

Thesen zur Ökonomisierung der ärztlichen Berufstätigkeit

Stand: 19.08.2022

Präambel

In den letzten Jahrzehnten hat die gesundheitspolitische Agenda das Gesundheitssystem einer grundlegenden Umstrukturierung unterzogen, die besondere Auswirkungen auf das ärztliche Handeln hat. Insbesondere die zunehmende Ausrichtung des Gesundheitswesens auf die betriebswirtschaftlichen Ergebnisse hat Ärztinnen und Ärzte vor besondere Herausforderungen gestellt, denn die Orientierung der ärztlichen Tätigkeit an ökonomischen Parametern kann in ein Spannungsfeld mit ihrer Verpflichtung auf das Wohl des Patienten¹ geraten.

In einer als Solidargemeinschaft angelegten Krankenversicherung besteht selbstverständlich eine Pflicht zum sparsamen Handeln. Verschwendung im Gesundheitswesen zu vermeiden liegt daher im öffentlichen Interesse, aber auch im Interesse eines jeden Beitragszahlers. Ein sparsamer Umgang mit den Ressourcen des Gesundheitswesens ist rechtlich und ethisch geboten. Wirtschaftliches Handeln im Sinne eines sparsamen Umgangs mit zur Verfügung stehenden Ressourcen ist damit elementarer Bestandteil eines solidarisch ausgerichteten, nachhaltig funktionierenden Gesundheitssystems und bestimmt die Form der Patientenversorgung mit. Wenn aber betriebswirtschaftliche Ziele zu sehr in den Mittelpunkt gerückt werden, besteht die Gefahr, dass die ärztlichen Entscheidungen im Zweifelsfall vornehmlich zugunsten des wirtschaftlichen Erfolgs beeinflusst werden. Diese Überlegungen gelten auch, wenn ein Träger keine Gewinne anstrebt und nur unkontrollierte Verluste vermeiden möchte. Der ökonomische Sachverstand hat zwar grundsätzlich eine nützliche Funktion in der Ausgestaltung der Medizin, aber nur solange er instrumentell für die Ziele der Medizin, nämlich für die Gesundheit und das Wohl des Patienten und für eine möglichst gute gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, eingesetzt wird. Wenn aber die ökonomischen Bewertungskriterien eine Übergewichtung erhalten, so werden rein ökonomische Ziele sukzessive zu den neuen Zielen der Medizin. Damit geht die Gefahr der ökonomischen Überformung der Medizin einher und das eigentliche Ziel der Medizin gerät aus dem Blick. Eine Grundfrage ist daher, wie Ökonomie sinnvoll in die Medizin integriert werden kann, ohne dass medizinische Entscheidungen durch ökonomische Parameter bestimmt werden und das Patientenwohl und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung gefährden.

Mit den vorliegenden Thesen zur Ökonomisierung soll eine Problembeschreibung vorgenommen sowie auf die zunehmenden Gefahren für die ärztliche Tätigkeit und eine damit einher-

gehende Beeinträchtigung des Patientenwohls hingewiesen werden. Es soll damit eine grundsätzliche Debatte angestoßen werden, wie die Verpflichtung der ärztlichen Tätigkeit auf das Wohl der Patienten auch in Zeiten betriebswirtschaftlicher Ausrichtung des Gesundheitswesens bewahrt werden kann.

Folgewirkungen der Ökonomisierung auf die Krankenversorgung

Unter dem Begriff der Ökonomisierung der Medizin ist nicht das rechtlich wie ethisch geforderte Wirtschaftlichkeitsgebot im Sinne eines sparsamen Umgangs mit knappen Ressourcen zu verstehen, sondern vielmehr eine Entwicklung, bei der „betriebswirtschaftliche Parameter jenseits ihrer Dienstfunktion zunehmende Definitionsmacht über individuelle und institutionelle Handlungsziele in der Patientenversorgung gewinnen“.²

In der Überformung ärztlichen Handelns durch Erwartungen an das betriebswirtschaftliche Ergebnis ist die zentrale negative Folge der Ökonomisierung des Gesundheitssystems zu sehen. Dies zeigt sich sowohl für den stationären wie auch für den ambulanten Bereich der Krankenversorgung.

Mit der Implementierung marktwirtschaftlicher Steuerungsmechanismen, wie dies zum Beispiel in der stationären Versorgung durch die Einführung eines Vergütungssystems mit diagnosebezogenen Fallpauschalen (G-DRG-System) erfolgt ist, wird ein Anreiz sowohl zur Über-, Unter- als auch Fehlversorgung gesetzt. Die Orientierung am medizinischen Versorgungsbedarf wird immer mehr in Richtung einer Gewährleistung eines Versorgungsminimums verstanden, d. h. es werden in erster Linie diejenigen Leistungen erbracht, welche als erforderlich angesehen werden, um einen kostendeckenden Vergütungsbestand zu erfüllen. Zusätzlich wird angestrebt, ähnliche Leistungen in größerer Anzahl zu erbringen, um die Kosten im jeweiligen Einzelfall durch Mengeneffekte (z. B. bessere Einkaufspreise bei höheren Bestellmengen, Aufteilung der Vorhaltekosten auf eine größere Anzahl von Abrechnungsfällen) und Zeitvorteile (z. B. kürzere Schnitt-Naht-Zeit bei Operationsroutinen) zu verringern. Erfolgt auf dieser Basis in späterer Zeit eine erneute Kalkulation des Behandlungsaufwandes, werden die vormalig zusätzlich erbrachten, aus Sicht des Patientenwohls gebotenen Leistungen nicht mehr bei der Kalkulation einer Fallpauschale berücksichtigt. Das Versorgungsminimum in betriebswirtschaftlich optimierten Strukturen wird damit zunehmend zur Normalität und tritt nach und nach an die Stelle einer humanen Krankenversor-

¹ Ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personen-, Funktions- und Berufsbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

² Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten“, Deutsches Ärzteblatt 2013; 110(38): A-1752 / B-1544 / C-1520.

gung. Im Zuge dieser ökonomischen Fehlanreize, die mit einem zunehmend exzessiven Einspardruck einhergehen, findet als stillschweigende Nebenfolge unter anderem eine Reduzierung der Personalbudgets, eine Minimierung der Kontaktzeit mit dem Patienten und eine Ausdünnung psychosozialer Unterstützung statt. Gleichzeitig ist eine Ausrichtung der Versorgungsstrukturen nach Maßgabe der Lukrativität, der Diagnose und Eingriffe zu beobachten; zum Teil beschränkt man sich auf einzelne Leistungen und verzichtet auf die medizinisch gebotene umfassende Behandlung des Patienten. Auf diese Weise werden implizit Anreize zur Fallzahlsteigerung, zur Eingriffszahlensteigerung und zum Fallsplitting gesetzt und zugleich eine Abwertung der Indikationsqualität zugunsten eines generell belohnten Aktionismus vorgenommen. Verloren geht auch das Bewusstsein für das Untertun als möglichen Bestandteil der Qualität ärztlichen Handelns. Folge dieser Fehlanreize ist eine strukturelle Unterversorgung in den Bereichen, die weniger einträglich sind und eine Überversorgung in besonders lukrativen Bereichen. Krankenhäuser, welche aus ihrer Verantwortung für das Patientenwohl heraus die Versorgung aller und damit auch weniger einträglicher Fälle übernehmen, erleiden im DRG-System eine strukturelle finanzielle Unterdeckung.

Das Konfliktfeld zwischen der Orientierung an betriebswirtschaftlichen Kennziffern und der Orientierung am Patientenwohl zeigt sich auch in den sogenannten Zielvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und leitenden Ärzten, in denen Bonuszahlungen für das Erreichen bestimmter Zielgrößen wiederkehrend vertraglich geregelt werden. Bonusregelungen können einen positiven Einfluss auf die Versorgung in den Einrichtungen nehmen, etwa wenn sie die Verbesserung der Versorgungsqualität und der Arbeitsabläufe zum Inhalt haben. Problematisch wird es aber, wenn Zielvereinbarungen Fehlanreize für eine Leistungssteigerung und Gewinnmaximierung setzen, und dadurch das Patientenwohl gefährdet wird.

Eine ähnliche Situation besteht auch in der ambulanten Krankenversorgung. Denn auch hier wird durch die starke Pauschalierung der Vergütung im aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sowie der Honorarverteilung nach Regelleistungsvolumina oder Individualbudgets bezüglich der beziehungsrelevanten Arbeit ein Anreiz zu einer Durchschleusungsmedizin unter Inkaufnahme einer Einschränkung der psychosozialen Versorgung gesetzt. Und dies, obwohl Studien belegen, dass diese in Deutschland bereits traditionell niedriger als in anderen Ländern liegt und es immer wieder Ansätze gab, im ambulanten Bereich die „sprechende Medizin“ zu fördern. Durch die entsprechenden Anreizstrukturen macht sich auch im ambulanten Versorgungsangebot eine Tendenz zur Bevorzugung lukrativer Vorgehensweisen breit.

Diese Tendenz wird verstärkt durch einen zunehmenden Aufkauf von Arztpraxen durch primär gewinnorientierte Träger mit der Gefahr einer ambulanten Unterversorgung im nicht-invasiven Bereich der sprechenden Medizin bei gleichzeitiger Überversorgung im technisch-diagnostischen und interventionellen Bereich. Damit droht eine sukzessive Abkehr vom Anspruch auf eine patientenwohlorientierte ambulante Medizin. Die ambulante Krankenversorgung erfordert unbedingt einen umfassenden Zugang für den Patienten, weil es sich hier überwiegend um ein nicht selektiertes Patientenkollektiv handelt, das nur durch eine sorgfältige und beziehungsorientierte ärztliche Herangehensweise gut behandelt werden kann. Durch die Übernahme und Bündelung vieler Vertragsarztsitze durch gewinnorientierte Finanzinvestoren erfolgt insbesondere in einigen Fachgebieten eine

einseitige Konzentrierung auf erlösrelevante Untersuchungen und Eingriffe zulasten einer umfassenden Versorgung der Patienten.

Problematisch ist überdies, wenn renditeorientierte, private Träger Gewinne an Gesellschaften abführen, deren Geschäftsmodell nicht primär darauf ausgerichtet ist, eine langfristige Versorgung der Patienten an einem Standort sicherzustellen. Die Zielparameter vieler Investoren orientieren sich häufig vorrangig daran, das Unternehmen möglichst kurzfristig ertragsstark zu machen. Das birgt die Gefahr, dass die für das Unternehmen tätigen Ärzte ihr Handeln an diesem Ziel ausrichten sollen.

Insgesamt zeigt sich, dass die Orientierung am Patientenwohl und an der Versorgungsqualität nicht kongruent mit der Orientierung an der Erlösoptimierung einhergeht. Durch die zunehmende Bewertung ärztlicher Vorgehensweisen an ökonomischen Parametern sind die Ärzte zudem einem ständigen Zielkonflikt zwischen medizinischer Relevanz und Erlösoptimierung ausgesetzt. Damit sich die Medizin primär an der Behandlungsqualität orientieren kann, muss ein solcher Zielkonflikt strukturell vermieden und, wo bereits vorhanden, wieder aufgelöst werden.

Notwendige Korrekturen

Ungeachtet der rechtlich, wie ethisch gebotenen Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots liegt das identitätsstiftende Ziel der ärztlichen Tätigkeit in ihrer Orientierung am Patientenwohl. Dementsprechend legen Gesetz und (Muster-)Berufsordnungen fest, dass „Ärztinnen und Ärzte [...] der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung“ dienen und „der ärztliche Beruf [...] kein Gewerbe“ ist. „Ärztinnen und Ärzte [haben] ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit“ auszuüben. „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.“ „Sie haben dabei ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten“ und „dürfen [...] nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen“.

Diesem von Gesellschaft und Staat verliehenen Auftrag kann die Ärzteschaft nur dann gerecht werden, wenn es ihr die Strukturen des Gesundheitssystems ermöglichen bzw. sie ihr Tun an diesem Auftrag ausrichten kann und ihr nicht andere, damit kollidierende Ziele aufgetragen werden. Daher muss die Orientierung am Patientenwohl auf der Mesoebene des Gesundheitswesens, d. h. im Krankenhaus- und MVZ-Management, deutlich verankert sein. Die Dominanz ökonomisch motivierter Vorgaben in Zielvereinbarungs- und Personalallokationsentscheidungen muss dementsprechend aufgehoben werden. Nur so wird sichergestellt, dass das Patientenwohl auch auf der Ebene strategischer Entscheidungen permanent berücksichtigt wird.

Bei Zielvereinbarungen muss von Seiten der Krankenhäuser stärker darauf geachtet werden, dass diese dem Rechtsgedanken des § 135c SGB V entsprechen. Im Interesse der Wahrung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen ist auf Zielvereinbarungen zu verzichten, die auf finanzielle Anreize, insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen, hierfür abstellen.

Darüber hinaus bedarf es einer grundlegenden Neuaufstellung des Krankenhausfinanzierungssystems, um die gegenwärtigen Fehlanreize zu beseitigen. Ein Vergütungssystem darf es nicht verhindern, sondern sollte es fördern, dass Ärzte dem einzelnen

Patienten gerecht werden können. Der tatsächliche Personalbedarf ist realistisch zu bemessen. Insbesondere gilt es, die Kontaktzeit mit dem Patienten in den Mittelpunkt zu rücken und die ökonomischen Anreize zur durchgetakteten, ressourcenverknappten Durchschleusung von Patienten ohne Berücksichtigung ihrer jeweiligen besonderen Krankheitssituation zu beseitigen. Die bisherigen quantitativen Vergütungsmerkmale müssen demgegenüber zurücktreten. Ein neues Krankenhausvergütungssystem muss die Unterschiede der Kostenstrukturen der Krankenhäuser stärker abbilden. Es sollte erlösunabhängige pauschalierte Vergütungskomponenten zur Deckung fallzahlunabhängiger Vorhalte- und Personalkosten sowie fallzahlabhängige Vergütungsanteile kombinieren.

Die Bundesländer tragen im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung die Investitionskosten. Erhebungen zeigen, dass die Bundesländer dem nicht ausreichend nachkommen.

Die Krankenhausplanung sollte zukünftig rationalen, am Versorgungsbedarf orientierten Kriterien folgen. Es ist zentrale Aufgabe der politisch Verantwortlichen, das Krankenhausfinanzierungssystem konsequent auf die bedarfsgerechte Versorgung auszurichten, die Krankenhausentwicklung nach diesem Ziel politisch zu steuern, anstatt die Steuerung Rentabilitätskalkülen zu überlassen. Krankenhäuser haben eine gesundheitlich-soziale Aufgabe; das Krankenhausfinanzierungssystem muss daher in allen seinen Elementen zielgerecht auf eine patientenwohlorientierte Versorgung ausgestaltet werden.

Die zunehmende Verlagerung bisher stationär erbrachter Leistungen in die ambulante Krankenversorgung darf nicht dazu führen, dass sich Ärzte aus ökonomischen Gründen auf diese Leistungen konzentrieren müssen. Insbesondere bei Einführung sog. Hybrid-DRGs darf es nicht dazu kommen, dass sich die negativen Entwicklungen im stationären Bereich auch in der ambulanten Versorgung wiederholen. Auch im ambulanten Bereich sollten die Vergütungssysteme die ärztliche Zuwendung und das individuelle Eingehen auf Patientenbedürfnisse stärker als bisher fördern. Die sorgfältige Diagnostik und adäquate Behandlung des nicht selektierten Patientenkollektivs müssen gewährleistet bleiben. Es muss genügend Zeit bleiben, sich ausreichend auf den Patienten einzulassen, um dessen Probleme zu hinterfragen und zu diagnostizieren.

Bedeutung für die ärztliche Identität

- Ärztliches Handeln ist dem Ziel der gesundheitlichen Versorgung des einzelnen Menschen und der Bevölkerung verpflicht-

tet. Postulat ist die professionelle Ausrichtung nach dem Wohl des Patienten, nicht jedoch die Ausrichtung nach Rentabilitätskriterien. Krankenhäuser und ambulante Praxen sind Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge und müssen so betrieben werden, dass ihre Orientierung am Patientenwohl erkennbar wird und erhalten bleibt. Hierfür muss die Unabhängigkeit der Therapieentscheidung geschützt und eine Ausrichtung ärztlicher Entscheidungen auf betriebswirtschaftliche Kennziffern verhindert werden.

- Die zunehmende Ökonomisierung bedroht die zentrale Arzt-Patienten-Beziehung und die schützenswerten Merkmale einer primär dem Patientenwohl verpflichteten ärztlichen Tätigkeit.
- Der ärztliche Auftrag kann nur dann im Sinne des Patienten verwirklicht werden, wenn Ärzte ihre eigene Professionalität in Anschlag bringen können. Für diese bedarf es angemessener Strukturen, die einem reflexiven und verständigungsorientierten Vorgehen ausreichend Raum geben, damit die Komplexität eines jeden Patienten ausreichend Beachtung findet.

Hinweis auf weitere Informationen

Es wird für weitere Informationen auf die Stellungnahme „Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung“ der Bundesärztekammer sowie auf den sog. Ärzte-Kodex (vormals Klinik-Kodex), der auf Ausarbeitungen des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. (BDI) sowie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) zurückgeht, hingewiesen.

Erarbeitet durch die Mitglieder des Ausschusses für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen

Dr. med. (I) Klaus Reinhardt (Vorsitzender)
 Dr. med. Martina Wenker (Vorsitzende)
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Jens Atzpodien (Federführung)
 Prof. Dr. med. Claudia Bausewein, PhD MsC
 Erik Bodendieck
 Prof. Dr. med. Eike Sebastian Debus (Federführung)
 Prof. Dr. jur. Dr. h. c. Volker Lipp
 Prof. Dr. med. Giovanni Maio M.A. phil. (Federführung)
 Prof. Dr. phil. Alfred Simon
 PD Dr. med. Ulrich Wedding

Geschäftsführung

Prof. Dr. jur. Karsten Scholz
 Dr. jur. Daniela Daute-Weiser