

## **Chefarztverträge: Boni vs. Therapiefreiheit und medizinischer Standard**

Referentin:  
RAin Stefanie Gehrlein  
Justiziarin  
Marburger Bund Bundesverband

13. Deutscher Medizinrechtstag  
Das Abschmelzen der Standards  
14./15. September 2012 in Berlin

## Presseberichterstattung 2012:

- *Chefarztverträge gefährden Ihre Gesundheit* (Spiegel online)
- *In Deutschland wir unnötig viel operiert* (Josef Hecken, G-BA)
- *Wir fordern Boni für Qualität* (Rudolf Henke, MB und ÄK Nordrhein)
- *Keine Boni mehr für Operationen: DKG empfiehlt Krankenhäusern Umstellung der Musterverträge* (Alfred Dänzer, DKG)
- *Wir Ärzte werden durch pekuniäre Zwänge dazu ermutigt, nicht unbedingt die für den Patienten bestmögliche Therapie auszuwählen* (Helmut Arbogast, DSO)
- *Keine Boni für Anzahl der Transplantationen / Operationen* (Marcel Huber, Horst Seehofer, CSU)

## Was steckt dahinter?

- Kienbaum-Vergütungsreport Krankenhäuser 2011:  
„Großteil der Führungskräfte erhält Bonuszahlungen“: steigender Anteil an der Gesamtchefarztvergütung seit 2001, Boni in fast der Hälfte der Neuverträge, in geringerem Maß auch bei Ober- und Fachärzten
- Studie des RWI – Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes: Anstieg der Behandlungsfälle um 13 % zwischen 2006 und 2010: Orthopädie 14 %, Kardiologie 17 % (Knie- und Hüftprothesen, Wirbelsäuleneingriffe), nicht erklärbar durch Demographie  
Ursache: Fehlanreize im Vergütungssystem
- Organspendeskandal – Leiter Transplantationschirurgie Uniklinik Göttingen manipuliert Wartelisten durch gefälschte Labordaten – Zielvereinbarung mit Leistungskomponente: Bonus von 1.500 Euro pro Transplantation

## Reaktionen der Politik / Selbstverwaltung

- Wulf-Dietrich Leber (GKV-SV): „Man muss immer mehr aufpassen, dass man nicht unters Messer kommt.“
- Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-SV): „Vieles deutet darauf hin, dass in den Kliniken aufgrund ökonomischer Fehlanreize medizinisch nicht notwendige Leistungen erbracht werden.“
- Jens Spahn (CDU): „In Deutschland wird zu oft und zu früh operiert. Manche Kliniken zahlen Chefärzte-Boni nach der OP-Zahl.“ „Die Politik sollte darüber nachdenken, solche Vergütungssysteme zu regulieren oder gar ganz zu verbieten.“

## Reaktionen der Politik / Selbstverwaltung

- Daniel Bahr (FDP): Auf dem Rücken der Patienten und Beschäftigten wird in Kliniken „Menge gekloppt“.
- Karl Lauterbach (SPD) : „Die ökonomischen Anreize für leitende Ärzte sind in Deutschland zu weit gegangen.“
- Alfred Dänzer (DKG): „Wir empfehlen den Krankenhäusern, Vergütungselemente, die auf einzelne Leistungsarten und Operationen Bezug nehmen, auf budgetäre Gesamtverantwortungsgrößen umzustellen und in diesem Sinne die Chefarztmusterverträge weiterzuentwickeln.“
- Josef Hecken (G-BA): “Wir haben angebotsinduzierte Nachfrageausweitungen in mehreren Bereichen.“ (auf die Frage nach CA-Boni)

# Reaktionen der Ärzteschaft

**2002:**

Paradigmenwechsel im DKG-Muster-Chefarztvertrag: Wegfall des Liquidationsrechts und Spaltung der Vergütung in feste und *variable* Bestandteile, hier erstmalig: Boni

Hintergrund: Positionspapier der KMK v. 19.11.1999 („fortschreitende marktwirtschaftliche Ausrichtung und wettbewerbliche Orientierung des Gesundheitssektors“ → Leistungsorientierung des CA-Gehaltes)

Reaktion: Gemeinsame Hinweise der BÄK, des VLK und des MB zu den Grundpositionen und -regelungen der Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarzt-Vertrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft:

Strikte Ablehnung der Koppelung von Boni an ökonomische Zielgrößen

# Reaktionen der Ärzteschaft

**2007:**

Hinweise der Berufsordnungsgremien der BÄK zur Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit und zum Umgang mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens:

*Derartige variable Vergütungsbestandteile müssen an **§ 23 Abs. 2 MBO** gemessen werden.*

*„In jedem Fall muss der Arzt mit Blick auf den von einem Bonus ausgehenden Anreiz die Freiheit haben, die Zielvorgaben im Einzelfall aufgrund medizinischer Notwendigkeit außer Acht zu lassen.“*

# Reaktionen der Ärzteschaft

Entwicklung von 8 Prüfkriterien, z. B.:

- keine Koppelung des Bonus an Zahl der Behandlungsfälle
- Bonus muss der Höhe nach so ausgestaltet sein, dass er nicht insgesamt einen maßgeblichen Teil der Einkünfte des Arztes ausmachen und auf diese Weise bestimmenden Einfluss auf dessen Verhalten erlangen kann

# Reaktionen der Ärzteschaft

**April 2012:** Pressemitteilung DGCH:

Falsche Anreize durch leistungsorientierte Chefarztverträge – Chirurgenpräsident übt Kritik an zunehmender Gewinnorientierung in Kliniken

**Mai 2012:** Beschlüsse HV MB und DÄT

1. **Chefarztverträge - bedenkliche finanzielle Anreize vermeiden**
2. **Keine ökonomischen Fehlanreize in der Patientenbehandlung**
3. **Ethik und Ökonomie - keine falschen Anreize setzen**

# Hintergründe / Entwicklungen im Gesundheitswesen

- Kliniken unter Druck:  
2011 Kostenfaktor Nr. 1 im Gesundheitswesen (GKV-SV: 60 Mrd. Euro)
- Gesetzliche Rahmenbedingungen:  
Zunehmender Wettbewerb und Ökonomisierung
- Fehlanreize im Vergütungssystem:
  - Einführung des DRG-Systems 2004:  
Ablösung der Abrechnung nach Verweildauern durch Fallpauschalen,  
die sich nach Schweregrad der Behandlung staffeln
    - ➔ Steigerung des Gewinns durch Mengenausweitung
    - ➔ Umdenken in Diagnostik und Therapie

# Hintergründe / Entwicklungen im Gesundheitswesen

- Mindestmengenregelungen als Anreiz:  
Beispiel Organtransplantation:
  - Mindestmengenregelung des G-BA für Leber- und Nierentransplantationen, Stammzelltransplantationen (20, bzw. 25 Transplantationen pro Krankenhaus p.a.)
- Anschaffung von Spezialgeräten: Anreiz zur Nutzung
- Fachkräftemangel: Bonus zur Personalgewinnung/-haltung (statt Pool)
- Privatisierung auf dem Klinikmarkt:
  - Anteil privater Träger bei 18 %, steigend: andere Philosophie: „Gute Medizin und Ökonomie sind kein Widerspruch“ (Pföhler)

# Metamorphose der Chefarztverträge

Klassische Variante: CA mit „Altvertrag“	Aktuelle Variante: CA mit Neuvertrag
„Gutsherr“	Abteilungsleiter / Manager
Festgehalt (höchste Stufe Tarif)	Festgehalt ( <u>keine</u> Tarifierorientierung)
<b>Variable Bestandteile</b>	
Liquidationsrecht (stationär und ambulante NT)	Beteiligungsvergütung (zumindest stationär anstelle Liquidationsrecht) an Einnahmen des Krankenhauses, frühere NT jetzt Dienstaufgabe
	<b>neu:</b> erfolgs- und leistungsorientierte Vergütungsbestandteile Insbesondere: <i>Boni auf Grundlage von Zielvereinbarungen</i>

# Rechtliche Grundlagen für Boni

**1. Rahmenvereinbarung: im Chefarztdienstvertrag oder gesondert Eckpunkte** einer (kalender- oder geschäftsjährlich) zu treffenden Zielvereinbarung:

DKG-Mustervorschläge:

- Zielgrößen für **Personal- und Sachkosten** der Abteilung
- Zielgrößen für **Leistungen** nach Art und Menge
- Einführung neuer **Behandlungsmethoden**
- Maßnahmen und Ergebnisse der **Qualitätssicherung**
- Inanspruchnahme **nichtärztlicher Wahlleistungen**
- Beteiligung an **Strukturmaßnahmen**
- Sonstige leistungsorientierte Regelungen

# Rechtliche Grundlagen für Boni

Empfehlung ArztRecht:

- Festschreibung der (Mindest-)Höhe des Bonus
- Anteil des Bonus an der Gesamtvergütung (gering, z. B. nicht höher als 25 %)
- Rechtsanspruch auf Abschluss
- Konkrete Vorgaben für die zu vereinbarenden Ziele
- Verfahrensregelungen bei Scheitern



# Rechtliche Grundlagen für Boni

## 2. Zielvereinbarung: Details zu Zielen

Regelung im Dienstvertrag orientiert sich (meist) an DKG-Empfehlung

### Beispiele für quantitätsbezogene Ziele:

- Gesamtumsatz/Kosten Krankenhaus – positives Betriebsergebnis (EBIT)
- Einhaltung der Budget- und Leistungsvorgaben (Abteilung/Klinik)
- Fallzahlen (Entlassung und Aufnahme) – Bonus pro Transplantation/OP
- Case-Mix(-Index)
- Fallakquise
- Bewertungsrelationen (BWR)
- Med. Sachkosten pro Fall
- Personalkosten (Resturlaub, Überstunden)
- Mindestmengen für Zertifizierung
- Umsatzentwicklung klinische Studien
- Entwicklung der LOM-Kriterien (Uniklinika)
- Separate ZV für Leistungsaspekte in F&L mit Med. Fak. (Uniklinika)

# Rechtliche Grundlagen für Boni

## Beispiele für qualitätsbezogene Ziele:

- Zufriedenheit Patienten/Kollegen/Zuweiser
- Arztbriefschreibung/Arztbrieflaufzeiten (nach Tagen)
- Fehlbelegungsrate MDK
- Erreichung medizinische Qualitätsziele (QMsysteme)
- Einführung und Entwicklung CIRS
- Etablierung Behandlungspfade
- Sicherung Weiterbildung
- Gute Arbeitszeitmodelle
- Bereichsübergreifende Zusammenarbeit
- Führungsqualität
- Öffentlichkeitsarbeit

# Zielvereinbarung Private Träger

	mtl. 2011	p.a. 2011	mtl. 2012	p.a. 2012
1. Grundgehalt lt. Dienstvertrag			6.650	79.800
1.a. Zulagen:				
für Tätigkeit Ärztl. Direktor		0		0
für Tätigkeit stellv. Ärztl. Direktor		0		0
Pauschale BD		0	1.900	22.800
Fahrtkostenpauschale		0		0
Summe Zulagen	0	0	1.900	22.800
<b>1. Gesamt (Grundgehalt + Zulagen)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8.550</b>	<b>102.600</b>

## Zielvereinbarung Private Träger

Bewertung in €	Bezugsgröße (Frauenklinik)	Vorgabe 2011	Vorgabe 2012	Vergütungsbereich bezogen auf Wert in %	
8.000	DRG Fälle (Entlassungen) HK	3.347	3.400	- 3 % 3.298	3 % 3.502
7.000	Aufnahmen	3.635	3.748	- 3 % 3.636	3 % 3.860
7.000	Bewertungsrelationen (BWR)	2.315,000	2.320,000	- 3 % 2.250	3 % 2.390
	nachrichtlich CMI:	0,692	0,682	0,682	0,682
2.000	MedBedarf €/Fall ohne Implantate	214,00	210,00	10 % 231,00	- 15 % 178,50
2.000	Geburten	1.200	1.200	10 % 1.320,00	- 15 % 1.020,00
1.000	davon mit Dammriss 3. und 4. Grades	< 2,40 %	< 1,38 %		

Für alle Parameter gilt: Unterschreitung Untergrenze: Vergütung entfällt  
Überschreitung Obergrenze: maximaler Vergütungssatz erreicht

## Zielvereinbarung Private Träger

in €	Minimalgehalt bei Unterschreitung Vergütungsbereich	Zielgehalt 2011	Zielgehalt 2012	Zahlung maximal bei Überschreitung Vergütungsbereich	in % bei Maximum
	Grundgehalt mit ggfs. Zulagen		102.600		
	Dienst PKW				
	Fälle HK Gyn.		8.000	10.000	32
	Aufnahme Gyn.		7.000	7.500	24
	BWR Gyn.		7.000	8.000	25
	MedBed/Fall Gyn.		2.000	2.000	6
	Geburten		2.000	3.000	10
	Qualitätsparameter		1.000	1.000	3
	Variable Vergütung		27.000	31.500	
	Gesamtgehalt		129.600		100
	Tantieme Ziel in €:			27.000	
	Tantieme Ziel max. in €:			31.500	

# Zielvereinbarung Kirchlicher Träger

Für jedes individuelle Ziel wird mindestens ein Teilziel festgelegt. Jedes Ziel/Teilziel wird gewichtet, mit einer Messgröße versehen und je nach Erfüllung des Ziels bepunktet.

Neurologie bei einem kirchlicher Träger	Gewichtung	Teilziel	Messgröße des Ziels	Tatsächliche Zielerreichung der Messgröße		
				teilweise erfüllt: (97 – 99,99 %)	erfüllt: (100 %)	übererfüllt: (> 103 %)
I Stationäre Leistung (DRG-Bereich)	20 %	1. DRG-Fälle	0	3 Punkte	10 Punkte	15 Punkte
	45 %	2. Effektive Bewertungsrelationen (inkl. Zu- und Abschläge)	0	3 Punkte	10 Punkte	15 Punkte
	25 %	3. CaseMix- Index (inkl. Zu- und Abschläge)	0	3 Punkte	10 Punkte	15 Punkte
II Öffentlichkeitsarbeit	5 %		0	3 Punkte	10 Punkte	15 Punkte
III Individuelles Ziel Einführung QMS Rezertifizierung Stroke Unit	5 %		0	3 Punkte	10 Punkte	15 Punkte
				<b>100 %</b>		

# Lösungen?

## Kriterien zur eindeutigen Definierung von Zielen:

- **S**pezifisch (zur jeweiligen Abteilung)
  - **M**essbar (klare Vorgaben)
    - **A**ktiv beeinflussbar
      - **R**ealistisch (umsetzbar)
        - **T**erminiert (klares Zeitlimit)

## Lösungen?

- Standesvertretungen Ärzteschaft: Fokussierung der Anreizsysteme auf Qualität der medizinischen Versorgung (Optimierung Prozessabläufe, Einführung verbindlicher Standards, Fort- und Weiterbildung, Mitarbeiterzufriedenheit, leitliniengerechtes Behandeln)
- DKG: Verzicht auf Vergütungselemente, die auf einzelne Leistungsarten und Operationen Bezug nehmen, Umstellung auf „budgetäre Gesamtverantwortungsgrößen“ (Problem: in TP-Zentren Budget = Fallzahl)  
Selbstverpflichtung der Krankenhäuser (Spitzengespräch TP 27.08.12)
- Auskömmliche Krankenhausfinanzierung (Ärzteschaft und DKG)
- Verbot von Boni / Festschreibung Obergrenze
- (punktuelle) Aussetzung des Fallpauschalensystems (TP-Zentren)

## Lösungen?

- BMG am 24.08.12 auf kleine Anfrage der LINKEN zur Organspende:  
  
Keine wirtschaftlichen Anreize, die medizinische Unabhängigkeit gefährden können
- **Aber:** Ein Verzicht auf leistungsabhängige Gehaltsverträge bei Klinikärztinnen und -ärzten ist aus Sicht der Bundesregierung nicht generell erforderlich. So können leistungsabhängige Gehaltsverträge durchaus sinnvolle Anreize darstellen, um das erfolgreiche Bemühen um eine **höhere Qualität der Leistungserbringung** oder um eine **bessere Patientensicherheit** zu verstärken → Umsetzung durch Tarif- und Einzelvertragsparteien

# Lösungen?

- **Was wollen die Chefärzte selbst?**

„War es vor den DRG noch feste Überzeugung der Chefärzte, dass „Betriebswirtschaft“ nur ein neues Wort für die kleinkarierten Krämerseelen der lästigen Verwaltungsleiter sei, wird doch heute der Beitrag der Betriebswirtschaft und ihrer Protagonisten am Erfolg der Klinik durchaus geschätzt.

Diesen Wandel in der Einstellung der Chefärzte führe ich darauf zurück, dass diese verstehen, welche Chancen für die Arbeit der Mediziner sich aus unternehmerischem Denken ergeben.“

(Georg Frhr. V. Mylius, Personalberater im Gesundheitswesen)



**Vielen Dank  
für Ihre  
Aufmerksamkeit!**