RECHT 01.06.2017

Die Ökonomisierung der Medizin



Möglichkeiten und Grenzen wirtschaftlicher Einflüsse auf ärztliche Therapieentscheidungen

“

„Der Arzt ist an die Weisungen des Krankenhausträgers und des Leitenden Arztes des Krankenhauses gebunden. Seine ärztliche Verantwortung bei der Diagnostik und Therapie bleibt hiervon unberührt.“”

“

„Der Arzt ist bei der Behandlung der Patienten im Rahmen des ärztlich Notwendigen zu zweckmäßigem, wirtschaftlichem und sparsamen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Mitteln des Krankenhauses verpflichtet.“”

Zwei Standardsätze aus einem gängigen Chefarztvertrag, die auch von der Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft empfohlen werden.

“

„Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.“”

> „Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.“”

Zwei Gebote aus der Musterberufsordnung für die Deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO).

Wie passt das zusammen?

In den letzten Jahren sehen sich Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis zunehmend gezwungen, wirtschaftliche Aspekte in ihre Entscheidungen bei der Patientenbehandlung einzubeziehen. Dass auch in der Medizin ein wirtschaftlich effizientes Arbeiten erwartet wird, ist dabei längst kein Novum mehr. Wie jedes andere Unternehmen auch müssen Krankenhäuser und Arztpraxen mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen haushalten. Dabei entsteht nicht selten ein Spannungsverhältnis zwischen der Weisungsfreiheit des Arztes in medizinischen Fragestellungen und dem Wunsch der Umsetzung ökonomischer Ziele. Hat man vor zehn Jahren noch versucht, diesem Dilemma mit medizinisch-wissenschaftlichen Argumenten (Therapiefreiheit, Forschungsfreiheit, Behandlungsstandards etc.) zu begegnen, hat sich mittlerweile das Klima zwischen ärztlicher Standesethik und Zuwendungsmedizin einerseits und Rentabilität ärztlichen Handelns andererseits erheblich abgekühlt. Der Umgang der Vertreter beider Seiten untereinander ist geradezu rau geworden: Die Ärzteseite versucht verzweifelt, die in Lehrbüchern und Leitlinien niedergelegten ärztlichen Standards in die Praxis umzusetzen und mit fortwährenden Personalkürzungen und Regressdrohungen die gesteckten Ziele zu erreichen – ein Unterfangen, das zunehmend frustran ist. Die kaufmännische Seite denkt in erster Linie an die Erfüllung der eigenen, von der Unternehmensleitung gesetzten Rentabilitätsziele und unterliegt der Versuchung, ausschließlich die vertraglich zugesagten Tantiemen zu erwirtschaften. Die Krankenkassen schließlich gaukeln ihren Kunden vor, dass „ihre Gesundheit optimal abgesichert“ sei, mischen sich aber über ihre Medizinischen Dienste immer mehr in Indikationsfragen und Behandlungsabläufe ein, um Kosten zu senken.

Wo bleibt da der originäre ärztliche Heilauftrag im Sinne des Hippokratischen Eides und die an der Patientenversorgung orientierte Zielsetzung der Unternehmen Klinik und Praxis?

Im Klinik- und Praxisalltag wird deutlich, wie schwierig es mitunter ist, die widerstreitenden Interessen von medizinischer Notwendigkeit und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit miteinander in Einklang zu bringen. Die Ärzteschaft fühlt sich durch die knappe Haushaltsführung der kaufmännischen Seite und die Regressandrohungen der Krankenkassen im Stich gelassen, während diese ihnen oftmals einen verschwenderischen Umgang mit finanziellen Mitteln vorwirft. Ärzte müssen die Einhaltung des jeweiligen aktuellen medizinischen Standards gewährleisten und unterliegen gleichzeitig dem Gebot der Wirtschaftlichkeit, Angemessenheit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der ärztlichen Leistungen (sog. WANZ-Kriterien). Die Budgetverantwortung leitender Ärzte im Krankenhaus und die ständige Furcht niedergelassener Ärzte in den Praxen vor Regressen und Plausibilitätsprüfungen führen mehr und mehr dazu, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung und damit das Wohl der Patienten leiden. Weder das Weisungsrecht des Arbeitgebers noch die Pflicht zur Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots rechtfertigen aber einen Eingriff in die ärztliche Entscheidungsfreiheit. Defensivmedizin ist nicht das, was die Patienten von verantwortungsbewussten Ärztinnen und Ärzten erwarten dürfen. Nach § 630a Abs. 2 BGB hat die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen. Rechtlich gesehen geht der Gesetzgeber daher immer von einer optimalen, nicht von einer wirtschaftlich vertretbaren Behandlung aus. Im Zweifel gehen daher medizinische Behandlungsstandards ökonomischen Anforderungen und Möglichkeiten vor.

Das Weisungsrecht des Krankenhausträgers

Angestellte Ärzte in Klinik, MVZ oder Praxis sind Arbeitnehmer und unterliegen damit wie jeder andere Angestellte dem Weisungs- bzw. Direktionsrecht ihres Arbeitgebers. Dieses Direktionsrecht leitet sich interessanter Weise nicht aus dem Zivilrecht, sondern aus der Gewerbeordnung ab. So kann der Arbeitgeber nach § 106 der Gewerbeordnung (GewO) Inhalt, Ort und Zeit der Arbeitsleistung nach billigem Ermessen näher bestimmen, soweit diese Bedingungen nicht durch den Arbeitsvertrag oder andere Bestimmungen festgelegt sind. Für ungeregelte Bereiche kann der Arbeitgeber also dem Arbeitnehmer konkrete Anweisungen erteilen. Als Arbeitnehmer werden diejenigen Personen bezeichnet, die aufgrund eines privatrechtlichen Vertrages (Arbeitsvertrag) unselbstständige, fremdbestimmte Dienstleistungen zu erbringen haben. Demgegenüber versteht die Bundesärzteordnung (BÄO) den ärztlichen Beruf seiner Natur nach gerade nicht als Gewerbeausübung, sondern als die Ausübung eines freien Berufs, auch im Anstellungsverhältnis. Hier werden die Widersprüche zur „fremdbestimmten Dienstleistung“ offenbar. Die Regeln der ärztlichen Berufsordnungen gelten auch für Ärztinnen und Ärzte, welche ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen einer privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses oder öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses ausüben, vgl. § 23 Abs. 1 MBO.

Bei der Eingliederung der ärztlichen Arbeitnehmer in den Krankenhausbetrieb, in ein MVZ oder in den Betrieb einer Arztpraxis kommt es immer wieder zu Spannungen und Konflikten aufgrund der berufsrechtlich eingeräumten Weisungsfreiheit und den ökonomischen Vorgaben des jeweiligen Arbeitgebers. Entsprechend dem Gebot der Therapiefreiheit darf jeder Arzt aufgrund seiner fachlichen Expertise frei darüber entscheiden, welche Behandlungsmethode er für seinen Patienten im Einzelfall wählt. Seine fachliche Unabhängigkeit hat er nach bestem Wissen und Gewissen auszufüllen. Dabei unterliegt der Arzt stets dem aktuellen Stand der Wissenschaft und dem in seinem Tätigkeitsbereich geltenden Facharztstandard.

Die nähere Ausgestaltung des Arbeitsverhältnisses im Bereich der Medizin unterscheidet sich daher deutlich von dem anderer Branchen. Das dem Arbeitgeber zustehende Weisungs- und Direktionsrecht – abgeleitet aus dem Gewerberecht – bezieht sich daher nur auf organisatorische Vorgaben wie Zeit, Dauer und Ort der Tätigkeit sowie auf die Konkretisierung der individuellen Arbeitsbedingungen und die allgemeinen Grundsätze der Leistungserbringung. Hinsichtlich einzelner medizinischer Entscheidungen sind Ärzte jedoch allein ihrem Gewissen und den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst unterworfen und genießen ärztliche Weisungsfreiheit. Dementsprechend sieht § 2 Abs. 4 MBO vor, dass Ärzte bei ihren ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen dürfen. Dies bedeutet, dass weder Kliniketräger noch

kaufmännische Geschäftsführer noch Medizinische Dienste der Krankenkassen Ärzten Weisungen erteilen dürfen, die sich auf die konkrete Behandlung von Patienten beziehen. Tun sie dies dennoch, sind Ärzte aus berufsrechtlichen Gründen nicht verpflichtet, diesen Anordnungen Folge zu leisten. Im Gegenteil: Sie müssen etwaige aus ärztlicher Sicht entstehende Nachteile in der Versorgung der jeweiligen Patienten verhindern und stets Sorge dafür tragen, dass dem Patienten der aktuelle anerkannte fachärztliche Standard in der Behandlung zukommt. Kann der Arzt in der jeweiligen Behandlungssituation dies nicht gewährleisten, etwa weil ihm aufgrund von Personal- oder Investitionskürzungen die notwendigen Ressourcen nicht zur Verfügung stehen, muss er den Patienten auf diesen Umstand hinweisen und dafür sorgen, dass dem Patienten ggf. an anderer Stelle (Überstellung in eine andere Klinik) der notwendige und vom Patienten erwartete fachärztliche Standard zu Gute kommt.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot im Klinik- und Praxisalltag

Diese so beschriebene Entscheidungsfreiheit und Entscheidungsverpflichtung der Ärztinnen und Ärzte besteht jedoch nicht völlig uneingeschränkt. Es steht außer Frage, dass sich bei der Planung der Behandlung eines Patienten eine rein wirtschaftliche Betrachtung verbietet. Die Einbindung des Arztes in das wirtschaftliche Geflecht einer Praxis oder eines Krankenhauses gebietet es aber, dass der Arzt bei seiner Abwägung nicht ausschließlich medizinische Aspekte zugrunde legen kann und darf. Vielmehr sind den ärztlichen Entscheidungen durch das sog. Wirtschaftlichkeitsgebot Grenzen gesetzt.

Dieses Wirtschaftlichkeitsgebot ist für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in § 12 Abs. 1 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) geregelt. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Ziel einer wirtschaftlichen Behandlung ist eine effiziente Zweck-Mittel-Relation, bei der qualitativ hochwertige Leistungen erbracht und gleichzeitig ausufernde Kosten vermieden werden sollen. Was mehr kostet, aber **denselben** Erfolg wie eine kostengünstigere Methode verspricht, hält den Anforderungen des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht stand. So muss z. B. bei der Auswahl von medizinischem Instrumentarium (Ostheosynthesematerial) oder bei Implantaten stets das günstigere Angebot ausgewählt werden, wenn dies medizinisch ebenso geeignet ist wie teurere Alternativen.

Zudem wird auch über den GKV-Bereich hinaus in Arbeitsverträgen auf das Wirtschaftlichkeitsgebot Bezug genommen. So heißt es in § 3 des Chefarzt-Mustervertrags der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG):

„Der Arzt ist bei der Behandlung der Patienten im Rahmen des ärztlich Notwendigen zu zweckmäßigem, wirtschaftlichem und sparsamen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Mitteln des Krankenhauses verpflichtet.“

Die meisten Ärzte verpflichten sich also bereits mit Abschluss ihres Arbeitsvertrages dazu, auch ökonomische Aspekte in ihre Entscheidungen einfließen zu lassen. Bei Interessenkonflikten zwischen dem ärztlichen Personal und dem Krankenhausträger sieht der Mustervertrag in § 3 Abs. 3 folgende Regelung vor:

„Über die Einführung von […] Maßnahmen, die Mehrkosten verursachen, hat der Arzt Einvernehmen mit dem Krankenhausträger herbeizuführen, soweit nicht die medizinische Notwendigkeit in Einzelfällen solche Maßnahmen oder Methoden unabdingbar macht.“

So eindeutig diese Bestimmungen in der Theorie klingen, so schwierig sind sie häufig im Klinikalltag umzusetzen. Regelmäßig können Ärzte die Leitlinien gerechte Behandlung der Wahl nicht durchführen, weil Klinikträger die Übernahme der Kosten verweigern und auf günstigere Therapiemethoden verweisen. Ob es um die Anschaffung eines neuen technischen Geräts oder die Auswahl eines bestimmten Instrumentariums geht, letztlich sind es oft die Klinikträger, die ein kostengünstigeres Prozedere befürworten und damit in die ärztliche Weisungsfreiheit eingreifen. Bei Uneinigkeit hat entgegen der ausdrücklichen berufs- und arbeitsrechtlichen Bestimmungen meistens die kaufmännische Seite das letzte Wort. Auch der Wirtschaftlichkeitsdruck der Krankenkassen und der Medizinischen Dienste ist so groß, dass sich viele Ärzte einer unmittelbaren Beeinflussung ihrer Therapieentscheidungen ausgesetzt sehen.

Ärzte sollten sich in dieser Situation stets vor Augen halten, dass sie in Diagnose und Therapie unabhängig sind und zum Wohle ihrer Patienten handeln müssen. Es unterfällt allein ihrem Entscheidungs- und Verantwortungsbereich, welche Patienten sie auf welche Art und Weise behandeln. Wenn sie sich für eine medizinisch erforderliche, aber Mehrkosten verursachende wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode entscheiden, darf die Krankenhausleitung oder der Medizinische Dienst diese nicht versagen. Sollte sich ein Arzt aus medizinisch nachvollziehbaren Gründen einer Weisung des Klinikträgers oder Auffassung eines Medizinischen Dienstes widersetzen, wird er zwar seiner ärztlichen Versorgungsverantwortung gegenüber dem Patienten gerecht, riskiert aber gleichzeitig Spannungen mit der Klinikleitung und den Kostenträgern. Dieses Spannungsverhältnis müssen die Ärztinnen und Ärzte aushalten, wenn sie ihre berufsrechtlich und vertraglich zugesicherten Therapiefreiheiten ernst nehmen – ein Umstand, den die Patienten von ihren Ärzten durchaus in berufsethischer, aber natürlich auch in rechtlicher Hinsicht erwarten dürfen. Lassen sich Ärzte zu einer überwiegend an ökonomischen Maßgaben orientierten Behandlung verleiten, laufen sie Gefahr, den jeweiligen Facharztstandard zu unterlaufen, und öffnen zudem der weiter fortschreitenden Ökonomisierung der Medizin Tür und Tor. Daher gilt nach wie vor: Vorfahrt für die ärztliche Therapiefreiheit!

Fazit

Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis sind nicht nur zur standardgemäßen Behandlung, sondern auch zum sparsamen Umgang mit Klinikressourcen und Krankenkassen-Budgets verpflichtet. In der Praxis ergeben sich bei der Wahl verschiedener Therapieformen oder -methoden immer wieder Spannungen: während einerseits die ärztliche Therapiefreiheit gewährleistet werden muss, schweben das Wirtschaftlichkeitsgebot und das arbeitsrechtliche Weisungsrecht des Krankenhausträgers wie ein Damoklesschwert über den Ärzten.

Bei Unstimmigkeiten sollten sich Ärzte daher auf ihre Entscheidungskompetenzen hinsichtlich der medizinischen Weisungsfreiheit berufen und einen offenen Dialog mit dem Krankenhausträger und den kaufmännischen Geschäftsführungen sowie den Kollegen bei den Medizinischen Diensten der Krankenkassen

suchen. Eine gute Vorbereitung trägt dazu bei, gegenüber dem Gesprächspartner sachlich fundiert zu argumentieren. Dies kann einen adäquaten Interessenausgleich schaffen. Wenn sich in solchen Gesprächen die kaufmännische Geschäftsführung oder der jeweilige Arbeitgeber dennoch zu ökonomisch beeinflussten Maßnahmen veranlasst sehen, sollten Ärzte die medizinischen Beweggründe nochmals schriftlich vortragen. Auf diese Weise können sie nachweisen, dass sie sich um die standardgemäße Behandlung ihrer Patienten bemüht haben. Die Zahl derer, die sich mutig den Anordnungen der Krankenhausträger widersetzen und eine kostenintensivere Maßnahme durchführen, wird aus nachvollziehbaren Gründen auch in Zukunft gering bleiben.

Wienke A. Die Ökonomisierung der Medizin. Passion Chirurgie. 2017 Juni, 7(06): Artikel 04_04.