. Damit bleiben – neben eigenen Auftragsentwicklungen – nur noch einmalige Lizenzkäufe oder Abonnementsmodelle übrig.

Ubiquitärer, mobiler Einsatz

Wohl eine der hervorstechendsten Eigenschaften mobiler Apps ist, dass sie, nun ja: mobil sind. Nicht nur können sie nahezu an jedem Ort verwendet werden, sondern sie können eben auch in der Bewegung verwendet werden. Dies eröffnet im Bereich der Logistik von Menschen

und Material neue Wege: Vom Transportdienst bis zur Navigationsanwendung für Krankenhausbesucher. Aber ubiquitär heißt eben auch „außerhalb der Versorgungseinrichtung“. Der hohe Durchdringungsgrad der Bevölkerung mit mobilen Geräten wie Smartphones oder Tablets ermöglicht Funktionen und insbesondere Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Patienten und Leistungserbringern, die in der pre-App-Ära schlicht undenkbar waren: Von Patiententagebüchern für chronisch Kranke, telemedizinische Konsultationen, das Tracking physiologischer Parameter, Kalkulations- und Erinnerungsfunktionen bis hin zum Einsatz als „Hilfsmittel“ bei eingeschränkten körperlichen Funktionen.

Inhärente Vernetztheit

Auch wenn heute natürlich herkömmliche Desktop-PCs und Notebooks ebenfalls gilt, dass sie nahezu immer in einem Netzwerk stehen, ist doch der Umstand, dass Smartphones gewissermaßen von Natur aus im Netz sind, zusammen mit der Begrenztheit ihrer Ressourcen der entscheidende Grund dafür, dass in diesem Umfeld wesentlich neue Anwendungsarten entstehen können: Die Notwendigkeit und gleichzeitig die Möglichkeit, Daten in zentrale Ablageorte auszulagern, ließ Programmier-Frameworks entstehen, die – wie etwa Apples HealthKit – Entwicklern viel Arbeit beim Speichern von Gesundheitsdaten abnehmen und die Wiederverwendbarkeit von Daten aus unabhängig voneinander entwickelten Anwendungen sicherstellen sollen.

Breites Sensorium

Moderne Smartphones verfügen über eine Vielzahl von Sensoren, wie Helligkeits- und Temperatursensoren. Aber auch Komponenten, die eigentlich keine Sensoren sind, wie etwa Bluetooth oder WLAN, lassen sich etwa zur Positionsbestimmung einsetzen. Auch der Touchscreen ist ein wichtiger Sensor: Etwa die Detektion von Auffälligkeiten oder Änderungen im Schriftbild bei neurologischen Erkrankungen werden hierdurch theoretisch möglich. Die eingebaute Kamera ermöglicht nicht nur die Dokumentation von (Bewegt-) Bildern, sondern auch – durch nachgeschaltete Bildanalyse – die Messung von Vitalparametern wie Puls und Atemfrequenz.

Die vor dem Hintergrund dieser neuen Optionen ermöglichten Funktionalitäten sind nahezu unübersehbar (s. Abbildung 2). Sie reichen von Fitness- und Lifestyle-Apps über solche, die Risikoprädiktion und entsprechende Prävention ermöglichen bis hin zu Überwachungs-, Konsultations- und Interventionsaufgaben im außerstationären Bereich. Innerklinisch stehen zum einen die Steuerung von Primär-, Sekundär- und Tertiärprozessen im Krankenhaus im Fokus, aber eben auch sämtliche Aspekte von Entscheidungsunterstützung, Edukation und Fortbildung sowie die Bereitstellung aktueller Informationen und Evidenzen.

Als mögliche Nutzerkreise kommen nahezu immer die Patienten neben den medizinischen Leistungserbringern infrage. Das häufige Lamento über Patienten mit mannigfachen Konsilen durch „Dr. Google“ sollte nicht den Blick auf die Tatsache verstellen, dass die existierenden technologischen Möglichkeiten, Patienten qualitativ suffizient und zeitnah zu informieren und sie, sowie ihre Angehörigen, an klinischen Prozessen mehr teilhaben zu lassen, bei weitem nicht genutzt werden. Nicht nur **kann** sowohl die Strukturqualität in den jeweiligen Patientenpopulationen als auch die Qualität präventiver, diagnostischer, interventioneller und nachsorgender Prozesse durch mobile, ubiquitäre und sensorreiche Geräte und entsprechende Anwendungen wesentlich verbessert werden, sie **muss** verbessert werden. Zur Erhöhung von Effizienz und Sicherheit unseres Gesundheitsversorgungssystems wie auch der Verbesserung partizipativer Strukturen und Patientenbeteiligung.

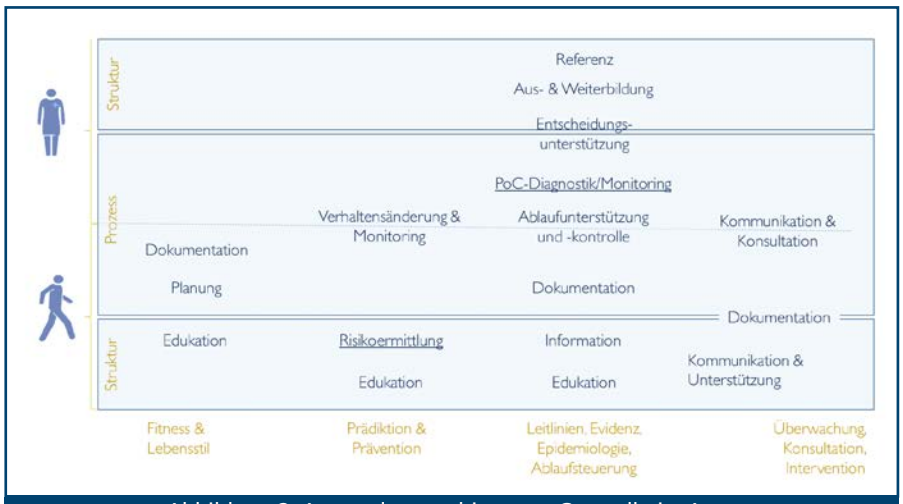


Abbildung 2: Anwendungsgebiete von Gesundheits-Apps

Kontaktdaten des Autors:
Dr. Dirk Hüske-Kraus
Clinical Director PCMS Services
Philips Medizinsysteme Böblingen
E-Mail: Dirk.Hueske-Kraus@philips.com

Gerd Klein / Wolfgang Plücker

Qualitätsmanagement und Risikomanagement

– Neuausrichtung im Krankenhaus –

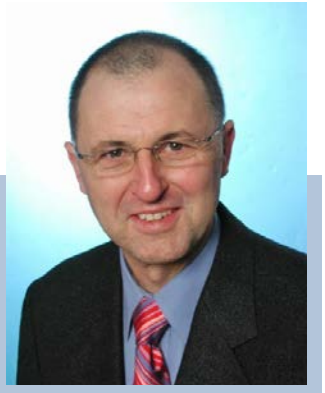
Krankenhäuser und die sie tragenden Akteure sind darauf ausgerichtet, für Patientinnen und Patienten das Beste zu tun. Ärzte und Pflegepersonal wollen Krankheiten heilen und Leiden lindern. Wenn das nicht möglich ist, sollen Patientinnen und Patienten wenigstens nicht zusätzlich geschädigt werden.

Niemand wird dies wirklich bestreiten.

Doch offenbar gelingt es nicht immer, die guten Absichten Wirklichkeit werden zu lassen. So hat die Bundesärztekammer in ihrer statistischen Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Jahr 2016 veröffentlicht, dass für den Krankenhaussektor 6.453 Sachentscheidungen getroffen wurden und dabei 1.679 Behandlungsfehler bejaht wurden. Der MDK-Gemeinschaft lagen 2016 15.094 Fälle vorgeworfener Behandlungsfehler zur Begutachtung vor; 66,6 % davon aus dem stationären Bereich. In 3.564 Fällen kamen die Gutachter zu dem Ergebnis, dass ein Behandlungsfehler vorlag und dieser ursächlich für den entstandenen Schaden war. (Abb.1)

Kommentatoren dieser Statistiken äußern die Annahme, dass von einer erheblichen Dunkelziffer bei Behandlungsfehlern ausgegangen werden muss, also von Fällen, die es gar nicht in die Statistiken schaffen.

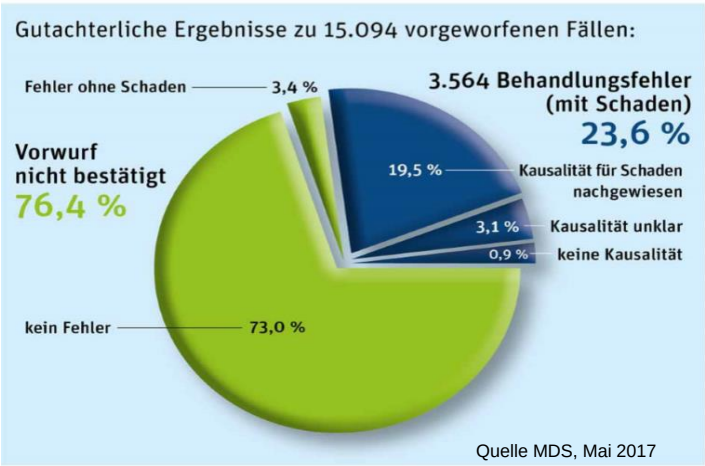
Das Phänomen ist nicht neu. Bereits 2007 unterrichtete der Sachverständigenrat den Bundestag zur Entwicklung im Gesundheitswesen, dass von nennenswerten Raten von Behandlungsfehlern ausgegangen werden muss. (Abb.2.)



Gerd Klein

Wolfgang Plücker

Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft
Jahresstatistik 2016



Gerd Klein, management-GK

Abbildung 1

Hier stellt sich die Frage der Qualität der Krankenhausbehandlung und sogleich an das Qualitätsmanagement sowie das Risikomanagement im Krankenhaus.

Nachfolgend soll dargestellt werden, ob Krankenhäuser in ihrem Qualitäts- und Risikomanagement Akteure sind oder Getriebene. Diese Frage ist von großer Bedeutung, da sie ent-

scheidend ist für die Effektivität und die Effizienz der eingeschlagenen Wege.

Es werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie das Management des Krankenhauses Qualitäts- und Risikomanagement effektiv, effizient und daraus folgend wirtschaftlich gestalten kann.

Kostensenkung oder Qualitätsmanagement?

Der Aufbau und die Nutzung eines organisierten Qualitätsmanagements hat in den Krankenhäusern keine allzu lange Tradition. Mit einer Serie von Reformen hat der Gesetzgeber in den zurückliegenden Jahrzehnten versucht, Einfluss auf die vermeintliche Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu nehmen. Die Kostenentwicklung konnte dadurch offenbar nicht wirklich eingedämmt werden, was immer wieder zu neuen Reformen führt/e.

Der mehr volkswirtschaftlich indizierte Ansatz zur Kostendämpfung seitens der Politik, hat auf der betriebswirtschaftlichen Ebene der Krankenhäuser nachhaltig Wirkung erzeugt. Um den gesetzlichen Vorgaben betrieblich nachzukommen, wurden Kostensenkungsanstrengungen unternommen, die Einsparpotentiale in den Strukturen suchten. Wenn sich Rahmenbedingungen irgendwann nicht mehr weiter optimieren lassen, besteht die Gefahr, dass bei weiterem Drehen an dieser Schraube negative Folgen für den Krankenhausbetrieb und die Leistungsqualität entstehen.

Gesetzliche Verpflichtungen

Diese Gefahr hat der Gesetzgeber erkannt und steuert/e dagegen, durch gesetzliche Verpflichtungen zur Qualität der Krankenhausleistungen, zum Patientenschutz und er stärkt die Patientenrechte. Dabei werden für Krankenhäuser immer mehr Anforderungen teilweise sehr konkret formuliert, deren Umsetzung erwartet wird:

Hier einige Beispiele:

- Das Krankenhaus hat, …einrichtungsintern ein **Qualitätsmanagement** einzuführen und weiterzuentwickeln, …“ (SGB V § 135a, Abs. 2 Nr.2)
- „…Das Krankenhaus hat wesentliche Maßnahmen zur Weiterentwicklung der **Patientensicherheit** ein- und durchzuführen. … wobei es Führungsaufgabe ist, die entsprechende **Risikostrategie** festzulegen“ (KQM-RL, § 5, (1))
- „…Ein **Fehlermeldesystem** muss für alle Mitarbeiter abteilungs- und berufsgruppenübergreifend niederschwellig zugänglich und einfach zu bewerkstelligen sein…“ (KQM-RL, § 5, (3))
- „Das Krankenhaus betreibt ein **patientenorientiertes Beschwerdemanagement** mit zügiger und transparenter Bearbeitung der Beschwerden… (KQM-RL, § 5, (7))

Der Gesetzgeber formuliert (scheinbar) konkret besondere Anforderungen für die Krankenhäuser. Es kommt jedoch nicht immer klar zum Ausdruck, was er denn da meint. So stellte sich das Krankenhausmanagement in der Vergangenheit wohl häufig die Frage: Was ist mit „Qualitätsmanagement“, was mit „Maßnahmen zur Patientensicherheit“, mit „Risikostrategie“, „Fehlermeldesystem“ oder „patientenorientiertes Beschwerdemanagement“ gemeint und, wie setzen wir das um?

Krankenhäuser waren und sind hier oft von den Anforderungen des Gesetzgebers Getriebene. Das bedeutet, Grundlage für die Umsetzungsbemühungen von Qualitäts- und Risikomanagement ist nicht die eigene Überzeugung, sondern externer Druck. Ohne in die Motivationspsychologie weiter einzutauchen ist klar, dass dies die Umsetzung anders prägt, als wenn das Krankenhausmanagement aus eigenem Antrieb, also als Akteur, diese Anstrengungen unternimmt.

Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

”**610.** Zusammenfassend kann für den Krankenhausbereich eine Größenordnung von 5-10 % unerwünschter Ereignisse, 2-4 % Schäden, 1 % Behandlungsfehler und 0,1 % Todesfälle, die auf Fehler zurückgehen, angenommen werden. Die angegebenen Zahlen können als zuverlässige Schätzung gewertet werden, insbesondere wenn …“

Quelle: Deutscher Bundestag Drucksache 16/6339

Gerd Klein, management-GK

Abbildung 2

Die Krankenhäuser, für die die gesetzlichen Forderungen neu waren, suchten nach schnellen und pragmatischen Lösungen. So finden sich in vielen Krankenhäusern Zertifizierungen als mutmaßlicher Nachweis für ein vorhandenes Qualitätsmanagement, isolierte Fehlermeldesysteme (oft CIRS), Beschwerdebögen für Patienten, deren Rücklauf nicht gefördert wird und deren Bearbeitung systemisch nicht eingebettet ist.

Qualitätsmanagement und Zertifizierung

Betrachtet man die Entwicklung im Krankenhaussektor, kann man den Eindruck bekommen, dass die genannte Anforderung des Gesetzgebers nach Qualitätsmanagement wohl dazu geführt hat, dass Krankenhäuser nach Zertifizierungen streben. Es werden inzwischen eine Fülle von Zertifikaten und Siegeln erworben sowie Zentren durch Fachgesellschaften anerkannt.

Diese Entwicklung ist durchaus kritisch zu betrachten. Der Gesetzgeber fordert von den Krankenhäuser – wie dargestellt – ein Qualitätsmanagement; Zertifizierung/en fordert er nicht! Wenn eine Organisation in erster Linie ein Zertifikat anstrebt und nicht vorrangig die wirksamere Gestaltung der relevanten Abläufe, läuft sie im vermeintlichen Erfolgsfalle Gefahr, zwar ein Zertifikat zu haben, aber nicht wirklich besser geworden zu sein. (Schon in der Schule wurden wir darauf hingewiesen, dass wir nicht für die Prüfung, sondern für das Leben lernen sollen.)

Hinzu kommt, dass den Zertifizierungen eine freiwillige externe Prüfung durch eine akkreditierte Zertifizierungsgesellschaft oder eine Prüf- oder Zertifizierungsstelle einer Organisation vorausgeht. Alle diese Prüfungen (und das können je nach Krankenhaus schnell 10, 20, 30 oder mehr jedes Jahr werden) sind oft nicht miteinander verbunden und abgestimmt; sie laufen meist parallel! Jede dieser Prüfungen erfordert im Vorlauf die Berücksichtigung der jeweiligen Kriterienkataloge in der medizinisch-pflegerischen Versorgung. Jede Prüfung für sich ist in der Regel aufwendig. Die Prüfer benötigen seitens der Einrichtung in erheblichem Maße insbesondere die Bereitstellung von personellen Ressourcen. Jede dieser Prüfungen will auch bezahlt werden. Und so können für ein Krankenhaus jährlich zusätzlich externe Kosten in schnell 6-stelliger Höhe anfallen (die internen Kosten sind hier noch nicht berücksichtigt).

Man könnte meinen, man muss nur vielfältig und oft genug prüfen, um Qualität zu schaffen?

Hier sind Zweifel angebracht! Schon der US-Amerikaner William Edwards Deming hat in den 1980er Jahren festgestellt:

„Qualität kann nicht erprüft, sie muss erzeugt werden!“

Um einem falschen Eindruck vorzubeugen: Die Zertifizierung des Qualitätsmanagements einer Organisation kann durchaus sinnvoll sein und ist es dann, wenn ein für das Krankenhaus maßgeschneidertes Qualitätsmanagement implementiert wurde. Die Zertifizierung ist dann die externe Bestätigung der Wirksamkeit. Sie ist also Mittel zum Zweck und nicht der eigentliche Zweck!

(Ein kleiner Test dazu: Beantworten Sie die folgende Frage: Wie ist das in Ihrem Haus: Ist Qualitätsmanagement durchgängig ein Thema oder taucht es mehr oder weniger immer nur kurz vor der externen Prüfung/Zertifizierung wieder auf? / Im letzteren Falle ist die Zertifizierung vermutlich eher Zweck!))

Für das Krankenhaus stehen verschiedene Konzepte für das Qualitätsmanagement zur Verfügung. Abbildung 3 benennt verschiedene Alternativen, die hier nicht näher erläutert werden können. KTQ und die DIN EN ISO 9001 sind die in der deut-

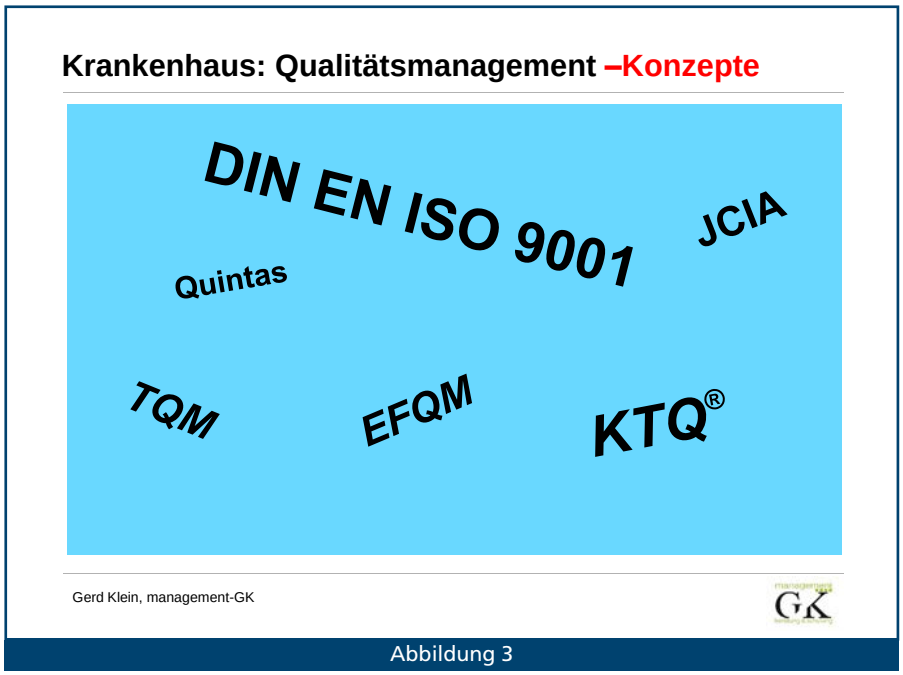


Abbildung 3

schen Krankenhauslandschaft sicher verbreitetsten Konzepte. (Abb.3)

Umgang mit Risiken / Risikomanagement

Wie oben dargestellt, fordert der Gesetzgeber Krankenhäuser auf, sich aktiv um die Patientensicherheit zu kümmern.

Und dann auch noch das:
Sehr öffentlichkeitswirksam tauchen immer mal wieder in den Medien Fälle von vermeintlichen und tatsächlichen Patientenschädigungen im Krankenhaus auf. Da wird beispielsweise berichtet, dass einer Patientin das falsche Bein amputiert, einem Patienten der falschen Lungenflügel entfernt, oder in einem anderen Fall eine Niere statt der Milz entfernt wurde. Da gab es Schlagzeilen wie: „Totes Insekt im OP-Besteck -Hygieneskandal an Uni-Klinik; Klinikchef tritt zurück“ Die Bevölkerung wird über wesentliche Medien darüber informiert, dass im Krankenhaus pro Jahr mehr Menschen durch Behandlungsfehler sterben als im Straßenverkehr oder die Gefahr im Krankenhaus an nosokomialen Infektionen zu erkranken, gar zu sterben sehr hoch ist.

Der Druck auf die Krankenhäuser, Imageschäden und haftungsrechtliche Folgen zu vermeiden steigt.

Diese öffentliche Aufmerksamkeit und die Verläufe der finanziellen Ausgaben von Haftpflichtleistungen hat die Versicherer von Krankenhäusern auf den Plan gerufen.

Inzwischen haben sich große Versicherungsunternehmen als Anbieter von Haftpflichtversicherungen für Krankenhäuser zurückgezogen, andere haben die Verträge mit Krankenhäusern gekündigt um ihnen dann neue Verträge zu teilweise deutlich erhöhten Prämien bzw. hohen Selbstbeteiligungsanteilen anzubieten. Der Druck auf die Krankenhäuser wächst dadurch, was dramatische Folgen nach sich ziehen kann.

Gerd Gigerenzer beschreibt in seinem Buch „RISIKO“ (u.a.) die Folgen einer von der Vermeidung haftungsrechtlicher Folgen beeinflussten Medizin. Da würden beispielsweise in den USA jährlich eine Million Kinder, die von ihren Eltern wegen Bauchschmerzen ins Krankenhaus gebracht werden, unnötigen CT-Scans unterzogen. Befragungen der beteiligten Ärzte zeigten, dass sie diese Untersuchung durchführen lassen, auch wenn sie sie aus diagnostischen Gründen nicht benötigen. Vielmehr wollen sie das Haftungsrisiko minimieren, sollte es zu einem Schadensfall kommen. Das kann doch so keiner wirklich wollen!

Die Krankenhäuser müssen sich so organisieren, dass in allen wesentlichen Bereichen

Foto: © Coloures-Pic/fotolia.com

stets mögliche Gefahren und potentielle Fehler aktiv ermittelt werden. Den so ermittelten Risiken muss dann konsequent und wirksam begegnet werden. Sie benötigen ein strukturelles Risikomanagement. Das Krankenhaus muss aus eigenem und im Interesse seiner Patienten ein solches Konzept von innen heraus als Akteur aufbauen und weiterentwickeln. Reduziert sich das Krankenhaus (als Getriebener) darauf, die vom Gesetzgeber genannten (s.o.) Instrumente isoliert, ohne umfassendes Konzept anzuwenden, kann nicht nur die Wirksamkeit fehlen. Vielmehr können zusätzliche Risiken heraufbeschworen werden. So gibt es beispielsweise einen aktuellen Fall, in dem die Staatanwaltschaft bei ihren Ermittlungen wegen eines Behandlungsfehlers, durch eine CIRS-Meldung nachweist, dass das Management von den Umständen, die zum Schaden geführt haben, offenbar schon länger gewusst und nichts unternommen haben.

Integriertes, systematisches Qualitäts- und Risikomanagement

Es wäre schön, wenn es ein Verfahren gäbe, in dem die Ansprüche und Motive des Krankenhauses zum Qualitätsmanagement und zum Risikomanagement sowie alle Anforderungen des Gesetzgebers, realisiert werden könnten. Und es wäre geradezu fantastisch, wenn alle zusätzlichen Wünsche wie Anerkennungsverfahren für Medizinische Zentren, Siegel, Zertifizierungen, sich in dieses Verfahren systematisch integrieren und darüber steuern lassen würden. (gewissermaßen, „alles aus einer Hand“)

DIN EN ISO 9001:2015

Diese Option gibt es: die DIN EN ISO 9001:2015.

Dass die ISO 9001 Mitte der 1980er Jahre aus und für Produktionsprozesse der Industrie entwickelt wurde, hat ihr das Vorurteil der Nicht-Eignung für den Gesundheitsbereich eingebracht, das sich teilweise bis heute hartnäckig hält. Mit der Revision der DIN EN ISO 9001 im Jahr 2015 wird die Norm speziell für Krankenhäuser noch einmal deutlich attraktiver. Prozessorientierung, risikobasierter Ansatz, Berücksichtigung der interessierten Parteien, Wissensmanagement sind nur einige Bereiche, in denen die Norm neu akzentuiert wurde. Sie bildet heute eine für Krankenhäuser hervorragende Grundlage für den systematischen Aufbau und die systematische Weiterentwicklung eines wirksamen Qualitätsmanagements. In einem System können somit alle Fragen und Ansprüche der Qualität und des Umganges mit Risiken (Patientensicherheit) erfasst, geregelt und gesteuert werden.

Foto: © fotogestoeber/fotolia.com

Ein Krankenhaus hat nach der Implementierung der DIN EN ISO 9001 die Möglichkeit, sich die Konformität seines Qualitätsmanagementsystems mit der internationalen Norm über ein Zertifizierungsverfahren extern bestätigen lassen; und das mit weltweiter Anerkennung.

Empfehlung zum Abschluss

Die Krankenhausleitung sollte die eigene Praxis zu den Erfolgsfaktoren Qualitätsmanagement und Risikomanagement in folgenden Feldern kritisch prüfen, bewerten und steuern:

- **Motivation und Auswahl des für das Krankenhaus geeigneten Verfahrens**
- **Effektivität des Verfahrens („Tuen wir das Richtige?“)**
- **Effizienz des Verfahrens (Tuen wir das Richtige richtig?)**

Dann ist das Krankenhausmanagement Akteur und wird nicht von externen Anforderungen getrieben.

(Literaturverzeichnis bei den Autoren)

Kontaktdaten der Autoren:
Gerd Klein, management-GK, Qualitätsmanager, Klinischer Risikomanager,
Berater für Organisationsentwicklung, Change-Manager
Romstraße 66, 37079 Göttingen
Telefon: 0551/3709581, Mobil: 0170/5598127
E-Mail: gerd.klein@management-gk.de
Internet: www.management-gk.de

Wolfgang Plücker, DKI GmbH, Geschäftsführer

Der Rechtsrat – kurz und bündig

Anspruch auf Weiterbeschäftigung für Ärzte in Weiterbildung

Fragestellung:

Ist es richtig, dass Ärzte in Weiterbildung mit einem befristeten Arbeitsvertrag einen Anspruch auf Weiterbeschäftigung über die Befristung hinaus haben, wenn sie später auch mit anderen ärztlichen Tätigkeiten als nach der Weiterbildungsordnung beschäftigt worden sind. Ist der Chefarzt als weiterbildungsbefugter Arzt insoweit zuständig und in der Verantwortung?

Antwort:

Da das befristete Arbeitsverhältnis durch Zeitablauf ohne Kündigung „automatisch" endet, ist die Beendigung auch nicht den strengen Anforderungen des Kündigungsschutzgesetzes. zu messen. Deshalb unterliegt die Befristung von Arbeitsverträgen quasi als Umgehung des Kündigungsschutzgesetzes besonderen inhaltlichen und auch formellen Voraussetzungen.

Nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz bedarf es eines sachlichen Grundes, wie z.B. der Befristung der Beschäftigung zur Vertretung eines anderen Arbeitnehmers oder zur Erprobung etc., sofern das Arbeitsverhältnis für einen über zwei Jahre hinausgehenden Zeitraum geschlossen werden soll. Bis zu einer Dauer von 2 Jahren kann ein Arbeitsverhältnis auch grundlos zulässig befristet werden.

Neben dem Teilzeit- und Befristungsgesetz erlaubt auch das Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung (ÄArbVtrG) den Abschluss von Arbeitsverträgen auf Zeit. Hiernach liegt ein die Befristung eines Arbeitsvertrages mit einem Arzt rechtfertigender sachlicher Grund in der Beschäftigung des Arztes zur zeitlich und inhaltlich strukturierten Weiterbildung zum Facharzt oder zum Erwerb einer Anerkennung für einen Schwerpunkt, eine Zusatzbezeichnung, einen Fachkundenachweis oder eine Bescheinigung über eine fakultative Weiterbildung.

Die „zeitliche und inhaltlich strukturierte Weitbildung" erfordere, so das Bundesarbeitsgericht (Urt. v. 14.06.2017 - 7 AZR 597/15), dass die Beschäftigung erfolge, um eines der vorstehend genannten Weiterbildungsbilde erreichen zu können, und dass der Arzt während des Arbeitsverhältnisses für das jeweilige Weiterbildungsziel erforderliche Weiterbildungsabschnitte absolvieren könne. Zwar sei nicht zu

Marc Rumpenhorst

Norbert H. Müller

Foto: © sebra/fotolia.com

verlangen, dass der Arzt ausschließlich mit der Erledigung von Aufgaben betraut werde, die seiner Weiterbildung dienten, jedoch müsse die beabsichtigte Weiterbildung der Beschäftigung des Arztes das Gepräge geben. Das bedeute, dass die Übertragung anderer Aufgaben zwar nicht ausgeschlossen sei, doch dürften diese nach zeitlichem Umfang und Intensität das Arbeitsverhältnis nicht insgesamt prägen.

Entscheidend ist aber, dass es für Beurteilung, ob die Beschäftigung des Arztes seiner zeitlich und inhaltlich strukturierten Weiterbildung dient, nicht auf die tatsächlich erfolgte Beschäftigung während der Vertragslaufzeit ankommt, sondern auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des befristeten Arbeitsvertrages insoweit bestehenden Planungen und Prognosen. Schließlich sind für die Wirksamkeit einer Befristung grundsätzlich die Umstände im Zeitpunkt des Vertragsschlusses maßgebend. Ein Sachgrund für die Befristung liegt daher dann vor, wenn der Arbeitgeber den weiterzubildenden Arzt die Ableistung erforderlicher Weiterbildungsabschnitte auf der Grundlage einer strukturierten Planung nach dem konkreten Weiterbildungsbedarf im Zeitpunkt des Vertragsschlusses konkret in Aussicht stellt. Nur wenn bei Vertragsschluss die Prognose, dass die beabsichtigte Beschäftigung des Arztes durch eine zeitlich und inhaltlich strukturierte Weiterbildung zum jeweiligen Weiterbildungsziel geprägt sein wird, nicht gerechtfertigt sei, bestände kein anerkennenswertes Interesse des Arbeitgebers am Abschluss eines nur befristeten Arbeitsvertrages.

Die bei Vertragsschluss bestehenden Planungen- und Prognoseüberlegungen hat der Arbeitgeber anhand konkreter Tatsachen darzulegen. Dazu sei anzugeben, welches Weiterbildungsziel mit welchem nach der anwendbaren Weiterbildungsordnung vorgegebenen Weiterbildungsbedarf angestrebt wurde und welche erforderlichen Weiterbildungsinhalte auf welche Weise in welchem zeitlichen Rahmen vermittelt werden sollten. Nachträglich während der Vertragslaufzeit eintretende Abweichungen könnten lediglich ein Indiz dafür sein, dass die Prognose unzutreffend und der Sachgrund für die Befristung nur vorgeschoben war.

Fazit

Da der Arbeitgeber die Darlegung der im Zeitpunkt des Vertragsschlusses bestehende Planung und Prognose darzulegen hat, empfiehlt sich eine auf die individuelle Situation des Arztes in Weiterbildung zugeschnittene Planung der Weiterbildung im Zeitpunkt des Vertragsschlusses vorzunehmen und zu dokumentieren.

Dessen ungeachtet ist der weiterbildungsbefugte Arzt als öffentlich-rechtlich Beliehener der jeweiligen Ärztekammer ohnehin gehalten die zu Weiterbildung angenommenen Ärzte nach den Vorgaben der jeweils einschlägigen Weiterbildungsordnung aus- und weiterzubilden.

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
E-Mail: mueller@klostermann-rae.de
E-Mail: rumpenhorst@klostermann-rae.de

Bearbeitung von Patientenakten außerhalb des Krankenhauses

Fragestellung:

Als Chefarzt einer Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie bitte ich um Prüfung und Mitteilung, ob rechtliche Bedenken bestehen, wenn Ärzte Patientenakten außerhalb des Krankenhauses bearbeiten, wie beispielsweise in Heimarbeit Arztbriefe erstellen und hierfür die Patientenunterlagen mitnehmen.

Antwort:

Da die Patienten ihren Behandlungsvertrag mit dem Krankenhausträger schließen, stehen die gesamten Patientenunterlagen im Eigentum des Krankenhausträgers. Bereits unter diesem Gesichtspunkt ergibt sich zunächst das Erfordernis, dass der Krankenhausträger zustimmen muss, wenn und soweit Patientenunterlagen aus dem Krankenhaus entfernt und mit nach Hause genommen werden; und zwar auch unabhängig davon ob es sich um Ärzte oder nicht-ärztliche Mitarbeiter handelt. Denn es ist allein die Entscheidung des Arbeitgebers, ob und in welchem Umfang überhaupt Heimarbeit erlaubt ist; d.h. es ist zunächst von der Entscheidung des Krankenhausträgers abhängig, ob Ärzte Patientenunterlagen mitnehmen dürfen, um in Heimarbeit Arztbriefe zu erstellen.

Grundsätzlich könnte der skizzierten Heimarbeit zudem das – je nach Organisationsform des jeweiligen Krankenhausträgers – einschlägige Datenschutzrecht

sowie künftig die neue EU-Datenschutzverordnung entgegenstehen, für deren Einhaltung die Krankenhausträger verantwortlich sind. Hiernach dürfen personenbezogene Daten, insbesondere die sensiblen Gesundheitsdaten von Patienten, ausschließlich erhoben, verarbeitet und genutzt werden, soweit dies für die Erfüllung des Behandlungsvertrages tatsächlich erforderlich ist und das Risiko eines Datenmissbrauchs bzw. eines unbefugten Datenzugriffs durch Dritte soweit wie möglich ausgeschlossen ist.

Sofern Tätigkeiten in den häuslichen Bereich verlagert werden, bei denen Patientendaten betroffen sind, steigt zunächst zwangsläufig das Risiko einer unberechtigten Datenverarbeitung oder sogar ggf. eines unzulässigen Zugriffs durch Dritte; allein schon aufgrund des Umstands, dass die Patientenakten aus dem Gewahrsam des Krankenhauses entfernt werden und daher nur noch der eingeschränkten Kontrollmöglichkeit durch das Krankenhaus unterliegen. Allein aus diesem Grund ist die Heimarbeit, bei der sensible und damit besonders schützenwerte Patientendaten betroffen sind, aus datenschutzrechtlicher Sicht nur dann vertretbar, wenn die Ärzte sowie auch andere ggf. betroffene Mitarbeiter äußerst sorgfältig und gewissenhaft mit den Patientendaten umgehen und sich vor allem auch den Anforderungen des Datenschutzrechts bewusst sind.

Darüber hinaus muss der Datenschutz durch angemessene technisch-organisatorische Maßnahmen vor Ort, d.h. zuhause bei dem jeweiligen Arzt, gewährleistet werden. So ist unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten nach allgemeiner Auffassung daher notwendig, dass zuhause ein abschließbarer, für Dritte – auch Familienmitglieder – unzugängliches Arbeitszimmer zur Verfügung steht und sichergestellt ist, dass Dritte keinen Zugriff auf die Patientendaten erhalten, wobei auch zu vermeiden ist, dass für die Datenverarbeitung private Rechner genutzt werden bzw. andernfalls eine strikte Datentrennung zwischen den beruflichen und privaten Daten gewährleistet sein muss. Im Übrigen sollte neben dem separaten Arbeitszimmer auch zusätzlich eine Trennung zwischen dem privaten und beruflichen Telefon- und Internetanschluss erfolgen; was zugleich auch für etwaig zum Einsatz kommende Software gilt.

Daneben ist bei Heimarbeit stets auf einen sichereren Transport der Unterlagen und etwaigen Datenträgern zu achten, da dieser in der Regel eine Vielzahl von Risiken mit sich bringt, wie insbesondere den Verlust oder die Beschädigung der Unterlagen bzw. Daten. Deshalb ist mindestens sicherzustellen, dass Datenträger stets nur verschlüsselt und Papierunterlagen in verschlossenen Behältnissen transportiert werden und zu keinem Zeitpunkt unbeaufsichtigt gelassen werden.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Bearbeitung von Patientenakten außerhalb des Krankenhauses nur bei Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen zugelassen werden sollte und sie andernfalls nicht empfohlen werden kann.

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

Verbesserte Konditionen zur Berufsunfähigkeitsvorsorge im VLK-Sonderkonzept

Das Rheinische Versicherungskontor hat für Mitglieder des VLK den bestehenden Rahmenvertrag über „HDI“ zur Berufsunfähigkeitsabsicherung (BU) mit Wirkung zum 01.07.2017 deutlich verbessert. Was ist alles neu?

- Nunmehr sind **bis zu 2.000 Euro BU-Monatsrente** versicherbar. Die **vereinfachte Gesundheitserklärung** ist leicht modifiziert worden und fragt lediglich einen 3-Jahreszeitraum ab.

- Alternativ können **mit einer Dienstfähigkeitserklärung bis 1.000 Euro Rente** beantragt werden. Hier werden Ausfallzeiten über 4 Wochen hinaus in den letzten 2 Jahren abgefragt.

- **Ehe-, Lebenspartner und unterhaltspflichtige Kinder sind ebenfalls über diese vorteilhaften Konditionen versicherbar.** Hier wird nur die finanzielle Angemessenheit geprüft.

- **Die Beiträge wurden nochmals abgesenkt,** da der Überschussverbund Ihrer jeweiligen Berufsgruppen sich sehr vorteilhaft entwickelt hat.

- Das Höchsteintrittsalter für Anträge mit reduzierter Risikoprüfung verbleibt bei **50 Jahren** (aktuelles Jahr minus Geburtsjahr ergibt das Eintrittsalter). **Für 2017 ist dies der Jahrgang 1967.**

Der angefügte Sideletter informiert Sie über Einzelheiten dieses exklusiven und hochwertigen Versicherungsschutzes.

VLK VERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V.

RhVk Rheinisches Versicherungskontor

Gut abgesichert, wenn Ihr Einkommen ausfällt.

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

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

Optimale Ergänzung zum Versorgungswerk

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

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

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

Mit einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie diese Lücke optimal schließen.

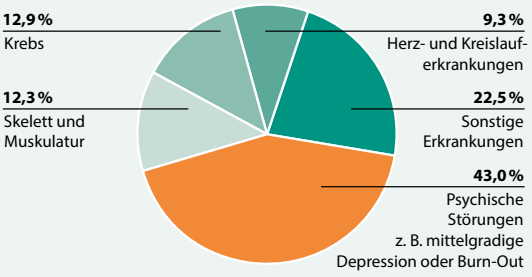
Das sind Fakten[1]:

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

1) Quelle: Deutsche Rentenversicherung)

Auslöser für den Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit

Krankheiten, die zur Erwerbsunfähigkeit führen:



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung 2015

Profitieren Sie jetzt von besonderen Rahmenbedingungen

- Berufsunfähigkeit mit verkürzten Gesundheitsfragen.
- Sie können eine Berufsunfähigkeitsrente in Höhe von bis zu 2.000 Euro (inklusive Bonus) einschließen.
- Das max. zulässige Eintrittsalter beträgt 50 Jahre.
- Sie können durch eine Prämiendynamik von 3 % die Inflation ausgleichen.
- Die Nachversicherungsgarantie ist prämienfrei mitversichert.
- Kombinieren Sie Berufsunfähigkeitsschutz mit Altersversorgung.
- Auch Ihre Familienangehörigen profitieren von den besonderen Rahmenbedingungen.

Wir geben Ihrem Glück den finanziellen Spielraum

Ausschreibung für den VLK-Zukunftspreis 2018

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 2018

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

Der VLK-Zukunftspreis 2018 wird im Zusammenhang mit den VLK-Organsitzungen im Herbst 2018 verliehen.

Hartmannbund-Stiftung
Ärzte helfen Ärzten

Unterstützung in besonderen Notlagen

Seit über einem halben Jahrhundert kümmert sich die Hartmannbundstiftung „Ärzte helfen Ärzten“* um Arztfamilien die in Not geraten sind.

Insbesondere Arztkinder, deren Eltern sich durch persönliche Schicksalsschläge in Notsituationen befinden, erhalten durch die Stiftung Unterstützung. Oftmals sind es ganz persönliche Einzelschicksale mit vielen Sorgen und Nöten. Insbesondere die Zahl der Halbwaisen und Waisen aus Arztfamilien, die auf eine Hilfestellung durch die Stiftung angewiesen sind, hat sich in den letzten Jahren stark erhöht.

Durch das beherzte und kollegiale Engagement vieler Kolleginnen und Kollegen ist diese Hilfe möglich.

Aber auch die Hilfestellung bei der Berufseingliederung von Ärztinnen und Ärzten sowie die schnelle und unbürokratische Hilfe zur Selbsthilfe sind ein wichtiger Bestandteil der Stiftungsarbeit.

Helfen Sie mit, diese unverzichtbare Hilfe aufrecht zu erhalten!

Unterstützen Sie mit Ihrer Spende die Arbeit der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, damit wir auch in Zukunft dort Hilfe leisten können, wo sie gebraucht wird.

Vielen Dank

Dr. Klaus Reinhardt
Vorsitzender der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, Vorsitzender Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V.

Dr. Waltraud Diekhaus
Stellvertretene Vorsitzende der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, Ehrenmitglied der Medical Women`s International Association

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery
Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Dr. Peter Engel
Präsident der Bundeszahnärztekammer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V.

Dr. Andreas Gassen
Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Spendenkonto der Stiftung:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Düsseldorf

IBAN DE88 3006 0601 0001 4869 42
BIC DAAEDEDDXXX

Online-Spende unter www.aerzte-helfen-aerzten.de

** Ursprünglich als Hilfswerk zur Unterstützung mittelloser Kollegenkinder aus der damaligen DDR gegründet.*
Eine Unterstützung durch die Stiftung erfolgt generell ohne Rücksicht auf die Zugehörigkeit der Ärztinnen und Ärzte oder ihrer Angehörigen zum Hartmannbund.

Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ in Verbindung mit Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., Marburger Bund, Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V., NAV Virchow Bund e.V., Deutscher Ärztinnenbund e.V., Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. ,Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GFB), Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzteverband – e.V. (BDA), Deutscher Kassenarztverband e.V., Bundeszahnärztekammer, Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Bundestierärztekammer

Das stand auf der Agenda

Oktober - Dezember 2017

Foto: © kamasigns/fotolia.com

23.10.2017, Berlin
- Medica-Beirat
  VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

07.11.2017
- 3. VLK-Webinar
  VLK-Teilnehmer: u.a. Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Michael A. Weber, Gerd Norden

09.11.2017, Düsseldorf
- Eröffnungs-Pressekonferenz Deutscher Krankenhaustag und MEDICA
  VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

13.11. - 16.11.2017, Düsseldorf
- 40. Deutscher Krankenhaustag
  VLK-Teilnehmer: u.a. Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Michael A. Weber, Dr. Erich Theo Merholz, Gerd Norden

15.11.2017, Düsseldorf
- Mitgliederversammlung des Landesverbandes NRW im VLK
  VLK-Teilnehmer: u.a. Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Erich Theo Merholz, Gerd Norden

22.11.2017, München
- Mitgliederversammlung des Landesverbandes Bayern im VLK
  VLK-Teilnehmer: u.a. Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Michael A. Weber

23.11.2017, Frankfurt
- Mitgliederversammlung des Landesverbandes Hessen im VLK
  VLK-Teilnehmer: u. a. Dr. Matthias Gümmer

24.11.2017, Düsseldorf
- Gemeinsame Präsidialsitzung VKD/VLK
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Michael A. Weber, Prof. Dr. Cornelia Cedzich, Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Gerd Norden

- 14. Sitzung des VLK-Präsidiums
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Michael A. Weber, Prof. Dr. Cornelia Cedzich, Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Gerd Norden

29.11.2017, München

- Gespräch mit der Bayerischen Gesundheitsministerin
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Michael A. Weber, Gerd Norden

04.12.2017

- Telefonkonferenz mit Geschäftsführung Robert-Bosch-Stiftung
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

05.12.2017

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

06.12.2017, Düsseldorf

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

13.12.2017, Berlin

- Mitgliederversammlung des Landesverbandes Berlin/Brandenburg im VLK
  VLK-Teilnehmer: u. a. Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Jan Kaminsky, Gerd Norden