

Zwischen Heilkunst und Kommerz: Welche Ökonomie verträgt „gute“ Medizin?

Between Art of Healing and Commerce – How Much Economy is Tolerated by „Good“ Medicine?

Sandra Blumenthal¹, Norbert Donner-Banzhoff², Uwe Popert³, Thomas Kühlein⁴

Zusammenfassung

Die Ökonomisierung der Medizin ist Gegenstand öffentlicher Diskussionen. Die ambulante Versorgung wurde hierbei bisher eher nachrangig behandelt. Es werden elf Thesen zur Sicherstellung „guter“ Allgemeinmedizin in diesem Spannungsfeld entwickelt und formuliert. Ökonomisch verantwortliches Handeln als ethisches Gebot wird einer kommerzialisierten Medizin, die die Patientenversorgung finanziellen Interessen unterordnet, gegenübergestellt. Mittel der politischen Steuerung im Gesundheitswesen, wie die Einführung eines Primärarzt-systems, werden ebenso diskutiert, wie die Entwicklung einer ärztlichen Professionalität als Schutz vor einer industrialisierten Medizin, die den Patienten aus dem Blick verliert.

Schlüsselwörter

Kommerzialisierung; Medizin und Ökonomie; Arzt-Patienten-Beziehung; Ökonomisierung; ethische Herausforderungen in der Allgemeinmedizin; Allgemeinmedizin und Medizinethik

Summary

The economization and commercialization of patient care frequently is a subject in public discussions. In the past of this discourse ambulatory care was mostly omitted. We develop and discuss eleven theses to ensure “good” primary care. An economically responsible behavior as an ethical demand for the health professional is contrasted with a commercialized health care system that subordinates patient care to financial interests. The implementation of a primary care based system in Germany and ethical reflections on the medical education of students and young doctors are discussed to meet the problems of industrialization and commercialization in our health care system.

Keywords

commercialization; medicine and economics; doctor-patient relationship; economization; ethical challenges in family medicine; family medicine and medical ethics

Einführung

Die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) publizierte 2018 ein Positionspapier zum Themenkomplex Medizin und Ökonomie mit dem Ziel, der Dominanz betriebswirtschaftlicher Interessen insbesondere in der stationären Versorgung Grenzen zu setzen [1]. Die ambulante Versorgung wurde in diesem Diskurs eher nachrangig behandelt. Dabei sind wirtschaftliches Denken, ressourcenschonendes Arbeiten und Kosteneffizienz, also die Ökonomie – neben der Medizin – auch Bestandteile hausärztlichen Arbeitens. Über- und Fehlversorgung aus Gewinnstreben kommen auch in der Praxis vor und

mit Zunahme Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) und der damit verbundenen steigenden Zahl von Ärzten im Angestelltenverhältnis ist auch im ambulanten Sektor die Diskussion um nicht-ärztliche Betreiber von Einrichtungen im Gesundheitswesen längst angekommen. Wie ist das Verhältnis von Medizin und Ökonomie in der Hausarztpraxis[#]? In welchen Bereichen sind Effizienz und finanziell verantwortliches Handeln wünschenswert – und wo bedroht Gewinnstreben „gute“ Medizin?

Im Folgenden widmen wir uns diesen Fragen und stellen Thesen zur Sicherstellung guter Allgemeinmedizin auf. Im ersten Abschnitt beschäftigen wir uns mit medizinethischen

Aspekten der Arzt-Patienten-Beziehung (Mikroebene), wohingegen der zweite Abschnitt auf die politische Gestaltung des Systems fokussiert, in dem Allgemeinmedizin stattfindet (Makroebene). Vieles von dem, was hier gesagt werden soll, gilt selbstverständlich auch für andere Arztgruppen, wir beschränken uns jedoch in unseren Ausführungen ausdrücklich auf die Hausarztpraxis. Die in unserem Text aufgestellten Thesen werden jeweils im vorangehenden Textabschnitt begründet. Schon aus Platzgründen können weder die Begründungen erschöpfend, noch aufgrund des fehlenden Mandats die Thesen normativ sein. Sie sind zur Anregung von Diskussionen ge-

¹ Hausarztpraxis in Potsdam-Babelsberg

² Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg

³ Hausarztpraxis in Kassel

⁴ Allgemeinmedizinisches Institut, Universitätsklinikum Erlangen

Peer reviewed article eingereicht: 02.03.2020, akzeptiert: 09.09.2020

DOI 10.3238/zfa.2021.0066-0071

[#] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir im Folgenden die männliche Form stellvertretend für die weibliche und männliche Form. Es sind grundsätzlich immer alle Geschlechter gemeint. Weiterhin verwenden wir ebenfalls zugunsten der besseren Lesbarkeit den Begriff „Allgemeinmedizin“ – hausärztlich tätige Internisten und Internistinnen sind ausdrücklich mit angesprochen.

dacht. Zum besseren Verständnis sind einige Begriffe aus der Medizinethik, die wir in diesem Beitrag verwenden, in einem gesonderten Kasten definiert.

Auf der Mikroebene der Praxis:

Arzt-Patienten-Beziehung

Für Hausärzte ist ökonomisches Denken und Handeln wünschenswert, denn es bedeutet mit möglichst geringem Aufwand ein bestimmtes Versorgungsziel zu erreichen [2]. Um diesem Behandlungsauftrag von Patient und Gesellschaft nachzukommen, benötigen Ärzte für ihre Arbeit Wissen, das evidenzbasiert, für die Allgemeinmedizin relevant und frei von Interessen Dritter ist. Das Sponsoring von Fortbildungsveranstaltungen, ebenso wie Praxisbesuche von Vertretern der Industrie oder Krankenkassen tragen jedoch das Potenzial in sich, das (Verordnungs-)Verhalten von Ärzten zu beeinflussen [3]. Dieser Einfluss führt zu Fehlversorgung, verursacht unnötige Kosten und schadet unseren Patienten [4]. Wir schließen daraus:

1. (Haus)ärztliche Fortbildung sollte prinzipiell frei von Sekundärinteressen sein. Hausärztinnen und Hausärzte müssen auf ihre Unabhängigkeit achten.

Hausärzte sind als Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen dazu verpflichtet, den Ressourcenaufwand zur Erreichung eines bestimmten Behandlungsziels beim Patienten zu minimieren [5]. Leiten sie nur jene Maßnahmen ein, die unter medizinischen Gesichtspunkten indiziert sind – und hier, in einem zweiten Schritt, diejenigen, die bei gleichen Kosten ein identisches Ziel erreichen, dann spricht man in der Medizinethik von Rationalisierung [6]. Diese Forderung ist durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V demokratisch legitimiert und auch unter ethischen Aspekten geboten [6, 7]. Denn die in der Solidargemeinschaft zur Verfügung stehenden Mittel sind begrenzt. Kostenintensive Innovationen in den Bereichen Diagnostik und Therapie sowie eine zunehmende (und teure) Spezialisierung der Medizin tragen das Potenzial in sich, unser solidarisches Gesundheitssystem an

seine finanziellen Grenzen zu bringen. Um einem zukünftigen Mangel – sei es nun an medizinischem Personal, finanziellen, medikamentösen oder apparativen Ressourcen – weitest möglich entgegenzuwirken, gilt daher:

2. Für Hausärzte und ihre Praxisteams ist der verantwortungsvolle Umgang mit den finanziellen und personellen Ressourcen des Gesundheitssystems aus ethischer Sicht geboten. Rationalisierung medizinischer Leistungen, in Abstimmung mit dem Patienten, ist insbesondere eine hausärztliche Aufgabe.

Das korrekte Stellen einer medizinischen Indikation übernimmt in diesem Zusammenhang eine Schlüsselfunktion. Ärzte sollten vor dem Hintergrund des aktuell besten verfügbaren medizinischen Wissens (z.B. zum Nutzen einer Therapie), einer Bewertung dieser verfügbaren Daten und der besonderen Berücksichtigung der Individualität des Patienten, zwischen gerechtfertigten und nicht gerechtfertigten Maßnahmen entscheiden [7]. Die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten erfordert gegenseitiges Vertrauen, die Bereitschaft die Folgen einer Entscheidung gemeinsam zu tragen und die Vermittlung von Wissen in leicht verständlicher Sprache. Nur durch Letzteres ist der Patient in der Lage eine selbstbestimmte und wohlbegründete Entscheidung zu treffen. Autonomie darf hierbei nicht missverstanden werden als ein „Alleinlassen des Patienten“ mit der Last einer Ent-

scheidung. In medizinethischen Entscheidungsmodellen haben die Prinzipien der ärztlichen Fürsorge und des Nicht-Schadens einen gleich hohen Stellenwert [8]. Das impliziert Unter- oder Überversorgung zu vermeiden – auch wenn dies nicht immer dem initialen Wunsch des Patienten, z.B. nach Diagnostik, entspricht [9, 10]. Der Medizinethiker Giovanni Maio verweist in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung des Gesprächs und der Geduld [10]. Das Gespräch über die reine Informationsvermittlung hinaus ist bei Maio bereits eine Form der Zuwendung, eine ärztliche Handlung jenseits der Apparatemedizin. Die Geduld impliziert neben dem aufmerksamen Zuhören ein Handeln ohne Hast und das Vertrauen auf innere Reifungsprozesse des Patienten [10]. Die nicht durchgeführte technisch-apparative Maßnahme darf vom Patienten nicht als Zurückweisung, sondern muss im Gegenteil als Teil ärztlicher Fürsorge verstanden werden. Wir postulieren daher:

3. In der Hausarztpraxis gelangen wir gemeinsam mit unseren Patienten in einem komplexen, individuellen und interaktiven Prozess zu einer Entscheidung.

Ökonomisch verantwortungsbewusst zu handeln, indem man auf nicht-indizierte Maßnahmen verzichtet, ist ein ethisches Gebot. Anders verhält es sich, wenn ein betriebswirtschaftliches Kalkül medizinische Entscheidungen unsachgemäß beeinflusst, bzw. das medizinische Denken *überformt*. Ein typisches Beispiel ist

Ökonomisches Denken und Handeln: Ressourcenschonendes ärztliches Denken und Handeln, das verantwortungsbewusst mit den begrenzten finanziellen Mitteln im Gesundheitswesen umgeht. Ziel ist es, mit möglichst wenig Mitteln ein identisches Versorgungsziel zu erreichen, damit auch längerfristig ausreichend Ressourcen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung vorhanden sind. In der Medizinethik wird hierfür auch der Begriff der Rationalisierung gewählt. Rationalisierungsmaßnahmen gelten als weitgehend unstrittig, da sie rational begründet werden und dem Patienten keine (sinnvollen) Leistungen vorenthalten, ihn vielmehr ggf vor „schädlicher“ Medizin schützen [6].

Kommerzialisierung der Medizin: Ein betriebswirtschaftliches Kalkül beeinflusst medizinische Entscheidungen und die Arzt-Patienten-Beziehung unsachgemäß. Medizinisches Denken und Handeln wird durch Gewinnstreben oder dem Wunsch nach „mehr Wachstum“ überformt. In Diskussionen zur „Ökonomisierung der Medizin“ ist häufig Kommerzialisierung gemeint.

die Anschaffung eines technischen Gerätes in der Praxis, das daraufhin nicht aus medizinischen Gründen vermehrt zum Einsatz kommt, sondern damit es sich rentiert. Ein weiteres Beispiel sind Praxisbetreiber, die Angestellte zu einem bestimmten Verhalten lediglich zur Gewinnmaximierung anhalten. In beiden Fällen können wir von einer Kommerzialisierung oder kommerzialisierter Medizin sprechen. Die ärztliche Fürsorge tritt hinter dem Gewinnstreben zurück. Die Basis der Arzt-Patienten-Beziehung aber ist das gegenseitige gewachsene Vertrauen. Der Patient muss vertrauen können, dass sein Wohlergehen im Zentrum der Beratung steht.

Die Einführung sogenannter Selbstzahlerleistungen oder Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) 1998 durch die Politik bot für Niedergelassene die Möglichkeit, Leistungs- und Honorarkürzungen (z.B. durch Budgetierung) auszugleichen [11]. Es war eine politische Entscheidung, getragen von der Ideologie des Neoliberalismus, dass Ärzte stärker kaufmännisch agieren und zusätzlich zum Angebot der gesetzlichen Krankenkassen ein Portfolio an Selbstzahlerleistungen offerieren (können). Die Mehrheit der Versicherten sehen IGeL jedoch kritisch [11]. Die Einführung von IGeL hat der Kommerzialisierung in der ambulanten Versorgung Vor Schub geleistet [11, 12]. Ein Arzt, der sich nicht mehr als fürsorglicher Begleiter, sondern lediglich als Anbieter von Dienstleistungen, vielleicht sogar als Verkäufer von diversen medizinischen Angeboten, versteht, riskiert das Vertrauen des Patienten zu verlieren. Aus der ursprünglichen Vertrauensbeziehung wird ein merkantiles Tauschgeschäft: medizinische Dienstleistung gegen Geld. Auf den ersten Blick mag dies für den Patienten sogar Vorteile haben: mehr Service, mehr Produkte zur Auswahl, vielleicht sogar die Wahl zwischen unterschiedlichen Anbietern. Arztkontakte wahlweise analog oder digital, vormittags oder spät am Abend, mit Wunsch-Sonografie oder Vitamin Spiegel – eine Medizin für besorgte gesunde Konsumenten. Zusatzleistungen buchbar wie bei einem Pauschalurlaub. Aber wieviel Vertrauen

darf ein Kunde eigentlich einem Verkäufer schenken? Verbindet Arzt und Patient noch die Sicherheit gemeinsam im Interesse des Patienten zu agieren, so interessieren sich Kunde und Dienstleister lediglich jeweils für den eigenen Vorteil. Zu Recht misstrauen Kunden Verkäufern. Es ist ihnen anzuraten an anderer Stelle das „bessere“ Angebot zu prüfen. Vertrauen und Kontinuität, als Eckpfeiler hausärztlichen Arbeitens, sind mit der Umdeutung der Arzt-Patienten-Beziehung in eine Dienstleister-Kunden-Beziehung in Gefahr. Hiermit zerstören wir die Basis unserer Arbeit. Es lässt sich somit ableiten:

4. Wenn das Streben nach finanziellem Gewinn medizinische Entscheidungen beeinflusst, dann wird die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung zerstört und in eine Dienstleister-Kunden-Beziehung umgedeutet. „Gute“ Medizin und Kommerzialisierung schließen sich aus.

Makroebene: Das System – gestaltet durch die Politik

Für eine „gute“ Gesundheitsversorgung benötigen wir nicht nur ökonomisch-verantwortlich handelnde Ärzte – auch die anderen Akteure und Entscheidungsträger im Gesundheitssystem müssen Verantwortung übernehmen. Es muss allen im Gesundheitssystem Aktiven ein Anliegen sein, verantwortungsvoll mit den begrenzten Ressourcen umzugehen. Dazu gehören auch die personellen Ressourcen. In der Hausarztpraxis müssen wir als Ärzte autonome Entscheidungen treffen können, beispielsweise bei der Verschreibung von Medikamenten oder bei der Attestierung von Arbeitsunfähigkeit. Es wäre fatal, wenn Ärzte sich bei jedem Kontakt bezüglich einer Kostenübernahme bei den Krankenkassen rückversichern müssten. Einheitliche Formulare und Prozessabläufe, oft als Bürokratie geächtet, sind nötig um einerseits diese ärztliche Autonomie sicherzustellen, zu legitimieren und zu „formalisieren“, aber auch um andererseits vor Machtmissbrauch ärztlicher Autonomie oder seitens der Krankenkassen zu schützen. Dennoch ist es eine grundsätzlich anzuerkennende Aufgabe von Krankenkassen und Politik durch Regelun-

gen einer Ressourcenverschwendung entgegen zu wirken. Bürokratie muss sinnvoll, angemessen und zielgerichtet sein. Dabei sind auch sinnvolle Entscheidungen zu medizinischen Leistungsbegrenzungen, die weniger populär sind, von Politikern öffentlich zu vertreten. Politische Forderungen nach mehr „Servicequalität“ in Arztpraxen fördern dagegen die Umdeutung von mündigen Patienten in arztabhängige Konsumenten. Ein mündiger Patient darf und muss (siehe §1 SGBV) auch in der Lage sein, sich – bis zu einem gewissen Grad – selbst zu helfen. Unser Gesundheitssystem gerät sonst rasch an die Grenzen seiner Möglichkeiten. Medizinethiker, wie Georg Marckmann, plädieren für einen öffentlichen Diskurs zum Thema der Rationierung und Priorisierung. Marckmann gibt einer pluralistischen Strategie, die die explizite Priorisierung mit pragmatischen und leicht anwendbaren Steuerungsinstrumenten kombiniert, den Vorzug [13]. Hierfür benötigt es Politiker, Ärzte- und Patientenvertreter sowie Vertreter der Krankenkassen, die bereit sind eine notwendige und sinnvolle Steuerung der Qualitätssicherung und Kostenkontrolle im Gesundheitssektor zu diskutieren und zu vertreten. Anstelle von Diskussionen zu mehr Servicequalität in Arztpraxen fordern wir daher:

5. Die Begrenztheit finanzieller und personeller Ressourcen in der Basisversorgung muss allen Akteuren im Gesundheitssystem bewusst sein und durch entsprechende Umorganisation des Gesundheitswesens zu einem wirklichen Gesundheitssystem führen. Die Priorisierung medizinischer Leistungen ist eine Aufgabe der Politiker, Ärzte, Wissenschaftler, Patientenvertreter und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen, der sie gemeinsam und öffentlich nachkommen müssen.

In einem Gesundheitssystem, das diesen Namen verdient, steht der Hausarzt „seinen“ Patienten bei allen Fragestellungen in erster Instanz zur Verfügung. Hausärzte koordinieren Maßnahmen und Interventionen, sind Berater, Vertraute und Anwälte ihrer Patienten. Daneben gibt es ein zweites vertragliches Verhältnis, das

zwischen Krankenkasse und Arzt. Letzterer verwaltet darin die finanziellen Ressourcen im Auftrag und Interesse der Gesellschaft. In diesem Spannungsfeld findet Allgemeinmedizin statt. In unserem aktuellen Gesundheitssystem kann der Hausarzt beiden Rollen nur eingeschränkt nachkommen. In einem Primärarztssystem ist der Hausarzt erste Anlaufstelle für alle Belange des Patienten und koordiniert weitere Maßnahmen. Nur dort kann er seiner Lotsenfunktion nachkommen, medizinisch-rationale Entscheidungen gemeinsam mit dem Patienten treffen, Über- und Unterversorgung verhindern und eine oft lebenslange, therapeutisch tragfähige Beziehung aufbauen. Die Möglichkeit der ungerichteten Inanspruchnahme aller Versorgungsebenen ist nicht nur unter ökonomischen Aspekten abzulehnen. Im jetzigen Versorgungssystem kann die gemeinsam getroffene Entscheidung jederzeit und ohne Rücksprache mit dem Hausarzt vom Patienten revidiert werden, indem er sich direkt beim spezialisierten Facharzt vorstellt. In vielen Fällen erfährt der behandelnde Hausarzt nicht oder erst zu einem späteren Zeitpunkt von Untersuchungen, von denen er eigentlich abgeraten hat oder die nie diskutiert wurden. Auf der Ebene der Arzt-Patienten-Beziehung wird hierdurch das wechselseitige Vertrauen erodiert. Ein Nutzen ist – weder für den Patienten noch für die Gesellschaft – erkennbar. Hausärzte müssen als Primärversorger die Hauptversorgungsebene darstellen. Nur bei entsprechender Indikation sollte eine Behandlung auf der sekundären oder tertiären Versorgungsebene stattfinden [4, 14]. Die Umgestaltung des Gesundheitswesens in ein solches Gesundheitssystem ist nicht nur unter medizinischen, sondern auch unter ökonomischen Aspekten sinnvoll [15]. Auf diese Weise lässt sich nachhaltig der Fortbestand einer „guten“ medizinischen Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen sichern. Deshalb:

6. Für eine unter medizinischen und ökonomischen Aspekten sinnvolle Medizin benötigen wir die Einführung eines hausärztlichen Primärversorgungssystems.

Doch nicht nur das System der Zusammenarbeit, indem wir arbeiten, ist entscheidend, sondern auch das der Honorierung. Einzelvergütungen oder die übermäßige Honorierung technisch-apparativer Leistungen bergen die Gefahr von Fehlanreizen. Quartalsunabhängige Pauschalen sind eine von mehreren Möglichkeiten Über-, Unter- und Fehlversorgung zu reduzieren. Deshalb fordern wir:

7. Wir benötigen in der ambulanten Versorgung ein Vergütungssystem, das Fehlanreize minimiert.

Ein Vergütungssystem, das auf Pauschalen basiert, trägt das Potenzial in sich, dass wegen der fehlenden Vergütung auf nicht-indizierte Maßnahmen ohne Honorarverlust verzichtet werden kann. Zudem könnte es den Abbau nicht sinnvoller Bürokratie (z.B. im Bereich Abrechnung) fördern. Durch ein Vergütungssystem, das alleine auf Pauschalen basiert, kann die Versorgungsqualität durch mangelnde monetäre Anreize jedoch auch zurückgehen. Diese Form der Versorgung erfordert deswegen ein hohes Maß an ärztlicher Professionalität und intrinsischer Motivation bei der Krankenversorgung [16]. Die Einführung von z.B. Jahrespauschalen ist folglich kein Garant für gute Medizin. Sie kann nur *ein* Baustein von vielen sein.

In Deutschland sind die wesentlichen Steuerungsinstrumente für prinzipiell unternehmerisch frei tätige Ärzte ein Mix aus finanziellen Anreizen und finanziellen Sanktionen. Nach der Feldtheorie des französischen Soziologen Pierre Bourdieu werden Entscheidungen in einem sozialen Feld, also beispielsweise in der Medizin, in einem Spannungsfeld zwischen zwei Polen getroffen [17]. Danach gibt es einerseits den autonomen Pol, der eine Entscheidung nach den Regeln der ärztlichen Kunst nahelegt und andererseits den ökonomisch-orientierten Pol, an dem der Arzt eine Entscheidung z.B. nach der Höhe des Erlöses oder seiner Kosten trifft [18]. Der autonome Pol beschreibt die Motivation, stets das Beste für einen Patienten zu wollen und diesem Wollen ggf. eigene Interessen unterzuordnen. Er entspricht der ärztlichen Professionalität

[16]. Wenn aber finanzielle Anreize oder Sanktionen statt ärztlicher Professionalität zum maßgeblichen Steuerungsinstrument in der Gesundheitsversorgung gemacht werden, führt dies zu der bereits erwähnten Überformung des Denkens oder anders formuliert zu einem *brainshift*. Er bedeutet, dass Ärzte sich bei Entscheidungen immer mehr am ökonomisch-orientierten und immer weniger am autonomen Pol orientieren. Wir schließen daraus:

8. Im deutschen Gesundheitswesen benötigen wir anstelle monetärer Anreize und Sanktionen alternative Steuerungselemente im Sinne eines schon im Studium beginnenden Verständnisses für die Aufgaben einer Profession bis hin zur Sanktionierung eines merkantilen und damit unprofessionellen Verhaltens.

Eine Möglichkeit hierfür wären ambulante Peer Reviews oder auch Feedback-Mechanismen, wie bei Pharmakotherapiezentren, in denen das eigene Verordnungsverhalten in der Peer Group reflektiert wird. Dies wird jedoch nicht ausreichen. Wir müssen Aus-, Weiter- und Fortbildung überdenken. Stets gehen wir von ärztlicher Professionalität und einem inneren Arztethos aus. Aber wo wird uns dieses ärztliche Ethos vermittelt? An welcher Stelle unserer Ausbildung erhalten wir es? Gute Medizin erfordert moralisches (Selbst-)Bewusstsein, die Fähigkeit zur ethischen Reflexion, ein hohes Maß an Professionalität, also eine ärztliche Haltung. Man muss diese Haltung in Aus-, Weiter- und Fortbildung im Austausch mit anderen entwickeln. Eine Möglichkeit wäre die Einführung von Professionalisierungskursen im Medizinstudium. In der Weiterbildung könnte ein Pilotprojekt aus Bayern Vorbild sein: Am dortigen Kompetenzzentrum werden im Einzelmentoring auf der Basis der Vier-Prinzipien-Ethik ethisch herausfordernde Fälle mit den Ärzten bearbeitet. In allgemeinmedizinischen Fachzeitschriften könnten ethisch-komplexe Kasuistiken besprochen und diskutiert werden. Wünschenswert wären zudem ethische Fallbesprechungen in den Qualitätszirkeln oder Workshops, in denen Grundbegriffe

der Medizinethik vermittelt und eigene Fälle diskutiert werden. Wir schließen daraus:

9. Gute Medizin erfordert moralisches (Selbst-)Bewusstsein, die Fähigkeit zur ethischen Reflexion, ein hohes Maß an Professionalität – kurz: eine professionelle ärztliche Haltung. Diese sollte in Aus-, Weiter- und Fortbildung vermittelt werden.

Der medizinische Nachwuchs strebt auch in der Allgemeinmedizin immer mehr nach einer Tätigkeit im Angestelltenverhältnis. Das Gehalt angestellter Ärzte ist meist nicht wesentlich an Leistungen gekoppelt. Dafür sind sie einer kaufmännischen Leitung unterworfen, die sich, selbst wenn es sich gleichzeitig um Ärzte handelt, naturgemäß an einer ökonomischen Logik orientiert. Kaufleute haben andere Aufgaben und einen anderen ethischen Bezugsrahmen als Ärzte. Ordnet ein Ökonom individuelle Patienteninteressen der Gewinnmaximierung unter, so handelt er in seinem ethischen Bezugsrahmen durchaus korrekt. Ein Arzt dagegen würde gegen seine moralische Verpflichtung gegenüber dem einzelnen Patienten verstoßen.

Der Arzt und Medizinkritiker Victor Montori fordert in einem ersten Schritt, sich der Industrialisierung der Gesundheitsversorgung entgegenzustellen und stattdessen die Aspekte Fürsorge und Arzt-Patienten-Beziehung zu priorisieren [19]. Er prangert die Gier von Akteuren und Investoren im Gesundheitssystem an [19]. Wir – und mit uns engagierte Politiker – müssen einschreiten, wenn Investoren unser Gesundheitssystem nur als profitablen Wirtschaftszweig betrachten. Betriebswirtschaftliche Algorithmen in MVZs und eine Industrialisierung der Medizin haben nicht das Patientenwohl im Fokus, sondern Gewinnmaximierung auf der Basis von Einnahmevermehrung, Kostenreduktion und Zeitersparnis. Patienten müssen jedoch, egal in welchem Kontext ärztliches Arbeiten stattfindet, darauf vertrauen können, dass ärztliche Entscheidungen sich an ihrem Wohl und nicht vorrangig an zu erzielenden Gewinnen orientieren [2]. Wir stellen fest:



Dr. med. Sandra Blumenthal ...

... ist als angestellte Fachärztin für Allgemeinmedizin in einer inhabergeführten Hausarztpraxis in Potsdam tätig. Sie wurde mit einer Arbeit zur Fach- und Institutionalisierungsgeschichte der Gerontologie in Deutschland am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin in Erlangen (Lehrstuhl Ethik) promoviert. Sie setzt sich – wie ihre Mitautoren auch – (gerne) praktisch und theoretisch mit den ethischen Herausforderungen in der Allgemeinmedizin auseinander.

Foto: PHOTOGRAFIC Berlin

10. Kapitalwirtschaftliche Rentabilitätslogik folgt nicht moralischen, sondern kommerziellen Gesetzen [5]. In der Gesundheitsversorgung brauchen wir deshalb eine gesetzliche oder professionelle Regulierung kommerzieller Interessen, um sie aus ärztlichen Entscheidungen heraus zu halten.

Kommen wir auf den Titel unseres Aufsatzes zurück: Welche Ökonomie verträgt „gute“ Medizin? Wir meinen: einerseits erfordert gute Medizin einen verantwortungsvollen Umgang mit den Ressourcen im Gesundheitswesen. Folglich erfordert gute Medizin ökonomisch verantwortliche handelnde Ärzte. Andererseits muss die Kommerzialisierung des deutschen Gesundheitswesens unterbunden werden, denn diese zerstört auf lange Sicht nicht nur die Arzt-Patienten-Beziehung auf der individuellen Ebene, sondern auch eine solidarische, auf Fürsorge und Gerechtigkeit aufbauende Gesundheitsversorgung. In Artikel 25 der UN-Menschenrechtscharta ist das Recht auf bestmögliche Gesundheit festgeschrieben. Die Kommerzialisierung der Medizin bedroht jedoch dieses Recht, denn sie verändert unser Gesundheitssystem längerfristig in einen Gesundheitsmarkt. Es ist an

uns allen, sich dem entgegenzustellen. Die Krankenversorgung gehört zu den sensibelsten Bereichen unserer Gesellschaft. Sie bedarf eines besonderen Schutzes durch entsprechende gesetzliche Regelungen und durch ein professionelles Berufsethos. Die Gesundheitsversorgung darf nicht vor allem ökonomische Interessen befriedigen, sondern das Gegenteil ist der Fall: Industrie und Ökonomen sind dem Gesundheitssystem gegenüber verpflichtet, ihren Nutzen für den Patienten nachzuweisen.

Zusammenfassung der Kernthesen

1. Für Hausärzte ist ökonomisches Denken und Handeln wünschenswert, denn es bedeutet mit möglichst geringem Aufwand ein bestimmtes Versorgungsziel zu erreichen.
2. Ökonomisch verantwortliches Handeln ist auch aus ethischer Perspektive geboten, denn die finanziellen, aber auch personellen Ressourcen im deutschen Gesundheitssystem sind begrenzt.
3. Hiervon zu unterscheiden ist die Kommerzialisierung der Medizin, also das reine Gewinnstreben, welches das Potenzial in sich trägt, das Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung zu zerstören und finanzielle Ressourcen in der Gesundheitsversorgung verschwendet.
4. Für eine „gute“ und auch unter ökonomischen Aspekten ressourcenschonende Allgemeinmedizin benötigen wir einen Systemwandel hin zu einem hausärztlichen Primärärztsystem mit kontaktunabhängigen Jahrespauschalen. Anstelle finanzieller Anreize und Sanktionen müssen Elemente der ärztlichen Professionalität eine Steuerfunktion in der ambulanten Versorgung übernehmen und ihren Platz in Aus-, Weiter- und Fortbildung finden.

Interessenkonflikte:

SB hat Vortragshonorare und Reisekosten vom Institut für hausärztliche Fortbildung und Honorare für Kommentare in der Zeitschrift „Der Hausarzt“ erhalten. Die weiteren Autoren geben keine Interessenkonflikte an.

Literatur

- Nothacker M, Busse R, Elsner P, et al. Medizin und Ökonomie – Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung. www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Medizinische_Versorgung/20181205_Medizin_und_%C3%96konomie_AWMF_Strategiepapier_V1.0mitLit.pdf (letzter Zugriff am 27.07.2020)
- Kühn H. Ärztliche Tätigkeit im kommerzialisierten Krankenhaus. In: Klinker S, Kadmon M (Hrsg.). Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert. Profession oder Dienstleistung. Berlin: Springer Verlag, 2018: 159–89
- De Jong C, Aguilar T, Tseng C-W, Lin G, Boscardin J, Dudley A. Pharmaceutical industry-sponsored meals and physician prescribing patterns for medicare beneficiaries. *JAMA Intern Med* 2016; 176: 1114–22
- Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, et al. Drivers of poor medical care. *Right care* 3. *Lancet* 2017; 390: 178–80
- Hockerts HG. Vom Wohlfahrtsstaat zum Wohlfahrtsmarkt? Privatisierungstendenzen im deutschen Sozialstaat. In: Frei N; Süß D (Hrsg). Privatisierung. Idee und Praxis seit den 1970er Jahren. Göttingen: Wallstein Verlag, 2012: 70–87
- Wiesing U, Marckmann G. Freiheit und Ethos des Arztes. Herausforderungen durch evidenzbasierte Medizin und Mittelknappheit. Freiburg: Verlag Karl Alber, 2009
- Bundesärztekammer. Stellungnahme der Bundesärztekammer. Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung. www.bundesaerzte-kammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/Stn_Medizinische_Indikationsstellung_und_Oekonomisierung.pdf (letzter Zugriff am 18.08.2020)
- Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 6. Aufl. Oxford: Oxford University Press, 2009
- www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S2-Leitlinien/053-045%20Schutz%20vor%20Ueber-und%20Unterversorgung/053-0451_S2e_SchutzvorUeberund-Unterversorgung.pdf (letzter Zugriff: 24.08.2020)
- Maio G. Werte für die Medizin: Warum die Heilberufe ihre eigene Identität verteidigen müssen. München: Kösel Verlag, 2018
- www.igel-monitor.de/fileadmin/Downloads/Presse/2018_05_03_PK_IGEL-MONITOR/18_05_03_IGEL-Report_2018_Ausfuhrlicher_Bericht.pdf (letzter Zugriff am 18.08.2020)
- www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/IGEL-_DEGAM_Positionspapier_2007.pdf (letzter Zugriff am 18.08.2020)
- Marckmann G. Priorisierung im Gesundheitswesen: Was können wir aus den internationalen Erfahrungen lernen? *Z Evid Fortb Qual Gesundh wesen* 2009; 103: 85–91
- Donner-Banzhoff N. Die Zukunft der Primärversorgung. *Z Allg Med* 2009; 89: 234–9
- Hansen J, Groenewegen PP, Kringos DS. Strength of primary care and health outcomes for chronically ill people: results from 27 EU Member States. *Health Aff* 2015; 34: 1531–7
- Casalino LP, Khullar D. Value-based purchasing and physician professionalism. *JAMA* 2019; 322: 1647–8
- Volkman U. Gesellschaftliche Ökonomisierung und die Gegenkräfte. Ein differenzierungstheoretischer Bezugsrahmen. In: Graf R (Hrsg). Ökonomisierung. Debatten und Praktiken in der Zeitgeschichte. Göttingen: Wallstein Verlag, 2019: 29–54
- Gerlinger T, Mosebach K. Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik. In Böhlke N, Gerlinger T, Mosebach K, Schmucker R, Schulten T (Hrsg). Privatisierung von Krankenhäusern. Hamburg: VSA Verlag Hamburg, 2009: 10–40
- Montori V. Why we revolt: a patient revolution for careful and kind care. Rochester: The Patient Revolution, 2017

Korrespondenzadresse

Dr. med. Sandra Blumenthal
Alt Nowawes 110
14482 Potsdam
sandra.blumenthal@web.de



DEGAM-NEWSLETTER

Immer gut informiert

Seit einigen Jahren verschickt die DEGAM-Bundesgeschäftsstelle exklusiv an die Mitglieder den E-Mail-Newsletter DEGAM aktuell. Dieser Informationsdienst beinhaltet Neuigkeiten aus dem Präsidium, den Sektionen und Arbeitsgemeinschaften sowie der Leitlinien-Geschäftsstelle und der JADE. Auch aktuelle Mitteilungen zu den Rubriken Personalien, Veranstaltungen und Stellenausschreibungen finden sich im Newsletter. Die bisher versandten Ausgaben können im passwortgeschützten internen Bereich unter

www.degam.de

eingesehen werden. Sind auch Sie an den aktuell in der DEGAM diskutierten Themen und Entwicklungen interessiert? Schicken Sie einfach eine E-Mail mit dem Betreff „DEGAM aktuell“ an: geschaeftsstelle@degam.de