

# Zielvereinbarungen im neuen Gewand

## Gesetzlicher Ordnungsrahmen für Chefarztverträge verabschiedet

| DIRK BÖHMANN | Im Zuge der Debatte um fragwürdige Organtransplantationen und an Operationszahlen gekoppelte Boni-zahlungen hat der Deutsche Bundestag erstmals einen gesetzlichen Ordnungsrahmen für chefarztliche Zielvereinbarungen verabschiedet. Ob dieser aber geeignet ist, die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen bei der Patientenbehandlung zu sichern und damit die Chefarztvergütung auf berufsethisch sichere Füße zu stellen, muss bezweifelt werden.

Jedes Ding hat seine Zeit“ (William Shakespeare, Die Irrungen, II. Aufzug, 4. Szene). Es ist nach wie vor verwunderlich, dass ein seit über einer Dekade virulentes Problem erst durch strafrechtliche Ermittlungen im Zuge des sogenannten „Transplantationsskandals“ einer breiteren Öffentlichkeit bekannt wurde. Aufgrund der zumindest potenziell gegebenen persönlichen Betroffenheit der Bevölkerung vermag die Heftigkeit der öffentlichen Diskussion aber nicht zu verwundern. Im Wesentlichen geht es um die Frage, inwieweit Chefarzte oder anderes Führungspersonal im medizinischen Bereich ihre Unabhängigkeit bei der Wahl der Indikationsstellung und der Behandlungsmethoden gegenüber der kaufmännischen Seite eines Krankenhauses behaupten können.

### Status quo

Hintergrund dieser Diskussion ist das bereits im Jahre 2002 eingeführte neue Chefarztvertragsmuster der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Dachorganisation der Krankenhausträger (6. Auflage). Das Vertragsmuster eliminierte das Liquidationsrecht als prägendes Element von Chefarztverträgen, obwohl

das Bundesverfassungsgericht dieses aufgrund jahrzehntelanger Übung zu den tragenden Grundsätzen des Rechts der Leitenden Krankenhausärzte zählte. Nunmehr sollten Chefarzte vor allem durch variable Vergütungssysteme honoriert werden, die einseitig vom Krankenhausträger vorgegeben wurden. So sollte sich ein variabler Bonus insbesondere nach der Erreichung von Zielgrößen für Leistungen nach Art und Menge richten. Es ist bereits frühzeitig festgestellt worden, dass die Bindung variabler Boni-zahlungen an vorrangig ökonomisch ausgerichteten Zielgrößen berufsethisch höchst bedenklich und deshalb im Ergebnis abzulehnen ist. So liegt es auf der Hand, dass ökonomisch ausgerichtete Zielkriterien ein systemkonformes Verhalten provozieren sollen. Ob dies im internationalen Vergleich in eine zu großzügige Indikationsstellung mündet (die aktuelle Diskussion um zu hohe Operationszahlen in Deutschland scheint dies zu belegen) oder anders herum in einer medizinisch nicht indizierten Leistungseinschränkung, mag da-

hinstehen. Im Kern geht es aber darum, dass das Primat der Ökonomie die Orientierung am Patientenwohl unterminiert.

### Neue Empfehlungen

Dass bei einzelnen – rechtlich fragwürdigen – Transplantationen in der Vergangenheit mit den behandelnden Chirurgen variable Boni nach Maßgabe der Operationsfallzahlen vereinbart wurden, ist als Katalysator des Diskussionsprozesses aufzufassen. Dieser hat nunmehr auch den Bundesgesetzgeber erreicht, der sich bemüht sah, in den Beratungen zum eigentlich sachfremden Entwurf eines Gesetzes zur Krebsfrüh-

»Es liegt auf der Hand, dass ökonomisch ausgerichtete Zielkriterien ein systemkonformes Verhalten provozieren sollen.«

erkennung und zum Krebsregister eiligst noch zwei Normen zu Chefarztboni einzufügen. Nach Maßgabe von § 136a Sozialgesetzbuch V (SGB V) hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) nunmehr im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen sollen, dass Zielvereinbarungen mit finanziellen Anreizen bei einzelnen Leistungen ausgeschlossen sind. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern. Der ebenfalls neu eingefügte § 137 Abs. 3 SGB V legt fest, dass die Krankenhäuser zukünftig in ihren veröffentlichten Qualitätsberichten darauf hinweisen müssen, ob sie die neuen Empfehlungen zu Zielvereinbarungen auch einhalten. Hält sich ein Krankenhaus nicht an die Empfehlun-

### AUTOR

Dirk Böhmnn ist promovierter Jurist, Rechtsanwalt und Justitiar für Medizin- und Arbeitsrecht des Deutschen Hochschulverbandes.



gen, muss es darüber informieren, für welche Leistungen leistungsbezogene Zielvereinbarungen getroffen wurden. Nach Maßgabe des Gesetzgebers ist diese Transparenz erforderlich, damit vorhandene wirtschaftliche Anreize im Krankenhaus zum Beispiel für die Durchführung bestimmter Operationen erkennbar werden. Die Informationen böten damit für Patientinnen und Patienten die Grundlage für mögliche Nachfragen bei der Wahl eines Krankenhauses oder bei einer anstehenden Therapieentscheidung in einem Krankenhaus. Damit soll natürlich auch ein Anreiz für Krankenhäuser entstehen, zukünftig auf Vereinbarungen zu verzichten, die den einvernehmlichen Empfehlungen der Krankenhausesellschaft und der Bundesärztekammer nicht entsprechen.

#### Offene Fragen

Das Tätigwerden des Gesetzgebers ist dem Grunde nach uneingeschränkt zu

begrüßen. Es wirft aber auch einige Fragen auf, die einer nachdrücklichen Beantwortung bedürfen. Zum einen werden die betroffenen Krankenhäuser im Falle eines Falles – das heißt bei Nichteinhaltung der gemeinsamen Empfehlungen zu den Zielvereinbarungen – gezwungen, Details zu individualvertraglich vereinbarten Zielvereinbarungen in

### »Das Tätigwerden des Gesetzgebers ist dem Grunde nach uneingeschränkt zu begrüßen.«

ihren Qualitätsberichten offen zu legen. Ob dies alleine aus vertragsrechtlichen Überlegungen heraus unproblematisch möglich ist, sei dahingestellt. So spricht das Gesetz auch lediglich von einer Veröffentlichungspflicht „unbeschadet der Rechte Dritter“. Demgegenüber wurde von Teilen des Bundestags-Gesundheitsausschusses im Vorfeld ein absolu-

tes Verbot von Bonizahlungen für Chefarzte erwogen. Derartige Maximalforderungen sind aber bereits verfassungsrechtlich aufgrund eines Eingriffs in die Vertragsautonomie nicht durchsetzbar und wurden soweit im parlamentarischen Gesetzgebungsverfahren auch nicht ernsthaft weiterverfolgt. Letztlich wurden durch den Gesetzgeber zwei Institutionen zu einem Zusammenwirken gezwungen, die nicht unbedingt als geborene Bündnispartner bezeichnet werden können. So hat die Bundesärztekammer beispielsweise voll-

kommen zu Recht bereits im Jahre 2002 das seinerzeit vorgelegte DKG-Vertragsmuster scharf kritisiert. Nunmehr haben beide Institutionen am 24. April 2013 einvernehmlich Empfehlungen gem. § 136a SGB V zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen abgegeben, wobei die Bundesärztekammer tunlichst

Anzeige

# Wissenschafts-Kalender 2014

KLAUS OSHEMA / ULRIKE VON LUXBURG / MARC HELBLING (HG.)  
**WISSENSCHAFT 2014**  
 EIN KALENDER DER AMBIVALENZEN

Wochenkalender  
 56 Seiten  
 mit zahlreichen Fotos  
 Spiralbindung, 24 x 32 cm  
 € 19,99 [UVP] / sfr 30,50  
 ISBN 978-3-7995-0425-6

Klare Fragen – klare Antworten?!

Ganz so einfach ist es nicht: Wissenschaft soll uns zwar Wissen über die Welt vermitteln, aber diese ist eben in den meisten Fällen nicht eindeutig. Wer sie angemessen beschreiben will, muss differenzieren und »Grautöne« akzeptieren.

»Gibt es Rassen?« – Was heißt »in Würde sterben?« – »Muss 1+1=2 bewiesen werden?«

50 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler – Mitglieder und Alumni der Jungen Akademie – greifen diese sowie viele weitere Fragen auf und erklären, warum unsere Antworten ambivalent und offen bleiben müssen, wenn sie wissenschaftlich sein sollen.

**Woche für Woche spannende Fragen – und höchst erstaunliche Antworten!**



darauf Wert legte, dass sich ihr Einverständnis nicht auf das DKG-Chefarztvertragsmuster insgesamt, sondern lediglich auf die Regularien zu Zielvereinbarungen bezieht. Die Empfehlungen lauten im Wortlaut:

„1. Chefärzte sind in ihrer Verantwortung für die Diagnostik und Therapie des einzelnen Behandlungsfalls unabhängig und keinen Weisungen des Krankenhausträgers unterworfen. Das Wohl der Patienten und die Versorgung der Bevölkerung mit medizinisch notwendigen Leistungen müssen stets im Vordergrund stehen.

2. Zielvereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und Chefärzten mit ökonomischen Inhalten sind unter der Beachtung der berufsrechtlichen Regelungen (insbesondere § 23 Abs. 2 Musterberufsordnung-Ärzte) grundsätzlich legitim und sachgerecht, was auch vom Gesetzgeber anerkannt wird.

3. Zielvereinbarungen im Krankenhaus müssen stets mit der notwendigen Sensibilität gehandhabt werden. Die zu vereinbarenden Ziele sind mit Augenmaß so auszuwählen, dass der Chefarzt durch eigene Anstrengungen maßgeblichen Einfluss auf die Zielerreichung ausüben kann.

4. Finanzielle Anreize für einzelne Operationen/Eingriffe oder Leistungen

### »Bereits bei erster Sichtung fällt die nicht sonderliche Konkretetheit der Empfehlungen auf.«

dürfen nicht vereinbart werden, um die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung zu sichern.“

Bereits bei erster Sichtung fällt die nicht sonderliche Konkretetheit der Empfehlungen auf. Die Empfehlungen sind darüber hinaus zumindest bezüglich der Ziffer 4 auslegungsbedürftig. Denn wenn nunmehr finanzielle Anreize für einzelne Operationen/Eingriffe oder Leistungen nicht mehr vereinbart werden dürfen, ergibt sich hieraus nicht, dass finanzielle Anreize für eine Vielzahl derartiger Leistungen ausgeschlossen sind. Eine Bezugnahme auf die Gesamthöhe der Fallzahlen respektive der Patientenbehandlungen ließe sich damit auch in neueren Zielvereinbarungen rechtskonform vereinbaren, ein Rekurs auf einzelne Operationen respektive Patientenbehandlungen nicht. Dieses widersprüchliche Ergebnis lässt sich mit der Ratio der Empfehlung nicht verein-

baren und bedarf daher einer Korrektur. Insgesamt sind die Empfehlungen weiter zu konkretisieren. Gegenwärtig möchte man fast konstatieren: Das Gegenteil von Gut ist gut gemeint. Insofern lassen sich die Empfehlungen im Ergebnis wohl nur als stumpfes Schwert bezeichnen.

#### Mehr Qualität statt Quantität

Doch wie müssen nun chefärztliche Zielvereinbarungen in Zukunft ausgestaltet werden, um die Chefarztvergütung wieder auf berufsethisch sichere Füße zu stellen? Es wäre zunächst einmal absolut sachfremd, eingedenk der tatsächlich begrenz-

ten sächlichen und personellen Ressourcen, die Chefärzte von einer ökonomischen Mitverantwortung von vornherein auszuschließen. Richtigerweise ist ein Ausgleich zwischen Ökonomie und Ethik zu suchen, um dem Patientenwohl gerecht zu werden. Dieser kann im Kern nur darin bestehen, dass eine ökonomische Herangehensweise in der Medizin dann sinnvoll ist, wenn sie dazu dient, eine medizinisch indizierte Maßnahme möglichst wirtschaftlich durchzuführen. Die medizinische

Unabhängigkeit muss aber immer dann gesichert sein, wenn ökonomisches Denken ausschließlich die Erlöse des Krankenhausträgers steigern soll und die notwendige

medizinische Indikationsstellung hierdurch in den Hintergrund tritt. Vor diesem Hintergrund hat beispielsweise die Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin im letzten Jahr zu Recht darauf hingewiesen, dass die bisher bestehenden quantitativen ökonomischen Parameter im Bereich der variablen Vergütung durch qualitative Parameter zu ersetzen sind.

Folgende Zielvereinbarungsparameter kommen u.a. in Betracht:

- Qualität der Versorgung
- OP-Ergebnisse
- Patientenzufriedenheit
- Pflegeverhältnisse
- Hygiene
- Mitarbeiterführung
- Weiterbildung
- Einweisereinbindung
- Wissenschaftliche Reputation
- Schwere der behandelten Fälle (Case-Mix-Index)

- Belegungsquote des Hauses
- Deckungsbeiträge/Erlöse der Abteilung
- Gesamtunternehmerisches Ergebnis

Darüber hinaus sind Zielvereinbarungen nur dann wirklich plausibel, wenn sie finanzielle, inhaltliche und andere Ziele in jedem Einzelfall intelligent kombinieren. Es kann also folglich keine universelle Lösung für alle Vertragsgestaltungen unabhängig vom Einzelfall geben. Gerade die einzelfallabhängige

### »Es kann keine universelle Lösung für alle Vertragsgestaltungen unabhängig vom Einzelfall geben.«

Gestaltung einer Zielvereinbarung schafft erst die Möglichkeiten, Ökonomie und medizinisch indiziertes Verhalten sinnvoll zu vereinbaren. Im Einklang mit einer aktuellen Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer (Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung) ist hierbei auch darauf zu achten, dass die ökonomischen Parameter nicht den Schwerpunkt der Zielvereinbarung bilden und ärztliche, wissenschaftliche und ethische Kriterien vernachlässigen.

#### Realistische Ziele

Zwingend notwendig ist weiterhin, die reale Erreichbarkeit der Ziele sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund müssen die Ziele S.M.A.R.T. ausgestaltet sein. Hieraus ergibt sich die Spezifizierung möglicher Ziele im Sinne der goal-setting-theory als:

- S-Spezifisch,
- M-Messbar,
- A-Anspruchsvoll,
- R-Realistisch und
- T-Terminiert.

Die Diskussion um sinnhafte Zielvereinbarungen und um notwendige Aktionen des Gesetzgebers ist noch nicht am Ende angelangt. Insofern gilt: Berlin locuta, causa non finita. Wiederholung in der neuen Legislaturperiode.