

„ Leitende Krankenhausärzte im Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie „

119. Deutscher Ärztetag

26. Mai 2016 ; Hamburg

Prof. Dr. med. H.F.Weiser

Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte
Deutschlands e.V.

Leider wurde bei der politisch initiierten Ökonomisierung unseres Gesundheitswesens, d.h. des gewollten und der güterorientierten Ökonomie entliehenen „ Wettbewerbs „ die Kernfrage, nämlich wie lassen sich Gesundheitsfürsorge und Wettbewerb unter einen Hut bringen, von den politischen Entscheidungsträgern der damaligen großen Koalition komplett ausgeblendet.

Wettbewerb wurde im Wettstreit zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Notwendigkeiten zum unfehlbaren Schiedsrichter erklärt.

Offensichtlich glauben unsere Gesundheitspolitiker auch 13 Jahre nach Einführung des „ pauschalierenden Entgelt-Systems „ noch immer mit unregelmäßigem Wettbewerb ein Instrument gefunden zu haben, das zwischen Medizin und Wirtschaftlichkeit den richtigen Weg, gleichsam hellichtig zu finden weiß. Wer Wettbewerb als Allheilmittel um jeden Preis, ohne für das Gesundheitssystem sachgerechte Rahmenbedingungen will, der darf sich nicht wundern,

wenn er Wettbewerb, mit allen positiven aber auch negativen Facetten bekommt. Mit anderen Worten, wer das Gesundheitswesen als Teil der staatlichen Daseinsfürsorge über ökonomische Kriterien organisiert, d.h. die s.g., Leistungserbringer „verkaufen“, im weitesten Sinn Leistungen, muss sich nicht wundern wenn sich diese nach betriebswirtschaftlichen Kriterien organisieren.

Die leitenden Krankenhausärzte sehen mit großer Sorge seit Jahren eine Überökonomisierung der Medizin. Wesentliche Ursache ist das o.g., der Güterwirtschaft entlehene Vergütungssystem. Das Fallpauschalensystem hat einen neuen Ordnungsrahmen geschaffen. Ein wettbewerbliches Marktsystem, das zu viele Widersprüche zu einer indikatorisch und therapeutisch sinnvollen Versorgung von Schwerstkranken, als Teil der staatlichen Daseinsvorsorge geschaffen hat.

Mit dieser Entwicklung wuchs allen im Krankenhaus tätigen Arztgruppen, insbesondere den leitenden Ärzten die Verpflichtung zu, betriebswirtschaftliche Wahrheiten mit medizinischen Notwendigkeiten zu relativieren. Ökonomie aus medizinischer Sicht sieht jedenfalls anders aus, als in der allgemeinen Betriebswirtschaftslehre an ökonomischer Weisheit gepredigt und von gelernten Betriebswirten später umgesetzt wird. Insbesondere die kritische Diskussion um Chefarzt-Boni hat gezeigt, wie ärztliches Entscheidungsverhalten systembedingt in ethisch fragwürdige Bereiche gedrängt wird. BÄK und VLK sehen sich deshalb seit Jahren gezwungen, aus medizinischer Sicht auf die Unzulänglichkeiten wirtschaftlicher Fundamentalaxiome hinzuweisen, die gewissermaßen als Naturgesetze im Raume stehen, ohne es tatsächlich zu sein.

Ethisch verantwortungsbewusste Medizin kennt nicht den Verkauf von Diagnose und Therapie zur Prestigesteigerung oder Gewinnmaximierung des Unternehmens Krankenhaus! Ärztinnen und Ärzte dürfen daher von keinem Träger und von keiner Geschäftsführung, quasi als „ Key Account Manager „ an solchen Strategien beteiligt oder gar per Dienstvertrag verpflichtet werden. Wie die Ereignisse der vergangenen Jahre gezeigt haben, wurde, wie von BÄK und VLK befürchtet, der Bogen trotz vielfacher Mahnungen und Fehlentwicklungen deutlich überspannt.

Nachdem der Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie in den letzten Jahren sukzessive von den leitenden Krankenhausärzten auf alle an der Krankenhausversorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte übergegriffen hat , möchte ich die vorliegenden Entschließungsanträge des Vorstandes zu dieser Thematik dahingehend erweitern, alle an der Krankenhausversorgung beteiligten Kolleginnen und Kollegen einzubeziehen.

Insbesondere die DKG empfahl noch in der 9. Auflage ihrer Beratungs- und Formulierungshilfen für Chefarztverträge, d.h. bis Oktober 2014, Boni für leitende Ärzte an mengenassoziierte Zielvereinbarungen zu knüpfen (1).

Entsprechend stieg der Anteil von Verträgen mit variablen Vergütungskomponenten und festgelegten monetären Anreizen nach einer Kienbaum- Studie zur Vergütung von Führungs- und Fachkräften in Krankenhäusern vom 11.05. 2016, von knapp 5% im Jahre 1995 auf über 97% im Jahr 2015 (2).

Als besonders problematisch stuften BÄK und VLK die Vertragsentwicklungen im Bereich der nachgeordneten Krankenhausärztinnen und Ärzte ein. Bereits 2011 zeigte eine Kienbaumstudie, dass 19% der Oberärzte, 15% der Fachärzte, ja sogar 6% der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung mengenassoziierte Bonusregelungen, mit stark steigender Tendenz, in ihren Dienstverträgen aufwiesen (3). Das Perfide an dieser Vorgehensweise war, dass jüngere Kolleginnen und Kollegen, insbesondere Berufsanfänger, die ethisch-medizinischen und berufsrechtlichen Konsequenzen in aller Regel nicht überblicken konnten und ihnen quasi per Vertrag eine gefährliche Sichtweise des Arztberufes als „normal“ verkauft wurde.

Dies obwohl Krankenhausträger und Geschäftsführungen wissen mussten, dass jede Krankenhausärztin und jeder Krankenhausarzt als Mitglied eines „freien Berufes“ einer Berufsordnung unterworfen ist, die vorschreibt, dass jede Entscheidung im Rahmen der Patientenbehandlung nicht nach ökonomischen Vorgaben getroffen werden darf. Nicht ohne Grund heißt es z.B. in § 23 Abs.2 der MBO-Ä, dass in Bezug auf Verträge und Vergütungsvereinbarungen die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung des Arztes sichergestellt sein muss. Damit waren spätestens seit in Kraft treten der MBO-Ä > 2007 < mengenassoziierte Zielvereinbarungen oder Bonusregelungen unzulässig. Um die Berufsordnung umsetzen zu können, sind Ärzte Pflichtmitglied in der Ärztekammer, die die Umsetzung des Berufsrechtes zu kontrollieren hat. Eine solche Verpflichtung besteht für keinen anderen Bereich im Krankenhaus. Insofern hat der Arzt im Krankenhaus eine besondere Rolle bei der

Patientenversorgung, die über die übliche Hierarchie in der Krankenhausstruktur hinausgeht.

Natürlich wissen auch wir, dass sich Krankenhausärztinnen und Ärzte nicht grundsätzlich wirtschaftlichen Zwängen entziehen können. Es wird immer zu einer Synthese von medizinischer Notwendigkeit und wirtschaftlichen Zwängen kommen müssen.

Als Handlungsmaxime hierfür hat sich folgende „ Faustregel „ als sehr hilfreich erwiesen, die der Tübinger Medizinethiker Urban Wiesing bereits 2013 formuliert hat:

Zitat: Solange betriebswirtschaftliches Denken dazu dient, eine indizierte Maßnahme möglichst wirtschaftlich und effektiv umzusetzen, ist es geboten. Der Rubikon ist überschritten, wenn ökonomisches Denken zur Erlössteigerung die medizinische Indikationsstellung beeinflusst. Zitatende. (4)

Dabei ist der Arzt als „ Freiberufler „ der medizinischen Notwendigkeit alleine deshalb mehr verpflichtet, weil er dies gegenüber dem Patienten ganz persönlich zu vertreten hat.

Hier gilt es umzusteuern und die Ärztin, den Arzt im Vergleich zu den Verwaltungsberufen des Krankenhauses wieder in den Vordergrund, zumindest jedoch auf die gleiche Ebene zu stellen. Ein wesentliches Element zur Gestaltung der Freiberuflichkeit ist dabei die Gebührenordnung für Ärzte. Sie muss so angelegt sein, dass sie die freiberufliche Tätigkeit am Krankenhaus absichert. Eine entsprechend formulierte und allein durch das Arzt-Patientenverhältnis bestimmte Gebührenordnung für Ärzte ist Voraussetzung für die Sonderrolle des

Arztes als freier Beruf am Krankenhaus. Dies betrifft ausdrücklich nicht nur die leitenden Ärzte sondern alle Arztgruppen die in die stationäre Patientenversorgung eingebunden sind und dient gleichermaßen den Patienten wie auch unserem Berufsstand.

Leider zeigten sich die Krankenhausträger in den vergangenen Jahren trotz einer Reihe von Fehlentwicklungen und trotz vielfacher Mahnungen durch die BÄK und den VLK erst unter dem Druck der Öffentlichkeit Ende 2012, d. h. nach dem Transplantationskandal beeindruckt. In entsprechenden Rundschreiben der DKG wurde die Problematik zwar angesprochen, die Nichteignung von mengenassoziierten Bonusregelungen wurde allerdings nur für die Transplantationsmedizin eingeräumt, d.h. die Krankenhausträger waren noch immer nicht bereit, in Gänze auf mengenassoziierte Zielvereinbarungen zu verzichten.

Aus diesem Grund haben die BÄK und der VLK am 27. 07. 2013 die gemeinsame Koordinierungsstelle zu „Zielvereinbarungen in Verträgen mit leitenden Krankenhausärzten“, nach § 136a SGBV gegründet

Ziel war es, inhaltlich, ethisch, und/oder berufsrechtlich kritische Zielvorgaben zu identifizieren, zu prüfen und bei inhaltlicher oder juristischer Anstößigkeit kommentierend zu veröffentlichen, um so dem Abschluss inakzeptabler Zielvereinbarungen möglichst frühzeitig entgegen wirken zu können.

Ziel war es ausdrücklich nicht Krankenhausverwaltungen, Träger oder Ärzte öffentlich an den Pranger zu stellen, allerdings schon den

öffentlichen und politischen Druck auf die Vertragspartner zu erhöhen.

Entsprechend wurden bis zum 01.05.2016, in 13 Sitzungsrunden, 103 Verträge überprüft.

Bewertungskriterien der Koordinierungsstelle waren

- 1) Vereinbarkeit mit dem Wortlaut des § 136a SGB V
- 2) Verträglichkeit mit der Intention des § 136a SGB V
- 3) Akzeptanz ökonomischer Inhalte von Zielvereinbarungen, soweit eine Beeinflussung medizinischer Indikationsstellung und ärztlichen Handelns ausgeschlossen werden konnte.

Nach Durchsicht der ersten Vertragsentwürfe wurde schnell allzu deutlich, in welchem Ausmaß Krankenhausärzten mengenassoziierte und damit indikationsgefährdende Zielvereinbarungen aufgenötigt wurden.

Obwohl in einigen Präambeln zu Zielvereinbarungsverträgen markige Sätze wie Zitat:

- > Die Würde des Patienten ist unantastbar oder
- > Im Team schaffen wir Höchstleistungen

zu lesen waren, ließen die Inhalte der Zielvereinbarungen nahezu regelhaft ein klares ökonomisch geprägtes Muster erkennen

z. B.

- Erreichung eines vorgegebenen Jahresergebnisses entsprechend

Businessplan

- Erreichen der Produktivität von 155,3 Bewertungsrelationen / Vollkraft
- Erreichen einer vorgegebenen Anzahl von Case-Mix-Punkten
- Einhaltung des Budgets für medizinischen Sachbedarf
- Senkung der Lost-Profit Ratio (möglichst wenig Fälle mit Verlust bzw. möglichst viele mit Profit)
- Steigerung des operativen Ergebnisses (EBITDA)
- Optimierung der Verweildauersteuerung/ Verkürzung

Entsprechend sahen sich BÄK und VLK genötigt die potentiellen Gefahren mengenassoziierter Zielvereinbarungen für eine ethisch, medizinisch und wirtschaftlich sachgerechte, sowohl den legitimen Ansprüchen der Patienten wie auch der Freiberuflichkeit der Ärzteschaft gerecht werdende Patientenbehandlung in einer Vielzahl von Gesprächen an die Abgeordneten des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages heranzutragen.

Am 02.04.2014 mündeten unsere Aktivitäten in ein Expertengespräch vor diesem Bundestagsausschuss, im Rahmen dessen BÄK, VLK und DKG aufgefordert wurden, zeitnah Vorschläge für eine Neufassung der gesetzlichen Regelung zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen nach § 136a SGB V zu erarbeiten.

Trotz anfänglichen Widerstandes mussten die Krankenhausträger unter dem zunehmenden politischen und öffentlichen Druck die Argumente von BÄK und VLK weitgehend akzeptieren und einem sachgerechten Novellierungsvorschlag des alten § 136a SGB V am 16.09. 2014 zustimmen. Dieser Novellierungsvorschlag wurde dem BMG am 06.10. 2014 zugeleitet und durch den neuen Paragraphen 135c SGB V im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) übernommen. Der neue § 135c SGB V zeigt, dass die Ärzteschaft mit konstruktiver Kritik und sachgerechten Konzepten politisches Gehör gefunden hat.

Danach dürfen finanzielle Anreize für einzelne Operationen oder Leistungen, die das Potential haben Indikationen zu beeinflussen oder zu Mengenausweitungen zu führen nicht mehr vereinbart werden. Dies gilt auch für Leistungskomplexe bzw. Leistungsaggregationen oder Case-Mix-Volumina. Folgerichtig wurden die Vorgaben des neuen § 135c SGB V in die überarbeitete 10. Auflage der Beratungs- und Formulierungshilfe für Chefarztverträge des Jahres 2015 der DKG aufgenommen.

Die kommenden Sitzungen der gemeinsamen Koordinierungsstelle von BÄK und VLK werden nun zeigen, inwieweit sich Krankenhausgeschäftsführungen an die neue Gesetzeslage halten und ob die medizinische Indikationsstellung als Kernelement der ärztlichen Tätig- und Freiberuflichkeit wieder den Stellenwert erhält, den wir im Interesse der uns anvertrauten Patienten, aber auch in unserem ureigensten Interesse einfordern müssen.

In diesem Sinne bitte ich Sie die beiden Entschließungsanträge des Vorstandes der BÄK zu unterstützen.

Lit.

1) Deutsche Krankenhausgesellschaft

Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag

9. Auflage 2013

2) Kienbaum; Excellence in People & Organisation

Vergütung von Führungs- und Fachkräften in Krankenhäusern :

2011

3) Kienbaum; Excellence in People & Organisation

Vergütung von Führungs- und Fachkräften in Krankenhäusern :

2016

4) U. Wiesing

191. Tagung der Nordwestdeutschen Chirurgen

Kiel, 2013

