

Lothar Schott

Krankenhausarzt und freier Beruf

Umfang und Grenzen fachlicher
Weisungsbefugnis innerhalb des
ärztlichen Dienstes



Diplomica Verlag

Schott, Lothar: Krankenhausarzt und freier Beruf. Umfang und Grenzen fachlicher Weisungsbefugnis innerhalb des ärztlichen Dienstes, Hamburg, Diplomica Verlag GmbH 2016

Buch-ISBN: 978-3-95934-996-3

PDF-eBook-ISBN: 978-3-95934-496-8

Druck/Herstellung: Diplomica® Verlag GmbH, Hamburg, 2016

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und die Diplomica Verlag GmbH, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Alle Rechte vorbehalten

© Diplomica Verlag GmbH

Hermannstal 119k, 22119 Hamburg

<http://www.diplomica-verlag.de>, Hamburg 2016

Printed in Germany

Gliederung

1	Einleitung	1
2	Entwicklung der Krankenhausstruktur in Deutschland	3
3	Ärzte im Krankenhaus.....	10
3.1	Klassische Hierarchiestufen im ärztlichen Dienst	10
3.1.1	Arzt in Weiterbildung / Assistenzarzt	10
3.1.2	Facharzt.....	12
3.1.3	Funktionsoberarzt.....	14
3.1.4	Oberarzt.....	15
3.1.5	Leitender Oberarzt.....	16
3.1.6	Chefarzt / Leitender Arzt.....	17
3.1.7	Ärztlicher Direktor	20
3.2	Strukturwandel im ärztlichen Dienst der Krankenhäuser	21
3.2.1	Arbeitsmarkt	21
3.2.2	Fachliche Diversifizierung.....	22
3.2.3	Arbeitsplatz Krankenhaus.....	24
4	Die Weisungsbefugnis im Arbeitsrecht	28
5	Die Berufsfreiheit.....	32
6	Die freien Berufe	36
6.1	Erbringung von Dienstleistungen höherer Art	39
6.2	Anforderungen an die Ausbildung	39
6.3	Persönliche Leistungserbringung und Arztvorbehalt	40
6.4	Vertrauensbeziehung	43
6.5	Problem der wirtschaftlichen Selbständigkeit	46
6.6	Gemeinwohlverantwortung	49
6.7	Selbstverwaltung	55
6.8	Eigenbestimmtheit und fachliche Unabhängigkeit	58

7	Therapiefreiheit und Weisungsrecht zwischen Ärzten.....	63
7.1	Definition und Rechtsgrundlagen.....	63
7.2	Medizinische Standards als Korrelat der erforderlichen Sorgfalt ...	65
7.3	Facharztstandard als Voraussetzung für die Therapiefreiheit.....	70
7.4	Die relative Therapiefreiheit bei Ärzten in Weiterbildung	73
7.5	Der Facharzt als Garant des medizinischen Standards.....	79
7.6	Die besondere Rolle des Chefarztes	85
8	Zusammenfassung und Lösungsansätze	89
	Literaturverzeichnis	94
	Verzeichnis verwendeter Entscheidungen	115
	Verzeichnis verwendeter Gesetze und Verordnungen	123
	Über den Autor	128

Für die Fälle, in denen aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Formen verzichtet wird, gelten sämtliche Personenbezeichnungen gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

1 Einleitung

Krankenhäuser sind in Deutschland traditionell hierarchisch strukturiert¹. Das gilt auch für den ärztlichen Dienst. Nach Max Weber ist Herrschaft als traditionell zu werten, wenn sie ihre Legitimation auf „altüberkommene Ordnungen“ stützt². Traditionen führen häufig ein Eigenleben, sie rechtfertigen sich selbstreferenziell. Entgegenstehende Gründe aus Vernunft, des Rechts oder der Ökonomie können beharrende Kräfte nur schwer beeinflussen³.

Fortentwicklung und Spezialisierung der Medizin verändern die Krankenhauslandschaft ebenso wie demographische Entwicklung und Probleme um die Krankenhausfinanzierung. Diese gehen mit einer gewissen Kostenbelastung für die Kliniken einher, aber auch mit immer höheren Ausgaben im Gesundheitswesen. Seit dem Jahr 2003 wurde schrittweise das Fallpauschalensystem⁴ zur Abrechnung stationärer Leistungen eingeführt. Mittlerweile hängt das wirtschaftliche Betriebsergebnis wesentlich von aufwändigen Operationen und anderen Eingriffen ab. Mit der Folge eines zunehmendem ökonomischen Drucks auf leitende Ärzte, rentable Leistungen zu erbringen und dieses Vorgehen auch innerhalb der Abteilungen durchzusetzen.

In den vergangenen Jahrzehnten änderte sich die Personalstruktur der Kliniken grundlegend. Bedingt vor allem durch umfangreichere Weiterbildungsmöglichkeiten, Reformen zur Arbeitszeit und bessere

¹ Weidmann, Reiner: Rituale im Krankenhaus, 2. Auflage, Ullstein Mosby, 1996, S. 115 f.
² Weber, Max: Wirtschaft und Gesellschaft - Grundriß der verstehenden Soziologie, 1922, Kapitel III Typen der Herrschaft, 3. Traditionelle Herrschaft.
³ Goethe, Johann Wolfgang von: Faust 1 - Eine Tragödie, Text im Projekt Gutenberg, 1808, Kapitel 7 Mephistopheles / Schüler.
⁴ DIMDI: G-DRG-System - Fallpauschalen in der stationären Versorgung.

Bezahlung wurde die Tätigkeit im stationären Bereich attraktiver, so dass immer mehr Ärzte dort immer länger in Facharzt- oder leitender Position arbeiten. Die Mehrzahl der Krankenhausärzte verfügt heute über eine Facharztweiterbildung, häufig verbunden mit mehreren Zusatzqualifikationen.

Der Beruf des Arztes gilt als Inbegriff des freien Berufs. Die damit verbundene Unabhängigkeit der Berufsausübung findet ihren Idealtyp im Arzt, der in freier Praxis tätig ist. Im Krankenhaus ist der Arzt dagegen in die Organisationsstruktur der Klinik eingebunden. Das Direktionsrecht des Arbeitgebers kommt hier zur Geltung. Es wird gegenüber nachgeordneten Ärzten nicht nur vom Träger der Klinik, sondern auch von Ärzten in Leitungsfunktion ausgeübt.

Fehlende Vorkenntnisse aus dem Studium mangels Vorlesungen über Berufs- und Arbeitsrecht⁵ zusammen mit den meist nicht hinterfragten hierarchischen Strukturen führen zu Unwissenheit und Unsicherheit in der Ärzteschaft über das Ausmaß, in dem Ärzte in abhängiger Beschäftigung Anordnungen zu befolgen haben.

Ziel der vorliegenden Studie ist zu klären, in welcher Weise auch der Krankenhausarzt einen freien Beruf ausübt. Und weiter, welchen Stellenwert die Therapiefreiheit als Kern dieser Berufsfreiheit für die verschiedenen etablierten Hierarchiestufen des ärztlichen Dienstes hat. Dabei soll aufgezeigt werden, ob und inwiefern die traditionelle hierarchische Struktur des ärztlichen Dienstes in deutschen Krankenhäusern mit dem Berufsrecht vereinbar ist.

⁵ ÄApprO, Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 2. August 2013 (BGBl. I S. 3005).

2 Entwicklung der Krankenhausstruktur in Deutschland

Die Veränderung der Krankenhauslandschaft in den vergangenen fünf Jahrzehnten ist durch Konzentration und Spezialisierung gekennzeichnet. Das betrifft in einem einigermaßen kontinuierlichen Prozess die alte Bundesrepublik bis 1990, der sich nach der deutschen Einheit letztlich bis heute fortsetzt. Bis 2007 hatten sich die Unterschiede typischer Krankenhauskennzahlen wie Bettendichte und Verweildauer zwischen Ost und West weitestgehend nivelliert⁶. Trotz Normierung statistischer Erhebungen⁷ bleiben die Zahlen vor und nach 1990 nur eingeschränkt vergleichbar. Bei der Interpretation von Krankenhausdaten muss dieser Phase des Umbruchs und der Anpassung kritisch Rechnung getragen werden⁸.

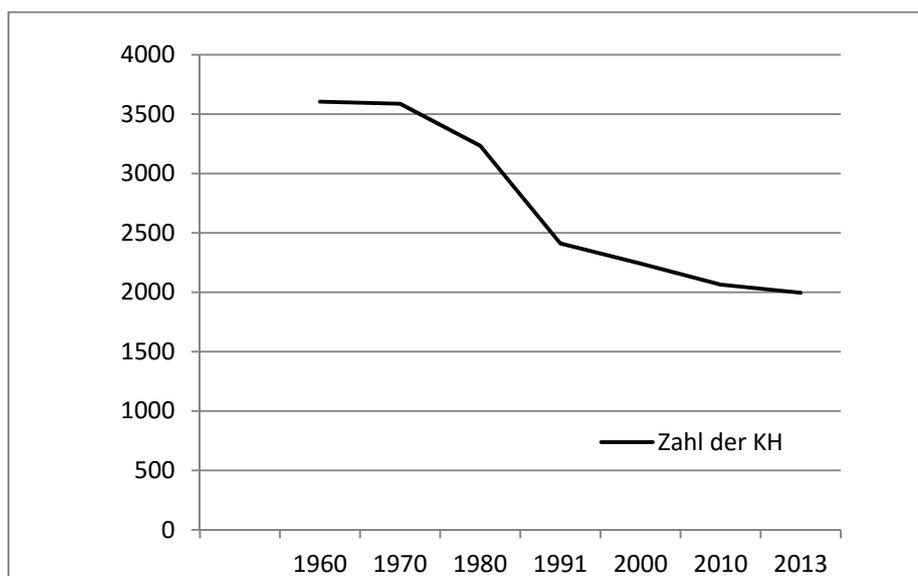


Abb. 1
Zahl der Krankenhäuser in Deutschland

⁶ Jachertz, Norbert: 1989/2009 – 20 Jahre Deutsche Einheit: Annäherung auf günstigerem Niveau, Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 45 vom 06.11.2009, S. A-2236 - A-2237, Themen der Zeit.

⁷ Hoffmann, Ulrich: Neue Bundesstatistik über Krankenhäuser, Grundlage zum Aufbau eines statistischen Krankenhausinformationssystems, Statistisches Bundesamt, Sonderdruck aus Wirtschaft und Statistik 10/1990.

⁸ Hoffmann, Ulrich: s.o.

Krankenhäuser						
1960	1970	1980	1991	2000	2010	2013
3604	3587	3234	2411	2242	2064	1996

Tab. 1 zu Abb. 1
Zahl der Krankenhäuser in Deutschland
Datenquellen für Tab. 1 – 4 ^{9,10,11,12,13,14,15}

Geschlossen wurden überwiegend kleinere Krankenhäuser, weniger in dünnbesiedelten ländlichen Regionen, sondern vor allem in den Städten oder ländlichen Verdichtungsbereichen¹⁶. Dadurch stieg die Zahl der Betten pro Klinik. Hatten 1970 noch 70 % der Häuser weniger als 200 und 83 % weniger als 300 Betten¹⁷, lagen 2013 die entsprechenden Zahlen nur mehr bei 18 % bzw. 31 %¹⁸. Das statistische Durchschnittskrankenhaus aus dem Jahr 1960¹⁹ hatte 162 Betten in 1,5 Fachabteilungen²⁰.

⁹ Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik 1970.

¹⁰ Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik 1980.

¹¹ Hoffmann, Ulrich: s.o.

¹² Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft: Eckdaten Krankenhausstatistik - DKG e.V., 2014.

¹³ Eurostat - Tables, Graphs and Maps Interface (TGM) table: Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner.

¹⁴ Statistisches Bundesamt, gbe-bund aus: Krankenhäuser / Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen, Betten, Nutzungsgrad, u.a. nach Einrichtungsmerkmalen.

¹⁵ Statistisches Bundesamt (Destatis): Staat & Gesellschaft - Krankenhäuser - Anzahl der Krankenhäuser, Betten und der Patientenbewegung.

¹⁶ Deutsches Ärzteblatt: Krankenhausschließungen betreffen vor allem kleine Häuser, aerzteblatt.de, 26.08.2014.

¹⁷ Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik 1970.

¹⁸ Statistisches Bundesamt gbe-bund aus: Krankenhäuser / Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen, Betten, Nutzungsgrad, u.a. nach Einrichtungsmerkmalen.

¹⁹ Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik 1970.

²⁰ Vilmar, Karsten: Nicht das Gesundheitswesen, die Gesundheitspolitik ist krank, S. 217 - 229, in Heiß, Günter: Wie krank ist unser Gesundheitswesen? Das Gesundheitswesen in Deutschland und Europa an der Schwelle zum 21. Jahrhundert (Thomas Merz Verlag, 2000, Mainz). Chefarztzahlen von 1960.

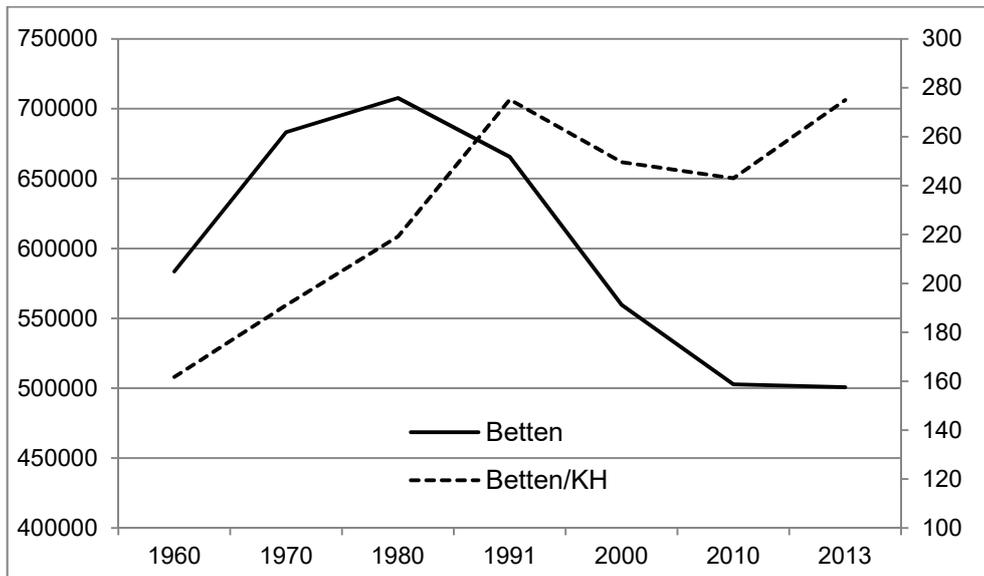


Abb. 2

**Zahl der Krankenhausbetten insgesamt mit Maximum um 1980, danach Bettenabbau
Zunahme der Betten pro Krankenhaus bis etwa 1991, dann Konsolidierung**

	1960	1970	1980	1991	2000	2010	2013
Betten	583500	683300	707710	665565	559651	502749	500671
Betten/KH	162	191	219	275	250	243	275

Tab. 2 zu Abb. 2

Datenquellen siehe Tab. 1

Die mittlere Verweildauer der Patienten betrug 28,7 Tage. Auf einen Chefarzt kamen 0,6 Ober- und 2,6 Assistenzärzte²¹. Das heißt, in knapp der Hälfte der Abteilungen war der Chefarzt der einzige Facharzt. Am häufigsten waren Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe vertreten. Noch 1970²² und 1980²³ wurden drei Viertel der Betten in den Akutkrankenhäusern durch diese Fachabteilungen belegt.

²¹ Vilmar, Karsten: Nicht das Gesundheitswesen, die Gesundheitspolitik ist krank, S. 217 - 229, s.o.

²² Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik 1970.

²³ Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik 1980.

Primärdaten über die Entwicklung der Zahl der Fachabteilungen liegen nicht vor. Nachdem kollegiale Chefarztmodelle jedoch immer noch selten blieben²⁴, ist die Anzahl der Chefarzte ein brauchbarer Surrogatparameter hierfür. So hatten 2013 Krankenhäuser im Schnitt sieben Fachabteilungen.

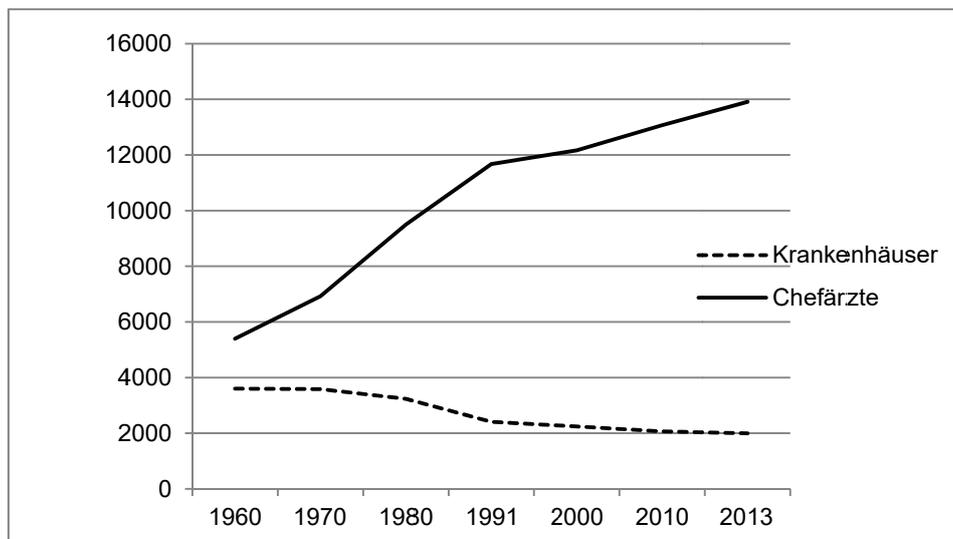


Abb. 3
Zahl von Krankenhäusern und Chefarzten als Surrogatparameter für die Zahl der Fachabteilungen

	1960	1970	1980	1991	2000	2010	2013
Krankenhäuser	3604	3587	3234	2411	2242	2064	1996
Chefärzte	5400	6923	9501	11676	12167	13065	13911

Tab. 3 zu Abb. 3
Datenquellen siehe Tab. 1

²⁴ Marburger Bund Bayern: Horn, Werner: Chefarztverträge / Kollegialsysteme, Email vom 06.04.2015.

Waren die Nachkriegsjahrzehnte noch von einer der Bevölkerungszunahme in der alten Bundesrepublik etwa proportionalen Zunahme der Krankenhausbetten^{25,26} gekennzeichnet, fand seit 1980 bis 2013 ein Bettenabbau von 22 % statt. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Einwohner pro Krankenhausbett von 87 auf 147, eine Zunahme von 41 %²⁷. Diese Entwicklung wurde durch die Umbrüche der Jahre ab 1990 nur wenig beeinflusst. Dennoch blieb Deutschland im europäischen Vergleich²⁸ Spitzenreiter bei der Versorgungsdichte mit Krankenhausbetten²⁹.

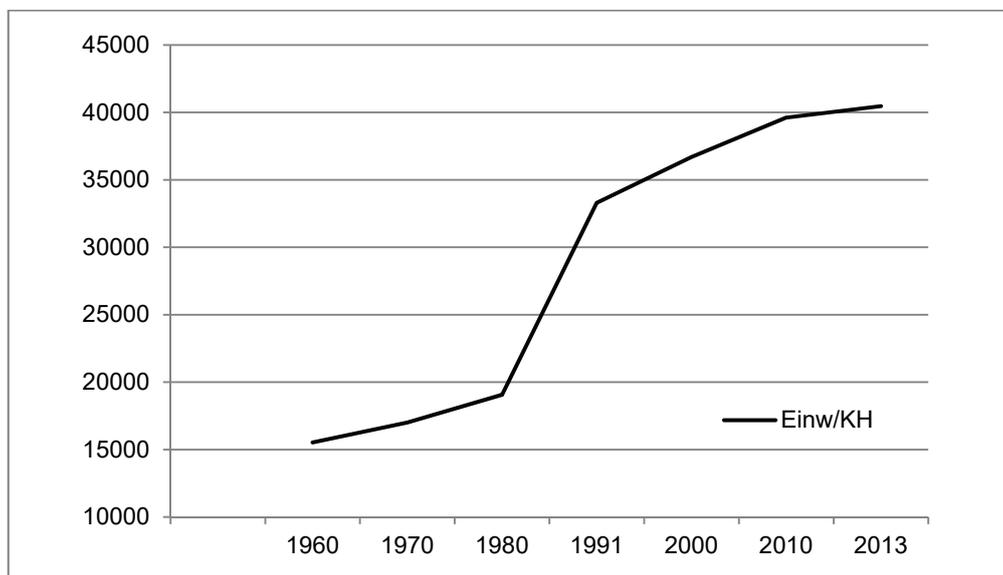


Abb. 4
Zahl der Einwohner, die statistisch von einem Krankenhaus versorgt werden

²⁵ Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik 1970 und 1980.

²⁶ Statistisches Bundesamt: Gesundheitswesen, Reihe 6, Krankenhäuser.

²⁷ Statistisches Bundesamt, gbe-bund aus: Krankenhäuser / Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen, Betten, Nutzungsgrad, u.a. nach Einrichtungsmerkmalen.

²⁸ Eurostat - Tables, Graphs and Maps Interface (TGM) table: Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner.

²⁹ Statistisches Bundesamt (Destatis): Krankenhausbetten: Deutschland ist EU-Spitzenreiter, Europa in Zahlen.

	1960	1970	1980	1991	2000	2010	2013
Einw./KH	15527	17006	19066	33295	36690	39608	40467

Tab. 4 zu Abb. 4
Datenquellen siehe Tab. 1

Ein ökonomisch entscheidender Parameter ist die Verweildauer eines Patienten in einem Krankenhausaufenthalt. Von 1960 bis 2013 reduzierte sie sich auf fast ein Viertel und lag zuletzt bei 7,5 Tagen³⁰. Und trotzdem verbleiben in Deutschland nach wie vor die Patienten länger stationär als in den meisten anderen europäischen Ländern³¹. Von 1991 bis 2013 wurden 29 % mehr Krankenhausaufnahmen verzeichnet. Die Verkürzung der Verweildauer konnte also den Bettenabbau überkompensieren³².

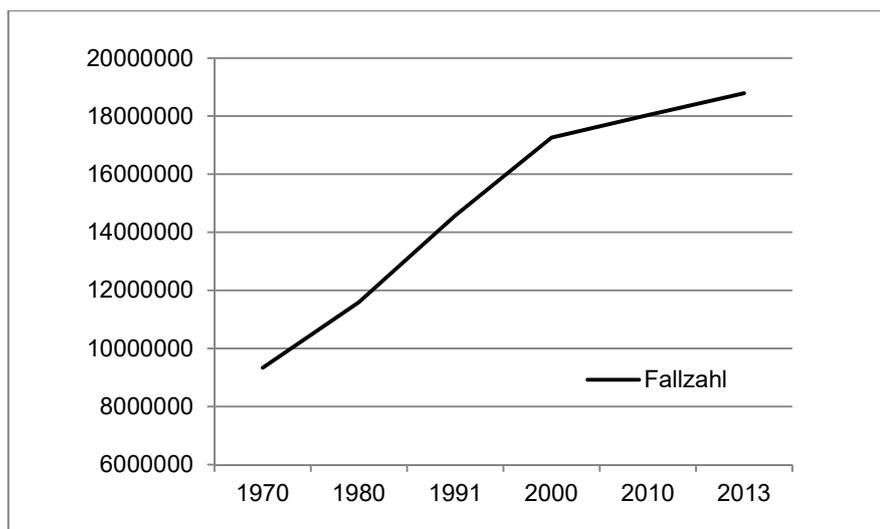


Abb. 5
Fallzahlen stationär behandelter Patienten. Vor 1991 nur in der alten Bundesrepublik.

³⁰ Statistisches Bundesamt (Destatis): Staat & Gesellschaft - Krankenhäuser - Anzahl der Krankenhäuser, Betten und der Patientenbewegung. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung 1991 bis 2013.

³¹ Busse, Reinhard: Wie gut sind unsere Krankenhäuser im europäischen Vergleich? FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin, Vortrag in München vom 10.10.2013, Folie 5.

³² Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft: Eckdaten Krankenhausstatistik - DKG e.V., 2014.