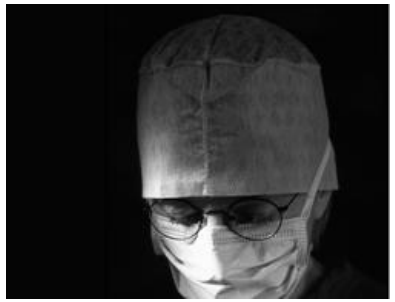
UNIVERSITÄT BAYREUTH

IMG
INSTITUT FÜR MEDIZINMANAGEMENT UND GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

IDH-Thementag

Schutz der Freiberuflichkeit vor Kapitaleinfluss zum Wohle der Patienten



Angriff des Kapitalmarktes auf die Freiberuflichkeit: Wo bleibt der Patient?

Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel

30. Oktober 2019, Kiel

Kapitalmarkt

- Finanzmarkt für mittel- und langfristige Kapitalbeschaffung

- Zweck: Dient Unternehmen, Haushalten und dem Staat zur Finanzierung von Investitionen und anderen Ausgaben
  - mittel- und langfristige Kapitalanlage und -aufnahme
  - Beteiligungskapital (Aktienmarkt)

- Führt also Angebot und Nachfrage nach mittel- und langfristigem Kapital zusammen

- Abgrenzung
  - gegenüber dem Geldmarkt, auf dem eher kurzfristigere Kapitalüberlassungen unter einem Jahr erfolgen
  - gegenüber dem Kreditmarkt, auf dem die entstehenden Forderungen weniger fungibel (d.h. austauschbar) sind

Kapitalmarkt

- Auf dem Kapitalmarkt
  - realisieren sich auch Teile der wirtschaftlichen Beziehungen unter denen das Gesundheitswesen finanziert wird
  - erfolgt eine Einflussnahme auf die Rahmenbedingungen der Finanzierung von Sozialsystemen

- Die Zurverfügungstellung von Mitteln auf dem Kapitalmarkt für Investitionen…
  - konzentriert sich darauf, Kapital zu vermehren
  - ggf. auch ohne Interesse an Projekten, in die investiert wird

- Die sich auf Ertragssituation und Gewinn beziehende Priorisierung von Interessen des Kapitalmarktes kann im Widerspruch zu Interessen von Unternehmungen stehen

  1. Ansprüche und Bedürfnisse der Kunden/Patienten
  2. Mitarbeiterzufriedenheit
  3. Forschung und Entwicklung
  4. Gewinn

Verantwortungsverteilung im Gemeinwesen

UNIVERSITÄT BAYREUTH

Verantwortlich für übergeordnete Entscheidungen sind in der BRD frei gewählte Parlamente im Sinne einer repräsentativen Demokratie. Gewählte sind ihrem Gewissen verantwortlich

- Makroebene: Sozialgesetzgebung des Bundes
- Mesoebene:
  - Körperschaften des öffentlichen Rechts bei Staatsgründung verankert, auf die wir hoheitliche Aufgaben übertragen und erwarten, dass diese im Sinne der Allgemeinheit umgesetzt werden
  - Spezifische Kammern, bei denen die Mitgliedschaft von der Ausübung einer bestimmten Tätigkeit abhängig ist und die damit betraut sind, hoheitliche Aufgaben durch die ihnen zugehörigen Personen zu erfüllen
  - Beispiele: Hochschulen, Landesärztekammern, Berufsgenossenschaften etc.
  - **Freiberuflichkeit**, die nach deutschem Verständnis in Abgrenzung zur Ausübung eines Gewerbes (mit steuerlichen Konsequenzen) als **selbstständig** und **eigenverantwortlich** ausgeübte wissenschaftliche, künstlerische oder unterrichtende Tätigkeit definiert wird. Freiberuflichkeit setzt eine bestimmte **Qualifikation** voraus.
  - Selbstverwaltung: Übergabe von staatlicher Verantwortung an spezifische Einrichtungen, wie die Sozialversicherung und Hochschulen, die spezifischen Grundrechten zu ihrer Verwirklichung verhelfen, demokratische Strukturen unterstützen, betroffenen Gruppen Mitbestimmung ermöglichen und Bürger unmittelbar an der Verwirklichung staatlicher Aufgaben beteiligen
- Mikroebene: Arzt, Architekt, Anwalt, Schriftsteller selbst

Freiberuflichkeit

- Die Organisation z.B. der Ärzteschaft in Kammern als Körperschaften öffentlichen Rechts spiegelt wider, dass Heilenden durch diese Übertragung eines gesellschaftlichen Auftrags eine besondere Verantwortung zukommt

- Zweck der Organisation in Kammern?
  - Überwachung der Berufsausübung
  - Vermittlung bei Streitigkeiten mit Patienten

- Was macht einen freien Beruf aus?
  - Eigenverantwortliche Erbringung von Dienstleistungen
  - Erbringung der Leistungen im Sinne der Allgemeinheit

Lahnstein

Die Beschlüsse der damaligen Regierung und der SPD-Opposition vor 27 Jahren in Lahnstein, die letztlich im Gesundheitsstrukturgesetz mündeten, reihen sich in eine ganze Serie regulatorischer Bemühungen um eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen ein. Exemplarisch:

- Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz, 1977
- Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz, 1981
- **Gesundheitsstrukturgesetz, 1992**
- Beitragsentlastungsgesetz, 1996
- 2. GKV-Neuordnungsgesetz, 1997
- GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz, 1998
- GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, 1999
- GKV-Modernisierungsgesetz, 2003
- Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz, 2004
- Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, 2006
- GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, 2007
- GKV-Finanzierungsgesetz, 2010
- GKV-Versorgungsstrukturgesetz, 2011

Rationalisierung und Rationierung

UNIVERSITÄT BAYREUTH

- Das Gesundheitsstrukturgesetz ging mit einer **Budgetierung** ärztlicher Behandlungen und der Hilfsmittelversorgung einher
- Die einzelnen Budgets wurden an die **Einnahmenentwicklung der Krankenkassen** geknüpft
- Diese und weitere, sich an Mittelvolumina, Fallpauschalen etc. orientierenden Regelungen bzw. Maßnahmen der **Rationalisierung** hatten und haben zweifelsfrei **Einfluss auf den Behandlungsalltag** von Ärztinnen und Ärzten und anderen Heilberufen
- Allerdings liegt bis heute keine Situation vor, in der wichtige Behandlungen oder Heilmittel für Patienten*innen aus Kostengründen nicht zur Verfügung stehen (**Rationierung**)
- Das gilt auch, wenn sich verbreitete und neue Interventionen in einem zunehmendem Maße einer Prüfung auf Wirksamkeit und Notwendigkeit unterziehen müssen
- Ein aktuelles und weitreichendes Beispiel ist die Korrektur verschiedener Kiefer- und Zahnfehlstellungen. Der Bundesrechnungshof fordert: „Nutzen kieferorthopädischer Behandlung muss endlich erforscht werden“

Rationalisierung und Rationierung

- Die Fokussierung auf **Effektivität** und **Effizienz** im Gesundheitswesen entspricht den makroökonomischen Entwicklungen

- **Bsp. Duale Finanzierung** von Krankenhäusern
  - Eigentliche adäquate Finanzierungsform
  - Aber notwendige Investitionen werden nicht getätigt
  - Dies führt zu einem Investitionsstau
  - Deshalb erachten einige Institutionen Investitionen seitens des Kapitalmarkts für sinnvoll

- Hohe und wachsende **Bedeutung der Gesundheitswirtschaft**
  - Anteil Gesundheitsausgaben an der Wertschöpfung (BIP): 15,5%
  - Ausgaben für Gesundheit 2017: 376 Milliarden EUR, also mehr als eine Milliarde pro Tag
  - 5,6 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen (2017)

Gesundheit – ein besonderes Gut

- Gesundheit ist wie Frieden, Sicherheit, Freiheit ein besonderes, transzendentales oder konditionales Gut
- Diese Güter sind Bedingung der Möglichkeit des Genusses aller anderen Güter
- Der Einzelne kann selbst zum Erhalt der Gesundheit beitragen – allerdings nur bedingt

Eine Gesellschaft ohne ausreichende Versorgung mit konditionalen Grundgütern ist keine gerechte Gesellschaft.

Dies gilt international.

Gesundheit – ein besonderes Gut

- Der besondere Charakter des Gutes Gesundheit beeinflusst die Organisation der Gesundheitsversorgung:

- **Solidarität** und **Subsidiarität** – Grundprinzipien des deutschen Gesundheitswesens

- Karitatives, gemeinnütziges Engagement vor dem Hintergrund **sozialer Verantwortung**

Veränderungen in den klinischen Abläufen

UNIVERSITÄT BAYREUTH

- In den zurückliegenden Jahren haben Rationalisierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen Abläufe für alle Heilberufe verändert. Überall dort, wo dies zu einer effektiveren und effizienteren und einer qualitativ besseren Versorgung für den Patienten geführt hat, ist das Engagement aller beteiligten Leistungserbringer groß.

- Nichtsdestotrotz sehen sich die Heilberufe unverändert einem wachsenden Kostendruck ausgesetzt und die Frage der Wirtschaftlichkeit wird bisweilen mindestens so intensiv diskutiert wie medizinische Zusammenhänge.

Zahnärzte, Apotheker und Psychotherapeuten sollen zeigen, dass sich ihre Unternehmungen „lohnen“ und etwa Chefärzte einzelner Fachabteilungen werden zu Managern konkurrierender sogenannter Profit Center im gleichen Krankenhaus.

Ursachen für diese Veränderungen

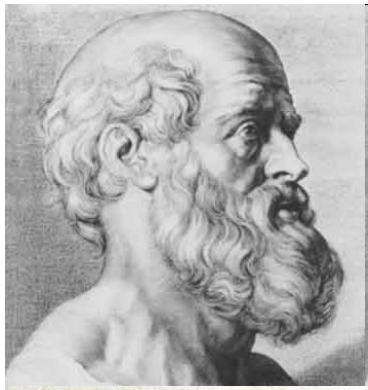
- Motivation, durch mehr Effizienz und damit frei werdende Mittel für Investitionen die Versorgung zu verbessern

- Aber auch starke Fokussierung auf die Gesundheitswirtschaft, die sich in den zurückliegenden drei Jahrzehnten besonders entwickelt hat

- In einer älter werdenden Gesellschaft mit steigenden Zahlen an kranken Menschen wird dieser Dienstleistungssektor für hohe Wachstumsraten garantieren, insbesondere wenn man annimmt, dass die Menschen bereit sind, so ziemlich jeden Preis für das Über-/Weiterleben zu bezahlen

…das wirft Fragen auf

- Darf sich die Behandlung der Patienten an ökonomischen Kennwerten orientieren?
- Gibt es einen grundsätzlichen Konflikt zwischen dem Behandlungsauftrag und dem Einhalten von Budgets?
- Inwiefern ist die Frage nach Gewinnen in einem System, welches sich vornehmlich über Pflichtversicherungsbeiträge aus einer solidarischen Krankenversicherung finanziert, überhaupt berechtigt?
- Ist die Freiberuflichkeit der Heilenden gefährdet?



Fundament der Beziehung zu Patienten

Fundament der Beziehung des Arztes und anderer Heilberufe zu Patienten ist das Nicht-Schadens-Prinzip, welches sich im Wesentlichen auf zwei Vorgaben gründet:

- Mikroebene: Der Heilende darf eine Leistung nur bei entsprechender Indikation zur Hilfe des Patienten anbieten. Dies bedeutet, es muss eine nachweisliche Indikation für die Diagnostik und Therapie des Patienten bestehen.

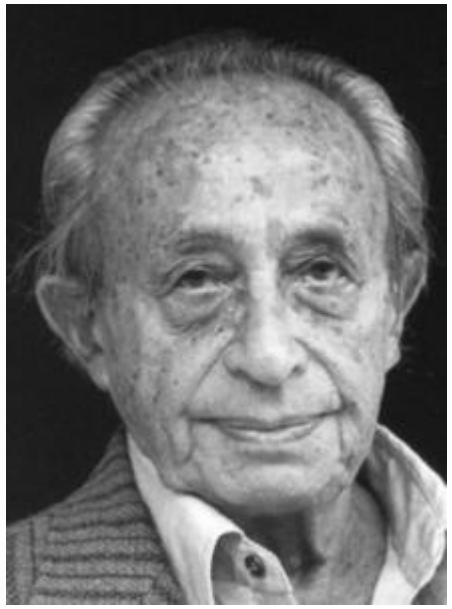
- Mesoebene: Direkte Beziehung zu den Krankenkassen und den Institutionen der Selbstverwaltung, die über Budgets als finanzielle Anreizsysteme eine möglichst effiziente Leistungserbringung unterstützen wollen.

Die Festsetzung der Vergütungshöhe, z.B. bei DRGs oder Gebührenordnungen, hat dabei einen indirekten Einfluss auf das ärztliche Verhalten.

Prinzip der Verantwortung des Arztes

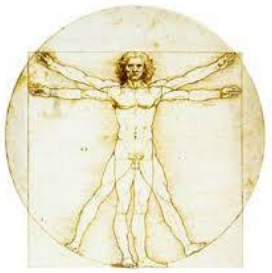
Das Prinzip Verantwortung bringt der Philosoph Hans Jonas mit folgenden Worten auf den Punkt:

„Der Mensch ist das einzige Wesen, das Verantwortung haben kann. Indem er sie haben kann, hat er sie.“



- Der Heilende übt sie zuerst gegenüber seinem Patienten aus.
- Gleichzeitig ist er verantwortlich für die Verausgabung von Pflichtbeiträgen der Sozialversicherung, die grundsätzlich nur sehr sparsam und zweckgebunden ausgegeben werden dürfen.

Institutionelle Verantwortung



- Diese Verantwortung trägt aber nicht nur der behandelnde Arzt, sondern auch die Institutionen wie z.B. Kliniken oder andere im Gesundheitswesen handelnde Akteure.

- Die Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung sind als staatlich verordnete Zwangsabgaben zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung konzipiert. Begründet wird dies mit dem außergewöhnlichen Stellenwert des konditionalen Gutes „Gesundheit“.

- Unsere Gesellschaft hat sich bereits in der Verfassung darauf verständigt, dass dies ein konstitutives Element unseres Zusammenlebens darstellt.

- Allen Verpflichteten wird dabei mitgeteilt, dass die Mittel ausschließlich nach den Geboten der Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit ausgegeben werden.

- Sie sollen also die Kosten decken, die z.B. in der Chirurgie durch Diagnostik, Operationen und Nachsorge entstehen. Von einem Profit für den Krankenhausbetreiber, Gewinnbeteiligung für Ärztinnen und Ärzte oder anderweitiges Krankenhauspersonal ist dabei aber nicht die Rede.

Darf man mit der Krankheit anderer Geld verdienen?

UNIVERSITÄT BAYREUTH

- Es ist nicht nur vertretbar, sondern sogar zwingend notwendig, dass Mitarbeiter des Gesundheitssektors einen adäquaten Lohn verdienen, den sie z.B. auch bei vergleichbaren Arbeiten in anderen Branchen der Gesellschaft bekämen.

- Das Gesundheitswesen konkurriert mit anderen Bereichen um die immer knapper werdenden Fachkräfte in einer vom demografischen Wandel geprägten Arbeitswelt.

- Leicht nachvollziehbar wird hierbei sein, dass eine heute hochqualifizierte Pflegekraft ähnlich einer Facharbeiterin/ einem Facharbeiter verdienen sollte.

- Doch darf ein Geschäftsführer oder z.B. ein Arzt in einer Führungsposition auch ein sogenanntes Managergehalt beziehen?

Gewinnerwartungen?

- Noch kontroverser ist die Frage, ob ein Krankenhaus, eine Praxis, eine Apotheke etc. die Investitionen des Kapitalmarktes mit den in anderen Branchen heute üblichen Gewinnerwartungen bedienen darf

- Regeln, vorrangig wie sie auf einem freien Markt vereinbart werden, gelten in weiten Teilen nicht in der sozialen Marktwirtschaft

- Sie in einem weitestgehend regulierten und durch umfängliche Gesetzgebung strukturierten Bereich anwenden zu wollen, scheint nicht nur schwierig, sondern in vielen Fällen widersprüchlich

Der grundlegenden Prämisse der Sozialpflichtigkeit allen Handelns im Gesundheitswesen muss auch die ökonomische Logik folgen

Gewinnerwartungen?

- Ein Überschuss z.B. in einer Abteilung eines Krankenhauses, der durch ein günstiges Verhältnis von notwendigem Einsatz und vereinbarter Refinanzierung entstehen kann, darf durchaus dazu genutzt werden, weniger rentable Fachgebiete querzufinanzieren.

- Es obliegt aber den Akteuren der Meso- und Makroebene, solche Schieflagen regelmäßig anzupassen.

- Es ist nicht akzeptabel, dass die Mittel der Versicherten zur Kompensation finanzieller Verpflichtungen – z.B. des Staates die Investitionen im Krankenhaussektor zu übernehmen – herangezogen werden

Gewinnerwartung und Freiberuflichkeit

- Zitat Johannes Rau (Deutscher Ärztetag 2004):

  „Ärzte sind wie Rechtsanwälte oder Architekten meist Freiberufler, aber sie unterscheiden sich nicht nur durch ihre Aufgaben von anderen freien Berufen. Sie beziehen einen Großteil ihres Einkommens aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, die von der Solidargemeinschaft der Versicherten getragen wird. Das gibt Sicherheit; das verpflichtet aber auch gegenüber der Solidargemeinschaft.“

- Diese besondere Tätigkeitsform und die mit ihr einhergehende Verantwortungsübernahme darf nicht durch Investoren kompromittiert werden

Fazit

- Mit der Behandlung von Krankheit können, ja dürfen die beteiligten Akteure sehr wohl Geld verdienen

- Diese Akteure sind in unserem Land durch die Verfassung und ausführende Sozialgesetzgebung über die damit verbundene Legitimation definiert
  - Dazu gehören die Freiberufler, aber auch die Pflegekräfte, medizinische Assistenzberufe etc.
  - Aber damit sind keine Kapitalerträge gemeint

Fazit

UNIVERSITÄT BAYREUTH

- Die Eigentumsrechte der Akteure (z.B. an Praxen) werden nicht außer Kraft gesetzt, gehen nicht verloren
- Aber der Staat hat mit der Privatisierung von Aufgaben Erwartungen möglich gemacht, die der Sozialgesetzgebung widersprechen

- Bei Veräußerung sollte der Dritte keine ungerechtfertigten Gewinnerwartungen haben
- Die Gesetzgebung sollte dies normieren

- Diejenigen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, haben eine ihnen konstitutionell übertragene Pflicht, auf diesen Kontext hinzuweisen und sich einzusetzen, dass die Interessen der Patienten (Mikroebene) und der Solidargemeinschaft (Makroebene) gewahrt bleiben

Fazit

- Mit der Behandlung von Krankheiten kann, ja darf sehr wohl Geld verdient werden
- Besondere Gewinnerwartungen verbieten sich aber

UNIVERSITÄT BAYREUTH

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel
Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften

Email: eckhard.nagel@uni-bayreuth.de