

Macht und Medizin

Beiträge aus der Veranstaltungsreihe
Medical Humanities 2017-2020

Das ärztliche Ethos und die Macht des Geldes

Prof. Dr. Nikola Biller-Andorno

Direktorin des Instituts für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte (IBME), Universität Zürich

Dr. Thomas Kapitza

Leiter des Medicine & Economics Ethics Lab am IBME, Universität Zürich

Der Elefant im Raum

Das ärztliche Ethos bezieht sich auf ethische Prinzipien, sittliche Normen und Werte, die von Ärztinnen und Ärzten in ihrer Berufsausübung erwartet werden und zu denen sie auch vielfach standesrechtlich verpflichtet sind.¹⁶ Dabei wird das Patientenwohl in den Mittelpunkt des medizinischen Handelns in der Diagnostik und Therapie gestellt. Die Umsetzung im Klinikalltag findet häufig in einem ethischen Spannungsfeld mit unternehmerisch-betriebswirtschaftlichen Zielen der Versorgungseinrichtungen statt. Die betriebswirtschaftlichen Ziele von Spitälern und von Stakeholdern im Gesundheitssektor sind vor allem monetär definiert. Das Patientinnenwohl ist hingegen ein nicht direkt monetär bewertbares medizinethisches Grundprinzip und eventuell ein Kriterium des betrieblichen Qualitätsmanagements.

Damit werden finanzielle Ressourcen zu einem faktisch mächtigen Einflussfaktor auf das klinische Versorgungsgeschehen. Die in den Spitälern beschäftigte Ärzteschaft ist die ökonomisch einflussreichste Berufsgruppe, weil sie Behandlungsentscheidungen trifft, hierfür die fachliche Verantwortung trägt und diese durchführt. Medizinische Entscheidungen haben, neben ihren Auswirkungen auf den Genesungsprozess der Patientinnen und Patienten, stets auch eine ressourcenbezogene und damit eine geldbezogene Wirkung.

Der Zusammenhang zwischen ärztlichen Diagnostik- und Therapieentscheidungen und den hieraus entstehenden Umsatzerlösen und Behandlungskosten des Spitals ist offensichtlich. Diese klare Wechselwirkung lässt Geldfragen in der Gesundheitsversorgung für Spitäler und Versorgungsbeteiligte mächtig werden: Über welche Rahmenbedingungen, Wirkungsmechanismen und Anreizsysteme

für die Ärzteschaft kann erreicht werden, dass Klinikumsätze, positive Deckungsbeiträge, Spitalgewinne und Kapitalrendite des Spitalunternehmens so hoch wie möglich ausfallen? Die Macht des Geldes im Gesundheitssektor ist kaum zu unterschätzen, weil starke Interessengruppen ihre wirtschaftlichen Erfolgchancen dort realisieren wollen. Die in Spitälern beschäftigte Ärzteschaft ist Bestandteil dieser Interessenstruktur.

Es gibt in vielen hoch entwickelten Gesundheitssystemen deutliche Hinweise darauf, dass finanzielle Überlegungen ärztliches Versorgungsverhalten beeinflussen können.¹⁷ Ökonomische Faktoren können zu einer das Patientenwohl einschränkenden Überversorgung im Rahmen der ärztlichen Indikationsstellung führen.¹⁸ Ärztinnen und Ärzte werden unter Druck gesetzt, implizite Rationierungsstrategien anzuwenden (zum Beispiel frühzeitige Patientenentlassungen), medizinisch aufwandsintensive Patientinnen und Patienten zu meiden¹⁹ und Informationen

16 FMH (2019): Standesordnung der FMH, Bern; Weltärztebund (2018): WMA Declaration of Geneva (Genfer Gelöbnis). Adopted by the 2nd General Assembly of the World Medical Association, Genf. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/> (Zugriff: 30.03.2020); Egger, Bernhard et al. (2017): Der «Schweizer Eid», in: Schweizerische Ärztezeitung 98,40, S. 1295–1297. DOI: <https://doi.org/10.4414/saez.2017.05994>; Schumm-Draeger, Petra Maria et al. (2019): Kommentar zum Ärzte Codex – Umbenennung des Klinik Codex in Ärzte Codex, in: Der Internist 60,4, S. 379–380.

17 Chernew, Michael et al. (2021): Physician agency, consumerism, and the consumption of lower-limb MRI scans, in: Journal of health economics 76, 102427. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2021.102427>; Fässler, Margrit et al. (2020): Bonus agreements of senior physicians in Switzerland – A qualitative interview study, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 158–159, S. 39–46. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.09.002>; Court, Emma (2018): Medical practices have become a hot investment — are profits being put ahead of patients? online: www.marketwatch.com (Zugriff: 30.09.2019); Bundesärztekammer (2015): Stellungnahme der Bundesärztekammer «Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung». Bundesärztekammer, Berlin. <https://www.bundesaeztekammer.de/politik/programme-positionen/oekonomisierung/> (Zugriff: 15.06.2021).

18 Michalsen, Andrej et al. (2021): Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden: Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI und der Sektion Ethik der DGIIN, in: Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin 116,4, S. 281–294. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00794-4>; Saini, Vikas et al. (2017): Addressing overuse and underuse around the world, in: The Lancet 390 (10090), S. 105–107. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32573-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32573-9); Gerber, Michelle, Esther Kraft und Christoph Bosshard (2016): Unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem, in: Schweizerische Ärztezeitung 97,7, S. 236–243. <https://www.fmh.ch/files/pdf17/SAEZ-04424.pdf> (Zugriff: 03.04.2020).

19 Kjøstølsen, Gjertrud Hole et al. (2021): Financial incentives and patient selection: Hospital physicians' views on cream skimming and economic management focus in Norway, in: Health policy (Amsterdam, Netherlands) 125,1, S. 98–103. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.10.011>

über teure Behandlungsoptionen zurückzuhalten²⁰. Schon bei der Besetzung ärztlicher Führungspositionen sind ökonomische Überlegungen deutlich relevant.²¹ Finanzielle Aspekte der Krankenversorgung werden in den weithin anerkannten professionsethischen Regelwerken wie beispielsweise dem Genfer Gelöbnis allerdings nicht ausdrücklich benannt.²² Der Elefant ist aber unübersehbar im Raum.

Duale Verantwortlichkeiten und multiple Herausforderungen

Wollen die an der ökonomischen Wertschöpfung aus klinischer Patientinnenversorgung beteiligten Interessengruppen (zum Beispiel Spitaligentümer, Betreiber, kaufmännisches und medizinisch-pflegerisches Fachpersonal) ihre wirtschaftlichen Erfolgsziele erreichen, verbessert eine entsprechende Steuerung durch das Spitalmanagement die wirtschaftlichen Resultate. Betriebswirtschaftlich-finanzwirtschaftliche Kennzahlen aus Spitälern sind überwiegend das Resultat der wirtschaftlichen Auswirkungen medizinisch-pflegerischen Versorgungshandelns.

Im Klinikalltag der Spitäler im 21. Jahrhundert folgt die finanzwirtschaftlich optimale Steuerung der Patientenbehandlungen einfachen ökonomischen Steuerungsregeln. Das DRG-Vergütungssystem schafft für das Spital den Anreiz, die Behandlung im Interesse betriebswirtschaftlicher Effizienz mit möglichst geringem Ressourcenverbrauch durchzuführen.²³ Das Anreizsystem ist wirksam: Vorab definierte Leistungsvergütungen (DRG-System) sollen die Versorgungseinrichtungen (und ihr Fachpersonal) dazu ermuntern, entgeltrechtlich definierte Patientinnenversorgungen möglichst kostengünstig zu erbringen. Es ist die typische Umsetzungswirkung eines Entgeltansatzes, der individuelle gesundheitliche Versorgungsleistungen klassifiziert und die (durchschnittlichen) spitalbetrieblichen Herstellungskosten mit einem Entgeltsystem, das sich im Kern an Pauschalen orientiert,

abdecken möchte. Dabei ist die kaufmännische Erfolgsaussicht, positive Deckungsbeiträge durch Minimierung der Versorgungskosten der Behandlung bei vorgegebener Leistungsentgelthöhe zu erzielen, unternehmerisch sehr reizvoll.

Allerdings ist auch das zugrunde liegende gesundheitspolitische Missverständnis erkennbar: Ein makroökonomisch-theoretisch ausgerichtetes Modell für eine im Gesundheitssektor effiziente Ressourcenallokation mutiert auf der mikroökonomischen, spitalbetrieblichen Ebene zu einer Gelegenheit für die Produktion maximal möglicher Deckungsbeiträge für klinische Versorgungsleistungen. Im Spitalbereich und für die dort wirtschaftlich Interessierten wurde ein Refinanzierungssystem für klinische Versorgungsleistungen etabliert, welches die Interessengruppen geradezu einlädt zur Durchführung abrechnungstechnisch induzierter Maximierungsstrategien bezüglich der Erlös-Aufwand-Margen und der abrechenbaren Versorgungsmengen (Fallzahl-Steigerungen).

Spitäler und die dort mittels arbeitsvertraglich festgelegter Anreizsysteme eingebundenen Beschäftigten können, neben den Versorgungszielen beziehungsweise Bedarfsdeckungszielen des Spitals für die Versorgungsregion und Bevölkerung, nun auch betriebswirtschaftliche Ziele der Gewinnmaximierung anstreben. Die Gewinnmaximierung (und die daraus folgende Rendite- und Einkommensmaximierung) durch eine klinisch-stationäre Patientenversorgung wird insbesondere aus neoklassischer beziehungsweise neoliberaler ökonomischer Sicht als rational und folgerichtig angesehen.²⁴

Um diese Absichten erfolgreich realisieren zu können, erscheint das Managementkonzept dualer Verantwortlichkeiten medizinischen Führungs- und Fachpersonals als neues berufliches Rollenparadigma nützlich. Allerdings führt es die ärztlichen Spitalbeschäftigten in ein ethisches Spannungsfeld.²⁵ Ist medizinisches Fachpersonal auch stets der Steward für knappe öffentliche Ressourcen und Hilfsmittel beziehungsweise Erfüllungsgehilfe für Gewinnerzielung, Gewinnmaximierung und Profitssteigerung?²⁶ Wo ist im Spital die medizinethisch fundierte Grenze zwischen der Verantwortlichkeit für einen sorgfältigen Umgang mit knappen Betriebsressourcen

20 Beckman, Thomas J. (2019): No Money, No Mission: Addressing Tensions Between Clinical Productivity and the Culture of Medicine, in: *Mayo Clinic proceedings* 94,8, S. 1401-1403. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.06.004>; Strech, Daniel et al. (2008): How physicians allocate scarce resources at the bedside: a systematic review of qualitative studies, in: *The Journal of medicine and philosophy* 33,1, S. 80-99. DOI: <https://doi.org/10.1093/jmp/jhm007>

21 Siewert, Arne Christian et al. (2021): Ökonomie hat hohen Stellenwert. Bewerbungsgespräche von Chefarzten, in: *Deutsches Ärzteblatt* 118,4, A180-A184, A5.

22 Kapitza, Thomas (2021): Die Deklaration von Genf (WMA) und ökonomische Aspekte: Zeit für eine Ergänzung des Gelöbnisses?, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik ZfmE* 67,1, S. 103-117. DOI: <https://doi.org/10.14623/zfme.2021.1.103-117>

23 Indra, Peter (2004): Die Einführung der SwissDRGs in Schweizer Spitälern und ihre Auswirkungen auf das schweizerische Gesundheitswesen (Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik 80), Bern.

24 Augurzky, Boris (2020): Gewinne im Krankenhaus, in: Klauber, Jürgen et al. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2020*, Berlin, S. 185-204.

25 Fässler, Margrit et al. (2015): Impact of the DRG-based reimbursement system on patient care and professional practise: perspectives of Swiss hospital physicians, in: *Swiss medical weekly* 145, w14080. DOI: <https://doi.org/10.4414/smw.2015.14080>

26 Rasooly, Alon, Nadav Davidovitch und Dani Filc (2020): The physician as a neoliberal subject - A qualitative study within a private-public mix setting, in: *Social science & medicine* 259, 113152. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113152>

(und damit knappen volkswirtschaftlichen Mitteln) und der Unterstützung von darüber hinausgehenden Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungstrends im Spitalsektor zu ziehen?

Zusätzlich sind weitere wirtschaftliche Interessengruppen aktiv. Pharmaunternehmen, Medizintechnologie- und ICT-Unternehmen haben ein legitimes Interesse daran, dass ihre Zulieferprodukte durch die Spitäler beschafft und im Klinikalltag verwendet werden. Auch sie nehmen deshalb Einfluss auf die versorgungsbezogenen wichtigsten Entscheidungsträger, die Ärzteschaft. Die anhaltenden Diskussionen um Interessenkonflikte und Transparenzerfordernisse zeigen die multiplen, ethisch relevanten Herausforderungen auf.

Medizin als Business (wie jedes andere)?

Vor diesem Hintergrund wird die Frage dringlich, ob der wirtschaftswissenschaftliche Ansatz «Medizin als Geschäft» tatsächlich möglich und wünschenswert ist. Ist die Kompatibilität von Arzt-Patientin-Beziehung (mit dem Patientinnenwohl als medizinethischem Grundprinzip) und wirtschaftlich geprägter Ärztin-Kunden-Beziehung (nach der Massgabe der ökonomischen Vorteilhaftigkeit) tatsächlich gegeben?

Die geltende FMH-Standesordnung²⁷ regelt in der Schweiz das Verhalten von Ärztinnen und Ärzten gegenüber den Patienten, den Kolleginnen, den anderen Partnern im Gesundheitswesen sowie ihr Verhalten in der Öffentlichkeit (Art. 1 Standesordnung) und formuliert berufsethische Vorgaben, die auch die «Medizin als Geschäft» betreffen (siehe Kasten).

Patientinnenorientierung und Ökonomie in der Standesordnung FMH

- Das gesundheitliche Wohl der Menschen ist oberstes Ziel ärztlichen Handelns. (Präambel)
- Arzt und Ärztin setzen ihre Mittel in Prävention, Diagnostik und Therapie sowie Rehabilitation zum Wohle der Patienten und Patientinnen ein. Sie beachten dabei im Bereich der obligatorischen Sozialversicherung das Gebot kosteneffektiver Medizin. (Art. 3, Abs. 2)
- Arzt und Ärztin nehmen keine medizinischen Handlungen vor und geben keine Stellungnahmen ab, welche sie mit ihrem Gewissen nicht vereinbaren können. (Art. 3, Abs. 4)
- Arzt und Ärztin dürfen ein sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergebendes Abhängigkeitsverhältnis nicht missbrauchen, insbesondere darf das Verhältnis weder emotionell oder sexuell noch materiell ausgenützt werden. (Art. 4, Abs. 2)
- Arzt und Ärztin haben ohne Ansehen der Person alle ihre Patienten und Patientinnen mit gleicher Sorgfalt zu betreuen. Weder die soziale Stellung, die religiöse oder politische Gesinnung, die Rassenzugehörigkeit noch die wirtschaftliche Lage der Patienten und Patientinnen darf dabei eine Rolle spielen. (Art. 4, Abs. 3)
- Die Ausübung umstrittener diagnostischer oder therapeutischer Praktiken gilt als unzulässig, wenn sie unter Missachtung grundlegender Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und unter Ausnützung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder Hilflosigkeit eines Patienten oder einer Patientin erfolgt. (Art. 8, Abs. 1)
- Ärzte und Ärztinnen stellen bei Vertragsabschlüssen sicher, dass sie in ihrer ärztlichen Tätigkeit keinen Weisungen von nichtärztlichen Dritten unterworfen werden, die mit einer gewissenhaften Berufsausübung nicht vereinbar sind. Insbesondere gehen sie keine Verpflichtungen zur Erbringung bestimmter medizinischer Leistungen oder zur Erzielung bestimmter Umsätze ein. (Art. 31, Abs. 1)

²⁷ FMH (2020): Standesordnung der FMH, Bern. <https://www.fmh.ch/ueber-die-fmh/statuten-reglemente.cfm> (Zugriff: 07.09.2021).

So sehr die Standesordnung der FMH die medizinethischen Herausforderungen an der Schnittstelle zwischen Medizin und Ökonomie im Schweizer Gesundheitssystem und somit auch für den Spitalsektor abbildet, so wenig tauchen hier konkrete Schlüsselwörter wie Geld, Gewinn, Ökonomie, Rendite, Einkommen oder Ähnliches auf. Diese Textlücken könnten mitunter dazu führen, dass eine Abweichung von der oder gar ein Verstoß gegen die Intention der FMH-Standesordnung unerkannt bleiben. Die FMH-Standesordnung berücksichtigt medizinethische Herausforderungen an der Schnittstelle zwischen Medizin und Ökonomie im Schweizer Gesundheitssystem deshalb derzeit nur unvollständig.

Übersorgung als Symptom

Übersorgung kann verstanden werden als Versorgung mit einer umschriebenen medizinischen Diagnostik oder Behandlung, die für die Patientin oder den Patienten keinen Nutzen hat oder deren Risiken den potenziellen Nutzen übersteigen.²⁸ Weil Übersorgung einen engen Bezug zur ärztlich determinierten Indikationsqualität (Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen) aufweist,²⁹ ist die Ärzteschaft im Spital bei Übersorgungen als möglicher Verursacher involviert.³⁰

Übersorgung (wie auch das Unterversorgungsphänomen) ist im Spital vor allem im Bereich der klinischen Versorgung ethisch relevant (Versorgungsethik), kann aber getrieben sein von einer fragwürdigen spitalethischen Rahmensetzung der Spitalleitung. Übersorgung könnte dabei helfen, die betriebliche Umsetzung betriebswirtschaftlicher Zielvorstellungen des Krankenhausunternehmens zu ermöglichen, aber auch ein aus professionsethischer Sicht zu hinterfragendes, persönliches Streben von Ärztinnen und Ärzten nach Einkommen und ökonomischen Vorteilen zu fördern.

Die Macht des Geldes teilt sich hier in mindestens zwei Ursachenbereiche auf: in die erwerbswirtschaftlichen Zielvorstellungen des Spitals und in das persönliche Erwerbsstreben seiner dort beschäftigten Ärztinnen und Ärzte. Es ist wichtig, zu berücksichtigen, welche Zusammenhänge

zwischen den erwerbswirtschaftlichen Zielvorstellungen des Spitals und dem individuellen Erwerbsstreben der ärztlichen Beschäftigten bestehen. Ethisch fragwürdige wirtschaftliche Anreizsysteme (zum Beispiel von Leistungsmengen abhängige individuelle Lohnboni) können diese Interessen wechselseitig verstärken und eine unheilige Allianz bilden, um die Macht des Geldes noch stärker zu entfesseln.

Medizinethische Organisationsentwicklung im Spital als Lösungschance

Wenn «Medizin als Profession» etwas anderes sein soll als «Medizin als Geschäft», muss der Ärzteschaft in Spitälern die Chance eröffnet werden, mithilfe wirksamer und verbindlicher Lösungsansätze die ethischen Herausforderungen zwischen Patientenwohl und Ökonomie konstruktiv zu bewältigen.

Hierzu zählen beispielsweise:

- die Ausarbeitung von Vorschlägen im Themenfeld Clinical Integrity (zum Beispiel obligatorische Kurse, vgl. Good Clinical Practice, GCP),
- die Reflexion (Bewusstsein schaffen) und Deklaration (Transparenz schaffen) von Interessenbindungen,
- der Einsatz von Review Boards zu weiterzuentwickelnden Anreizsystemen und ihren Anreizkonstellationen (zum Beispiel institutionelle Steuerungsinstrumente, Gremien in der Krankenhausorganisation, Standesvertretungen und Interessengruppen),
- die Erweiterung des bisher engen Verständnisses von Interessenkonflikten (derzeit beschränkt auf Forschung, Fortbildung, pharmazeutische Industrie), weil Interessenkonflikte auch im Themenfeld der Versorgungseinrichtungen betrachtet werden sollten,
- die Aufwertung von Choosing-Wisely- und Smart-Medicine-Konzepten weg von einer freiwilligen, supererogatorisch ausgelegten Leistung hin zu einer im Spital einzufordernden professionell-verbindlichen ärztlichen Verhaltensweise.

Um die Macht des Geldes in der klinischen Patientinnenversorgung einzugrenzen, sollte der fachliche Diskurs hierzu befreit werden von der Überlegung, dass das professionsethische Verhalten der Ärzteschaft im Spital nur so lange als erstrebenswert gilt, als es nicht wirtschaftlichen Interessen entgegenläuft. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat hierzu

28 Gerber, Michelle, Esther Kraft und Christoph Bosshard (2016): Unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem, in: Schweizerische Ärztezeitung 97,7, S. 236-243. <https://www.fmh.ch/files/pdf17/SAEZ-04424.pdf> (Zugriff: 03.04.2020).

29 Kraft, Esther, Martina Hersperger und Daniel Herren (2012): Diagnose und Indikation als Schlüsseldimensionen der Qualität, in: Schweizerische Ärztezeitung 93,41, S. 1485-1489.

30 Brownlee, Shannon et al. (2017): Evidence for overuse of medical services around the world, in: The Lancet 390 (10090), S. 156-168. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)

schon im Jahr 2014 treffend formuliert:

«Ärzte und andere medizinische Fachpersonen sind aufgerufen, eine fürsorgliche Beziehung zu den Patienten und eine bedarfsorientierte Versorgung als Kern der Medizin zu bewahren. Gewinnstreben unter dem Anschein einer fürsorglichen Beziehung ist mit der Professionalität der Gesundheitsberufe nicht vereinbar und kann einen Vertrauensverlust der Patienten nach sich ziehen. Klinisch tätige Ärzte müssen die ökonomischen Spielregeln, für deren Umsetzung sie gegenüber den Patienten die moralische Verantwortung tragen, in ihren jeweiligen Einrichtungen mitgestalten.»³¹

Diese Forderung gilt nach wie vor. Und es sollte nicht unterschätzt werden, wie motivations- und identifikationssteigernd es wirken kann, wenn sich die ärztlichen Beschäftigten in Spitälern im Spannungsfeld zwischen Patientenwohl, Berufsethik und Ökonomie nicht allein gelassen fühlen.

31 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2014): Medizin und Ökonomie – wie weiter? Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Basel.