Guerbet
Contrast for Life

Nr. 7 / Juli 2010

Contrast Forum

Informationsdienst für Krankenhaus-Radiologen und -Nuklearmediziner

Recht • Management • Ökonomie • Privatliquidation

Haftung

Wer haftet bei einer horizontalen Arbeitsaufteilung: Der Radiologe oder der Auftraggeber?

von RA Rainer Hellweg, Kanzlei Schroeder-Printzen, Kaufmann & Kollegen, Hannover, www.spkt.de

Insbesondere bei arbeitsteiliger Behandlung von Patienten im Krankenhaus stellt sich oftmals die haftungsrechtliche Frage der horizontalen Arbeitsteilung. Wenn zum Beispiel eine andere Abteilung, ein Belegarzt oder ein sonstiger Überweiser eine radiologische Untersuchung in Auftrag gibt, geht es um die juristische Abgrenzung von Verantwortungsbereichen, wenn aufgrund fehlerhafter Behandlung Schäden beim Patienten auftreten. Doch wann haftet der Radiologe und wann der Auftraggeber? Der folgende Beitrag klärt auf.

Weshalb könnte der Radiologe haften?

Die Haftung des Radiologen ist nicht bereits von vornherein deshalb ausgeschlossen, weil möglicherweise zwischen diesem und dem Patienten kein eigener Behandlungsvertrag zustande kommt. Jedenfalls kommt eine sogenannte „Deliktshaftung" des Radiologen in Betracht, wenn die radiologische Untersuchung oder Befundung nicht lege artis durchgeführt wurde. Dies gilt auch für den angestellten Krankenhausarzt, der vom Patienten gegebenenfalls neben dem Krankenhausträger in Anspruch genommen werden kann.

Es gilt der Vertrauensgrundsatz

Im Rahmen der horizontalen Arbeitsteilung zum Beispiel zwischen Auftraggeber und Radiologe gilt nach der Rechtsprechung als Ausgangspunkt der Vertrauensgrundsatz. Danach kann sich der Arzt einer bestimmten Fachgruppe vom Grundsatz her darauf verlassen, dass der Kollege aus einer anderen Fachgruppe seine Aufgaben ordnungsgemäß und sorgfältig erfüllt.

Somit kann der Radiologe grundsätzlich auf die vom Auftraggeber gestellte Indikation für die radiologische Untersuchung und eine Weiterbehandlung lege artis vertrauen, der Auftraggeber umgekehrt auf eine zutreffende Befundung durch den Radiologen.

Inhalt

Tarifrecht
LAG Berlin-Brandenburg bejaht Überleitung der Chefarztvergütung auf den TV-Ärzte

Krankenhausmanagement
„Krankenhaus Rating Report 2010": Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

Urteilsfall Nr. 1

Nach einem Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) Hamm vom 14. Juni 2000 (Az: 3 U 202/99) ist ein Radiologe bei einer Patientin, die ihm zur Durchführung einer Kontrollmammographie von einem Gynäkologen überwiesen wurde, nicht ohne Weiteres verpflichtet, ergänzend auch noch eine Biopsie oder eine Ultraschalluntersuchung durchzuführen, wenn kein Verdacht auf ein malignes Geschehen besteht. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sich der Radiologe blind auf den vom Auftraggeber oder Überweiser gestellten Untersuchungsauftrag verlassen und beschränken darf und dadurch haftungsrechtlich entlastet wäre.

Praxistipp: In jedem Fall muss der Radiologe prüfen, ob der Auftrag richtig gestellt ist und dem angegebenen Krankheitsbild entspricht. Bestehen Anhaltspunkte für Zweifel an der Richtigkeit der ihm übermittelten Diagnose oder zur Indikationsstellung der erbetenen Untersuchung, muss der Radiologe dem nachgehen.

Wie weit reicht der Umfang der geschuldeten Leistung?

Nach der Rechtsprechung richtet sich der Umfang der vom Radiologen geschuldeten ärztlichen Leistungen nach dem Inhalt des Auftrags bzw. der Überweisung. Ist dieser auf eine konkret benannte Diagnosemaßnahme beschränkt, muss der Radiologe grundsätzlich nur diese Maßnahme durchführen.

Radiologen-CF-7-10.indd 1 15.06.2010 10:16:14

Es obliegt dann dem auftraggebenden bzw. überweisenden Arzt, die Ergebnisse der Befunderhebung zu interpretieren und gegebenenfalls weitere Maßnahmen einzuleiten. Erfolgt jedoch die Überweisung bzw. Beauftragung des Radiologen zur eigenverantwortlichen Abklärung einer Verdachtsdiagnose, muss dieser eigenverantwortlich alle notwendigen Befunde erheben und vollständig auswerten, um den Verdacht entweder zu bestätigen oder auszuschließen.

Urteilsfall Nr. 2

In einem vom OLG Naumburg entschiedenen Fall (Urteil vom 18.1.2008, Az: 1 U 77/07) lautete der Überweisungsauftrag: „CT BWS/LWS – ossär metatast. PCA – beg. Querschnittssymptomatik". Das Gericht sah dies als beschränkten Auftrag im vorstehend erörterten Sinne an, sodass nach Auffassung des Gerichts der überweisende Urologe und nicht der Radiologe verpflichtet gewesen wäre, über weitere notwendige Diagnose- oder Therapiemaßnahmen zu entscheiden. Die Haftungsklage gegen den Radiologen wurde abgewiesen, da nach dem eingeholten Sachverständigengutachten dessen Befunderhebung lege artis erfolgte.

Wann haften Auftraggeber und Radiologe gemeinsam?

Die Fälle Nr. 3 und 4 zeigen, dass eine gemeinsame Haftung möglich ist

Urteilsfall Nr. 3

In einem Fall war es durch eine fehlerhafte Abstimmung zwischen Operateur und Radiologin dazu gekommen, dass die Radiologin nach der Untersuchung des intraoperativ entnommenen Gewebes als Ergebnis mitteilte, die operative Entfernung des Mammakarzinoms sei vollständig geglückt. Dieses war jedoch nicht der Fall. Dadurch konnte das Karzinom nachfolgend in die Lymphknoten streuen.

Das OLG Oldenburg sah hierin einen Behandlungsfehler. Hierfür hafteten sowohl der Operateur als auch die Radiologin (Urteil vom 9.7.2008, Az: 5 U 32/08).

Wenn zum Beispiel bei einer Röntgenaufnahme Zufallsbefunde offenbar werden, sind sowohl Auftraggeber als auch Radiologe dazu verpflichtet, für die Einleitung weiterer erforderlicher diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen Sorge zu tragen. Bei offensichtlich erkennbaren Befunden kann sogar der Auftraggeber wegen eigener Verantwortlichkeit für die Befundung haftbar gemacht werden.

Urteilsfall Nr. 4

Im Urteil des OLG Brandenburg vom 27. August 2009 (Az: 12 U 233/08) wurden Haftungsansprüche gegen einen Anästhesisten zuerkannt, der eine Röntgenaufnahme in Vorbereitung der Operation für die Anästhesie benutzt hatte, auf der eine etwa zwei Zentimeter große rundliche unscharfe Verdichtung im rechten Unterfeld der Lunge erkennbar war.

Aufgrund der unterlassenen Befundung wurde die Behandlung des letztlich zum Tode führenden Lungenkarzinoms um mehr als ein Jahr verzögert, wofür das Gericht auch den Anästhesisten als verantwortlich ansah. Denn der Lungenkarzinomverdacht hätte angesichts derartiger Auffälligkeit auf dem Röntgenbild auch vom Anästhesisten gestellt werden müssen.

Dies entlastet jedoch den Radiologen nicht von eigener Haftung. Der Radiologe ist verpflichtet, anhand der ihm bekannten Informationen und nach den ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten den Untersuchungsauftrag sorgfältig zu prüfen. Bei Bedenken oder bei einem festgestellten Befund, der die Einleitung weiterer diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen erforderlich macht, muss zumindest Rücksprache mit dem Auftraggeber und Behandler des Patienten gehalten werden.

Fazit

Wenn der Radiologe Zweifel an dem Therapieregime oder der Sinnhaftigkeit der in Auftrag gegebenen radiologischen Untersuchung hat, sollte er mit dem Auftraggeber oder Überweiser Rücksprache halten und dies deutlich machen. Ebenso sollte der Radiologe den Auftraggeber rechtzeitig und deutlich darauf hinweisen, wenn das Ergebnis der radiologischen Befundung weitere therapeutische oder diagnostische Maßnahmen erforderlich macht. Auch wenn der Auftraggeber sich eventuell „auf den Schlips getreten" fühlen könnte, kann nur so möglichen Haftungsstreitigkeiten vorgebeugt werden.

Letztlich kommt auch dem Auftraggeber eine möglichst genaue Abstimmung und lückenlose Kommunikation zugute. Gerade an der Schnittstelle zwischen Auftraggeber und Radiologen kann es zu haftungsträchtigen Abstimmungsfehlern kommen, die es für beide Seiten zu vermeiden gilt.

Praxistipp: Telefonische Absprachen oder Mitteilungen an den Auftraggeber oder Überweiser sollten in jedem Fall in den Behandlungsunterlagen schriftlich dokumentiert werden. Auch wenn dies im hektischen Arbeitsalltag, insbesondere im Krankenhaus bisweilen schwer einzuhalten ist, ist dies erforderlich, um im Falle eines späteren Haftungsprozesses den Entlastungsbeweis führen zu können.

Leserservice: Alle hier besprochenen Urteile können Sie kostenlos unter mareck@iww.de anfordern.

Radiologen-CF-7-10.indd 2 15.06.2010 10:16:15

Tarifrecht

LAG Berlin-Brandenburg bejaht Überleitung der Chefarztvergütung auf den TV-Ärzte

von Rechtsanwältin Dr. Ulrike Tonner, Rechtsanwälte Wigge, Münster, www.ra-wigge.de

Die Frage der Überleitung der Festvergütung der Chefärzte auf den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) bzw. den TV-Ärzte beschäftigt seit längerem eine Vielzahl von Arbeits- bzw. Landesarbeitsgerichten. Eine abschließende Entscheidung durch das Bundesarbeitsgericht (BAG) bleibt weiter abzuwarten. Nun gibt es eine neue positive Entscheidung des Landesarbeitsgerichts (LAG) Berlin-Brandenburg vom 19. Januar 2010 (Az: 19 Sa 1681/09). Das Gericht spricht dem klagenden Chefarzt eine Überleitung in den für ihn günstigeren TV-Ärzte zu. Die Entscheidung zeigt aber auch, wie vielfältig und entscheidend die Ausgangslage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage ist.

Sachverhalt und Urteilsgründe

Der Entscheidung liegt eine Vergütungsvereinbarung zugrunde, die bislang eine Chefarzt-Festvergütung entsprechend der Vergütungsgruppe I des BAT-West vorsah. Die Parteien streiten darüber, ob mit Wegfall des BAT diese Vergütungsregelung lückenhaft geworden ist. Der Chefarzt meint, zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses sei die tarifliche Entwicklung mit einer Aufsplittung in den TVöD und den TV-Ärzte nicht vorhersehbar gewesen. Für ihn würde die günstigere Regelung – also eine Vergütung nach der Entgeltgruppe IV des TV-Ärzte – gelten. Der beklagte Krankenhausträger hält an der Vergütung nach Vergütungsgruppe der I BAT-West fest.

In erster Instanz hat das Arbeitsgericht Brandenburg dem Chefarzt eine Vergütung nach der Vergütungsgruppe IV des TV-Ärzte zugesprochen. Die vom Chefarzt geltend gemachten Vergütungsdifferenzansprüche für den Zeitraum vor Oktober 2007 hat das Gericht aufgrund eingetretener Verfristung abgewiesen. Das LAG Berlin-Brandenburg hat dieses erstinstanzliche Urteil in seiner Entscheidung in vollem Umfang bestätigt.

Welcher Tarifvertrag gilt nach Wegfall des BAT?

Nach Auffassung des LAG Berlin-Brandenburg ist für die Frage, welcher der beiden Tarifverträge nach Wegfall des BAT nun gilt, primär die Auslegung der Vergütungsklausel maßgeblich. Dabei handele es sich um eine allgemeine Geschäftsbedingung (AGB) im Sinne von § 305 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Dem Wortlaut der hier streitigen Vergütungsregelung zufolge hätten die Vertragsparteien eine zeitdynamische Vergütungsklausel vereinbart, wonach eine Vergütung nach der jeweiligen Fassung der Vergütungsgruppe I BAT zu zahlen sei. Diese Vergütungsregelung sei seit Wegfall des BAT gegenstandslos und daher unanwendbar geworden. Anders als in vergleichbaren Fällen hätten die Vertragsparteien nicht geregelt, die Vergütungsregelung des BAT-West durch die Regelung eines anderen den BAT ersetzenden Tarifvertrags abzulösen. Folglich käme es nicht darauf an, ob nun der TVöD oder der TV-Ärzte an die Stelle des BAT getreten sei.

Die streitige Vergütungsregelung weise eine Regelungslücke auf, die auch nicht im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung geschlossen werden könne. Voraussetzung dafür sei, dass der Vertrag bzw. die bisherige Vertragspraxis Anhaltspunkte dafür erkennen ließe, was nach hypothetischem Parteiwillen vereinbart worden wäre, wenn die Regelungslücke bekannt gewesen wäre. Dies sei hier nicht der Fall.

Einfluss der „Unklarheitenregelung" auf die Vergütungsfrage

Aufgrund dessen sei in einem solchen Fall die sogenannte „Unklarheitenregelung" anzuwenden. Diese gilt immer dann, wenn die Auslegung einer AGB mindestens zwei Ergebnisse als vertretbar erscheinen lässt, von denen keines den klaren Vorzug verdiene. Hinsichtlich der hier streitigen Grundvergütung des Chefarztes gelte die Entgeltgruppe IV des TV-Ärzte, da dies die für ihn günstigere Entgeltgruppe gegenüber der hier ebenfalls infrage kommenden Entgeltgruppe 15 Ü des TVöD darstelle.

Fazit und Praxishinweise

Das Urteil des LAG Berlin-Brandenburg reiht sich in die Liste von Urteilen ein, die fast ausschließlich zugunsten der Chefärzte verliefen. Allerdings wurde auch gegen dieses Urteil beim BAG Revision eingelegt. Trotz der vielen positiven Entscheidungen für den Chefarzt zeigt das Urteil, dass sich aufgrund der Vielfalt der möglichen Vertragsklauseln immer wieder neue Einzelfallprüfungen ergeben werden. Unabhängig davon ist daher zu empfehlen, zügig außergerichtlich eventuell bestehende Vergütungsdifferenzansprüche schriftlich gegenüber dem Krankenhausträger geltend zu machen, um eine Verjährung der Ansprüche wegen der tarifvertraglichen sechsmonatigen Ausschlussfrist zu verhindern.

Radiologen-CF-7-10.indd 3 15.06.2010 10:16:15

www.guerbet.de

DOTAREM® 0,5 mmol/ml Injektionslösung in Durchstechflaschen. DOTAREM® 0,5 mmol/ml Injektionslösung in Durchstechflaschen (für Mehrfachentnahme). DOTAREM® 0,5 mmol/ml Injektionslösung in Fertigspritzen. Wirkstoff: Gadotersäure. **Zusammensetzung:** *Wirkstoff:* 1 ml Injektionslösung enthält 279,32 mg Gadotersäure (als Megluminsalz), entsprechend 0,5 mmol. 10 (15; 20; 60) ml Injektionslösung enthalten 2793,2 (4189,8; 5586,4; 16759,2) mg Gadotersäure (als Megluminsalz), entsprechend 5 (7,5; 10; 30) mmol. *Sonstige Bestandteile:* Meglumin, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Zur Kontrastverstärkung bei der Untersuchung mittels Magnetresonanztomographie (MRT) und damit zur besseren Darstellung bzw. Abgrenzung von Läsionen des Gehirns, des Rückenmarks und des umgebenden Gewebes, der Leber, der Nieren, des Pankreas, des Beckens, der Lunge, des Herzens, der Brust sowie des muskuloskelettalen Systems und von Läsionen oder Stenosen der nicht-koronaren Arterien (MR Angiographie). Bei Kindern wurden im Anwendungsgebiet Angiographie keine Untersuchungen zur Wirksamkeit und Unbedenklichkeit durchgeführt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Gadotersäure, Meglumin oder anderen gadoliniumhaltigen Arzneimitteln. Fertigspritzen dürfen nicht zur Injektion von DOTAREM® bei Kindern angewendet werden. Zu diesem Zweck sollte DOTAREM® aus Durchstechflaschen angewendet werden. Die Anwendung der für das Kind benötigten Arzneimittelmenge sollte mit einer passend skalierten Einmalspritze erfolgen, um eine genaue Dosierung sicherzustellen. **Nebenwirkungen:** Die Nebenwirkungen, die im Zusammenhang mit der Anwendung von DOTAREM® auftreten, sind in der Regel leicht bis mittelschwer und vorübergehend. Die am häufigsten beobachteten Reaktionen sind Wärme- oder Kältegefühl und/oder Schmerzen an der Injektionsstelle. Während der klinischen Prüfung wurden Kopfschmerzen und Parästhesien sehr häufig (≥ 1/10), Übelkeit, Erbrechen und Hautreaktionen wie erythematöser Hautausschlag und Juckreiz wurden häufig (≥ 1/100, < 1/10) beobachtet. Seit der Markteinführung wurde über folgende Nebenwirkungen sehr selten (< 1/10.000) berichtet: In seltenen Fällen wurden anaphylaktoide Reaktionen beobachtet, die sehr selten schwerwiegend und lebensbedrohlich oder mit Todesfolge sein können, besonders bei Patienten mit Allergieanamnese. Allergoide Reaktionen können unabhängig von der angewendeten Menge und der Art der Anwendung in Form von einem oder mehreren der folgenden Symptome auftreten: Angioödem, anaphylaktischem Schock, Herz- und Kreislaufstillstand, Hypotonie, Larynxödem, Bronchospasmus, Laryngospasmus, Lungenödem, Dyspnoe, Stridor, Husten, Pruritus, Rhinitis, Niesen, Konjunktivitis, Urtikaria sowie Hautausschlag (Rash). Einige dieser Symptome können erste Anzeichen eines beginnenden Schockzustandes sein. Spätreaktionen sind möglich. Es wurde sehr selten berichtet über Brustschmerzen, Rückenschmerzen, Unwohlsein, Fieber, vermehrtes Schwitzen, Kältegefühl, Blässe sowie Synkope, Atembeschwerden, abdominale Schmerzen, Ekzem, Erythem, Urtikaria, Pruritus und Vorexanthem (Rash), Schwindel, generalisierte Konvulsionen, Tremor, Müdigkeit und Somnolenz, Muskelkrämpfe, Muskelschwäche. NSF-Fälle wurden gemeldet. Die Injektion von DOTAREM® in kleinlumige Venen kann Nebenwirkungen wie Rötung und Schwellung verursachen. Im Falle einer extravasalen Injektion können lokal Schmerzen im Gewebe auftreten. Es wurde über seltene Fälle von oberflächlicher Phlebitis berichtet, diese stehen möglicherweise mit der Injektionstechnik in Zusammenhang. **Wechselwirkungen:** Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln wurden nicht beobachtet. Studien zu Arzneimittelwechselwirkungen wurden nicht durchgeführt. **Hinweis:** Bitte aktuelle Gebrauchs- und Fachinformationen mit weiteren Informationen beachten. **Verschreibungspflichtig.** Guerbet, BP 57400, 95943 Roissy CdG Cedex, Frankreich. Örtlicher Vertreter: Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11, 65843 Sulzbach, Deutschland. (Stand: August 2009)

Guerbet

Radiologen-CF-7-10.indd 4 15.06.2010 10:16:16

Die Kraft des Gadoliniums

"gefangen in einem Käfig"[1,2]

Ein **sehr stabiler makrozyklischer ionischer** Komplex[2]

Ein **großes Indikationsspektrum** für die Bedürfnisse Ihrer Patienten[3]

Contrast for Life

DOTAREM®

Gadotersäure

by Choice

(1) Kumar K. et al. Inorg. Chem. 1994;33:3567 - 3575
(2) Port M., Idée JM., Medina C., Robic C., Sabatou M., Corot C. Biometals. 2008;21(4):469 - 490.
(3) DOTAREM® Fachinformationen

Guerbet

Radiologen-CF-7-10.indd 5 15.06.2010 10:16:17

Krankenhausmanagement

„Krankenhaus Rating Report 2010“: Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

von Dr. Boris Augurzky, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen

Der neue „Krankenhaus Rating Report 2010“ soll dazu beitragen, die Transparenz im deutschen Krankenhausmarkt zu verbessern. Gegenüber dem Report aus dem Vorjahr (vergl. „Contrast Forum“ Nr. 6/2009, S. 2 f.) hat sich die Datenlage erneut verbessert: Die Zahl der einbezogenen Krankenhäuser ist von 832 auf 1.032 gestiegen. Es folgt ein Überblick zu den wichtigsten Ergebnissen.

Verbessert sich die Lage?

Wie in den Vorjahren konnten die Krankenhäuser in 2008 die Zahl der Fälle steigern – um zwei Prozent auf 17,5 Mio. Regional variiert die Zahl der stationären Krankenhausaufenthalte je Einwohner allerdings sehr stark. Zum Beispiel ist in Baden-Württemberg die Inanspruchnahme von stationären Leistungen stark unterdurchschnittlich, im Saarland, in Thüringen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg hingegen sehr hoch.

2008 war ein wirtschaftlich schwieriges Jahr für Krankenhäuser. Hier wiesen etwa 16,4 Prozent aller Häuser eine erhöhte Insolvenzgefahr auf („roter Bereich“). Für 2009 und 2010 scheint die Lage besser: Nach unseren Schätzungen liegen noch etwa elf bzw. acht Prozent im „roten Bereich“. Zurückzuführen sein dürfte diese positive Entwicklung auf – vorübergehende – Erlössteigerungen infolge des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG).

Die Lage bei den Beschäftigten

Nach Jahren des Personalabbaus nahm in Krankenhäusern erstmals in 2008 die Zahl der Beschäftigten wieder zu – um 0,7 Prozent auf 797.500 Vollkräfte. Erwähnenswert ist die Ausweitung des Pflegedienstes nach langen Jahren des Abbaus. Die Kosten je Vollkraft stiegen in den vergangenen Jahren stark an: zwischen 2002 und 2008 um 16,5 Prozent im ärztlichen und um acht bis elf Prozent in den nichtärztlichen Diensten.

Die Krankenhausstruktur

Das stationäre Angebot hat sich 2008 nur geringfügig geändert: Die Zahl der Betten nahm um 3.500 auf 503.000 ab und die Zahl der Krankenhäuser sank auf 2.083, das sind nur vier weniger als 2007. Private Krankenhäuser gewannen 2008 kaum zusätzliche Marktanteile (15,9 Prozent statt 15,6 im Vorjahr).

Wie geht es weiter bis 2020?

Bis 2020 erwarten wir eine Zunahme der Zahl der Patienten um elf Prozent. Allerdings wird ein größerer Anteil der Fälle zukünftig mehr als bisher nicht mehr stationär, sondern ambulant versorgt werden. Anders sieht es in Bezug auf das Personal aus. Wir gehen bis 2020 von einem weiter wachsenden Bedarf im ärztlichen Dienst (acht Prozent), im Pflegedienst (acht bis fünf Prozent) und in den anderen medizinischen Diensten (fünf bis sechs Prozent) aus. Die Wettbewerbsfähigkeit von Krankenhäusern wird entscheidend von der erfolgreichen Akquise und Weiterbildung von Personal bestimmt werden. Dies dürfte weiterhin zu überproportional steigenden Löhnen für ärztliches und nicht-ärztliches Personal führen. Wir gehen daher davon aus, dass sich ohne betriebliche Optimierungsmaßnahmen die Erlöse langfristig weniger stark erhöhen werden als die Kosten und sich die Lage langfristig wieder verschlechtern wird.

Von Schließung bedroht sind besonders kleine oder ländliche Krankenhäuser. Mittel- bis langfristig ist davon auszugehen, dass die derzeit bestehende Krankenhausinfrastruktur in manchen ländlichen Gebieten nicht mehr dem Bedarf entspricht und somit nicht in ihrem vollen Umfang aufrecht erhalten werden kann. Vielmehr müssen neue, ökonomisch tragbare Versorgungsformen geschaffen werden – wie zum Beispiel bettenführende Medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser, die die ambulante fachärztliche Versorgung mit übernehmen, sowie mobile Hausärzte und mobile Pflegekräfte. Kleine Krankenhäuser werden wohl Schwierigkeiten bekommen, wenn ihr Leistungsportfolio zu breit ist. Eine Fokussierung auf wenige Leistungen in ausreichend hoher Menge könnte für diese das Erfolgsrezept sein.

Impressum

IWW INSTITUT

Herausgeber: Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11, 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0, http://www.guerbet.de, E-Mail: info@guerbet.de

Verlag: IWW Institut für Wirtschaftspublizistik Verlag Steuern Recht Wirtschaft GmbH & Co. KG, Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Telefon 02596 922-0, Telefax 02596 922-99

Redaktion: RAin Heike Mareck (verantwortlich); RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung: Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Guerbet GmbH

Hinweis: Der Inhalt des Contrast Forum ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Das Contrast Forum gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.