



Zielvereinbarungen

Die Debatte über zulässige Zielvereinbarungen der Kliniken mit ihren Leistungsträgern hat endlich ein Ende gefunden. Zumindest gibt die „Empfehlung gemäß § 136a SGB V zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen“ von DKG und BÄK vom 24. April 2013 Hoffnung. Bereits 2013 hatte Prof. Dr. med. Urban Wiesing auf einem Chirurgenkongress in Kiel folgende einordnende Sätze gesprochen: „So lange 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 und das dadurch bedingte ärztliche Handeln beeinflusst.“

In der erhitzt geführten Debatte wurde und wird bis heute immer wieder der Eindruck erweckt, als würden Zielvereinbarungen automatisch zu einem Überschreiten des Rubikon führen. Verkannt und in der Debatte nicht angemessen erwähnt wird dabei das professionelle Verständnis von der Verantwortung von Führung von und in Krankenhäusern sowohl bei Ärzten wie auch im Management. Die Ausdehnung von Leistungsmengen ohne Indikation hatte auch vor Einführung des § 136a SGB V keine Berechtigung. Das ärztliche Berufsrecht stellte hier schon immer enge Grenzen auf. Auch zuvor waren medizinische Leistungen – nicht nur in Kliniken – wirtschaftlich zu erbringen. Jeder selbstständig tätige Arzt war und ist sich bewusst, dass er seine Leistungen zum Wohle seiner Patienten nur dann nachhaltig erbringen kann, wenn er seine Praxis effizient organisiert und eine Kostenstruktur unterhält, die an die zu erbringenden Leistungen und an die aus diesen resultierenden Einnahmen angepasst ist. Eine Leistungserbringung unter Missachtung dieser wirtschaftlichen Grundlagen würde zwangsläufig zur Praxisinsolvenz führen.

Auch wenn angestellte Chefärzte in Kliniken nicht dieser persönlichen Haftung ausgesetzt sind, haben leitende Ärzte in deutschen Kliniken jahrzehntelange Erfahrung, ihre finanziellen Interessen im Sinne der Patientenversorgung mit dem gebotenen ärztlichen Handeln in Einklang zu bringen. Insbesondere die als „Privatliquidation“ bezeichnete Umsatzbeteiligung an der Behandlung von selbst zahlenden, v.a. privat versicherten Patienten ist eine geübte Praxis der finanziellen Beteiligung von leitenden Ärzten an den Erlösen. Umsatzbeteiligungen werden typischerweise angewandt, wenn Arbeitnehmer an Umsatzsteigerungen beteiligt werden wollen. Privatliquidationsvereinbarungen verbinden die medizinische Indikationsstellung und das ärztliche Handeln mit Erlössteigerungen. In diesem Zusammenhang ist mir übrigens kein Zitat eines Ärztevertreters bekannt, in dem vom Rubikon die Rede ist. Eine Umsatzbeteiligung birgt ein sehr viel größeres Risiko, das ärztliche Handeln zu beeinflussen, als dies ausbalancierte Zielvereinbarungen tun. Diese bieten die Chance, leistungsbezogene Gehaltsbestandteile anstelle von umsatzbezogenen Beteiligungen zu vereinbaren. Jetzt ist es an den Vertragsparteien, Leistungsbezüge zu entwickeln, um die Versorgung wirtschaftlich und qualitativ hochwertig im Patienteninteresse anbieten zu können.

Jan Hendrik Unger, Abteilungsleiter Personal und Recht,
Mühlenkreiskliniken AöR, und InPaK-Mitglied