

ARZT UND KRANKENHAUS

1

92. Jahrgang
April 2019

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte



- Krankenhausplanung in Hessen
- Stationäre Qualitätssicherung
- TSVG: Die neuen Vorschriften zum Sprechstundenangebot und ihre Umsetzung in MVZ
- Pflegepersonaluntergrenzen, GBA-Richtlinien, Triage, etc., Voraussetzungen und haftungsrechtliche Folgen!

Krankenhausversorgung gemeinsam besser gestalten

Der Streit um die deutsche Krankenhauslandschaft schwelt seit langem und ist zuletzt eskaliert. Das Traurige dabei: Er wird auf dem Rücken der Kliniken ausgetragen. Da die Krankenhausplanung Sache der Länder ist, die aber nicht das machen was Bund und Kassen wollen, haben letztere auf Bundesebene eine ätzende Kampagne angezettelt. Zu viele Betten, zu kleine Häuser, unnötige Eingriffe, Falschabrechnung, schlechtes Wirtschaften – durch die Macht der Wiederholung haben sich diese pauschalen Vorwürfe in der öffentlichen Meinung festgesetzt. Die Beschuldigungen sind laut, schrill und sie kratzen gezielt am Image der Kliniken und ihrer Mitarbeiter. Doch wenn es darum geht, Instrumente für eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung vorzubringen, wird es still im Kassenlager.

Qualitätsindizes, Mindestmengen, Strukturvorgaben und Überregulierungen durch OPS-Ziffern sollen den mittleren und kleinen Krankenhäusern die Berechtigung nehmen, bestimmte Eingriffe vorzunehmen. Abschlüge und überzogene Rechnungsprüfungen tun ihr Übriges. Das Prinzip „Hahn abdrehen und schauen wer übrig bleibt“ hat wenig mit Bedarfsplanung und Daseinsfürsorge zu tun.

Und so dreht sich das Hamsterrad. Die einen rüsten auf, die anderen nach und keiner ab. Die DKG spricht von einer Spirale der kalten Strukturbereinigung. Sie hat deshalb jetzt dazu aufgerufen, gemeinsam einen konstruktiven Weg der Strukturentwicklung der Krankenhausversorgung zu beschreiten. Für einen solchen Dialog macht sich auch der VLK stark. Wir brauchen eine bedarfsgerechte Krankenhausreform mit einem gesunden Mix an Kliniken, der einerseits der wohnortnahen Versorgung einer alternden Bevölkerung gerecht wird und andererseits die komplexen Eingriffe den Maximal- und Schwerpunktversorgern überlässt. Aber es gibt gesetzliche Vorgaben für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung, die einen Kahlschlag wie in Dänemark bei uns verhindern. Das beschreibt unser Gastautor Jochen Metzner in seinem detailreichen Beitrag für diese Ausgabe. Er gibt Auskunft darüber, wie Hessen systemrelevante Häuser definiert und eine flächendeckende, sektorenübergreifende Versorgung vorantreibt.

Mir ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass Qualitätsindikatoren keine Probleme lösen können, die an anderer Stelle entstehen. Sie können nur Hinweise geben und dürfen deshalb in den Planungsentscheidungen nicht überstrapaziert werden. In diesem Kontext unterstützen wir natürlich Maßnahmen, die zu einer nachhaltigen Qualitätsverbesserung führen. Aber das Ziel dabei muss wieder die Motivation zur Qualitätsverbesserung werden und nicht eine sanktionsbewehrte Kontrolle für krankenhaushausstrukturpolitische Eingriffe. Frau Klakow-Franck zeigt in ihrer Analyse, wie die Ausrichtung der stationären Qualitätssicherung aussehen könnte, die zukünftige Rolle von Routinedaten bleibt dabei noch offen.

Der VLK beteiligt sich gerne an einem Pakt für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – unter der Bedingung, dass die Kampagne gegen die Krankenhäuser beendet wird. Denn die Kliniken sind besser als ihr Ruf und sie müssen wieder unter angemessenen Rahmenbedingungen arbeiten können.



Priv. Doz. Dr. Michael A. Weber,
Präsident des Verbandes der
Leitenden Krankenhausärzte
Deutschlands e. V.

Ihr
A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. A. Weber'.

Inhalt

Editorial

2 Krankenhausversorgung gemeinsam besser gestalten

Priv. Doz. Dr. Michael A. Weber

Themen

3 Krankenhausplanung in Hessen

Jochen Metzner: „Wir haben die Diskussion versachlicht“

Jochen Metzner

7 Stationäre Qualitätssicherung

Wir dürfen das Ziel nicht aus den Augen verlieren

Dr. Regina Klakow-Franck

11 TSVG: Die neuen Vorschriften zum Sprechstundenangebot und ihre Umsetzung in MVZ – eine praxisorientierte Problemanalyse

Susanne Müller, Dr. Milena Schaeffer-Kurepkat

16 Pflegepersonaluntergrenzen, GBA-Richtlinien, Triage, etc., Voraussetzungen und haftungsrechtliche Folgen!

RA Norbert H. Müller

Aktuelles

20 Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) – Widerstand gegen systematische Rechnungskürzungen

RA Normann J. Schuster

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

Chefredaktion:

Rechtsanwalt Normann Johannes Schuster
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0, Fax: (0211) 45419-14
E-Mail: info@vlk-online.de

Das Onlinemagazin und alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen 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.

Krankenhausplanung in Hessen

Jochen Metzner: „Wir haben die Diskussion versachlicht“

Hessen hat bereits 2009 definiert, welche Krankenhäuser im Land systemrelevant sind. In einem Gastbeitrag erklärt Jochen Metzner wie Hessen die Weichen für eine erneuerte Versorgungslandschaft stellt.

Die Krankenhauslandschaft ist seit Jahren in der bundesweiten Diskussion und im Umbruch. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird behauptet, es gebe in Deutschland zu viele Krankenhäuser, insbesondere zu viele kleine Krankenhäuser, es würden zu viele Patienten behandelt, zudem seien Qualität der Behandlung und Lebenserwartung der Bevölkerung nur im Mittelfeld vergleichbarer Nationen.

Im Allgemeinen wird dann die staatliche Krankenhausplanung schnell als Schuldige an der Misere ausgemacht, denn die Planung sei nicht in der Lage, den notwendigen Strukturwandel zu befördern. Inwieweit diese Kritik gerechtfertigt ist, ist nicht Gegenstand dieses Artikels, dazu nur so viel: Aufgabe der Krankenhausplanung ist in Folge des § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht die „Planung“ von Gesundheitsleistungen, sondern die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern. Die den Ländern grundgesetzlich zukommende Planungshoheit lässt den Ländern den Spielraum, wie sie diese Gewährleistungsfunktion ausfüllen wollen. Hierfür verabschieden die Länder eigene Gesetze, stellen Krankenhauspläne auf und regeln die Aufnahme von Kliniken in den Krankenhaus-

plan per Bescheid. Durch die Aufnahme in den Krankenhausplan dürfen die jeweiligen Kliniken ihre Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen und erhalten gegenüber dem Land einen Anspruch auf Investitionsförderung. Der Planbescheid entspricht insoweit einer Konzession, in der auch geregelt wird, an welchen Standorten die Krankenhausversorgung erbracht werden darf und welche Leistungen abrechenbar sind.

Da das Bundesverfassungsgericht mehrfach klargestellt hat, Krankenhausträger sei ein Beruf, der unter dem Schutz des Art. 12 GG stehe, ist es rechtlich nicht einfach, einem Krankenhausträger den Marktzugang, also die Aufnahme in den Krankenhausplan, zu verweigern. Erst recht schwierig bis unmöglich ist es, einem Krankenhausträger die Konzession zur Behandlung von Patienten wieder ganz oder teilweise zu entziehen, da das einem Berufsverbot gleichkommt. Deutschland hat eben kein staatliches Gesundheitssystem, in dem die Kliniken Behördenstatus haben wie in Dänemark oder den Niederlanden, sondern ein freiheitlich-wettbewerbliches, in dem Krankenhäuser Unternehmen sind, die dem (regulierten) Wettbewerb unterliegen und damit auch dem europäischen Beihilfe- und Kartellrecht.

Strukturbereinigung ist also, selbst wenn man sie für richtig hält, nur schwer umzusetzen. Zu

den rechtlichen Hürden kommen auch tatsächliche: eine mögliche Schließung einer Geburtshilfe, erst recht einer kompletten Klinik, führt regelmäßig zu heftigen Protesten in der Bevölkerung, zu Bürgerinitiativen, Unterschriftensammlungen und zu Widerstand in der Lokalpolitik. Auch Landespolitiker tun sich schwer damit, eine Schließungsentscheidung öffentlich gutzuheißen. Dies ist verständlich, denn der Verlust eines nahegelegenen Krankenhauses bedeutet nicht nur den Verlust eines bedeutenden Arbeitgebers am Ort, sondern auch den zumindest gefühlten Verlust von Gesundheitsversorgung, von Sicherheit, von Lebensqualität. Die emotionale Bindung an ein Krankenhaus lässt dabei vielfach die Tatsache in den Hintergrund treten, dass ein Großteil der Protestierenden dieses Krankenhaus gar nicht mehr in Anspruch nimmt, sondern sich in entfernteren, größeren oder spezialisierteren Kliniken stationär behandeln lässt.

Krankenhausplanung heißt Daseinsfürsorge

Im Zuge dieser Diskussionen wird dann meist gefordert, die „ortsnahe“ oder „flächendeckende“ Krankenhausversorgung zu erhalten. Aber: was heißt das? Wie nah ist „ortsnah“. Welches Gebiet decken Kliniken mit ihrem Einzugsgebiet ab, um zu einer „flächendeckenden“ Versorgung zu kommen? Und unter welchen Voraussetzungen sind Kranken-

häuser „bedarfsgerecht“, wie es § 1 KHG fordert?

Die Antwort zur Bedarfsgerechtigkeit ist einfach und wurde von der Rechtsprechung eindeutig beantwortet: „Bedarf ist das, was ist“, also die Summe der stationären Krankenhauseinweisungen, versehen mit einer Prognose für die Zukunft. Der VGH Baden-Württemberg hat hierzu festgestellt: „Dem Land ist nicht erlaubt, bei der Ermittlung des zu versorgenden Bedarfs seiner Bedarfsanalyse nicht den tatsächlichen Bedarf zugrunde zu legen, sondern davon abweichende niedrigere Zahlen, und damit eine Minderversorgung in Kauf zu nehmen. Die Bedarfsanalyse als solche ist kein Planungsinstrument“.¹ Diese Auslegung entspricht dem grundgesetzlichen Auftrag aus Art. 1 und Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz, menschliches Leben zu schützen.² Dem unterliegt auch die Krankenhausplanung. Es geht vorrangig darum, allen Bürgerinnen und Bürgern die notwendigen Krankenhausaufenthalte zu ermöglichen.

Welche Kliniken sind systemrelevant?

Doch an welchen Orten müssen Krankenhäuser vorgehalten werden, um diesen Auftrag zu erfüllen? Welche Kliniken sind also für die Versorgung unverzichtbar? Diese Frage stellte sich in einem anderen Wirtschaftssektor im Jahr 2009, in der Bankenkrise. Damals war zunächst nicht klar, weil nicht definiert, was „systemrelevante Banken“ sind, die es mit Steuermitteln zu retten galt. Erst in der Folgezeit wurde die Systemrelevanz definiert, heute wird die Liste systemrele-



vanter Banken gemeinsam von Bundesbank und BaFin erstellt. Ähnlich war es in der Vergangenheit bei Krankenhäusern, niemand konnte genau sagen, welche Krankenhäuser „systemrelevant“ sind. In Hessen wurden im Jahr 2009 erstmals im Krankenhausplan unverzichtbare Standorte ausgewiesen, wobei man von der Annahme ausging, dass ein Notfallpatient innerhalb einer halben Stunde ein für echte Notfälle, also lebensbedrohlich erkrankte Patienten, ausgestattetes Krankenhaus erreichen muss, um die notwendigen Zeiten einer für die Patienten notwendigen Versorgung in der Rettungskette nach der Alarmierung des Rettungsdienstes einhalten zu können. Bundesweit einheitliche Definitionen wurden aber erst in Folge des Krankenhausstrukturgesetzes mit den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu Sicherstellungszuschlägen vom 24. November 2016 und zum gestuften System der Notfallversorgung vom 19. April 2018 geschaffen.

Es ist heute durch die Regelungen zu den Vereinbarungen von Sicherstellungszuschlägen bestimmt, dass die flächendeckende stationäre Krankenhausversorgung der Bevölkerung nicht mehr gegeben ist, wenn im Falle einer Schließung zusätzlich mindestens 5.000 Menschen mehr als 30 Minuten Fahrtzeit zu dem nächstgelegenen Krankenhaus haben, das die Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin vorhält und die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Notfallversorgung (u.a. Intensivmedizin, Schockraum, CT) erfüllt. Auch für die geburtshilfliche Versorgung gibt es mit der Ergänzung vom Mai 2018 eigene Kriterien: wenn mindestens 950 Frauen zwischen 15 und 49 Jahren Fahrtzeiten von mehr als 40 Minuten aufwenden müssen, um eine Geburtshilfe zu erreichen, ist die flächendeckende Versorgung nicht mehr gegeben.

Emotionen aus der Diskussion nehmen

Das klingt sehr technisch für

¹ VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 16.04.2002, 9 S 1586/01; s. hierzu auch BVerfG, Beschluss vom 12.06.1990 - 1 BvR 355/96 -, BVerfGE 82, 209 <228>.

² BVerfG, Urteil vom 28.05.1993, BVerfGE 88, 203 ff.

einen so emotional besetzten Begriff wie „flächendeckende Versorgung“, und genau das ist gut so, denn klare Regelungen waren notwendig und erforderlich, um die Diskussionen darüber, welche Krankenhäuser insbesondere im ländlichen Raum wirklich erforderlich sind, zu versachlichen. Wie bei Geschwindigkeitsbegrenzungen im Straßenverkehr handelt es sich um Setzungen, die aber nun einmal so beschlossenen sind. Es ist nun klar, welche Standorte dauerhaft erhalten werden müssen, weil sie für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar sind. Dies gilt übrigens unabhängig davon, ob die weiteren Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen (geringer Versorgungsbedarf im Versorgungsgebiet des Krankenhauses und Defizit in der Bilanz) erfüllt sind. Auch wenn kein Sicherstellungszuschlag zusteht, greift hier die Sicherstellungsverpflichtung³ der Landkreise und kreisfreien Städte, die im Zweifel Krankenhäuser betreiben müssen, wenn es an den Orten, an denen man Krankenhäuser braucht, kein anderer Träger machen will.

Die auf diese Weise identifizierten „systemrelevanten“ Kliniken sollten durch ergänzende Maßnahmen gestärkt werden. Sie sind die idealen Orte, um die künftigen „Integrierten Notfallzentren“ (INZ) zu beherbergen. Die INZ sind durch § 11 Abs. 1 Satz 5 der am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Krankenhaus-Strukturfonds-Verordnung bereits als förderungswürdig bestimmt worden, obwohl es noch keine gesetzliche Definition für sie gibt. Diese soll erst durch eine im April 2019 beginnende

Gesetzgebung zur Reform der Notfallversorgung geschaffen werden. Klar ist aber, dass es sich um zentrale Anlaufstellen handeln wird, an denen fußläufige Notfallpatienten an einem vorgeschalteten Tresen eine Ersteinschätzung erhalten und der richtigen Versorgungsebene zugeordnet werden.⁴

Rund um die Kliniken sind idealerweise Gesundheitszentren zu bilden, an denen haus- und fachärztliche Leistungen, aber auch Physiotherapie und weitere Gesundheitsleistungen angeboten werden. Hierzu existieren in den Ländern bereits diverse Modellprojekte. Kleine Krankenhäuser hingegen, die nicht unverzichtbar sind, aber an Orten liegen, wo die Menschen Gesundheitsdienstleistungen benötigen, können in ambulante Gesundheitszentren umgewandelt werden, ggfs. mit Angeboten zum ambulanten Operieren oder zu künftig wahrscheinlich kommenden „intermediären“ Leistungen, Eingriffe, die heute noch stationär, künftig im Regelfall aber ambulant erbracht werden, und unter gewissen Voraussetzungen auch eine Übernachtung beinhalten.

Die Zeit ist reif für strukturelle Veränderungen im Krankenhausmarkt. Gerade kleine Kliniken werden, falls der „intermediäre“ oder „Hybrid“-Bereich kommt, einen Großteil ihres Leistungsspektrums als Krankenhaus verlieren. In den nächsten Jahren kommende Mindestmengen tun ihr übriges: ländliche Standorte, die nicht unverzichtbar sind, sind als herkömmliche Krankenhäuser kaum noch zu halten, als Gesundheitszentren können sie jedoch weiterhin sinnvoll sein, um die ambulante Versorgung,

die kleinräumiger vorgehalten werden muss als die stationäre, zu sichern. Zwingend notwendig für ein ländliches Krankenhaus ist daneben eine Anbindung an einen zumindest regionalen Verbund. Kein Einzelhaus kann die heute erforderlichen komplexen medizinischen, kaufmännischen und pflegerischen Anforderungen komplett überschauen, geschweige denn erfüllen.

Die Zeit ist reif für strukturelle Veränderungen

Mit dem Strukturfonds, der durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz um weitere vier Jahre (2019-2022) verlängert wurde, stehen aus Kassen- und Steuermitteln jährlich eine Milliarde Euro zur Verfügung. Damit können Schließungen, Konzentrationen, Umwandlungen, IT-Sicherheit, telemedizinische Netzwerke, Ausbau von Krankenpflegeschulen sowie Integrierte Notfallzentren gefördert werden. Es besteht also ein großer Werkzeugkasten, um sinnvolle strukturelle Veränderungen herbeizuführen. Erfreulich, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit ihrem Angebot eines „Pakts für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ vom 19. März 2019 angeboten hat, an diesen Veränderungen aktiv mitzuwirken. Damit besteht die Möglichkeit, die Versorgungslandschaft so zu gestalten, dass eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte sowie flächendeckende stationäre wie ambulante Versorgung in Deutschland weiterhin gewährleistet ist.

Autor:
Jochen Metzner, Jurist, Leiter des Referats
Krankenhausversorgung beim hessischen
Ministerium für Soziales und Integration

³ Vgl. z.B. § 3 Abs. 2 Hessisches Krankenhausgesetz.

⁴ Vgl. Eckpunkte des BMG zur Reform der Notfallversorgung vom 5. Dezember 2018.

Stationäre Qualitätssicherung

Wir dürfen das Ziel nicht aus den Augen verlieren

Dr. Regina Klakow-Franck beleuchtet in diesem Beitrag die durch das KHSG in Gang gesetzte „Qualitätsoffensive Krankenhaus“.

Bessere Qualität kommt nicht allein durch Kontrolle und Sanktionen, mahnt die QS-Expertin. Die externe stationäre Qualitätssicherung (esQS) ist das Vorzeige-Projekt der gesetzlich verpflichtenden einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. Ihre Anfänge reichen zurück bis in die 1970er Jahre, als auf Initiative der Ärzteschaft die ersten, auf Qualitätsindikatoren gestützten Verfahren zur Qualitätssicherung stationärer Leistungsbereiche eingeführt wurden. Das Ziel dieser ärztlich getriebenen QS-Initiative bestand darin, das interne Qualitätsmanagement durch Lernen vom Besseren im geschützten Raum zu unterstützen. Mit dieser Philosophie von Qualitätsförderung und ihrer auf der Anwendung von Tracer-Diagnosen basierenden Methodik wurde zwischenzeitlich ein flächendeckend gleich hoher Qualitätsmindeststandard etabliert, der für insgesamt – nach der aktuellen Zählweise – 24 stationäre Leistungsbereiche gilt: Von der Geburtshilfe und Neonatologie über die Hüftgelenks-Endoprothetik bis hin zur Dekubitusprophylaxe.

2016: Neuausrichtung treibt Strukturwandel voran

Spätestens mit der „Qualitätsoffensive Krankenhaus“ im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) aus dem Jahr 2016 hat der Gesetzgeber eine



Neuausrichtung der gesetzlich verpflichtenden stationären QS eingeleitet: Die Qualitätsmessung mit Qualitätsindikatoren soll insbesondere für die Zwecke der Krankenhausplanung auf Landesebene und im Hinblick auf die Vergütung Verwendung finden. Insgesamt handelt es sich um eine Agenda, mit der eine qualitätsorientierte Steuerung des stationären Leistungsangebots sowie ein qualitätsorientierter Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft vorangetrieben werden soll, auch im Sinne einer Marktbereinigung. Der bisherige Leitgedanke der stationären Qualitätssicherung, durch ein Lernen vom Besseren für alle Krankenhäuser das Erreichen eines Qualitätsmindeststandards und somit auch deren Marktteilnahme zu

ermöglichen, soll damit nicht abgelöst, aber spürbar ergänzt werden. Die zukünftigen Konsequenzen für die Marktteilnahme des einzelnen Krankenhauses können dabei von Vergütungsabschlägen für qualitativ unzureichende Leistungen bis hin zum Ausschluss einer Fachabteilung oder gar eines ganzes Krankenhauses aus dem Landeskrankenhausplan reichen. Um die Wirksamkeit sowohl der bereits bestehenden als auch der neuen QS-Maßnahmen zu verstärken, wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) außerdem dazu verpflichtet, 1.) eine Richtlinie zur Durchführung von MDK-Kontrollen zu beschließen, die zukünftig nicht mehr nur die Abrechnung, sondern auch die QS-Dokumentation und die

Einhaltung von Qualitätsforderungen betreffen (§ 137 Abs. 3 i.V.m § 275a SGB V), sowie 2.) ein Stufensystem für die Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen einzuführen, die von Vergütungsabschlägen bis hin zum kompletten Wegfall des Vergütungsanspruch reichen können (§ 137 Abs. 1 SGB V).

Die Umsetzung der „Qualitätsoffensive Krankenhaus“ des KHSG obliegt dem G-BA, der hierbei vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) unterstützt wird. Da im Falle auffälliger Ergebnisse nunmehr nicht nur ein strukturierter Dialog droht, sondern krankenhauserplanerische und/oder Erlös-relevante Konsequenzen, sind die methodischen Anforderungen gestiegen, die im Zusammenhang mit der Datenvalidierung, der Qualitätsindikatoren-Datenbank (QIDB), den

Rechenregeln der Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren usw. erfüllt sein müssen. Insbesondere auch der Aufwand, der im Zusammenhang mit den Stellungnahmeverfahren entsteht, die im Falle rechnerischer oder statistischer Auffälligkeiten nach der neuen Richtlinie über planungsrelevante Qualitätsindikatoren (planQI-RL) durchgeführt werden müssen, ist im Vergleich zur gesetzlich verpflichtenden QS vor dem KHSG nochmals gestiegen. Das gilt sowohl für die Krankenhäuser, als auch für die Auswertungsstellen auf Landes- und Bundesebene.

Im Hinblick auf die vom Gesetzgeber erwartete Steuerungswirkung der neuen planungs- oder vergütungsrelevanten Qualitätsindikatoren kommt erschwerend hinzu, dass 1.) die vorhandenen Qualitätsindikatoren der esQS auf einzelne Tracer-Diagnosen beziehungsweise deren Prozedu-

ren fokussiert sind. Sie erlauben deshalb, wenn überhaupt, nur sehr eingeschränkt eine Aussage über die Qualität eines ganzen Leistungsbereichs oder die Fachabteilung oder gar des gesamten Krankenhauses; 2.) die Bewertungsmaßstäbe der esQS bislang ausschließlich eine Unterscheidung in „qualitativ auffällig“ und „qualitativ unauffällig“ zulassen, nicht jedoch eine mehrstufige Qualitätsdifferenzierung, wie sie zukünftig für die Zwecke der Krankenhausplanung und im Zusammenhang mit Qualitätszu- und -abschlägen erfolgen soll.

Zur Entwicklung der erforderlichen Methodik und geeigneter Qualitätsindikatoren für Zwecke der Krankenhausplanung beziehungsweise für Qualitätszu- und -abschläge beauftragte der G-BA das IQTIG. Das Institut hat die Abschlussberichte fristgerecht abgegeben, über deren Ergebnisse wird derzeit im G-BA bera-



ten. Im Zusammenhang mit den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wird der G-BA bis Ende dieses Jahres die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erteilte Auflage zu erfüllen haben, wonach die Festlegungen des G-BA den Ländern eine fundierte Grundlage dafür zur Verfügung stellen müssen, mindestens fachabteilungsbezogen auch eine „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ feststellen zu können.

Gleichsam im Schatten der neuen Qualitätsindikatoren, die zum Beispiel im Zusammenhang mit der ersten Veröffentlichung der einrichtungsbezogenen Ergebnisse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Herbst 2018 viel öffentlichen Wirbel hervorgerufen haben, läuft die klassische esQS weiter. Ihre Ergebnisse werden seit nunmehr fast zwanzig Jahren jährlich im Qualitätsreport zusammengefasst und – seit dem Jahr 2004 unter Federführung des G-BA – auf der im Herbst eines jeden Jahres stattfindenden QS-Konferenz des G-BA diskutiert.

Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs

Die derzeit für die Bundesauswertung der esQS noch maßgebliche Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (QSKH-RL) des G-BA soll ab dem nächsten Jahr schrittweise durch die neue Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) abgelöst werden, wobei die Ausrichtung der esQS auf Qualitätsförderung beibehalten wird. So heisst es in Teil 1 § 1 Abs. 2 DeQS-RL ausdrücklich: „Ziele der Richtlinie sind insbesondere:

- a. die Qualität in der medizinischen Versorgung zu sichern und zu fördern*
- b. die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität zu verbessern*
- c. valide und vergleichbare Erkenntnisse über die Versorgungsqualität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu gewinnen*
- d. Erkenntnisse über Qualitätsverbesserungspotenziale zu gewinnen*
- e. das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zu unterstützen“* (https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1772/DeQS-RL_2018-11-22_iK-2019-01-01_AT-28-02-2019-B1.pdf)

Die Qualitätsförderung im Sinne eines selbstkritischen Lernens vom Besseren jenseits von Sanktionen bleibt also ein erklärtes Ziel der gesetzlich verpflichtenden QS. Zentraler Baustein, um diesen einrichtungsinternen Lernprozesses im Rahmen der stationären QS zu ermöglichen, ist der Strukturierte Dialog mit den Krankenhäusern. Er dient der Aufklärung von rechnerischen Auffälligkeiten des Krankenhauses im Vergleich zu anderen Krankenhäusern. Im Falle abschließend als qualitativ auffällig bewerteter Ergebnisse kann der Strukturierte Dialog in die Vereinbarung einer Zielvereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung mit dem Krankenhaus münden.

Um die Aufgabe der Unterstützung des internen Qualitätsmanagements im Krankenhaus auch zukünftig erfüllen zu können, hat der G-BA das IQTIG mit einer Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs (SD) beauftragt (<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3196/>). Hintergrund der Beauftragung ist die bereits seit längerem geäußerte Kritik an der regionalen Heterogenität bei der Umsetzung des

SD sowie an seiner Aufwand-Nutzen-Bilanz. So wurden zum Beispiel für das Erfassungsjahr 2016 von bundesweit 1.544 Krankenhäusern an insgesamt 1.887 Standorten 2.482.141 Datensätze dokumentiert. Daraus resultierten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs schlussendlich 1.611 Ergebnisse, die – jeweils bezogen auf einen der 219 Qualitätsindikatoren mit definiertem Referenzbereich – als qualitativ auffällig eingestuft wurden.

Die konkreten Ziele der vom G-BA am 18. Januar 2018 beauftragten Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs bestehen u.a. darin,

- den Nutzen des Strukturierten Dialogs und damit des Verfahrens der externen stationären Qualitätssicherung für alle Beteiligten zu steigern – dazu könnte nicht nur eine höhere Treffsicherheit der Qualitätsindikatoren beitragen, sondern auch die Weiterentwicklung des SD im Sinne eines Peer Review-Verfahrens;
- die Vorgehensweise der Landesebene – Landesgeschäftsstellen und Lenkungs-gremien – in Sachen Stellungnahmeverfahren, Begehung, Abgleich der QS-Daten mit der Krankenakte etc. – auf Basis einer bundeseinheitlichen Standard Operating Procedure (SOP) zu harmonisieren;
- eine Vorgehensweise zu erarbeiten, um eine möglichst unabhängig von Interessenkonflikten vorgenommene Bewertung von der Landesebene zu erhalten. Dazu gehört z.B. sicherzustellen, dass die zu bewertenden Krankenhäuser den Bewertenden nicht bekannt sind, Ringtausch der Bewertungen über die Bundesländer hinaus;

- ein Konzept zu entwickeln, wie identifizierte Verbesserungspotentiale und beispielhaft positive Versorgungsmodelle breit kommuniziert und ggf. für ein Fortbildungsinstrument nutzbar gemacht werden können.

Die Überarbeitung des strukturierten Dialogs stellt dabei nur einen Teilaspekt der notwendigen, kontinuierlichen Weiterentwicklung externen stationären QS dar. Wie eingangs dargestellt, gehen die stationären QS-Verfahren, die aktuell in der gesetzlich verpflichtenden QS umgesetzt werden, zum Teil bis in die 1970er Jahre zurück. Dies hat zur Folge, dass in zahlreichen Leistungsbereichen die seinerzeit identifizierten Qualitätsverbesserungspotentiale ausgeschöpft sind, d.h. von einer unveränderten Fortsetzung der Verfahren keine weitere Qualitätsverbesserung zu erwarten ist. Ein weiteres Problem ist der Tunnelblick auf historische Tracer-Diagnosen beziehungsweise einzelne operative oder interventionelle Prozeduren, während neuere operative Leistungsbereiche, wie zum Beispiel die Wirbelsäulenchirurgie, im Portfolio der esQS bis dato fehlen. Abgesehen von der „Ambulant erworbenen Pneumonie“ und der „Dekubitusprophylaxe“ wird außerdem das nicht-operative und pflegerische Leistungsspektrum eines Krankenhauses derzeit in der esQS überhaupt nicht betrachtet, obwohl dies aufgrund der demographischen Entwicklung dringlich geboten wäre. Von Seiten der Bundesfachgruppen und des IQTIG liegen zahlreiche Vorschläge für eine kontinuierliche Weiterentwicklung der esQS vor, beginnend bei der Systempflege einzelner Qualitätsindikatoren bis hin zur Einführung neuer

QS-Leistungsbereiche, aber auch zur Abschaltung solcher Verfahren, deren Qualitätsverbesserungspotentiale erkennbar seit Jahren ausgeschöpft sind.

Zusammenfassung und Ausblick

Eine nachhaltige Qualitätsverbesserung basiert niemals nur auf der Anwendung einer einzelnen Methode oder Instruments. Wegen der Vielfalt der Dimensionen und Faktoren, die für das Zustandekommen von guter Qualität der Patientenversorgung berücksichtigt werden müssen ist immer ein Mix von Methoden und Instrumenten zur Verbesserung der Struktur-, Prozess-, Ergebnis- und Indikationsqualität nötig, die sich im Idealfall ergänzen sollten. Eine Qualitätsverbesserung – zum Beispiel im Sinne einer Leitlinien-gerechten Indikationsstellung, entsteht außerdem nicht durch Wissen allein, sondern bedarf einer Änderung von Entscheidungen und Verhalten. Verhaltenssteuernde Anreize wie Zu- und Abschläge, Sticks and Carrots, intrinsische und extrinsische Motivation, Maßnahmen zur Förderung von Vertrauen oder Verschärfung von Kontrolle müssen im Rahmen einer Qualitätsentwicklung immer wieder neu ausbalanciert werden, um den erhofften positiven Impact in der Versorgungsrealität zu entfalten.

Die externe stationäre Qualitätssicherung ist eine seit fast zwei Jahrzehnten etablierte Hauptsäule der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung. Es handelt sich um eine klassische Methode zur Qualitätsförderung: Auf Basis der einrichtungsübergreifenden, indikatorgestützten Qualitätsvergleiche soll ein Lernen vom

Besseren induziert werden, die externe QS soll das interne QM unterstützen. Hiermit ist in den vergangenen zwei Jahrzehnten viel erreicht worden. Dennoch hat der Gesetzgeber mit dem KHSG eine neue „Qualitätsoffensive Krankenhaus“ in Gang gesetzt – das Pendel schlägt zurzeit mehr zur Seite der sanktionsbewehrten Qualitätskontrolle aus. Ein Grund für diese Neuausrichtung der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung dürfte darin liegen, dass die Krankenhäuser unter den Rahmenbedingungen des DRG-Systems und verschärft durch rückläufige Investitionskostenfinanzierung seitens der Länder, zunehmend Erlös- statt Qualitätsgetrieben agieren müssen. Dieser sich abzeichnenden Fehlentwicklung konnte und kann mit den Möglichkeiten der klassischen esQS nur unzureichend entgegengesteuert werden.

Gleichwohl dürfen alle Beteiligten das Ziel der Qualitätsförderung nicht aus den Augen verlieren. Denn auch umgekehrt gilt: Eine nachhaltige Qualitätsverbesserung kommt nicht allein durch Kontrolle und Sanktionen zustande. Um der zentralen Aufgabe der Qualitätsförderung auch in Zukunft gerecht werden zu können, bedarf es dringend einer Weiterentwicklung der klassischen esQS. Hierzu zählt die bereits beim IQTIG beauftragte Weiterentwicklung des strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern, aber insbesondere auch eine konsequente Systempflege und Weiterentwicklung der QS-Leistungsbereiche und ihrer jeweiligen Indikatoren-Sets.

Autorin:
Dr. Regina Klakow-Franck
Stellvertretende Leiterin des Instituts für
Qualitätssicherung und Transparenz im
Gesundheitswesen (IQTIG)

TSVG: Die neuen Vorschriften zum Sprechstundenangebot und ihre Umsetzung in MVZ – eine praxisorientierte Problemanalyse

Mitte März 2019 hat der Bundestag nach kontroverser Beratung und unter Einbringung zahlreicher Änderungsanträge das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) verabschiedet. Als sehr komplexes Omnibusgesetz enthält es eine Reihe Aufreger, die die ambulante Versorgung zwar im Gesamten nicht revolutionieren; teils aber umfängliche Anpassungen von den Akteuren verlangen. So gilt für alle vertragsärztlich tätigen Mediziner, und damit auch für jedes MVZ, dass die neuen Vorschriften zum

Sprechstundenangebot ab Mai 2019 umzusetzen sind. Die nachfolgende Analyse zeigt, dass dies sicher nicht ganz so einfach wird, wie der Gesetzgeber sich das gedacht hat.

Die Veränderungen beim Sprechstundenangebot wurden von fast allen Verbänden – mit Ausnahme der Kassenseite – als unberechtigter Eingriff in die Praxisorganisation und – mit Blick auf das erklärte Regelungsziel der schnelleren Terminvergabe – auch als wenig hilfreich

abgelehnt. Allen Protesten und berechtigten Einwänden zum Trotz hat der Gesetzgeber jedoch mit dem Verweis darauf, dass bereits der Koalitionsvertrag eine entsprechende Regelung vorsähe, dieses Projekt konsequent durchgesetzt. Die Kritik der Ärzteschaft wurde mittels einer Entdeckung der Arzthonorare, soweit sie sich auf die schnelle Terminvergabe beziehen, entschärft oder – wie die Ärztezeitung es treffend formulierte: „einfach zugekleistert.“



Foto: © Monkey Businessfotolia.com

Strafen bei Nichtumsetzung

Folge ist, dass der maßgebliche § 19a Absatz 1 der Ärzte-Zulassungsverordnung von einem Satz mit zehn Wörtern um rund 150 weitere Wörter quasi aufgeblasen wurde. Inhaltlich wird damit zum Einen die Vollzeitfähigkeit eines Arztes neu darüber definiert, dass – statt 20 – mindestens 25 Stunden je Woche als Sprechstunde für GKV-Patienten anzubieten und zu veröffentlichen sind. Zum Zweiten wird allen fachärztlichen Grundversorgern aufgegeben, von diesen 25 Stunden jeweils mindestens fünf als offene Sprechstunde anzubieten. Ausnahmen von der Pflicht zur Sprechstundenankündigung sieht der Bundesmantelvertrag bisher nur für Anästhesisten und Belegärzte vor, nicht aber – darauf sei gesondert hingewiesen – für Labormediziner, Pathologen und ähnliche, eigentlich patientenferne Fachgruppen. Hier lohnt jedoch gegebenenfalls ein Blick in die als Länderecht gestalteten Berufsordnungen der Ärzte, die teilweise weitere Ausnahmen für patientenferne Arztgruppen regeln. Flankiert werden diese beiden neuen Vorschriften mit dem Auftrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), deren

Einhaltung auf Basis bundeseinheitlicher Kriterien jährlich zu prüfen. Auch geregelt wird, dass Verstöße mit Honorarkürzungen und – in schweren Fällen – mit teilweisem oder vollständigem Zulassungsentzug zu ahnden sind.

Probleme bei der automatisierten Prüfung

Es wäre fahrlässig, sich darauf zu verlassen, dass die KVen ihre Prüfpflichten hier nicht ernstnehmen. Erste Indizien sprechen denn auch dafür, dass bereits daran gearbeitet wird, diese Prüfung zu automatisieren. Sind doch im SGB V (§ 95 Absatz 3 i.d.F. des TSVG) zwei Kriterien angeführt, die ohnehin arztbezogen bei jeder Abrechnungsprüfung erfasst werden: Fallzahlen und Zeit-Plausibilitätssummen. Beide Kriterien sind insbesondere für Kooperationen und für angestellte (Teilzeit-)Ärzte jedoch nicht unproblematisch.

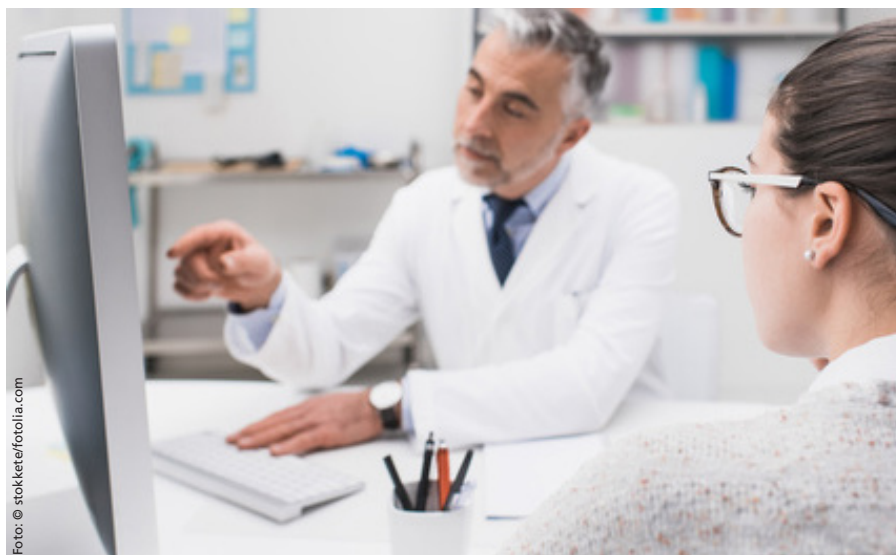
Hintergrund ist zum Einen die grundsätzlich bestehende Unschärfe der Erfassung des zeitlichen Echt-Aufwandes zu einer Gebührenordnungsposition (GOP), da die (gemäß § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V) hinterlegten Zeiten oftmals poli-

tisch ausgehandelt wurden, und folglich entweder zu kurz oder zu lang bemessen sind. Zum Anderen sind die meisten GOP sogenannte Komplexziffern mit mehreren Leistungsinhalten. Sind dabei mehrere Ärzte beteiligt, gilt, dass der Fall und auch die gesamte Prüfzeit demjenigen Arzt zugerechnet wird, der die letzte obligate Leistung erbracht hat. Auch Spezialisierungen einzelner Ärzte, wie sie häufig vorkommen, wenn mehrere fachgleiche Ärzte kooperieren, lassen systematische Verzerrungen entstehen.

Im Ergebnis ist die Abbildung des Leistungsgeschehens gerade größerer Praxen und MVZ über die Betrachtung von arztindividueller Fallzahl und Plausibilitätssumme systembedingt oft fehlerbehaftet. Ein zusätzliches Abbildungsproblem entsteht durch die Behandlungsfallorientierung des EBM, wegen der die Behandlungen aller Ärzte im MVZ zu einem Fall gezählt werden. Dies führt regelhaft zu weitreichenden Ziffernausschlüssen zwischen den Fachgruppen, die nicht nur eine Minderhonorierung nach sich ziehen, sondern eben auch weitere Verzerrungen bei den Fallzahlen der einzelnen Ärzte bedingen.

Dokumentation des Sprechstundenangebots

Aus diesem Grund ist eine der ersten Fragen, die sich jeder Praxis-, respektive MVZ-Leiter stellen sollte: Wie lassen sich die Sprechzeiten der Ärzte nachweisfähig und unabhängig von der KV dokumentieren? Es gibt hier keinen Königsweg; nicht zuletzt, weil sich diese Regelung in der Praxis ja erst einmal beweisen muss. Dennoch scheint es ratsam, bestehende Dienstpläne und deren Organisation und Dokumentation einmal drauf



zu hinterfragen, ob sie potentiell geeignet wären, auch zwei Jahre zurück zu belegen, welcher Arzt, wann welche Sprechstunden angeboten hat. Ausnahmen von der 25-h-Vorgabe sollen für Ärzte bestehen, die Hausbesuche machen. Wie diese Zeiten erfasst und angerechnet werden sollen, ist jedoch unklar. Ein Konkretisierungsauftrag ist mit einer Frist bis August 2019 an die Bundesmantelvertragspartner gegangen. Betroffene Ärzte sollten (mindestens bis dahin) auf Eigendokumentation setzen.

Wesentlich ist natürlich auch, auf eine korrekte Meldung der Sprechstundenzeiten an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu achten. Es ist hier davon auszugehen, dass die meisten KVen vor Mai diesbezüglich alle Ärzte anschreiben und informieren. Nichtsdestotrotz gilt die Verpflichtung der Meldung aber für das MVZ als Zulassungsinhaber. Zudem zeigt die Erfahrung, dass angestellte Ärzte förmliche Post der KV bisweilen nicht oder nur verspätet an die MVZ-Leitung weiterreichen und so gegebenenfalls Fristen verpasst werden. Ratsam ist daher, sich aktiv um die Meldung der Sprechzeiten (*und künftig auch jeder Änderung*) zu kümmern und zu prüfen, ob alle Sprechstundenzeiten dem jeweiligen Versorgungsumfang und die Meldung auch der Ankündigung im Internet entsprechen. Da, wo Sprechzeiten arztbezogen auf dem Praxisschild angekündigt sind, müssen natürlich auch diese rechtzeitig erneuert werden. Alles in allem ergibt dies bei größeren Praxen einen nicht zu unterschätzenden Aufwand.

Anpassung von Arbeitsverträgen

Für Teilzeitärzte gilt die neue Vorgabe anteilig. D.h. sog-

nannte Halbärzte müssen künftig im Minimum 12,5 h anbieten; Dreiviertelärzte 18,75 Stunden und Viertelärzte 6,25 Stunden je Woche. In bestimmten Konstellationen sind daher auch die Arbeitsverträge angestellter MVZ-Ärzte anzupassen. Dies gilt grundsätzlich überall dort, wo in den Verträgen konkrete Sprechstundenzeiten oder –mengen angegeben sind. Im Besonderen betrifft dies jedoch die in Krankenhaus-MVZ häufig teiltätigen Ärzte, deren Arbeitszeiten zwischen Station und MVZ genaustens abgestimmt sind und sich im Grenzbereich des arbeitsrechtlich erlaubten Maximums bewegen. Muss hier der Arbeitsvertrag für die ambulante Tätigkeit etwa bei einem Viertelarzt um eine 1,25 Stunden verlängert werden, wirkt sich diese Anpassung zwangsläufig auch auf die stationäre Tätigkeit aus.

Grundsätzlich ist davon auszugehen – und alle Statistiken belegen dies – dass die Ärzte, auch die angestellten, die 25-h-Vorgabe bereits heute mehrheitlich erfüllen und übererfüllen. Häufig ist dies jedoch eben nicht, oder zumindest nicht sauber dokumentiert. Oder es handelt sich um regelmäßig stattfindende Arbeitszeiten, die sich an die regulären Sprechstunden anschließen, ohne indes als solche ausgewiesen zu sein. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, sich vor Augen zu halten, dass es dem Gesetzgeber vor allem darum geht, die Zahl der angekündigten Sprechstunden zu erhöhen. Zielgruppe ist hier primär der GKV-Patient. D.h. gesonderte Privatsprechstunden würden bspw. nicht mitgerechnet. Diesbezüglich war im Gesetzgebungsprozess tatsächlich auch die Forderung aufgekommen, dass in diesen 25 Sprechstunden ausschließlich GKV-Patienten behandelt werden dürften. Diese

absurde Forderung ist jedoch an ihrer unübersehbaren Unpraktikabilität gescheitert.

Unklarheiten bei der Pflicht zur offenen Sprechstunde

Sie zeigt jedoch sehr gut, worum es dem Gesetzgeber geht: Verkürzung der Wartezeiten auf Termine für GKV-Versicherte, um gegen „Zweiklassen-Medizin“ und die bevorzugte Terminvergabe für Privatpatienten vorzugehen. Diesem Ziel dient insbesondere auch die zweite Vorschrift, nach der „wohnortnahe und grundversorgende Fachgebiete“ von den 25 Wochenstunden jeweils fünf als offene, also terminungebundene Sprechstunde anzubieten haben. Diesbezüglich türmen sich die Fragezeichen, deren erstes hinter die Frage zu setzen ist, an wen sich die Vorschrift konkret richtet. In der Gesetzesbegründung benannt sind „z.B. konservativ tätige Augenärzte, Gynäkologen, Orthopäden und HNO-Ärzte.“ Gleichzeitig wird den Bundesmantelvertragspartnern aufgegeben innerhalb von drei Monaten nach Gesetzesverkündung überhaupt erst zu konkretisieren, welche Arztgruppen diese zusätzliche Verpflichtung trifft.

Aktuell wird daher diskutiert, ob diese Vorgabe unabhängig von der beispielhaften Nennung in der Gesetzgebung erst gilt, wenn KBV und GKV-Spitzenverband entsprechende Regelungen getroffen haben. Oder ob die vier genannten Arztgruppen bereits in Vorleistung zu gehen haben. Klar ist nur, dass es nicht die Hausärzte und nicht die Psychotherapeuten betrifft. Insgesamt sind jedoch so viele Fragen offen, dass einiges dafür spricht, dass diese ergänzende Vorgabe nicht sofort umgesetzt werden kann. Dazu zählen

neben der Frage der Adressaten auch solche Details wie, ob in diesen als offen ausgewiesenen Sprechstunden auch Patienten mit Termin einbestellt werden dürfen, und ob, und wenn ja, wie eigentlich geprüft werden soll, wer einen Termin hatte und wer nicht. Aus praktischer Sicht drängt sich zudem die Überlegung auf, Bestandspatienten in die offene Sprechstunde einzubestellen, um zu kompensieren, dass hier gegebenenfalls auch mal keiner kommt. Es steht also die Frage, ob zur Erfüllung der Pflicht grundsätzlich das bloße Ausweisen dieser Sprechstunde als offen ausreicht und damit diese Zeiten, wie in vielen Praxen jetzt schon gehandhabt, als Mischung aus Termin- und Akutpatienten durchgeführt werden können.

Extrabudgetäre Honoraranreize

Und nicht zuletzt hat das ganze Thema auch noch eine komplizierte honorarrechtliche Seite.

Eingangs ist bereits erwähnt worden, dass dem Protest der Ärzte gegen diesen massiven Eingriff in die Sprechstundenorganisation deutliche finanzielle Anreize gegenüberstehen. Über eine umfangreiche Ergänzung der Vergütungs-Vorgaben im SGB V (§ 87a Absatz 3) werden entsprechend ab Inkrafttreten des TSVG zahlreiche Leistungen und Zuschläge (siehe Grafik) extrabudgetär honoriert. Hierfür müssen jedoch in jedem Fall noch Umsetzungsbestimmungen erarbeitet werden.

Über spezifische Honoraranreize sollen Ärzte sowohl bei Patienten, die ihnen über die Terminservicestelle zugewiesen werden (Punkt 3), als auch bei Patienten, die durch Vermittlung von Hausarzt zu Facharzt einen schnellen Termin erhalten (Punkt 4), nicht budgetierte Leistungszuschläge erhalten. Ähnliches wurde für Neupatienten (Punkt 5) und alle Patienten, die in den fünf offenen Sprechstunden behandelt werden (Punkt 6) beschlossen. Die Zuschläge gelten dabei je Behand-

lungsfall, also für sämtliche Leistungen am Patienten innerhalb des Quartals der Terminvermittlung, bzw. der Neuaufnahme. Für Ärzte können dadurch durchaus spürbare Mehreinnahmen entstehen.

Vergütungsprobleme bei MVZ

Behandlungsfall bedeutet aber auch, dass innerhalb eines MVZ, das rechtlich als eine Arztpraxis verstanden wird, die Leistungen aller beteiligter Ärzte innerhalb eines Quartals gemeinsam betrachtet werden. Heißt dies – bezogen auf die offenen Sprechstunden – dass Patienten, die bspw. ohne Termin beim HNO-Arzt erscheinen, in dem Quartal auch hinsichtlich weiterer Arztkontakte im MVZ (= ein Behandlungsfall) gesondert und außerhalb des Budgets honoriert werden? Oder wird man hier – wie im Fall der fachärztlichen Grundpauschale (PFG) – darauf abstellen, dass sobald besagter HNO-Patient in dem Vierteljahr

Vorgaben des TSVG zur Weiterentwicklung des EBM nach § 87a SGB V

Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen und Zuschläge außerhalb vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten:

1. Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gem. den RiLi des G-BA
2. Zuschläge nach § 87 Abs. 2b Satz 3 sowie Abs. 2c Satz 3
3. Leistungen im **Behandlungsfall**, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 1 und 3 erbracht werden, sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Abs. 1a Satz 8 handelt,
4. Leistungen im **Behandlungsfall** bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2,
5. Leistungen im **Behandlungsfall**, die gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen **Arztpraxis** erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens zwei Jahre nicht in der jeweiligen **Arztpraxis** untersucht und behandelt wurden und
6. Leistungen im **Behandlungsfall**, die gegenüber Patienten erbracht werden, die in der offenen Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung gemäß § 19a Abs. 1 Satz 6 der Ärzte-ZV im BMV/Ärzte nach § 82 Abs. 1 untersucht und behandelt wurden; die Vergütung außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütungen ist auf einen Umfang von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche und bei einem reduzierten Versorgungsauftrag auf die jeweils anteilige Zeit offener Sprechstunden je Kalenderwoche begrenzt.



auch nur einen weiteren MVZ-Arzt regulär aufsucht, die eigentlich berechnete Extrahonorierung des HNO-Arztes gestrichen wird?

Dies ist alles andere als Haarspalterei und berührt ein Grundproblem der Leistungsabrechnung in MVZ, das umso größer wird, umso mehr Ärzte und Fachrichtungen gemeinsam tätig sind. Während in klassischen Einzelpraxen Arztfall und Behandlungsfall numerisch identisch sind, können sich in größeren Kooperationen hinter einem Behandlungsfall mehrere Art-Patienten-Kontakte (=Arztfälle) verbergen, die aufgrund der bestehenden Honorarsystematik systematisch minderhonoriert werden. Als Ausgleichsmechanismus fungiert der sogenannte (und häufig missverstandene) Kooperationszuschlag; der jedoch inzwischen in den meisten KV-Regionen ohnehin auf niedriger Höhe gedeckelt wurde. Und der vor allem keinerlei Hilfe dabei ist, die vielen weiteren, sich aus der Behandlungsfallorientierung ergebenden Schlechterstellungen beim Honorar auszugleichen.

(Verweis auf AuK 11/2013, die nichts an Aktualität eingebüsst hat: „MVZ im Abseits – Wird Nicht-Kooperation gefördert?“)

Für die Vergütungsanreize gemäß TSVG-Beschluss stellen sich damit weitere Fragen: *Wird die schnelle Terminvermittlung (Punkt 4) innerhalb eines MVZ von Hausarzt zu Facharzt mit erfasst? Oder bleibt die fachübergreifende Kooperationsleistung von MVZ-Kollegen mal wieder unehonoriert? Wann ist in größeren Praxen jemand ein Neupatient (Punkt 5): Wenn er die letzten zwei Jahre nicht bei diesem Arzt/Fachrichtung war? Oder nur, wenn er überhaupt nicht im MVZ in Behandlung war? Wie im Fall der (noch) nicht geklärten Auslegung der Extravergütung von Patienten, die in der offenen Sprechstunde behandelt werden, ist hier zu befürchten, dass kooperative Praxisstrukturen ins Hintertreffen geraten und deutlich weniger von den Zusatzhonoraren partizipieren können, als Ein- oder Zweimann-Praxen. So oder so, die Umsetzungsbestimmungen zu den neuen Vergütungsanreizen müssen ebenso wie die organisatorischen Schwierigkeiten von der MVZ-Leitung bedacht werden.*

Und, um das abschließend noch einmal klarzustellen: Die Regelungen zum zusätzlichen Sprechstundenangebot sind rein politisch erzwungene Vorga-

ben, die die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen nun – auf ärztlicher Seite wider Willen – umsetzen muss. Sie wird jedoch kommen, auch wenn einige KV-Vertreterversammlungen bereits laut über mögliche Verweigerungsstrategien nachdenken. Es bleibt daher für das einzelne MVZ nur abzuwarten, wie die Bundesmantelvertragspartner (*Organisationsdetails der Sprechstunden*) und Gemeinsame Bundesausschuss (*Vergütungsanreize*) mit ihrem Spielraum gestalten (oder eben nicht). Und inwieweit Besonderheiten kooperativer Versorger berücksichtigt werden (oder eben nicht). Die betroffenen MVZ und Ärzte, also praktisch alle, sollten die weitere Umsetzung dieser TSVG-Beschlüsse auf jeden Fall wachen Augen verfolgen und natürlich die Ankündigung und Dokumentation des eigenen Sprechstundenangebots bezüglich der 25 Stunden-Vorgabe bis zum 1. Mai hinterfragen und gegebenenfalls neu organisieren.

Autorinnen:

Susanne Müller, Geschäftsführerin Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V.
Dr. Milena Schaeffer-Kurepkat, Geschäftsführerin, Ärztliche Direktorin, Gesundheitszentrum Brandenburg an der Havel GmbH

INFOBOX

In der Darstellung des Bundesgesundheitsministeriums ruht das TSVG auf vier Säulen

- schnellere Terminvergabe
- bessere Versorgung und erweiterte Leistungsansprüche
- Förderung der Digitalisierung
- Beschleunigung der Selbstverwaltungsprozesse,

von denen sich die erste unmittelbar und umfänglich auf ambulante Versorger auswirken, bzw. Aktion von diesen verlangt. Formuliertes Ziel ist die schnellere Terminvergabe für GKV-Versicherte. Die Last der Veränderung tragen dabei im Wesentlichen die ambulant tätigen Mediziner. Da in diesem Kontext Krankenhaus-MVZ genau wie jeder niedergelassen tätige Vertragsarzt Adressat der Regelungen sind, ist es auch und gerade für krankenhausgetragene MVZ unentbehrlich, sich rechtzeitig vor Inkrafttreten der neuen Vorschriften, damit zu befassen.

Während die beschlossenen Veränderungen bei den Terminservicestellen Vorarbeiten seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen erfordern und deswegen wohl erst ab Herbst/Winter 2019 Reaktion verlangen (die regionalen KVen werden entsprechend informieren), gelten die Vorgaben des TSVG zum Sprechstundenangebot unmittelbar ab Inkrafttreten, d.h. ab 1. Mai 2019.

Pflegepersonaluntergrenzen, G-BA-Richtlinien, Triage, etc., Voraussetzungen und haftungsrechtliche Folgen!

Regelhaft werden in der Gesundheitspolitik neue Ideen geboren und auch umgesetzt, durch die der Patientenschutz gesichert oder verbessert, die Qualität der Patientenversorgung gesteigert und ein Zugewinn an Versorgungssicherheit erreicht werden soll. Sicherlich hehre Ziele, denen sich niemand verweigern kann. Es muss jedoch die Frage erlaubt sein, ob die Umsetzungen zur Erreichung dieser Ziele hierfür tatsächlich geeignet sind oder nicht doch oft eher das Gegenteil erreicht wird. Gut gemeint ist noch nicht gemacht.

In diesem Zuge sind in der jüngsten Vergangenheit durch verschiedene gesetzliche Maßnahmen und/oder G-BA-Beschlüsse konkrete Vorgaben im Hinblick auf Pflegepersonaluntergrenzen als auch Strukturvorgaben für die zentrale Notaufnahme geschaffen worden.

Haftung

Welche haftungsrechtlichen Folgen treffen die an der konkreten Umsetzung vor Ort in den Krankenhäusern involvierten Ärzte, wenn auch aufgrund räumlicher, personeller, apparativer oder sonstiger Gründe die gesetzlichen Vorgaben beziehungsweise die Vorgaben von

G-BA-Beschlüssen nicht eingehalten werden – können.

Behandlungsfehler

Soweit Patienten in der Behandlung im Krankenhaus einen Schaden erleiden, sind grundsätzlich zwei Anspruchsgrundlagen denkbar. Zum einen ein vertraglicher Haftungsanspruch aus § 630a BGB in Verbindung mit § 280 Abs. 1 BGB und zusätzlich ein deliktischer Anspruch aus § 823 BGB.

Grundsätzlich wird ein Behandlungsfehler als das Außerachtlassen der objektiv erforderlichen Sorgfalt nach medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnissen bei der Heilbehandlung qualifiziert, was letztlich medizinisch zumeist durch Gutachten zu klären ist. Hierbei gelten dann sowohl Diagnose- und Therapiefehler als Behandlungsfehler, aber sehr wohl nach der Rechtsprechung auch Organisations-, Überwachungs- und Auswahlfehler. Dass daneben auch eine fehlende oder unvollständige Aufklärung als Teil der Behandlung als Behandlungsfehler qualifiziert werden kann, sei der Vollständigkeit halber erwähnt.

Organisationsfehler

Vorliegend sind sowohl die Pflegepersonaluntergrenzen-

verordnung (PpUGV) als auch die Strukturvorgaben des G-BA zur stationären Notfallversorgung als letztlich im Ergebnis gesetzliche Vorgaben zum medizinischen (Mindest-) Standard anzusehen. Wenn diese Standards vom Krankenhaus nicht eingehalten werden, kann dies als Organisationsfehler und damit auch als Behandlungsfehler eingeordnet werden. Dies hat mithin zur Folge, dass es in etwaigen Behandlungsfehlervorfällen und/ oder bei mit dem Ergebnis einer Heilbehandlung de lege artis gegebenenfalls unzufriedenen Patienten oder Angehörigen für die Frage einer möglichen Haftung nicht mehr in erster Linie auf medizinisch wissenschaftliche Fragestellungen und eine den anerkannten medizinisch wissenschaftlichen Standards entsprechenden Heilbehandlung ankommt, sondern schlicht auf die Frage, ob derartige abstrakte Rahmenvorgaben/ Strukturvorgaben eingehalten wurden.

Beweislast

Besondere Bedeutung erhält diese Konstellation dadurch, dass die grundsätzlich den Patienten treffende Darlegungs- und Beweislast für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers als auch den Schadenseintritt und die haftungsbegründende Kau-

salität (so BGH in NJW 2016 Seite 3522) bei derartigen Konstellationen nicht uneingeschränkt gilt. Da nach der ständigen Rechtsprechung des BGH, so schon in BGH in NJW 1983, Seite 1374, Organisationsfehler haftungsrechtlich als Behandlungsfehler zu qualifizieren sind und die Organisation der Behandlung als sogenanntes voll beherrschbares Risiko eingestuft wird, können sich bei der Nichteinhaltung derartige Organisations- und Strukturvorgaben dann zumindest erhebliche Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten bis hin zu einer Beweislastumkehr ergeben.

Vollbeherrschbares Risiko

Entsteht dem Patienten ein Schaden aufgrund eines Behandlungsfehlers, der dem Organisationsbereich des Krankenhauses zuzuordnen ist und hätte das Krankenhaus die Gefahren aus diesem Bereich objektiv voll beherrschen können, so hat das Krankenhaus (der Arzt) zur Entkräftung dieser Vermutung den Gegenbeweis zu erbringen. Nach der Rechtsprechung ist der Krankenhausträger verpflichtet, seinen Klinikbetrieb so zu organisieren, dass jede vermeidbare Gefährdung des Patienten ausgeschlossen ist. Jeder Patient hat Anspruch auf die Wahrung der essenziellen Grundvoraussetzungen für seine Sicherheit, sodass durch den Organisationsfehler ein Qualitätsmangel existiert. Ebenso könnte die Nichteinhaltung von letztlich planbaren und organisierbaren Strukturvorgaben und /oder Pflegepersonaluntergrenzen, etc. zumindest als grober Behandlungsfehler eingestuft werden, da bei Nichteinhaltung dieser vorgegebenen Behandlungsregeln der Behandelnde gegen elementare Grundvoraussetzungen

verstößt, ohne dass dies aus objektiver Sicht verständlich ist.

Damit wird deutlich, welche weitreichenden haftungsrechtlichen Konsequenzen sich im Ergebnis aus den eingangs dargestellten Rahmenvorgaben zu Strukturen und Personal sowie Gerätevorhaltungen, etc. ergeben können.

Vor diesem Hintergrund muss daher dringendst empfohlen werden, die jeweiligen Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung als auch die Strukturvorgaben zur stationären Notfallversorgung seitens des G-BA soweit irgend möglich einzuhalten. Neben erheblichen wirtschaftlich nachteiligen Folgen bei der Nichteinhaltung kommen ansonsten perspektivisch erhebliche zusätzliche Haftungsrisiken hinzu, selbst wenn die individuelle Patientenbehandlung nach medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnissen *de lege artis* erfolgt ist.

G-BA: Notfallversorgung

Gerade bei den Strukturvorgaben zur stationären Notfallversorgung ergeben sich neben zahlreichen individuellen Fragen, welche Vorgaben der einzelnen verschiedenen Stufen realisiert werden können, für alle Beteiligten zumindest im Hinblick auf die Strukturvorgaben zur Behandlungspriorisierung und Dokumentation sowie zur Vorhaltung eines angestellten Facharztes mit entsprechenden Qualifikationsnachweisen jederzeit (24/7) innerhalb von 30 Minuten am Patienten, ganz erhebliche Struktur- und damit Organisations- und daraus resultierend Haftungsrisiken.

Die G-BA-Richtlinien zur stationären Notfallversorgung setzen neben zahlreichen Einzelvoraussetzungen ein strukturier-

tes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung (10 Minuten) voraus.

Ebenso wird eine standardisierte Dokumentation gefordert, die spätestens bei Entlassung oder Verlegung des Patienten vorliegen muss.

Schon diese beiden Vorgaben machen deutlich, dass es sich hierbei um reine organisatorisch sicherzustellende Rahmenbedingungen handelt, die entsprechend obiger Ausführungen zweifelsfrei als – rechtlich betrachtet – voll beherrschbares Risiko und damit vermeidbares Risiko qualifiziert werden müssen.

Verfügbarkeit vs. Rufdienst

Dies gilt des Weiteren auch im Hinblick auf die im Ergebnis äußerst problematische Vorgabe, dass jeweils ein Facharzt der notfallrelevanten Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie innerhalb von maximal 30 Minuten am Bett des kritisch kranken Patienten verfügbar sein muss.

Auch wenn in den Beschlüssen des G-BA davon gesprochen wird, dass diese Strukturvorgabe (und damit organisatorisch beherrschbarer Bereich) durch einen Rufbereitschaftsdienst gewährleistet werden könne, ist dies gerade nicht immer durch Rufdienste abzusichern. Entgegen der „landläufigen“ Darstellung ergibt sich aus dem G-BA-Beschluss nicht, dass diese Strukturvorgabe bei Vorhaltung eines Rufbereitschaftsdienstes erfüllt ist. Vielmehr spricht der GBA-Beschluss davon, dass der Facharzt innerhalb von maximal 30 Minuten am Bett des Patienten verfügbar sein muss und dies ggf. auch durch Rufbereitschaftsdienst realisiert werden kann, „... *sofern sichergestellt ist*,

dass der Rufbereitschaftsdienst innerhalb eines Zeitraums von 30 Minuten am Patienten tätig werden kann.“

Somit weist der Beschluss bereits ausdrücklich darauf hin, dass die Vorgabe von 30 Minuten am Patienten nicht bei Vorhaltung eines Rufbereitschaftsdienstes erfüllt ist, sondern durch einen Rufbereitschaftsdienst nur erfüllt werden kann, wenn durch diesen konkret die maximale Vorgabe von 30 Minuten am Bett des Patienten gesichert ist.

Dies wiederum läuft jedoch nach der Rechtsprechung diametral der Definition von Rufbereitschaftsdienst entgegen. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) ist Rufbereitschaft dadurch definiert, dass der Arbeitnehmer seinen Aufenthaltsort dem Arbeitgeber nur anzeigen muss und so zu wählen hat, dass er auf Abruf die Arbeit alsbald aufnehmen kann (so schon BAG Urteil vom 22.01.2004, AZ: 6 AZR 543/02). Durch den Ruf-

dienst darf sich keine Beschränkung des Aufenthaltsortes ergeben, da es sich anderenfalls um Bereitschaftsdienst handeln würde.

Somit ist eine konkrete feste zeitliche Mindestvorgabe zur Arbeitsaufnahme zunächst dem Wesen der Rufbereitschaft fremd. Organisatorisch wären die Krankenhäuser jedoch gezwungen, zwecks Sicherstellung der Strukturvorgabe (24/7 maximal 30 Minuten am Patienten) auch eine entsprechende Vorgabe von eben maximal 30 Minuten zu tätigen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass diese 30 Minuten nicht die reine Fahrtzeit des jeweiligen rufdiensthabenden Arztes erfasst, sondern die Zeit ab seiner Alarmierung bis zum Eintreffen am Patienten (d.h. umgezogen, desinfiziert und zur direkten Behandlungsübernahme bereit). Dies allein dürfte realistisch den Aufenthaltsort schon deutlich unter 30 Minuten reduzieren. Dies erst recht, wenn man berücksichtigt, dass es sich hierbei dann nicht

um eine „im Regelfall“ einzuhaltende Vorgabe, sondern um eine „immer und maximal zulässige“ Vorgabe handelt.

Schaut man sich dann die Rechtsprechung zu Zeitvorgaben im Rufdienst an, wird deutlich, dass kaum davon auszugehen ist, dass diese immer und maximal einzuhaltende Strukturvorgabe im Regelfall mit Rufdienst eingehalten werden kann. Das BAG hat schon 1991 entschieden, dass eine Zeitvorgabe von 10 Minuten nicht zulässig ist (so BAG in NZA 1992, Seite 560). Hinsichtlich einer Vorgabe von 15 Minuten hat das LAG Köln 2009 entschieden, dass auch dies unzulässig ist und dem Grundsatz von Rufbereitschaft widerspricht (So LAG in PflR 2009, Seite 277). Wiederum hat das BAG 2002 entschieden, dass auch eine Vorgabe von 20 Minuten nicht zulässig ist (BAG in MedR 2003, Seite 648).

Mit Entscheidung aus 2004 sah das BAG lediglich eine Zeitvorgabe von 45 Minuten als zulässig an (BAG ZPR 2005, Seite 27).

Bei all diesen Entscheidungen ging es jedoch bei den Zeitvorgaben nicht um die konkrete Behandlungsübernahme durch einen im Rufdienst befindlichen Arzt, was deutlich macht, dass faktisch selbst diese zeitlichen Limitierungen noch deutlich kürzer eingeschätzt werden müssen. Die zwingende Vorgabe von 30 Minuten maximal am Patienten dürfte bezogen auf die Beschränkung des Aufenthaltsortes sicherlich deutlich näher an den vom BAG für unzulässig erachteten 20 Minuten liegen. Dass dann das BAG jetzt zukünftig 30 Minuten am Patienten als Vorgabe für zulässig hält, ist vor diesem Hintergrund sicherlich eher als zumindest sehr unwahrscheinlich zu qualifizieren. Dies resultiert daraus, dass das BAG auch in seinen Begründungen



Foto: © sdecoret/fotolia.com

für derartige Beschränkungen deutlich macht „Der Arbeitnehmer muss die Möglichkeit haben, sich um persönliche und familiäre Angelegenheit zu kümmern, an sportlichen oder kulturellen Veranstaltung teilzunehmen, sich mit Freunden zu treffen, etc. Wegezeiten von 25 bis 30 Minuten sind nicht unüblich und hinzunehmen“.

Wenn das BAG folglich Wegezeiten von 25 bis 30 Minuten im Rufdienst als für den Arbeitgeber hinnehmbar qualifiziert, kann durch die Anordnung von Rufdienst denkgesetzlich 24/7 nicht sichergestellt sein, dass der rufdiensthabende Arzt maximal innerhalb von 30 Minuten am Patienten die Behandlung übernehmen kann. Dies insbesondere auch, wenn man berücksichtigt, dass dem rufdiensthabenden Arzt doch die Möglichkeit gegeben sein muss, persönliche und familiäre Angelegenheiten zu regeln oder an sportlichen Veranstaltungen teilzunehmen. Somit muss der diensthabende Arzt berechtigt sein, beispielsweise während des Rufdienstes auf dem Tennisplatz zu sein oder im Schwimmbad oder bei der Gartenarbeit. Hierdurch jedoch verkürzt sich die Wegezeit ebenfalls, da vor dem Antreten der Fahrt zur Klinik er sich bereits erstmalig umziehen und die Tennishalle oder den Garten verlassen muss um sich zu seinem Fahrzeug zu begeben. Wenn ihm dann vom BAG 25 bis 30 Minuten Wegezeit eingeräumt sind, sind die 30 Minuten schon überschritten bevor er auch nur an der Klinik eintrifft, geschweige denn sich dort vom Parkplatz zur Notaufnahme begeben, umgezogen und desinfiziert hat und am Patienten eintrifft.

All dies lässt mithin nicht erwarten, dass auf Basis der bisherigen Rechtsprechung des BAG und den zugehörigen Begründungen der Arbeitgeber

berechtigt sein kann, dem rufdiensthabenden Arzt eine zwingende Zeitvorgabe von maximal 30 Minuten zur Behandlungsübernahme am Patienten zu machen. In diesem Falle würde es sich gerade nicht mehr um Rufdienst, sondern um Bereitschaftsdienst handeln. Dies hätte ferner zur Konsequenz, dass, eben weil es kein Rufdienst mehr ist, der als Ruhezeit qualifiziert wird, dann die gesamte Zeitspanne Bereitschaftsdienst wäre. Auch dies hätte extremst weitreichende Konsequenzen für die – dann sicherlich kaum noch mögliche – Einhaltung arbeitszeitgesetzlicher Höchstgrenzen; von den betriebswirtschaftlichen Konsequenzen ganz zu schweigen.

Aber soweit das BAG u.U. seine Haltung diametral ändern sollte, stellt sich die Frage, ob eine solche erhebliche Veränderung und damit die hier notwendigen zwingenden zeitlichen Höchstvorgaben europarechtskonform wären.

Zu der Frage der Einordnung von sogenannten Bereitschaftszeiten, die ein Arbeitnehmer zuhause verbringt und während derer er der Verpflichtung unterliegt, einem Ruf des Arbeitgebers zum Einsatz Folge zu leisten, hat sich der EuGH in verschiedenen Gestaltungen bereits geäußert und ebenfalls sich bei seinen Begründungen im Wesentlichen an dem Maß der Freizeitbeeinträchtigung orientiert. Wenn durch solche Vorgaben die Möglichkeit, anderen Tätigkeiten nachzugehen, erheblich eingeschränkt ist, sieht der EuGH diese Zeiten als Arbeitszeiten an. Insoweit liegt der Begründungsansatz auch auf der Linie des BAG und es dürfte entsprechend obiger Darstellungen wohl kaum als unwesentliche Freizeitbeeinträchtigung quali-

fiziert werden, wenn man zwingend 24/7 maximal 30 Minuten Gesamtzeit zwischen Anruf und Fortsetzung der Behandlung als Vorgabe qualifiziert.

Empfehlungen

Die in die Organisation derartiger Maßnahmen involvierten Ärzte sollten sicherstellen, dass der Krankenhausträger die Organisation des Dienstplanes bei der Gestaltung von Rufdienst für die strukturelevanten Fachbereiche „absegnet“, damit bei etwaiger Nichteinhaltung solche Organisationsfehler dem Chefarzt nicht angelastet werden können. Wie aufgezeigt, ergäben sich hieraus äußerst weitreichende nicht nur Haftungsrisiken, sondern auch erhebliche betriebswirtschaftliche Risiken für die der beteiligte/betroffene Chefarzt bei vorheriger „Absegnung“ durch den Arbeitgeber dann nicht mehr im Innenverhältnis zur Verantwortung gezogen werden könnte.

Insoweit muss auf die ständige Rechtsprechung des BGH verwiesen werden, wonach es nicht Aufgabe des Chefarztes, sondern Aufgabe des Krankenhausträgers ist, organisatorisch zu gewährleisten, dass der Chefarzt mit dem vorhandenen ärztlichen Personal (welches der Arbeitgeber ihm zur Verfügung stellen muss) seine Aufgaben auch erfüllen kann. Bei nicht ausreichendem Personal zur Sicherstellung der obigen Vorgaben muss daher auf diesen Mangel frühzeitig hingewiesen werden, um sich im Falle eines casus belli zumindest persönlich exkulpieren zu können.

Autor:
Rechtsanwalt Norbert H. Müller
Fachanwalt für Arbeits- und Steuerrecht
c/o Kanzlei Klostermann, Dr. Schmidt,
Monstadt, Dr. Eisbrecher
Kortumstraße 100, 44787 Bochum
E-Mail: mueller@klostermann-rae.de

Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) – Widerstand gegen systematische Rechnungskürzungen

Lange schon steht das Prüfverfahren bzw. – verhalten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) massiv in der Kritik. Spätestens seit dem Urteil des Bundessozialgerichts zu den sog. Stroke Units und der in diesem Zusammenhang von den gesetzlichen Krankenkassen losgetretenen Klagewelle ist es verstärkt in den Fokus von Politik und Öffentlichkeit geraten.

Immer deutlicher tritt dabei zu Tage, dass es nicht etwa um Fälle geht, in denen die Patienten schlecht oder unzureichend versorgt wurden. Nein, es geht um

kleinste Form-, Organisations- und Dokumentationsfehler, die zum Anlass genommen werden um Krankenhäusern zum Teil Jahre rückwirkend das Entgelt für medizinische einwandfrei erbrachte Leistungen vorzuenthalten – und das in Milliardenhöhe.

Gezielt gesucht und geprüft werden dabei vor allem die „gewinnträchtigen Fälle“ mit hohem Einsparpotential. Begünstigt wird diese Methode dabei von der Rechtsprechung der Sozialgerichte, insb. des Bundessozialgerichts, die – was bei Juristen nun mal in der Natur der Sache liegt – geprägt ist von einer streng formal juristischen Denkweise und den medizinischen Sachverhalt des Einzelfalls nur selten berücksichtigt. Zwar entfaltet ein Urteil nur Rechtswirkung inter pares, der MDK leitet aus einer Einzelfallentscheidung jedoch das Recht für systematische Rechnungskürzungen bzw. Rückforderungsansprüche ab, denen die Krankenhäuser durch die sofortige Verrechnung mit anderen Abrechnungsfällen beinahe wehrlos ausgeliefert sind.

Ja, sie können gegen die Kürzung im Wege der Verrechnungsklagen – das ist ihr gutes Recht. Was aber nützt es u.U. nach mehreren Jahren Recht zu bekommen

wenn die Liquidität jetzt fehlt?!

Die Kassen haben es mit dem Instrument der Rechnungskürzung massiv überzogen. Es ist nun an der Zeit hier politisch gegenzusteuern und zu einem vernünftigen und für die Krankenhäuser nicht mehr existenzgefährdenden Verfahren zurückzukehren.

Der VLK fordert daher eine tiefgreifende Reform des MDK bzw. der Krankenhausabrechnung.

1. Der MDK muss als unabhängiges Kontrollgremium weiterentwickelt werden. Dazu ist er auf eine unabhängige finanzielle Basis zu stellen.
2. Rein formale Fehler, die nicht das Geringste mit der Versorgung des Patienten zu tun haben, dürfen nicht mehr dazu führen, dass Entgelte für komplexe, medizinisch ordnungsgemäß erbrachte Leistungen vorenthalten werden.
3. Berechtigte Rechnungskürzungen dürfen nicht der Einzelkasse zugutekommen, sondern müssen in den Gesundheitsfonds zurückgeführt und verteilt werden, damit sie nicht als – beitragsrelevantes – Wettbewerbsinstrument zwischen den Kassen missbraucht werden.
4. Eine Verrechnung darf allenfalls mit bestands- und/oder rechtskräftig festgestellten Gegenforderungen erfolgen.



Foto: © Igor Tarasov/fotolia.com