



## **Stellungnahme des Marburger Bund-Bundesverbandes**

### **Änderungsanträge 2 und 3 der Ausschussdr. 17/(14)367 zum Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz (KFRG)**

Reinhardtstraße 36  
10117 Berlin  
Tel. 030 746846 – 0  
Fax 030 746846 – 16  
[bundesverband@marburger-bund.de](mailto:bundesverband@marburger-bund.de)  
[www.marburger-bund.de](http://www.marburger-bund.de)

Berlin, 24.01.2013

## 1. Vorbemerkungen

Der Marburger Bund ist seit vielen Jahren mit der Thematik Bonusvereinbarungen für leitende Ärzte befasst. Bereits im Jahr 2002 hat er sich gemeinsam mit der Bundesärztekammer und dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte in einem Positionspapier eindeutig gegen die Bindung von Boni an die Einhaltung von vorrangig ökonomisch ausgerichteten Zielgrößen ausgesprochen und auf die berufsethische Problematik einer derartigen Koppelung ärztlich-medizinischer Gesichtspunkte und wirtschaftlicher Erwägungen hingewiesen. Diese Haltung hat der Marburger Bund zuletzt in seinen beiden Hauptversammlungen des Jahres 2012 bekräftigt. Hierdurch fand die Thematik auch Eingang in die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages. Der Marburger Bund hat insbesondere gefordert: „Bonuszahlungen sollten sich – wenn sie überhaupt eingeführt werden – ausschließlich an medizinisch-qualitativen Kriterien, z. B. der Einführung von Qualitätskennzahlen bzw. Patientensicherheitssystemen, der Mitarbeiterzufriedenheit sowie der Gewährleistung einer strukturierten Weiterbildung orientieren und zugleich müssen sich die Träger bzw. ihre Geschäftsführungen in gleicher Weise verpflichten.“

Im Hinblick auf diese Vorgeschichte und die Unbeweglichkeit der Deutschen Krankenhausgesellschaft in dieser Frage begrüßen wir die Absicht des Gesetzgebers, dem Einfluss wirtschaftlicher Anreize auf die Handlungsfreiheit der Ärzte auch im Krankenhaus auf diesem Wege entgegenzutreten. Der Marburger Bund befürwortet die vorgelegten Änderungsanträge und regt an, diese durch weitergehende Maßnahmen zu ergänzen. Hierzu nehmen wir im Einzelnen nachfolgend Stellung.

## 2. Stellungnahme zu den einzelnen Vorschriften

### **Änderungsantrag 2**

Zu Artikel 1 Nummer 6 (§ 136a SGB V) Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu Zielvereinbarungen – Förderung der Qualität durch die DKG

Der neue § 136a SGB V soll nach unserem Verständnis für die Krankenhauseite inhaltlich das abbilden, was § 23 Abs. 2 Musterberufsordnung aus berufsrechtlicher Sicht für die ärztlichen Vertragspartner einer Zielvereinbarung bereits regelt: Ärzte dürfen eine Vergütung nicht dahingehend vereinbaren, dass diese sie in der Unabhängigkeit ihrer medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt. Sie müssen mit Blick auf den von einem Bonus ausgehenden Anreiz die Freiheit haben, die Zielvorgaben im Einzelfall aufgrund medizinischer Notwendigkeiten außer Acht zu lassen.

Diese Vorgaben zu erfüllen, fällt in einer Zeit, in der die Krankenhäuser den ökonomischen Druck auf vielfältige Weise an ihre leitenden Ärzte weitergeben, sehr schwer. Insofern ist es grundsätzlich sinnvoll, auch die Krankenhausträger als Arbeitgeber und Organisationsverantwortlichen in die Pflicht zu nehmen. Der hier gewählte Weg bedarf aus folgenden Gründen jedoch noch einiger Ergänzungen:

Zum einen bezieht sich die Formulierung des § 136a SGB V nur auf solche Zielvereinbarungen, bei denen sich finanzielle Anreize auf einzelne Leistungen beziehen. In der Realität gibt es diese an Fallzahlen gekoppelte Form der Bonusvereinbarung zwar, und sie wird in der Öffentlichkeit insbesondere aufgrund des „Organspendeskandals“ auch am deutlichsten wahrgenommen, sie stellt jedoch nur einen Teil-

aspekt der an ökonomischen Zielgrößen ausgerichteten Vereinbarungen dar. Ein weitaus größerer Teil der Vereinbarungen orientiert sich an anderen wirtschaftlichen Vorgaben wie Case-Mix-Index, Bewertungsrelationen, Personal- und Sachkosten, Umsatzentwicklung klinische Studien sowie allgemein Einhaltung der Budget- und Leistungsvorgaben der Abteilung bzw. der Klinik. Dies hat der Marburger Bund in seiner rechtlichen Beratung von leitenden Ärzten und Fachärzten zur arbeitsvertraglichen Gestaltung feststellen können.

Die DKG hatte im Spitzengespräch zur Transplantationsmedizin am 27.8.2012 bereits zugesagt, ihre Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag dahingehend zu ändern, dass auf Vergütungselemente, die auf einzelne Leistungsarten und Operationen Bezug nehmen, künftig verzichtet werde. Dies ist bisher nicht geschehen. Gleichzeitig hat die DKG klargestellt, dass sie den Krankenhäusern empfehlen werde, die Zielvereinbarungen auf „budgetäre Gesamtverantwortungsgrößen“ umzustellen. Dies bedeutet, dass zwar die Koppelung finanzieller Anreize an Einzelleistungen entfallen soll, jedoch alle anderen ökonomischen Zielsetzungen weiterhin empfohlen werden. Diese Problematik wird durch § 136a SGB V nicht erfasst. Aus der Sicht des Marburger Bundes sollte der Gesetzgeber den Gestaltern der Empfehlung konkrete Rahmenvorgaben zur Ausgestaltung der Empfehlung auferlegen, etwa hinsichtlich der Fokussierung auf qualitätsorientierte anstelle ökonomisch orientierter Ziele in der einzelnen Vereinbarung, zur zulässigen Höhe des Bonus im Vergleich zur Gesamtvergütung sowie insbesondere zur Zulässigkeit einzelner Ziele.

Empfehlungen der DKG allein haben für die Krankenhäuser als Arbeitgeber keinen bindenden Charakter. Die DKG ist zwar Organ der Selbstverwaltung, aber als vereinsrechtlich organisierte Dachorganisation zu keinen Weisungen ihren Mitgliedern gegenüber berechtigt. Die derzeitige Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag wird zwar von einigen Häusern als Grundlage für die Vertragsgestaltung genutzt, viele Träger, insbesondere die privaten, haben jedoch eigene Muster sowohl für den eigentlichen Dienstvertrag wie auch für die individuellen Zielvereinbarungen. Es steht nicht zu erwarten, dass sich die bestehende Praxis der Personalführung mit Zielvereinbarungen durch eine Vorgabe mit reinem Empfehlungscharakter ohne Sanktionsmöglichkeiten ändern wird.

### **Änderungsantrag 3**

#### **Zu Artikel 1 Nummer 6 ( § 137 SGB V ) Transparenz über Zielvereinbarungen**

Anknüpfend an das oben Gesagte stellt sich die Frage, ob § 137 Abs. 4 Satz 2 SGB V n. F. die gewünschte Wirkung der Transparenz für Patienten bei der Wahl des Krankenhauses bzw. behandelnden Arztes entfalten wird. Die Entscheidung darüber, ob Zielvereinbarungen den Anforderungen der Empfehlungen der DKG genügen und eine Offenlegungspflicht des einzelnen Hauses im Qualitätsbericht besteht oder nicht, trifft dieses selbst. Hier werden sich im Zweifel große Auslegungsspielräume eröffnen und auch genutzt werden. Vor dem Hintergrund, dass es nachfolgend weder Kontroll- noch Sanktionsmechanismen gibt, muss damit gerechnet werden, dass die gewünschte Selbstauskunft der Kliniken keinen Eingang in die Qualitätsberichte finden wird.

Hinzu kommt, dass der betroffene Patient durch das Krankenhaus nicht aktiv informiert wird, wie es beispielsweise in einem Zusatz zum Behandlungsvertrag geschehen könnte, sondern sich selbst die entsprechenden Informationen beschaffen müsste. Aus unserer Sicht kann eine solche Information im Qualitätsbericht aber

mehr Fragen auslösen als beantworten. Zum einen soll der Patient nur erfahren, ob und für welche Leistungen eine Zielvereinbarung besteht, aber nicht, welche Schlussfolgerungen für ihn daraus zu ziehen sind. Zum anderen sind Qualitätsberichte in ihrer bisherigen Form kein geeignetes Transparenzinstrument zur Information für Patienten. Dies ergibt sich schon aus der „Lesehilfe“ des G-BA zum Lesen und Verstehen von Qualitätsberichten von Krankenhäusern, in deren Fazit unmissverständlich ausgeführt wird, dass Patienten diese Berichte ohne Vorkenntnisse „nicht immer ohne fachkundige Hilfe verstehen können“ und „Inhalte wie auch Umfang den Laien eher abschrecken können“. Darüber hinaus werden sie bisher nur im Internet veröffentlicht und sind daher einem Teil der Patienten – möglicherweise dem schutzwürdigsten – kaum zugänglich. Wir regen daher an, die Aufbereitung der Informationen über Zielvereinbarungen im Qualitätsbericht für Patienten verständlich und lesbar zu gestalten.

### 3. Fazit

Der Marburger Bund regt an, in § 136a SGB V zur Erarbeitung der Empfehlungen der DKG konkrete Rahmenvorgaben zu machen:

- Vollständiger Verzicht auf alle ökonomisch orientierten Anreizmechanismen in Arbeitsverträgen sowie Zielvereinbarungen von Ärzten und ausschließliche Orientierung an medizinisch-qualitativen Kriterien
- Entwicklung von qualitätsorientierten Zielgrößen für Bonusvereinbarungen
- Festlegung einer prozentualen Obergrenze des Bonus als Anteil an der Gesamtvergütung des Arztes, damit fixe und variable Vergütung in einem angemessenen Verhältnis stehen und die ärztliche Unabhängigkeit gewahrt bleibt.

Kann kein Einvernehmen zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft und Bundesärztekammer hergestellt werden, muss eine „Ersatzvornahme“ möglich sein. Um es weiterhin nicht bei den reinen Transparenzregelungen in § 137 Abs. 3 SGB V n. F. zu belassen, sollte ein Sanktionsmechanismus für die Kliniken, beispielsweise durch Vergütungsabschläge nach § 137 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in anderer Form eingeführt werden. Anderenfalls steht zu befürchten, dass beide neuen Vorschriften weitgehend wirkungslos bleiben.

Der Marburger Bund ist bereit, bei der Erarbeitung der Empfehlungen nach § 136a SGB V seinen bei der rechtlichen Beratung der ca. 110 000 ärztlichen Mitglieder im angestellten Bereich erworbenen Sachverstand einzubringen.