

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“

Vorwort

Während die Mehrheit der Weltbevölkerung über mangelnde gesundheitliche Versorgung klagt, sehen wir uns in Deutschland mit einem ganz anderen Phänomen konfrontiert: Es mehren sich die tragfähigen Hinweise, dass aus ökonomischen Gründen medizinisch nicht indizierte Maßnahmen durchgeführt werden. Offenkundig verleitet das Vergütungssystem in einigen Bereichen zu unnötiger Therapie. Diese Entwicklung verlangt nach grundsätzlichen Überlegungen zum Verhältnis von Ökonomie und Medizin. Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer will mit der vorliegenden Stellungnahme auf die grundlegenden ethischen und rechtlichen Aspekte im Verhältnis von Ökonomie und Medizin

hinweisen; sie unterbreitet zudem Vorschläge, welche Zielvorgaben die Vergütung von leitenden Ärzten prägen sollen.

Tübingen, im August 2013



Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing
Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission
bei der Bundesärztekammer

1. Einleitung

Gegenwärtig werden nicht nur in der Bundesrepublik Gefahren diskutiert, die der Medizin und dem Verhältnis von Arzt¹ und Patient von einer zunehmenden Ausrichtung an ökonomischen Zielsetzungen drohen. Obwohl diese Entwicklung auch in anderen sozialen und kulturellen Bereichen anzutreffen ist, hat sie doch in der Medizin eine besondere Brisanz. Berichte über medizinisch nicht notwendige, aber besonders gewinnbringende Untersuchungen und Operationen, Ausnutzung von Fallpauschalen, angebliche Bevorzugung von „Privatpatienten“ usw. lenken die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit und der Wissenschaft auf die Gefahren infolge einer zunehmenden Ökonomisierung.

Dass diese in der Medizin weniger bereitwillig hingenommen werden als in anderen gesellschaftlichen Bereichen, hat plausible Gründe: Gesundheit ist insofern ein besonders wichtiges Gut, als es die notwendige Voraussetzung für die Erreichung vieler Ziele des Menschen ist. Weiterhin stehen sich Patient und Arzt nicht einfach als im Prinzip gleich starke Partner im Sinne eines symmetrischen Verhältnisses von „Nachfrager“ und „Anbieter“ gegenüber. Die besondere Schutzbedürftigkeit des Patienten erfordert vielmehr ein besonders verantwortliches Handeln, das nicht nur die individuelle Handlungsethik von einzelnen Ärzten und Trägern von Kliniken und Pflegeeinrichtungen bestimmen sollte, sondern auch strukturell verankert und abgesichert sein muss. Insofern müssen das Gesundheitssystem insgesamt und die „Un-

ternehmensphilosophie“ sämtlicher medizinischer Einrichtungen bei allen durchaus erlaubten wirtschaftlichen Zielen vorrangig vom medizinischen Auftrag und spezifischen ärztlichen Ethos bestimmt sein.

Die Ausgestaltung der wirtschaftlichen Seite des ärztlichen Handelns war immer schon auch mit Gefahren und Fehlentwicklungen verbunden und betraf nicht nur den Klinikbereich, sondern auch die ambulante Versorgung. Lange Zeit war der Zugang zu medizinischen Leistungen sogar fast ausschließlich von ökonomischen Faktoren abhängig. Dies änderte sich erst durch die Einführung der allgemeinen Krankenversicherung. Allerdings gibt es in jüngerer Zeit Entwicklungen, die insbesondere im Klinikbereich zu einer erneuten Zuspitzung der Problematik führen. Hierzu gehören Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen, Spezialisierung, Verbreitung von Hochtechnologie, Konzentrations- und Privatisierungstendenzen und steigender Konkurrenzdruck.

Die Erfüllung ethischer Verpflichtungen und die Bewältigung komplexer Abwägungs- und Priorisierungsprozesse hängen unter diesen Bedingungen nicht mehr allein von der verantwortlichen Entscheidung des einzelnen Arztes ab. Vielmehr werden auf institutioneller und gesamtsystemischer Ebene Faktoren wirksam, die den Handlungsspielraum der individuellen Akteure begrenzen. Ärzte haben zunehmend bis in den Kernbereich ihres medizinischen Handelns hinein strukturelle und wirtschaftliche Vorgaben zu beachten, denen sie sich als Einzelne kaum entziehen können, auch wenn sie problematische Auswirkungen erkennen.

¹ Mit den in diesem Text benutzten Personen- und Tätigkeitsbezeichnungen sind, auch wenn sie aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in einer Form auftreten, beide Geschlechter gemeint.

Betroffen sind dabei nicht nur in der Klinikhierarchie nachgeordnete Ärzte, sondern insbesondere auch jene in leitenden Funktionen. Ausschreibungen und Dienstverträge für leitende Ärzte („Chefarztverträge“) werden vielfach so gestaltet, dass sie neben einem vergleichsweise geringen Festgehalt eine Beteiligung am wirtschaftlichen Erfolg der Einrichtung vorsehen. Dies kann dazu führen, dass sich die Betroffenen in ihren Denk- und Verhaltensweisen in wachsendem Maße an ökonomischen Parametern orientieren, was nicht selten auch beabsichtigt ist. Verschärft wird diese Entwicklung, wenn sich beispielsweise die Verlängerung befristeter Verträge ganz überwiegend am Kriterium des wirtschaftlichen Erfolges orientiert.

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt über ein in seiner Leistungsfähigkeit weltweit anerkanntes Gesundheitssystem, in dem mehr als 90 Prozent der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und in dem derzeit insgesamt jährlich fast 300 Mrd. € für Gesundheitsleistungen eingesetzt werden. Zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Systems und vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung einerseits und des kostenträchtigen technischen Fortschritts andererseits hat die Gesellschaft ein berechtigtes Interesse an Wirtschaftlichkeit und Kostenbewusstsein. Jedoch sind auch in Deutschland die Gefahren einer einseitigen Ausrichtung der Medizin an ökonomischen Zielen und Fehlentwicklungen in den Anreizsystemen nicht von der Hand zu weisen. Zu einzelnen Aspekten der Ökonomisierung in Kliniken liegen bereits Studien vor (z. B. zu den Auswirkungen des durch den Gesetzgeber verordneten Systems der Abrechnung nach Fallpauschalen). Weitere Indizien für ethisch und berufsrechtlich problematische Fehlentwicklungen und Fehlanreize sind:

- Es wird beklagt, dass in Deutschland aus ökonomischen Gründen zu viel operiert und aufwendige Technologien zu oft eingesetzt werden. Laut dem AOK-Krankenhaus-Report 2013 hat sich die Anzahl der Wirbelsäulenoperationen innerhalb von fünf Jahren bis 2010 verdoppelt.
- Nach einem Gutachten des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2012 hat sich die Anzahl der medizinischen Behandlungen in Kliniken in den Jahren 2006 bis 2010 um 13 Prozent erhöht, wobei aufwendige und finanziell gut entlohnte Behandlungen überproportional zunahm. Es wird vermutet, dass mehr als die Hälfte des Zuwachses nicht durch die zunehmende Alterung der Gesellschaft erklärbar ist.
- Klinisch tätige Ärzte berichten von ökonomischen Zwängen, denen sie ausgesetzt sind, z. B. bei der Auswahl von Patienten zur stationären Aufnahme, bei der Auswahl der Behandlungsmethoden und der Dauer des stationären Aufenthalts.
- Beklagt wird – nicht zuletzt von Patienten – eine mangelnde Transparenz im Hinblick auf den Stellenwert ökonomischer Ziele und deren Gewicht gegenüber medizinischen und sozialen Aufgaben.
- Leitende Klinikärzte klagen öffentlich über eine wachsende psychische Belastung und Unzufriedenheit.

Nicht ohne Grund forderte der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie bei der Eröffnungsansprache des Jahreskongresses 2012 nachdrücklich, dass Ärzte sich dem wachsenden ökonomischen Druck widersetzen sollten und nicht zur Erfüllung von Zielvorgaben unnötige Operationen durchführen dürften.

Die Bundesärztekammer befürchtet, dass finanzielle Bonusvereinbarungen in Chefarztverträgen die Patientenversorgung gefährden und forderte ihre Mitglieder auf, fragwürdige Verträge zu melden.² Auch der Gesetzgeber hat inzwischen reagiert und in § 136a SGB V geregelt, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft „in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben hat, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen, ausgeschlossen sind. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern“. Eine entsprechende gemeinsame Erklärung wurde inzwischen veröffentlicht.³

Über diese Ansätze hinaus sind aus ethischer Perspektive eine Neujustierung des Verhältnisses von Medizin und Ökonomie sowie eine Fortentwicklung des ärztlichen Ethos im Hinblick auf die neuen Herausforderungen geboten.

2. Zwei zu unterscheidende Ansätze: Wirtschaftlichkeit und Ökonomisierung

Die Erbringung ärztlicher und pflegerischer Leistungen hat neben der fachlichen und menschlichen immer auch eine betriebs- und volkswirtschaftliche und somit eine ökonomische Seite. Die Aufgabe der Medizin besteht nicht nur darin, eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung bereitzustellen, sie muss dabei auch Gesichtspunkte der Wirtschaftlichkeit beachten. Hierzu sind Ärzte und Krankenkassen gleichermaßen verpflichtet. Vor allem unter den Bedingungen eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems ist eine möglichst wirtschaftliche Verwendung der zur Verfügung gestellten Mittel nicht nur ein ökonomisches, sondern auch ein moralisches Gebot. Da die Fähigkeit und die Bereitschaft der Gesellschaft zur Finanzierung des Gesundheitssystems begrenzt sind, müssen Ärzte und Klinikverwaltungen ebenso wie die Kostenträger mit den bewilligten Mitteln möglichst haushälterisch und verantwortungsvoll umgehen.

Deshalb ist es wichtig, auch begrifflich zwischen der letztlich auch moralisch gebotenen *Wirtschaftlichkeit* und der aus ethischer Perspektive fragwürdigen *Ökonomisierung* zu unterscheiden.

Wirtschaftlichkeit bedeutet eine möglichst effiziente Allokation von Gütern und Dienstleistungen sowie die Ausrichtung auf einen sowohl sparsamen wie auch wirksamen Einsatz vorhandener Mittel. Dazu gehören zum Beispiel die Straffung von organisatorischen Abläufen, der Abbau von Überkapazitäten sowie die Vermeidung von Verschwendung. Das dazu erforderliche ökonomische Wissen hilft dem Akteur, diese Ziele zu erreichen. Angesichts der Begrenztheit der Ressourcen stellt eine so verstandene Wirtschaftlichkeit auch für das ärztliche Handeln einen wichtigen Orientierungspunkt dar, der als solcher zur moralischen Identität des Arztberufes keineswegs im Widerspruch steht. Eine unnötige oder unnötig aufwendig durch-

² Pressemitteilung „Finanzielle Bonusvereinbarungen in Chefarztverträgen gefährden die Patientenversorgung“ vom 2.11.2012, s. <http://www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=3.71.9972.10927.10931&all=true>

³ Nähere Informationen hierzu s. Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 10.05.2013 „Empfehlungen zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen vorgelegt“, s. <http://www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=3.71.11025.11227.11237>.

geführte Intervention verschwendet nicht nur Ressourcen, sondern stellt auch ein Risiko und eine Belastung für die Gesundheit des Patienten dar und verstößt damit gegen das ärztliche Gebot der Schadensvermeidung.

Dies bedeutet:

- Wirtschaftliches Verhalten ist auch im Bereich der Medizin geboten. Auch Gewinnorientierung ist nicht von vornherein unethisch. Medizinische Einrichtungen benötigen, wie alle Unternehmen, Gewinne, um notwendige Investitionen, z. B. in neue Technologien, zu tätigen. Anderenfalls müssten diese Investitionen anderweitig bereitgestellt werden, z. B. durch Spenden oder Zuschüsse aus öffentlichen Kassen.
- Ebenso wenig ist die ethische Ausrichtung medizinischen Handelns von vornherein „unwirtschaftlich“. Sie ist vielmehr, recht verstanden, in weiten Teilen notwendige Voraussetzung des langfristigen unternehmerischen Erfolgs. Sie erhält nicht nur die intrinsische Motivation der Mitarbeiter und das notwendige Systemvertrauen der Patienten, sondern prägt auch die Reputation der jeweiligen Einrichtung.
- Die Einbeziehung des Arztes in die wirtschaftliche Verantwortlichkeit kann dessen Stellung in der Klinik stärken und ein dem gemeinsamen Erfolg abträgliches Spannungsverhältnis zwischen ärztlicher Leitung und Verwaltungsleitung verhindern.

Eine **Ökonomisierung** liegt dagegen vor, wenn betriebswirtschaftliche Parameter jenseits ihrer Dienstfunktion für die Verwirklichung originär medizinischer Aufgaben eine zunehmende Definitionsmacht über individuelle und institutionelle Handlungsziele gewinnen. Die ökonomische Überformung medizinischer Vollzüge hat viele Gesichter: Sie tritt in der schrittweisen Einschränkung des ärztlichen Entscheidungsspielraumes durch vorgegebene betriebswirtschaftliche Kennziffern ebenso in Erscheinung wie in der damit einhergehenden Verdrängung fachlicher Entscheidungsgründe durch wirtschaftliche Rentabilitätsgesichtspunkte.

Auch eine Vereinseitigung des Denkens in rein sachhaften Kategorien (Fallzahlen etc.) und eine emotionale Distanzierung vom hilfsbedürftigen Patienten, der zunehmend als zahlender Kunde bzw. betriebswirtschaftliches Risiko betrachtet wird, müssen als Symptome dieser Ökonomisierung betrachtet werden. Gleiches gilt für die Auswahl von (leitenden) Ärzten, wenn sie primär ihrer ökonomischen Befähigungen wegen und nicht auf der Basis ihrer ärztlichen und menschlichen Fähigkeiten eingestellt werden.

Eine so verstandene Ökonomisierung begegnet gravierenden rechtlichen und ethischen Bedenken. Sie gefährdet das Wohl der Patienten z. B. durch eine ärztliche Fokussierung auf bestimmte Patientengruppen und gut vergütete Leistungen sowie Vernachlässigung von weniger gut vergüteten Leistungen. Sie gefährdet auch das Vertrauen in die Integrität des ärztlichen Berufs und des Handelns des einzelnen Arztes.

3. Rechtliche und ethische Grenzen der Ökonomisierung ärztlichen Handelns

Um die geschilderte Entwicklung angemessen beurteilen zu können, muss man sich der rechtlichen und ethischen Maßstäbe vergewissern, die einer rein ökonomischen Ausrichtung ärztlichen Handelns entgegenzusetzen sind.

Als **rechtliche Maßstäbe** sind an erster Stelle die Grundrechte der Patienten zu nennen. So schließt bereits der Grundsatz der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) aus, dass der Patient zum Objekt rein ökonomisch bestimmten Handelns wird, in seiner Selbstbestimmung beeinträchtigt wird oder vermeidbare Schmerzen erleidet. Das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) enthält sowohl ein subjektives Abwehrrecht gegen medizinisch nicht gebotene Eingriffe und gegen das Unterlassen medizinisch gebotener Eingriffe als auch eine objektive Schutzpflicht des Staates für die Gesundheit des Patienten – ungeachtet der öffentlichen oder privaten Trägerschaft der jeweiligen Einrichtung. Aus der Sicht des Arztes sind Gewissenskonflikte zu vermeiden (Art. 4 Abs. 1 GG), und der durch Art. 12 GG geschützten Berufsfreiheit in Gestalt der Therapiefreiheit ist nach Möglichkeit Rechnung zu tragen. Strukturen und Verfahren der Medizin sind grundsätzlich so auszugestalten, dass diese Rechte verwirklicht werden können. Notwendige Priorisierungen haben sich grundsätzlich an diesen verfassungsrechtlichen Maßstäben zu orientieren. Rein ökonomische Gründe können weder Eingriffe in Grundrechte noch Ungleichbehandlungen rechtfertigen.

Konkretisiert wird dieser verfassungsrechtliche Rahmen durch eine Vielzahl gesetzlicher und standesrechtlicher Normen. So sind eine gewinnbringende, aber medizinisch nicht notwendige Operation oder auch die Aufteilung einer einheitlichen Behandlung in mehrere Eingriffe zur Vermehrung von Fallpauschalen schlicht Körperverletzung (§ 223 StGB) und möglicherweise Betrug (§ 263 StGB) gegenüber dem Patienten oder dem jeweiligen Kostenträger. Unterbleibt eine medizinisch notwendige Behandlung oder wird sie aus rein ökonomischen Gründen verschoben, können Körperverletzung oder sogar Tötung durch Unterlassen (§§ 212, 13 StGB) und unterlassene Hilfeleistung (§ 323 c StGB) vorliegen. Gerade leitende Klinikärzte trifft insofern eine erhöhte Garantenpflicht für Leben und Gesundheit der Patienten. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Beteiligten zwar zu wirtschaftlichem Einsatz der Mittel verpflichtet; rein ökonomisches Kalkül kann aber gesetzliche Leistungsansprüche weder ausschließen noch vermindern. Das im Februar 2013 in Kraft getretene **Patientenrechtegesetz** bündelt Fragen von Verantwortung und Haftung des Arztes und verpflichtet zu unabhängiger Beratung und Transparenz. Kommt es aufgrund ökonomischer Erwägungen zu unzureichender Beratung oder gar zu Behandlungsfehlern, so greifen die neu gefassten Haftungs- und Beweislastregeln. Noch konkreter sprechen standesrechtliche Normen das Problem der Ökonomisierung an. So verbieten mehrere Vorschriften der **Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte** (MBO-Ä) angestellten Ärzten, Verträge einzugehen oder Absprachen zu treffen, die ihre medizinische Unabhängigkeit beeinträchtigen. Das gilt auch für ökonomische Vorgaben und Zielvereinbarungen und deren Sanktionierung. Ein Arzt, der aus ökonomischen Gründen gegen das Standesrecht verstößt, muss mit erheblichen Sanktionen bis hin zum Widerruf der Approbation rechnen.

Neben diesen rechtlichen Vorgaben bestehen **ethische Regeln**, die einer Ökonomisierung Grenzen setzen. Ärztliches Ethos basiert auf allgemeinen moralischen Vorgaben und Regeln, die für den Arzt im Besonderen gelten und auch im Zeichen begrenzter ökonomischer Ressourcen unverzichtbar sind. Die wichtigsten

Funktionen des *ärztlichen Ethos* für das ärztliche Handeln lassen sich folgendermaßen bestimmen:

- Es definiert die wesentlichen **Zielsetzungen** der ärztlichen Tätigkeit und verhindert, dass diese von weiteren, mit diesen nur bedingt vereinbaren Gesichtspunkten verdrängt werden. Das primäre Ziel ärztlichen Handelns ist die Gesundheit des Patienten. Nicht zufällig lautet der erste Satz des Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes: „Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.“
- Es verschafft den ärztlich Tätigen **Orientierungssicherheit**. Wie alle Berufsethiken dient das ärztliche Berufsethos der Ausbildung von berufsspezifischen internalisierten Normen und Verhaltensroutinen. Als Selbstverständlichkeiten geben sie aus sich heraus Orientierung und entlasten von einer möglichen Überforderung durch stets erneut notwendige Selbstvergewisserung. Die Funktionsfähigkeit des ärztlichen Ethos hängt nicht nur von der Geltung entsprechender berufs- und strafrechtlicher Normen und ihrer Sanktionierung ab, sondern wesentlich auch von der stabilen Verinnerlichung dieser Regeln im ärztlichen Selbstverständnis.
- Es verschafft den Patienten, die ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, **Erwartungssicherheit**. Ein inhaltlich festgelegtes und verbindlich geltendes ärztliches Berufsethos gewährt denen, die ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, Sicherheit darüber, was sie von ihrem Arzt erwarten können. Diese Sicherheit ist in Gesundheitsbelangen in besonderer Weise vordringlich, da diese Belange für den einzelnen nicht selten von existenzieller Bedeutung sind und ärztliche Hilfe auch dann in Anspruch genommen werden muss, wenn die zu erwartende Qualität der Behandlung für den Patienten nicht überprüfbar ist. Nur wenn – im Sinne eines „antizipatorischen Systemvertrauens“ – bestimmte Kompetenzen und Bereitschaften bei Ärzten allein aufgrund der Zugehörigkeit zum Beruf erwartet werden können, kann sich der Patient vertrauensvoll auf eine Behandlung einlassen.
- Es ermöglicht die für die ärztliche Tätigkeit unabdingbare **Vertrauensbasis** zwischen Arzt und Patient. Der Erhalt dieses Vertrauens ist aus mehreren Gründen vordringlich: Erstens ist der Patient, da er in der Regel nicht über das fachliche Wissen und Können des Arztes verfügt, darauf angewiesen, auf die Sachkunde und Integrität des Arztes zu vertrauen. Zweitens befindet sich der Patient vielfach in einer Lage, in der er dem Arzt nicht auf Augenhöhe, sondern in einer durch Not und Hilfsbedürftigkeit gekennzeichneten Position gegenübertritt und dadurch in besonderer Weise verletzlich ist. Drittens existieren für ärztliche Bemühungen nicht in derselben Weise objektive Erfolgsindikatoren wie bei anderen freien Berufen. Auch die qualifizierteste und erfolgversprechendste Behandlung kann erfolglos bleiben. Und viertens ist der Erfolg einer Behandlung u. a. auch davon abhängig, wie weit sich der Patient dem Arzt gegenüber offenbart und dabei auch höchstpersönliche Informationen preisgibt. So erklärt sich nicht nur die große Bedeutung der ärztlichen Schweigepflicht als Kernstück des ärztlichen Ethos, sondern auch die Bedeutung des Patientenvertrauens für die Funktionsfähigkeit der ärztlichen Berufstätigkeit insgesamt.

4. Allgemeine Folgerungen

Das komplexe Beziehungsgefüge von Ethik und Wirtschaftlichkeit in der Medizin darf nicht einseitig aufgelöst werden. Es kommt darauf an, ethische und wirtschaftliche Ziele nicht gegeneinander auszuspielen oder als unüberbrückbaren Gegensatz zu betrachten. Solange wirtschaftliches Denken in seiner Dienstfunktion dabei hilft, die originären Ziele der Medizin möglichst effektiv zu erreichen, stellt es einen integralen Bestandteil des ärztlichen Ethos dar und ist geboten.

Wenn wirtschaftliches Denken jedoch anderen Zielen wie z. B. der Gewinnmaximierung Vorrang gewährt, widerspricht dies den oben genannten ethischen Prinzipien: Zweck und Mittel werden vertauscht. Fragwürdige Ökonomisierungstendenzen sind auf allen drei Ebenen (also der Mikro-, Meso- und Makro-Ebene des Gesundheitssystems) anzutreffen, wobei sich die verschiedenen Wirkmechanismen wechselseitig beeinflussen.

Dabei ist Folgendes zu beachten:

- Der Schutz eines dem Patienten verpflichteten ärztlichen Ethos ist eine gemeinsame Aufgabe aller Entscheidungsträger von Gesundheitseinrichtungen.
- Einrichtungen des Gesundheitswesens müssen vertrauenswürdig sein. Transparenz über wirtschaftliche Zielsetzungen kann zum Vertrauen beitragen. Konfliktzonen zwischen wirtschaftlichen Zielen und medizinischen Bedürfnissen müssen offengelegt und zum Gegenstand eines Diskurses zwischen allen Beteiligten gemacht werden.
- Maßnahmen der Qualitätssicherung und Kontrolle müssen neben wirtschaftlichen auch ärztlich-medizinische und ethische Ziele berücksichtigen. Dasselbe gilt für Zielvereinbarungen auf allen Ebenen. Die Einrichtung von Beschwerdestellen und die Verfügbarkeit von Ombudspersonen, die bereits an mehreren Landesärztekammern gegeben ist, sollte weiter gefördert werden.
- Fragen der medizinischen Ethik sollten nicht nur in der Ausbildung von Medizinern, sondern auch in Ausbildungsgängen, die zu nicht medizinischen Leitungspositionen in Kliniken führen, größeres Gewicht erhalten. In der Ausbildung von Ärzten sollte Verständnis für die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Medizin geweckt werden.

5. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärzten

Exemplarisch zeigt sich das Problem der zunehmenden Ökonomisierung der Medizin in den Verträgen mit leitenden Klinikärzten. In diesen Verträgen bündeln sich Gefahren und Chancen wie in einem Brennspiegel. Zugleich kommt diesen Verträgen eine entscheidende Steuerungsfunktion für die Entwicklung der Medizin im Allgemeinen und in den Kliniken im Besonderen zu.

Gegenwärtig enthalten diese Verträge häufig eine Aufteilung der persönlichen Bezüge in einen festen Gehaltsanteil einerseits und variable erfolgsabhängige Leistungsprämien andererseits. Hängt die Höhe der variablen Zahlungen vorrangig von der Art oder Anzahl (besonders gewinnbringender) medizinischer Leistungen ab, besteht die Gefahr, dass nicht die medizinische, sondern die ökonomische Zielsetzung in den Vordergrund tritt. Das von Boni unabhängige Grundgehalt muss als solches die Tätigkeit des leitenden Arztes angemessen vergüten. Werden darüber hinaus Boni vereinbart, darf deren Höhe sich nicht unabhängig von der medizinischen Qualität und Angemessenheit der ärztlichen Leistung vorrangig oder gar ausschließlich an der Erzielung allein ökonomischer und betriebswirtschaftlich messbarer Erfolge

ge orientieren. Zielvereinbarungen und deren Gründe sollten offen gelegt werden.

Verträge mit leitenden Ärzten und mögliche Zielvorgaben sollten vor allem am gesundheitlichen Wohl der Patienten ausgerichtet sein und dürfen dem ärztlichen Ethos nicht widersprechen. Bei möglichen Zielvereinbarungen muss daher die qualitative Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Menschen im Einzugsbereich des betreffenden Klinikums im Vordergrund stehen.

Abzulehnen sind Vereinbarungen,

- die ökonomische Parameter (im oben definierten negativen Sinne) in den Mittelpunkt rücken und ärztliche, wissenschaftliche und ethische Kriterien vernachlässigen
- die die ärztliche Therapiefreiheit unangemessen einschränken
- die dem Arzt nahelegen, im Einzelfall medizinisch gebotene Maßnahmen aus ökonomischen Gründen zu unterlassen oder an eine andere Einrichtung zu verlagern
- die Anreize dafür setzen, wirtschaftlich ertragreiche, aber medizinisch nicht notwendige Maßnahmen vorzunehmen
- die das Beschäftigungsverhältnis von der Erreichung ökonomischer Ziele abhängig machen
- in denen das Grundgehalt allein keine angemessene Vergütung darstellt
- in denen Grundgehalt und Leistungsprämien für den wirtschaftlichen Erfolg in einem unangemessenen Verhältnis stehen
- die Leistungsprämien nur für die Erfüllung ökonomischer Ziele oder Fallzahlen vorsehen und Kriterien wie medizinische Innovation, Leistungsfähigkeit, Zufriedenheit der Patienten und der Mitarbeiter nicht berücksichtigen
- die leitende Krankenhausärzte für solche Verluste, Kostensteigerungen und andere negative ökonomische Entwicklungen verantwortlich machen, die sie nicht oder nur unter Außerachtlassung medizinischer Notwendigkeiten beeinflussen können.

Wünschenswerte Zielvorgaben können betreffen:

- die Einführung effektiver Maßnahmen zur Qualitätssicherung medizinischer Interventionen sowie die Qualitätskontrolle anhand von etablierten und transparenten Indikatoren

- die Verbesserung und ggf. Ausweitung der angebotenen medizinischen Leistungen wie die Einführung evidenzbasierter innovativer Methoden
- eine gute Kommunikationskultur im Umgang mit Patienten, Kollegen und Mitarbeitern und die Verbesserung der Patienten-, Kollegen- und Mitarbeiterzufriedenheit
- die Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Klinikum und im Kontakt mit niedergelassenen Kollegen
- die angemessene Berücksichtigung wirtschaftlicher Kriterien und die Verbesserung organisatorischer Abläufe im Klinikum (z. B. Verminderung der Wartezeiten von Patienten)
- eine hohe Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung des ärztlichen Nachwuchses
- in forschungsorientierten Kliniken (u. a. Universitätsklinik) die erzielten wissenschaftlichen Leistungen (z. B. Publikationen in anerkannten Journalen, Einwerbung von Drittmitteln für Forschungsprojekte).

Mitglieder der Zentralen Ethikkommission

Prof. Dr. phil. D. Birnbacher, Düsseldorf
 Prof. Dr. theol. F.-J. Bormann, Tübingen
 Prof. Dr. theol. P. Dabrock, Erlangen
 Frau Prof. Dr. rer. nat. Dr. phil. S. Graumann, Bochum
 Prof. Dr. med. W. Henn, Homburg
 Prof. Dr. jur. F. Hufen, Mainz
 Frau PD Dr. med. Dipl.-Soz. T. Krones, Zürich
 PD Dr. phil. D. Lanzerath, Bonn
 Prof. Dr. jur. V. Lipp, Göttingen
 Prof. Dr. rer. pol. R. Rosenbrock, Berlin
 Frau Prof. Dr. med. R.-K. Schmutzler, Köln
 Dr. med. J. Schuster, Würzburg
 Prof. Dr. jur. J. Taupitz, Mannheim
 Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. M. Volkenandt, München (federführend)
 Frau Prof. Dr. med. C. Wiesemann, Göttingen
 Prof. Dr. med. Dr. phil. U. Wiesing, Tübingen (Vorsitzender)

Korrespondenzadresse

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
 Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Therapie-Symposien der AkdÄ Terminankündigung

Folgende Therapie-Symposien finden statt:

in Kooperation mit der Sächsischen LÄK und der KV Sachsen

Termin: 12. Oktober
10.00–13.00 Uhr

Tagungsort: Sächsische LÄK
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

in Kooperation mit der ÄK und der KV Hamburg

Termin: 16. Oktober
15.00–18.00 Uhr

Tagungsort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Auskunft und Organisation: Karoline Luzar, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin, Telefon: 030 400456-500, Fax: 030 400456-555, E-Mail: sekretariat@akdae.de, www.akdae.de □

Neues für den Hausarzt

105. Klinische Fortbildung für Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten und Pädiater

vom 27. bis 30. November im Kaiserin-Friedrich-Haus

Zertifizierung: durch die Ärztekammer Berlin mit 21 Fortbildungspunkten. Anerkennung durch KV Berlin als Regelfortbildung im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 und KHK.

Tagungsgebühr: bei Anmeldung bis 10. November: 340 Euro, danach 360 Euro.

Veranstalter – Information – Anmeldung: Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin, Telefon: 030 308889-20, Fax: 030 308889-26, E-Mail: c.schroeter@kaiserin-friedrich-stiftung.de □