

# Ethik und Ökonomie in der Medizin

*Johannes Jörg*

- 2.1 Ethik und Ökonomie in der heutigen Gesellschaft – 8**
- 2.2 Historie der Medizinethik – 10**
- 2.3 Medizinische Ethik – 10**
  - 2.3.1 Grundwerte der medizinischen Ethik – 11
  - 2.3.2 Häufige ethische Fragen – 12
  - 2.3.3 Verletzungen der medizinischen Berufsethik – 13
- 2.4 Ökonomisierung in der Medizin – 14**
  - 2.4.1 Ziele des medizinischen Prozessmanagements und der Ökonomie – 15
  - 2.4.2 Negative Folgen der Ökonomisierung – 18
- 2.5 Ethik versus Ökonomie: Schlussfolgerungen – 19**
- Literatur – 20**

In jedem Beruf besteht ein Spannungsfeld zwischen speziellen, berufsethischen Zielen und ökonomischen, also wirtschaftlichen Interessen. Der Kaufmann erfüllt möglichst alle Interessen seiner Kunden zu dessen Zufriedenheit und geht davon aus, dass sich diese Zielsetzung positiv auf die Rendite seines Betriebes und damit auch die Gehaltshöhe seiner Mitarbeiter auswirkt. Das Verkaufen fragwürdiger Produkte oder ein mangelhafter Service allein aus Gründen einer schnellen Gewinn-Maximierung beeinträchtigen – zumindest langfristig – auch seinen Gewinn. Ein Restaurantbesitzer wird besonders auf die Qualität in seinem Speisenangebot achten, ein typisches, berufsspezifisches ethisches Ziel, was jedem ökonomisch formulierten Ziel – unter anderem einer ausreichend hohen jährlichen Gewinnausschüttung – überzuordnen ist.

In der Medizin ist der Stellenwert der berufsethischen und ökonomischen Ziele in die Diskussion geraten, da durch den Druck der ökonomischen Anreizsysteme die Gefahr besteht, dass der Vorrang der medizinischen Ethik und damit der ärztlichen Entscheidungs- und Therapiefreiheit infrage gestellt wird.

## 2.1 Ethik und Ökonomie in der heutigen Gesellschaft

Unter ethischem Verhalten versteht man die Einhaltung eines Wertesystems mit den Grundwerten Menschenwürde, Gerechtigkeit, Nächstenliebe, Fürsorge, Gleichberechtigung, Selbstbestimmung, Ehrlichkeit und Transparenz. Unter Ökonomie oder Wirtschaftlichkeit ist der kluge Umgang mit Ressourcen, Prozessoptimierung und Einhalt von Verschwendung zu verstehen. Eine übertriebene Ökonomisierung liegt vor, wenn in der Medizin zur grenzenlosen Gewinnmaximierung Fehlanreize zur Fallzahlsteigerung oder eine Priorisierung von teuren Fällen eingesetzt werden.

Der Stellenwert der Ethik scheint in der heutigen Gesellschaft abzunehmen, wie sich am Beispiel unserer Berufseliten zeigen lässt:

Der Stellenwert der Ökonomie tritt in der Medizin immer mehr in der Vordergrund: So war bis vor 20–30 Jahren die Trias Gerichtsbarkeit, Bildung einschließlich Kultur und Gesundheitssystem als öffentliches, für alle Bürger gleich zugängliches Gut anerkannt. Alle drei Systeme hatten den Auftrag, als »öffentliches Gut« frei von ökonomischen Interessen und allein dem Gemeinwohl verpflichtet zu agieren.

Im Sport beschließt die FIFA die Fußball-Weltmeisterschaft 2020 in Katar aus monetären Gründen, trotz im Sommer dort herrschenden Temperaturen von über 40° C. Der Präsident des FC Bayern München wurde wegen Steuerhinterziehung angeklagt; ein Rücktritt wurde nicht einmal nach der Verurteilung zu 3 ½ Jahren Gefängnis gefordert.

In der Wirtschaft hat sich mit dem Motto »Geiz ist geil« eine Ethik des Marktes breit gemacht. Banker verkaufen Todeswetten, spekulieren auf Lebensmittel wie Getreide und betreiben so Spekulationen ohne Wertschöpfung (Sandel 2012).

In der Religion führt der Limburger Bischof van Eltz, ebenso wie andere katholische Bischöfe, schwarze Kassen, und er hat so einen 1.-Klasse-Flug nach Indien und eine Luxusbadewanne finanziert. Der Staat erhebt auf diese legalen schwarzen Kassen aufgrund der Säkularisierungsgesetze von 1803 (!) nicht einmal eine Steuer.

In der Politik ist der Begriff »schnorren« durch »wulffen« ersetzt worden in Erinnerung an die zahlreichen »Vorteilsannahmen« des früheren Bundespräsidenten Wulff. Immerhin haben die

öffentlichen Vorwürfe – trotz eingestelltem Strafverfahren – ebenso zum Rücktritt geführt wie die Plagiatsvorwürfe gegen den früheren Verteidigungsminister von Gutenberg. In den USA musste dagegen Präsident Clinton trotz sexuellen Missbrauchs einer Praktikantin nicht einmal zurücktreten.

In der Humanmedizin hat der Skandal um die Organtransplantation an der Uni Göttingen die Problematik von Fehlanreizen in geheimen Bonusverträgen aufgezeigt: der mittlerweile gekündigte Leiter der Abteilung für Organtransplantation erhielt zusätzlich zu seinem Monatsgehalt von 14.000 € ab der 21. Lebertransplantation pro Leber und Jahr 1500 €. In England und China sind Ärzte bereit, bei Embryos mit unerwünschtem Geschlecht abzutreiben. Indische Leihmütter erhalten für das Austragen eines Embryos 6.250 \$.

Die Einführung von DRG im Jahre 2003 hat zu ökonomischen Begleiteffekten geführt: So kam es beispielsweise bei Frühgeborenen zu Gewichtsverschiebungen nach unten, wohl Folge der Honorar-Unterschiede mit 80.000 € bei Wiegegewicht von < 750 g und 57.000 € bei Wiegegewicht > 750 g.

Ärzte sind ebenso wie Juristen und Theologen Vertreter einer Profession. Als solche haben sie nach Heubel (2014) ein abstraktes Handlungsziel, eine anspruchsvolle, meist akademische Ausbildung und einen Gemeinschaftsbezug. Als Anerkennung verleiht der Staat diesen Professionen eine gewisse berufliche Autonomie. Arztsein ist also nicht nur ein Beruf, sondern bedeutet im Sinne des Wortes »Versprechen« eine soziale Verpflichtung, ja eine Verpflichtung, dass das Wohl des Patienten über allem zu stehen hat (Maio 2014).

Mit der Einführung des Wettbewerbs in das deutsche Krankenhausystem unter Gesundheitsminister Seehofer ist die Medizin aus dieser Trias ausgeschert. Nach Aufgabe des früher öffentlichen Gutes sowie des Gemeinschaftsbezugs leitet heute in aller Regel nicht mehr ein Arzt, sondern ein Betriebswirt ein Krankenhaus.

Nun sind Privatisierungen, besonders im ärztlichen Niedergelassenenbereich, die Regel, und bei vielen Unternehmen garantiert eine Privatisierung ja oft erst das Erreichen einer besonders hohen Qualität (u. a. Lufthansa, Hoteliers, Speiserestaurants). Nicht die Tatsache der Privatisierung im Gesundheitssystem und damit das Entstehen von Konkurrenz sowie das Streben nach Gewinn sind negativ, sondern nur die damit verbundene Tendenz, dass mit der Privatisierung der Renditegedanke überhandnimmt und berufsethische Primärziele wie Patientenwohl und Wohl der Mitarbeiter den wirtschaftlichen Zielen gleichgestellt werden.

So wird im Bereich der niedergelassenen Ärzte das duale Krankenkassensystem dazu missbraucht, dass Privatversicherte finanziell so »überevorteilt« werden, dass damit eine Querfinanzierung der GK-Versicherten erfolgt. In Privatkliniken ist die Expertise u. a. mit der DRG-Abrechnung und den qualitäts- sowie fallzahlabhängigen Boni besonders groß, und die Abhängigkeit der leitenden Ärzte kann so stark sein, dass ökonomisches Denken zur Erlössteigerung die medizinische Indikationsstellung immer mehr beeinflusst.

In unserer Gesellschaft ist Leistung allein durch Übertragung von Verantwortung und ohne einen materiellen Anreiz oft nicht mehr zu erreichen. Wachstumsdenken wird nicht mehr als Förderung von Innovationen, sondern nur als Konsumsteigerung betrachtet. Das zunehmende Gewinnstreben unter Auslassung ethischer Grundwerte hat Sloterdijk (2012) für die Banker pointiert ausgedrückt: »Fiskalethik bedeutet: nehmen ist seliger als geben.«

## 2.2 Historie der Medizinethik

Ethische Verpflichtungen der Ärzte haben eine lange Geschichte und beginnen mit dem Eid des Hippokrates (400 v. Chr.); er findet sich bis zum heutigen Tag im Gelöbnis der Ärzte (► Abschn. 2.3).

Im letzten Jahrhundert war das medizinische Denken »paternalistisch« geprägt. Der Chefarzt wusste nicht nur im Notfall, was für seinen Patienten das Beste war, so dass er beispielsweise bewusste Patienten oft über Wochen »im vermuteten Interesse des Patienten« behandelte. Ein Vormundschaftsverfahren blieb die Ausnahme.

Erst mit dem Betreuungsgesetz vom 12.9.1990 wurden Ärzte verpflichtet, bei einer fortwährenden Entscheidungsunfähigkeit des Patienten über 24 Stunden hinaus und fehlender Verfügung des Patienten eine gesetzliche Betreuung einzuleiten. Die Selbstbestimmungsrechte wurden schließlich in dem Patientenverfügungsgesetz vom 1.9.2009 so eindeutig betont, dass Ärzte gegen eine Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht in der Regel keine Entscheidungsbefugnis mehr haben. Diese Betonung der Patientenautonomie hat der Gesetzgeber dann mit weiteren Rechten auf Information, Aufklärung vor Eingriffen, Einsicht in die Krankenblätter sowie alle Befunde in dem Patientenrechtegesetz vom 26.2.2013 zusammengefasst.

Ethische Richtlinien zur medizinischen Forschung am Menschen wurden mit der Deklaration von Helsinki 1954 durch den Weltärztebund (World Medical Association, abgekürzt WMA) festgelegt und mit Einrichtung von Ethik-Kommissionen ab etwa 1980 an den medizinischen Fakultäten umgesetzt. Heutzutage sind medizinische Studien und Publikationen ohne ein positives Votum einer Ethik-Kommission in Deutschland nicht mehr möglich.

Erst in den letzten Jahren wurden Klinische Ethikkomitees (KEK) zur Beratung in Fragen wie Therapiefortführung, Therapiebegrenzung oder Therapieabbruch an großen Kliniken eingerichtet. Die Komitees sind interdisziplinär mit verschiedenen Berufsgruppen besetzt. Sie sollen Patienten, ihren engsten Angehörigen oder den Mitarbeitern in schwierigen ethischen Fragen ethisch begründete Empfehlungen geben und so dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten Geltung verschaffen. Auch bei der Bewertung kulturell unterschiedlicher Moralvorstellungen soll das KEK dem verantwortlichen Arzt hilfreich zur Seite stehen (Jörg 2013).

Die größte Errungenschaft des 20. Jahrhunderts war das Selbstbestimmungsrecht der Patienten in Krankheitsfragen. Ethische Werte gehören damit heute wie selbstverständlich zum modernen Rechtsstaat und zu jeder Art Medizin.

## 2.3 Medizinische Ethik

Medizinische Ethik beschäftigt sich mit den sittlichen Normen, die für alle im Gesundheitswesen tätigen Personen und Organisationen gelten. Das Wohl des Patienten ist dabei oberstes Gebot und Richtschnur jeden ärztlichen Handelns. So findet sich der Leitspruch vereint weltweit in allen Kliniken: »Salus aegroti suprema lex – Das Wohl des Patienten ist das höchste Gut«. Aus dieser Verpflichtung ergeben sich alle weiteren medizinischen Grundwerte mit der Fürsorgepflicht an erster Stelle.

### 2.3.1 Grundwerte der medizinischen Ethik

Die Grundwerte der medizinischen Ethik sind

- a. Patientenautonomie mit dem Recht auf Selbstbestimmung
- b. Patientenwohl mit Fürsorgepflicht, Pflicht zur Hilfeleistung
- c. Menschenwürde und Gerechtigkeit
- d. Schweigepflicht (versus Offenbarungspflicht)
- e. Garantenpflicht für menschliches Leben.
  - a. Unter Patientenautonomie und Selbstbestimmung versteht man das Recht auf Aufklärung sowie das Recht auf Zustimmung oder Ablehnung jeder gestellten, medizinisch indizierten Maßnahme. Ein Recht auf Durchführung von nicht indizierten medizinischen Maßnahmen – z. B. die Beatmung eines sterbenden, todkranken Menschen – besteht aber nicht.
  - b. Die Fürsorgepflicht spiegelt sich in dem Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes wieder: »Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein«. Sie bedeutet für den Patienten die Gewähr, dass ihm durch die ärztliche Maßnahme kein Schaden zugefügt (»primum non nocere«) und er vor sozialem Missbrauch geschützt wird.
  - c. Die Menschenwürde wird im Grundgesetz Artikel 1 Abs. 1 gewährleistet und bedeutet, dass jeder Arzt seine Patienten unabhängig von Rasse, Geschlecht, Religion, Behinderung oder gesellschaftlichem Status behandeln muss. Dazu ist die ärztliche Entscheidungs- und Therapiefreiheit Voraussetzung; diese Berufsfreiheit wird in Art. 12 des Grundgesetzes geschützt.
  - d. Die Schweigepflicht ist Kernstück des ärztlichen Ethos; sie gilt auch gegenüber Ehepartner oder Lebensgefährten und endet nicht mit dem Tod des Patienten.
  - e. Die Garantenpflicht für das menschliche Leben findet sich im Hippokratischen Eid wieder und konkurriert mit dem Recht auf Sterbehilfe (► Abschn. 7.5).

Die Verpflichtung jedes Arztes, gemäß dem hippokratischen Eid kranken Menschen zu helfen, schließt nicht die Berücksichtigung ökonomischer und damit finanzieller Interessen aus; diese müssen nur transparent sein.

In Deutschland werden die Ärzte vor ihrer Kammer mit einem Gelöbnis auf die ärztlichen Grundwerte verpflichtet:

#### Gelöbnis auf die ärztlichen Grundwerte

»Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod meiner Patientinnen und Patienten hinaus wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder nach Geschlecht, Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung. Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

Ich werde allen, die mich den ärztlichen Beruf gelehrt haben, sowie Kolleginnen und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich auf meine Ehre«.

Zur ärztlichen Ethik gehört es auch, die eigenen Grenzen zu erkennen und mit den eigenen Unsicherheiten angemessen umzugehen. Dies gilt für den erfahrenen Chefarzt genauso wie für den in der Facharztausbildung stehenden Assistenzarzt im Nachtdienst.

## 2

### 2.3.2 Häufige ethische Fragen

Hierzu zählen in Zeiten einer immer spezialisierteren Notfall- und Intensivmedizin Fragen der Therapiebegrenzung, Therapiereduktion oder gar des Therapie-Abbruchs bei Fortführung einer pflegerischen Basisversorgung. Mit der Formulierung von Patientenverfügungen können Unsicherheiten der Übertragung auf die aktuelle Krankheitssituation aufkommen. Wann die Maximaltherapie bei Demenz, Multimorbidität oder schwerer Depression zu begrenzen ist, kann Diskussionsstoff für ethische Komitees sein. Eine sichere medizinische Indikation ist Voraussetzung für die Patientenautonomie oder die Entscheidung des Betreuers.

Im Fall der ► Kasuistik 3 war die medizinische Indikation umstritten und der Patientenwille nicht bekannt. Der Hausarzt sah sich ebenso wie der Psychiater mit dem möglichen Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung konfrontiert, wenn er nicht die Indikation zur Dialyse stellt.

#### **Kasuistik 3: C. M. 52 J. w., Korsakow-Syndrom nach Alkoholabusus (Dialyseindikation?)**

Die 52-jährige Patientin C. M. leidet an einem schweren Korsakow-Syndrom als Folge eines chronischen Alkoholabusus. Sie ist zeitlich und örtlich desorientiert, öfter unbegründet fremdaggressiv und inkontinent. Sie ist, auch zum Selbstschutz, in einem Heim im geschlossenen Bereich untergebracht. Die Gehfähigkeit ist bisher trotz bestehender diabetischer Polyneuropathie nicht eingeschränkt. Die Behandlung des Diabetes mellitus und der Hypertonie ist wegen der wechselnden Kooperation ganz unzureichend.

Wegen einer sich entwickelnden terminalen Niereninsuffizienz mit Kreatininwerten um 6 und Harnstoff um 160 weisen Hausarzt und Psychiater mit der ärztlichen Indikation zur Shunt-Anlage und Dialyseeinleitung in die Klinik ein. Der Psychiater sieht die Indikation zur optimalen Therapie für gegeben an, da es sich beim Korsakow-Syndrom um ein stabil bleibendes, nicht progredientes, demenzielles Syndrom handelt, vergleichbar einer schweren Minderbegabung und im Gegensatz zur Alzheimer-Demenz. Der Hausarzt sieht sich dem Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung durch den Betreuer und die leibliche Schwester ausgesetzt, wenn er die Einweisung verweigern würde.

Der amtlich bestellte Betreuer – von Beruf Rechtsanwalt – und die Geschwister halten die seit Monaten diskutierte Einleitung einer Dialyse für berechtigt. Die Heimschwestern bitten dagegen im Rahmen eines klinischen Ethikkonsils um eine klare Entscheidung, und sie betonen, dass bei der Blutabnahme im Heim nicht selten eine Fixierung mit 4–5 Personen nötig war. Das von den Intensivärzten der Klinik beantragte Ethikkonsil soll die Frage klären, ob die Anlage eines Shunt zur Dauerdialysebehandlung vertretbar ist. Einer der Ärzte hat Bedenken gegenüber einer Shunt-Anlage in Narkose und anschließend lebenslanger Dialyse, u. a. wegen der Renitenz und immer wieder auftretender Unruhezustände der Patientin. Eine erhöhte Selbstgefährdung durch Manipulationen am Shunt mit drohenden Entzündungen oder Blutungen ist zu erwarten. Die leibliche Schwester ist der Meinung, man sollte die Shunt-Anlage ggf. auch unter Zwang, ebenso wie die Dialyse, zumindest »versuchen«, der amtliche Betreuer ist ohne feste Meinung.

Zur Erarbeitung einer ethischen Empfehlung treffen sich 3 Mitglieder des Ethikkomitees am 25. März 2014 mit der Patientin und sprechen gemeinsam auf Station mit den behandelnden Ärz-

ten, den 2 betreuenden Heimschwestern, dem betreuenden Rechtsanwalt und einer leiblichen Schwester. Nach längerer Diskussion besteht Einigkeit, dass aus ethischer Sicht keine Indikation zur Dauerdialyse durch Shunt-Anlage gegeben ist, da dies eine erhöhte Selbstgefährdung bedeuten würde. Gefahren wie Blutungen oder Sepsis durch Hantieren der Patientin am Shunt sind selbst in einer geschlossenen Abteilung und mit Neuroleptika-Dosiserhöhung nicht zu gewährleisten. Narkosen zu jeder Dialyse, verbunden mit Zwangsmaßnahmen, wiegen den Vorteil der Nierenwertreduktion nicht auf. Darüber hinaus wäre als Besserung unter Dialyse nur eine höhere Vigilanz, allerdings bei längerer Lebenserwartung, zu erwarten.

Neben der fragwürdigen medizinischen Indikation ist zu vermuten, dass die Patientin diese Belastungen nicht gewollt haben dürfte. Selbst wenn eine medizinische Indikation zur Dialyse gestellt würde, wäre dies nicht mit dem vermuteten Patientenwillen in Einklang zu bringen. Die Patientin wird im Konsens ohne Shunt-Anlage wieder in das betreuende Heim zurückverlegt; die behandelnden Fachärzte akzeptieren telefonisch diese Entscheidung.

► Kasuistik 3 zeigt, dass eine ethische Reflexion die medizinische Indikation ergänzen kann und ökonomische Aspekte dabei keine Rolle spielen.

Die perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) ist ebenso wie die Magensonde keine natürliche Ernährung, und die medizinische Indikation zur PEG wird nicht selten als Leidensverlängerung Schwerstkranker oder gar Verhinderung des Sterbens erlebt. Immer noch zu selten holt der Arzt auch für diesen Eingriff die Zustimmung des Patienten oder seines Bevollmächtigten ein. Auch können viele Ärzte nicht akzeptieren, dass Patienten selbst ein Recht auf »unvernünftige« Entscheidungen haben.

Ethische Probleme kommen bei der Entscheidungsfähigkeit von Patienten und dem vermuteten Patientenwillen auf, wenn ein schweres organisches Psychosyndrom oder eine Demenz vorliegt wie bei dieser Patientin mit dem Korsakow-Syndrom.

### 2.3.3 Verletzungen der medizinischen Berufsethik

---

Kienzle (2012) unterscheidet beim Arzt ein individuelles und ein organisiertes Versagen. Zum individuellen Versagen gehören die Vorteilsannahme oder sachfremde Einflüsse auf die Indikation, zum organisierten Versagen zählt er beispielsweise Verlegungsmanipulationen, CMI als Zielgröße, Therapiesplitting und Verweildauer-Manipulationen (u. a. ökonomisch motivierte Frühentlassungen).

Keine Berücksichtigung des Patientenwillens ist eine besonders schwere Verletzung des Patientenrechtes; dies ist gegeben, wenn Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten von den Ärzten keine Beachtung finden.

Der Patientennutzen muss immer vor den persönlichen, ökonomischen Nutzen gestellt werden, dies gilt auch bei Empfehlung von IGeL-Leistungen (► Abschn. 3.2). Bei der Patientin mit der Niereninsuffizienz (► Kasuistik 3) wäre die Entscheidung für eine Dauerdialyse ökonomisch für die Dialysepraxis attraktiv gewesen, die Ablehnung war aber ethisch gut begründet.

Gesetzte Ziele der Quantität dürfen nicht zu Lasten der Qualität gehen; so wurden viele Jahre bei der Zertifizierung von Stroke Units Minimalzahlen von Lysen pro Jahr gefordert unabhängig vom Lyse-Ergebnis und der Indikation. Zielvereinbarungen von leitenden Ärzten nennen Operationszahlen mit Untergrenzen pro Jahr, die Folge sind in Deutschland deutliche Zunahmen der Herzkatheter-Untersuchungen, eine Verdoppelung der Wirbelsäulenoperatio-

nen innerhalb von 5 Jahren und ein Spitzenplatz Deutschlands innerhalb der 34 OECD-Länder im Protheseneinbau von Knie- oder Hüftgelenken (Wiesing 2013). Fallzahlabhängige Boni in Arztverträgen setzen beim Arzt unbewusst Anreize für besonders großzügige Indikationsstellungen zu Lasten der Patienten und sind daher ethisch höchst bedenklich. Dabei wird kein Chefarzt gezwungen, solche Bonivereinigungen einzugehen bzw. einzuhalten.

Jede Art ökonomisch begründete Indikationsstellung ist eine Körperverletzung. Da zwischen Operateur und Patient oft ein unausgesprochenes Einverständnis besteht, lässt sich die Zahl der gestellten Operationsindikationen nur dadurch reduzieren, dass bei diskutabler Indikationsstellung vom Kostenträger – also der Krankenkasse – ein zweiter sachkundiger Arzt ohne eigenes Operationsbedürfnis hinzugezogen wird. Ökonomie muss ärztliches Handeln ermöglichen, darf es aber nicht bestimmen.

Die Berufsethik wird verletzt, wenn die Qualität von Arztbriefen primär von der Schnelligkeit der Fertigstellung und nicht vom Inhalt her bestimmt wird. Die Entscheidung für eine Maximaltherapie muss ethisch, darf aber nicht ökonomisch begründet sein, auch wenn dies letztlich gewinnbringend zu einer Ausdehnung von Beatmungstagen oder Liegezeiten auf IMC-Einheiten führt.

Nicht selten erfolgt die stationäre Behandlung auf IMC-Stationen zur maximalen Erlösgewinnung über die volle abrechenbare Zeit von z. B. 72 Stunden auf Stroke Units, obwohl medizinisch 2 Aufenthaltsstage schon ausreichend wären. Solche Anreize dem Chefarzt oder Oberärzten in Bonusverträgen anzubieten, ist ethisch höchst fragwürdig, insbesondere wenn diese intransparent erfolgen. Ebenso sind Frühentlassungen oder Weiterverlegungen allein zur Budgetentlastung ethisch verwerflich.

Privatversicherte erleben bei gleicher Krankheitssituation besonders im ambulanten Bereich eine umfassendere Diagnostik. Dies ist Folge der oft mehr als doppelt so hohen Honorierung der gleichen ärztlichen Leistung durch die PKV im Vergleich zur GKV. Unterschiedlich hohe Honorierungen bringen jeden Arzt in einen Interessenkonflikt: unabhängig vom Erfüllen des Patientenwohls als primäres Ziel entwickeln Ärzte dann »sekundäre Ziele« wie höheren Service, schnellere Termine und aufwendigere Diagnostik. Eine Lösung dieses Zielkonfliktes kann die Abschaffung dieses Fehlanreizes der ungleichen Honorierung sein (Jörg 2013).

Jede Vorteilsannahme durch Industriesponsoring bei Fortbildungen ist ebenso wie die Teilnahme an suspekten Anwenderstudien obsolet. Ein Schutz vor Interessenkonflikten bietet die Einhaltung der 4 Prinzipien Trennungsprinzip, Transparenzprinzip, Äquivalenz- und Dokumentationsprinzip (De Meo u. Jakobs-Schäfer 2011) (► Abschn. 10.1).

## 2.4 Ökonomisierung in der Medizin

Ohne eine Ökonomisierung in der Medizin wäre der Fortschritt in der stationären und ambulanten Medizin in den letzten Jahren in Deutschland nicht erreicht worden. So sind mit der Einführung der Fallpauschalen (DRG) im Jahre 2003 im Krankenhaus klinische Abläufe hinterfragt und ökonomisch optimiert worden. Kommt es aber zu einer Über-Ökonomisierung mit Fehlanreizen, die so weit führen kann, dass ökonomisches Denken zur Erlössteigerung die medizinische Indikationsstellung und damit den ärztlichen Entscheidungsprozess beeinflusst, ist die berufsethische Grenze überschritten (Kienzle 2012).



### 2.4.1 Ziele des medizinischen Prozessmanagements und der Ökonomie

Die Ziele des medizinischen Prozessmanagements und der Ökonomie sind

1. die Steigerung des Patientennutzens und der Wertschöpfung im Gesundheitssystem,
2. eine leistungsbezogene Honorierung bei rein medizinisch begründeter Indikation,
3. Prozessoptimierung mit Einhaltung von Verschwendung,
4. ethische Abwägung bei allen gesetzten Anreizen zum Schutz vor Fehlanreizen.

Eine Ökonomisierung der Kliniken mit diesen 4 Zielen ist für jeden Arzt von Nutzen, vorausgesetzt, ihre Grenzen in ethischen Fragen werden beachtet und die Unterschiede zum Kaufmann bzw. Kunden in der freien Wirtschaft erkannt. Auch ein Gewinn als Indikator einer guten Leistung ist ökonomisch in der Medizin erwünscht; nicht aber eine Kommerzialisierung, bei der ein Gewinn als Indikator einer guten Selektion gilt (Prinz 2014).

Jedes medizinische Prozessmanagement (MPM) unterscheidet fünf spezielle MPM-Arten :

#### ■ I. Ressourcenmanagement

Hier steht das Finden und Binden von Fachpersonal an erster Stelle. Hierzu zählen Summer School-Projekte für Studenten, günstige Dienstzeiten, Kita-Angebote samt Klinikkindergarten, eine Fortbildungsgarantie ohne Sponsoring durch die Pharmaindustrie und Zielvereinbarungsgespräche zweimal pro Jahr für alle Mitarbeiter. Im Interesse der Mitarbeiter ist das Drei-Schichten-Modell in Kliniken ebenso zu hinterfragen wie der Personalschlüssel, der sich meist nach dem InEK-Datenportal richtet. Dieses berücksichtigt zu wenig, dass gerade in der Pflege die Arbeitsbelastung nicht nur durch Team- und Arbeitsorganisation, sondern auch durch die praktische Anteilnahme für Schwerstkanke bestimmt wird (Jörg 2014).

Es ist grenzwertig, wenn private Klinikträger für eigene Mitarbeiter nur während der bestehenden Anstellung eigene Zusatzversicherungen (»Heliosplus«) mit günstigerer stationärer Unterbringung und Chefarztbehandlung anbieten. Solche Vergünstigungen für eigene Mitarbeiter waren zu Zeiten öffentlicher Trägerschaft selbstverständlich.

#### ■ II. Ergebnisqualität

Leitlinien sind Handlungsrichtlinien der Fachgesellschaften, vergleichbar einem »Code of Conduct«. Leitlinien können auch in interdisziplinär besetzten Fachgruppen von Großkliniken selbst erarbeitet sein und gelten als Kernbaustein im Qualitätsmanagement.

Behandlungspfade in den großen Medizinfächern ermöglichen den Abbau berufsgruppenabhängiger, organisatorischer Hindernisse. In der Neurologie betreffen die häufigsten Behandlungspfade den Schlaganfall, das akute Wurzelreiz- oder Wurzelausfall-Syndrom (»Ischias«), den epileptischen Anfall, die akute bleibende Bewusstseinsstörung und den akuten Kopfschmerz. Jeder Behandlungspfad beschreibt detailliert den auf die eigene Klinik bezogenen, ortsabhängigen diagnostischen und therapeutischen Ablauf.

Zur Qualitätssicherung medizinischer Prozesse gehören in der Neurologie u. a. der Schlucktest und die »door-to-needle time« (Schroeter et al. 2015). So ist jede orale Ernährung ohne normalen, dokumentierten Schlucktest bei Schlaganfallpatienten oder Patienten mit Bewusstseinsstörungen verboten, da das Verschlucken von Nahrung die Hauptursache von Aspirations-Pneumonien sind. Je schneller nach Einlieferung eines Hirninfarktpatienten die Injektion zur Thrombolyse beginnen kann, umso besser ist später das klinische Ergebnis.

Gefordert sind Door-to-needle-Zeiten von < 60 Min. vom Betreten der Klinik bis zum Beginn der Injektion. Durch verbesserte ökonomische Abläufe – u. a. Vermeidung großer, Zeit kostender Wegstrecken zum CT – lässt sich die Lebenserwartung steigern (»Time is brain«).

Zur Transparenz der Routinedaten gehören die Zahl an Schlaganfällen, Herzinfarkten, Wirbelsäulen-Operationen oder Endoprothesen und deren Kurzzeit- und Langzeitergebnisse; für die Erfassung der 1-Jahres-Ergebnisse ist die Kooperation mit Krankenversicherungen nötig. Allein die Vergleiche der Routinedaten mit Konkurrenzkliniken kann zur Motivation eines ganzen Teams beitragen.

Mortalitätszahlen als einfaches Messinstrument bei den Hauptkrankheiten Herzinfarkt, Karotisoperation, Sepsis, Schlaganfall, Knie-Endoprothese etc. haben sich bei Helios für den stationären Zeitraum seit über 10 Jahren bewährt. Dabei dienen überregionale Benchmarking-Zahlen vergleichbarer Fachkliniken oder internationale Studienergebnisse als Zielgröße.

Peer Reviews mit externer Begutachtung durch »Ebenbürtige« erfolgen bei Überschreiten von Qualitäts-Sollwerten oder der gesetzten Mortalitätszahlen; in der Regel begutachten erfahrene Chefärzte mit besten eigenen Ergebnissen in externen Kliniken die Einhaltung von Leitlinien und Standards. Bei der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) haben sich seit 2008 mittlerweile über 250 Kliniken zusammengeschlossen, die mit der Verpflichtung zu den drei Grundsätzen »Qualitätsmessung mit Routinedaten, Veröffentlichung der Ergebnisse und aktives Qualitätsmanagement durch Peer-Review-Verfahren« eigene Ergebnisarbeit betreiben (Eberlein-Gonska u. Rink 2013).

Weitere Methoden zur Verbesserung der Ergebnisse am Krankenhaus sind Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, Budgetkonferenzen unter Einbeziehung von Pharmakologen, Apothekern, Einkäufern und externen Chefärzten sowie die Teilnahme an Qualitätszirkeln (Tumor-, Schmerzkonzferenz) (Griem et al. 2013).

Umfrageergebnisse bei Patienten zum Klinikessen, bei Hausärzten zur Arztbrief-Qualität, zum Service des Diagnostikpersonals, zur allgemeinen Patientenzufriedenheit oder auch zur Zufriedenheit der eigenen Mitarbeiter dienen der Verbesserung der Arbeitsergebnisse und damit der Ergebnisqualität.

Die Einrichtung von Fehler- und Beinahefehler-Meldesystemen erlaubt eine ständige Qualitätsverbesserung, wobei auch den anonym zugestellten Beschwerden nachgegangen wird.

### ■ III. Wirtschaftlichkeit

Wirtschaftlichkeit bedeutet eine möglichst effiziente Verteilung von Gütern und Dienstleistungen sowie einen wirksamen, aber sparsamen Einsatz vorhandener Ressourcen. Hierzu gehören im Krankenhaus die Verbesserung organisatorischer Abläufe, Unterlassung von Verschwendung und der Abbau von Überkapazitäten.

Prinz (2014) definiert die Effizienz in der Medizin mit dem Quotienten aus Input und Outcome, wobei mit Outcome das Ergebnis für die Patienten, konkret die gewonnene Lebenszeit und Lebensqualität, gemeint ist.

Die Kosten-Nutzen-Bewertung wird auf den gesamten Behandlungsprozess ausgedehnt. Die Folge können eine Optimierung von Prozessen oder ein Aufbau medizinischer Schwerpunkte sein. Aktuelles Beispiel ist der Aufbau der Notfallzentren in Kliniken der Maximalversorgung oder das Schließen von operativen Stationen zum Wochenende.

Für Operationssäle ist die optimale Auslastung oberste Priorität. In vielen Kliniken hat noch heute jedes operative Fach seinen eigenen Operationssaal. Dies gilt ökonomisch als Ver-

Berufsethos kontra Ökonomie

Haben wir in der Medizin zu viel Ökonomie und zu wenig  
Ethik?

Jörg, J.

2015, XII, 137 S. 1 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-662-47065-7