Medizinethik und Ökonomie im Krankenhaus – die Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Ergebnisse einer qualitativen Studie

Karl-Heinz Wehkamp

Eingegangen: 26. Mai 2020 / Angenommen: 13. November 2020 / Online publiziert: 10. Dezember 2020
© Der/die Autor(en) 2020

Zusammenfassung In einer qualitativen Interviewstudie zur Situation und zu Veränderungen in deutschen Krankenhäusern berichteten GeschäftsführerInnen und ÄrztInnen übereinstimmend von hohem und zunehmendem Druck, mittels der medizinisch-pflegerischen Leistungen Gewinne machen zu müssen. Während die GeschäftsführerInnen dabei jedoch bei patientenbezogenen ärztlichen Entscheidungen keine ethischen Konflikte sahen, berichteten ÄrztInnen von erheblichen Verletzungen des ärztlichen Ethos. Während die GeschäftsführerInnen erklärten, sie würden von den ÄrztInnen „ethisch korrektes Entscheiden“ erwarten, berichteten ÄrztInnen, dass die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen untergrüben, indem betriebswirtschaftliche Interessen die Medizin korrumpierten. Entscheidungen zur stationären Aufnahme, zur Wahl der Behandlungsprozesse und zur Entlassung der PatientInnen seien in zunehmendem Maße an wirtschaftlichen Interessen des Hauses und damit nicht allein an den medizinischen Bedarfen der PatientInnen orientiert. GeschäftsführerInnen bewerteten die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen hoch, während ÄrztInnen diese als deutlich eingeschränkt bezeichneten. Die Ergebnisse verweisen auf ungelöste Konflikte zwischen Medizinethik und „Ökonomie“. Organisationsethik ist zur Vermittlung auf der Ebene der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens insgesamt gefordert. Sie muss sich darüber hinaus mit der Wissensproduktion im Feld der Versorgungs- und Qualitätsforschung kritisch auseinandersetzen.

Schlüsselwörter Ärztliche Entscheidungen · Ökonomisierung im Krankenhaus · Ethikkonflikte im Krankenhaus · Organisationsethik · Gouvernamentalität

Prof. Dr.rer.pol. Dr. med. K.-H. Wehkamp (✉)
SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen, Unicom-Gebäude,
Mary-Somerville-Straße 3, 28359 Bremen, Deutschland
E-Mail: karl.wehkamp@uni-bremen.de

Medical ethics and economics in hospitals—the chasm between expectation and reality. Results from a qualitative study

Abstract

Definition of the problem In a qualitative interview study on the situation and changes in German hospitals, managing directors and physicians unanimously reported high and increasing pressure to make profits through medical care. However, their views on the ethical dimensions of this problem differ considerably.

Arguments While the managing directors did not see any ethical conflicts in patient-related medical decisions, physicians reported substantial violations of medical ethics. The managing directors expected physicians to make “ethically correct decisions”, while physicians stated that their working conditions undermined the independence of medical decisions by allowing business interests to corrupt medicine, e.g., decisions on inpatient admissions, the choice of treatment, and patient discharge are increasingly oriented toward the economic interests of the hospitals and not only to the medical needs of the patients.

Results Managing directors rated medical decisions to be highly independent, while physicians describe themselves as being clearly limited. These findings indicate unresolved conflicts between medical ethics and “economics”. Organizational ethics needs to mediate at the level of hospitals and the health care system as a whole. Moreover, it must critically examine knowledge creation in the field of care and quality research.

Keywords Medical decisions · Economization in hospitals · Ethical conflicts in hospitals · Organizational ethics · Governmentality

Hintergrund und Erkenntnisinteresse

Demografischer Wandel und Fortschritte der Medizin erklären die statistisch nachweisbare Zunahme stationär behandelter Fälle und den Anstieg des Schweregrads ihrer Erkrankungen nicht hinreichend. Diese Einschätzung des Gesundheitsökonomen Heinz Naegler¹ begründete sein Motiv für eine tiefergehende Studie, in der auch andere mögliche Hintergründe erforscht werden sollten. Eine in vielen Ethikprojekten und Diskussionsrunden beobachtete und dokumentierte wachsende Kluft zwischen hohen Qualitätsansprüchen und erlebter Wirklichkeit, zwischen Führungs- bzw. Entscheidungsebenen einerseits und der Erfahrungswelt der unmittelbar an der Patientenversorgung beteiligten ÄrztInnen und Pflegenden andererseits sowie die Wahrnehmung einer wachsenden, diffusen Unzufriedenheit mit den Bedingungen medizinisch-pflegerischer Arbeit im Krankenhaus bildeten das Motiv des Autors dieses Artikels, ebenfalls nach den Hintergründen der beobachteten Entwicklungen

¹ Heinz Naegler, Prof. für Krankenhausmanagement an der Hochschule für Wirtschaft und Politik Berlin sowie langjähriger Direktor mehrerer Krankenhäuser, u. a. der Wiener Krankenanstalten, Karl-Heinz Wehkamp, Soziologe und Facharzt, Prof. für Gesundheitswissenschaften an der HAW Hamburg und Universität Bremen.

zu fragen. Beide Autoren verständigten sich 2014 auf ein gemeinsames Forschungsprojekt, in dem GeschäftsführerInnen und ÄrztInnen zu Wort kommen (Naegler und Wehkamp 2018). Von Anbeginn war es uns wichtig, sowohl medizinische als auch ökonomische Aspekte zu berücksichtigen und die Sichtweise der für die unmittelbare Patientenversorgung Verantwortlichen ebenso zu erfahren als auch die Erfahrungen und Einschätzungen jener, die im Krankenhausmanagement die Verantwortung für die wirtschaftliche Existenzsicherung des Unternehmens tragen. Im Hintergrund stand die Hypothese, dass die finanziellen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser vermittelt über betriebswirtschaftliche Notwendigkeiten Einfluss nehmen auf patientenbezogene ärztliche Entscheidungen.

Unsere Fragestellungen bezogen sich auf ein Phänomen, das aus rechtlicher und ethischer Sicht nicht sein darf, da die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen in unserer Gesellschaft als hohes Gut betrachtet wird. Aus diesem Grund wurde die Studie um allgemeine Fragen nach erlebten Veränderungen im Krankenhausbetrieb herum aufgebaut und erst in einem späteren Schritt in Richtung möglicher „Ökonomisierungseffekte“ konkretisiert, nachdem die Pilotinterviews diese Spur gelegt hatten.

Es gelang uns nicht, für unsere Studie Unterstützung durch Drittmittel zu bekommen, obwohl uns die Wichtigkeit und Brisanz der Thematik immer wieder versichert wurde. Am Ende waren wir froh darüber, uns durch eine vollständige Durchführung mit Eigenmitteln die wissenschaftliche Unabhängigkeit erhalten zu können.

Der vorliegende Beitrag fasst die Ergebnisse unserer Studie zusammen und skizziert die starken Reaktionen in der Fachwelt sowie der Öffentlichkeit. Sie betont den Einfluss der Krankenhausfinanzierung auf die Praxis der klinischen Medizin und das Erfordernis neuer Konzepte.

Die Methodenwahl

Die Hoffnung, durch statistisch-korrelative Auswertung großer Datenmengen hinreichende Antworten auf die Frage nach den Gründen der Zunahme von Krankenhausbehandlungen und der Schweregrade der Diagnosen zu bekommen, teilten wir Autoren nicht, auch deshalb, weil bereits durchgeführte Studien keine befriedigenden Ergebnisse gebracht hatten. Wir entschieden uns für ein sozialwissenschaftlich erprobtes qualitatives Forschungsdesign in Anlehnung an die „Grounded Theory“ von Glaser und Strauss (1998), ergänzt durch einen Methodenpluralismus, wie er insbesondere in der Soziologie Bourdieus (Bourdieu und Wachquant 1992) praktiziert wird. Wichtig war uns, dass die Stimmen der Akteure hörbar werden, die wir auf den Fachtagungen der sog. Entscheider weitgehend vermisst hatten. Leitfaden gestützte Interviews bildeten dementsprechend den Kern unserer Studie. Der Leitfaden selbst entstand aus den Aussagen der vorgeschalteten Pilotinterviews, in denen nur fünf Fragen zur Beschreibung der Arbeitssituation und Problemfelder im Krankenhaus gestellt worden waren. Beide Interviewphasen waren indes explorativ angelegt, so dass im Gespräch die von den Probanden für wichtig erachteten Themen nach Bedarf weiter verfolgt werden konnten. Wir arbeiteten also im Unterschied zu statistischen Studien nicht mit vorgefertigten Kategorien, sondern entwickelten diese

aus dem protokollierten Material. Die aus den Pilotinterviews destillierten Aussagen der Probanden wurden nach Häufigkeit, Gewicht und Plausibilität geordnet und als Fragen den Probanden der Leitfadeninterviews sowie als Hypothesen in den Werkstattgesprächen zur Stellungnahme vorgestellt.

Weiteres Material wurde in insgesamt vier Vortrags- und Diskussionsveranstaltungen mit führenden Persönlichkeiten des deutschen Gesundheitswesens in Berlin und Bremen sowie in drei Fokusgruppen an Krankenhäusern und einem Workshop mit ÄrztInnen und GeschäftsführerInnen generiert. Hier wurden die sich abzeichnenden Kernaussagen unserer Untersuchung vorgestellt und kritisch diskutiert.

Insgesamt wurden 22 Pilotinterviews, 41 Leitfadeninterviews, 3 Fokusgruppen mit 22 Teilnehmern, 1 Werkstattgespräch mit 12 Teilnehmern, eine gezielte Expertenbefragung von je 5 GeschäftsführerInnen und ÄrztInnen sowie 5 öffentliche Veranstaltungen mit insgesamt ca. 400 Teilnehmern durchgeführt und ausgewertet. Es wurden Kliniken aller Versorgungsstufen und Trägerschaften in fast allen Bundesländern einbezogen. Bei den ÄrztInnen wurden Assistenz-, Fach-, Ober- und ChefärztInnen beider Geschlechter berücksichtigt. Psychiatrische Kliniken und Krankenhäuser der Berufsgenossenschaften wurden nicht berücksichtigt.

Ergebnisse

Positionen der GeschäftsführerInnen und ÄrztInnen – Differenzen und Übereinstimmungen

GeschäftsführerInnen wie ÄrztInnen bestätigten den hohen wirtschaftlichen Druck, der besonders seit Einführung der Fallpauschalen auf den Krankenhäusern lastet. Nach ihren Aussagen müssen Verluste vermieden und Gewinne erwirtschaftet werden, um die Investitionsbedarfe meistern zu können und um Insolvenzen abzuwenden. Da die Bundesländer ihren gesetzlichen Auftrag zur Finanzierung der Investitionen nur noch gut zur Hälfte tragen, müssen die Erlöse aus der Krankenversorgung mit herangezogen werden. Das Betriebsergebnis verlange eine Orientierung der Versorgungsleistung an gewinnträchtigen Diagnosen und an einem möglichst hohen Case-Mix-Index, der den durchschnittlichen Schweregrad der behandlungsbedürftigen Erkrankung abbildet. Das Leistungsspektrum des Hauses sei durch das Management entsprechend anzupassen.

Da der Großteil der Ausgaben durch Personalkosten entstehe, sei zudem darauf zu achten, dass die Personaldecke auf das Maß des Nötigen ausgerichtet wird. Die Materialbeschaffung müsse kostengünstig sein, die Arbeitsabläufe seien möglichst effektiv zu gestalten. Alle Formen von Verschwendung der knappen wirtschaftlichen Ressourcen seien zu verhindern. Das Wirtschaftlichkeitsgebot sei zwar im Prinzip nicht neu, aber der Zwang zur Erwirtschaftung von Gewinnen sei deutlich verschärft worden. Während die GeschäftsführerInnen ihre Strategien ausführlich erläuterten und zugleich ihren Wunsch nach ethisch einwandfreier Medizin betonten, sprach die Mehrheit der befragten ÄrztInnen von einer Zunahme von Verstößen gegen die Prinzipien der Medizinethik. Das Patientenwohl werde zugunsten des wirtschaftlichen

Ergebnisses des Unternehmens Krankenhaus zunehmend zurückgestellt, in vielen Fällen auch zum Schaden der PatientInnen.

Während die GeschäftsführerInnen mehrheitlich die Unabhängigkeit ärztlicher patientenbezogener Entscheidungen beteuerten, sprachen die ÄrztInnen von einer deutlichen und zunehmenden Tendenz der Ausrichtung medizinischer Entscheidungen an betriebswirtschaftlichen Zielen. Die damit verbundenen negativen Auswirkungen auf die Versorgung und Sicherheit der PatientInnen sowie auf die physische und moralische Belastung des medizinisch-pflegerischen Personals wurden an teilweise erschreckenden Beispielen ausgeführt.

Bezogen auf die Realität der Patientenversorgung zeigten die Interviews und die Workshops mit ÄrztInnen und GeschäftsführerInnen eine konstant unterschiedliche Sichtweise. Die Mehrheit der GeschäftsführerInnen betonte den Anspruch hoher ethischer Standards, gab aber zugleich zu, man wisse nicht so genau, wie die ÄrztInnen entscheiden würden. Die Mehrheit der ÄrztInnen sprach von einem hohen und in der Tendenz zunehmenden Grad betriebswirtschaftlicher Einflüsse auf ihre Entscheidungen in Bezug auf Aufnahme, Behandlung und Entlassung der PatientInnen aus den Kliniken. Die unterschiedlichen Sichtweisen von Management und ÄrztInnen zeigten sich bei nahezu allen Themen und ließen sich auch in den Workshops nicht auflösen. Mängel an Information, Austausch und Kommunikation sind nicht zu übersehen.

Ökonomisierung findet statt, nicht durchgehend, aber in der Wahrnehmung der ÄrztInnen häufig und mit zunehmender Tendenz

Patientenbezogene und unternehmerische Entscheidungen sind nicht nur an den Individualinteressen der PatientInnen, sondern auch an betriebswirtschaftlichen Zielen ausgerichtet. Als betriebswirtschaftliche Vorgaben werden von ÄrztInnen und GeschäftsführerInnen erwähnt: Jahresergebnis, Gewinn, Rendite, Zahl der Fälle, Case-Mix-Punkte, Vorgaben des Fallpauschalenkatalogs die Verweildauer betreffend. ChefärztInnen werden aufgefordert, mit grenzwertig geringer Zahl von Mitarbeitern möglichst hohe Erlöse zu erzielen. Die Höhe des Einkommens leitender ÄrztInnen wird an das Erreichen der Ziele geknüpft.

Die Einflussnahmen werden nach Aussage der ÄrztInnen teils indirekt, teils direkt vorgenommen und gehen von kaufmännischen und ärztlichen Vorgesetzten aus, die ihrerseits mit entsprechenden Forderungen von Aufsichtsräten, Kapitaleignern und Politikern konfrontiert sind. Die stärksten Einflussnahmen auf medizinische Entscheidungen gehen indirekt von der faktischen Personalstärke aus. Diese beruht auf Empfehlungen von Wirtschaftsberatungsfirmen. GeschäftsführerInnen und ÄrztInnen stimmen überein, dass in ihren Kliniken „kalkulierte Personalknappheit und hohe Verdichtung der Arbeit“ eingezogen sind. Hierbei handelt es sich zweifellos um eine Folge der Notwendigkeit der Gewinnerzielung zum Zweck der Finanzierung von Investitionen sowie der Fallpauschalen, die eine möglichst rasche Patientenversorgung erzwingen.

Entscheidungen zur Aufnahme, Behandlung und Entlassung ökonomisiert

Die Mehrheit der ÄrztInnen berichtet von Fällen, in denen PatientInnen stationär aufgenommen werden, die ebenso gut ambulant behandelt werden können. Einige berichten von der ausdrücklichen Aufforderung, die Stationen möglichst voll zu belegen. Die Diagnosen und die damit verbundenen Indikationsstellungen sollen in solchen Fällen „kreativ“ gestellt werden. Notaufnahmen können so als Stellschrauben der Belegung genutzt werden. Die Frage, ob aus wirtschaftlichen Gründen PatientInnen stationär aufgenommen und behandelt werden, die nicht unbedingt ins Krankenhaus gehören, beantworten 16 von 20 ÄrztInnen mit „Ja“ und nur zwei mit „Nein“. Dagegen weisen 17 GeschäftsführerInnen (von 20) dies zurück.

Umgekehrt wurden nach ärztlicher Aussage PatientInnen nicht aufgenommen, wenn sie als Risiko für die Ergebniswerte einer Abteilung betrachtet wurden. Insbesondere chronisch kranke PatientInnen mit hohem individuellen Betreuungsbedarf sind hier im Nachteil gegenüber PatientInnen mit akuten Erkrankungen, die rasch und mit hohem technischen Aufwand behandelt werden.

Auch Entscheidungen für die Wahl von Behandlungsmethoden sind nicht frei von betriebswirtschaftlichen Erwägungen. In der Tendenz werden operative, technischierbare und insbesondere rasch durchführbare Maßnahmen gegenüber aufwendigen Behandlungen mit hohem Betreuungs- und Pflegebedarf bevorzugt. Abwartende, beobachtende und auf die Förderung von Selbstheilungskräften setzende Medizin hat somit einen schweren Stand. Bei sehr teuren Behandlungen, die nicht von den Fallpauschalen gedeckt werden, muss die kaufmännische Leitung ihre Zustimmung geben, weil beispielsweise langwierige Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern bzw. dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu erwarten sind. Dann würde nicht immer die beste Behandlungsweise gewählt. Psychologen berichten von Aufforderungen seitens des Controllings, Testverfahren anzuwenden, die mehr von der Erlösseite her als vom diagnostischen Nutzen begründet werden.

Der Zeitpunkt der Patientenentlassung wird offenbar am deutlichsten und konsequentesten von den Fallpauschalen beeinflusst. Überschreitungen der vorgegebenen Tage bedeuten erhöhten Dokumentationsaufwand, Konflikte mit den Krankenkassen und Stress für die AssistenzärztInnen und das gesamte Entlassmanagement. Insbesondere Verlegungen alter und stark pflegebedürftiger PatientInnen werden als schwierig beschrieben, weil beispielsweise Pflegeheime aufgrund schwacher Personaldecke die PatientInnen nicht füttern können. Duodenalsonden zur künstlichen Ernährung müssen dann rasch in der Klinik angelegt werden. Die ethischen Regeln des Informed Consent werden dann offenbar häufig verletzt. ÄrztInnen berichten auch von ihren Zweifeln, ob PatientInnen, die aus ihrer Sicht zu früh und damit zu riskant entlassen wurden, eine angemessene Weiterversorgung erhalten.

Der Charakter der Medizin verändert sich

Die Aussagen aus den Interviews und die Ergebnisse unserer Feldforschung stimmen darin überein, dass unter dem Einfluss der gegebenen Finanzierungsordnung für Krankenhäuser, der Empfehlungen betriebswirtschaftlicher Beratungsfirmen, einer zentralistisch ausgerichteten Qualitätssicherung und der Machtverschiebung zu-

gunsten des kaufmännischen Managements die medizinische und pflegerische Arbeit schrittweise nach Art industrieller Prozesse einem Regime der Gewinnerzielung und Verlustvermeidung unterworfen worden ist. Die Medizin wird schneller, härter und entgegen offizieller Beschwörungen nicht wirklich patientenorientiert. Die befragten ÄrztInnen berichten von offenen Aufforderungen zur Suche nach gewinnträchtigen Indikationen und von einer schleichenden Gewöhnung an Kommerzialisierungsprozesse, aber auch von Versuchen des Ausweichens und Widerstands.

Mehrfach wird von Kündigungen und Wünschen nach einem Berufswechsel berichtet. Der durch die Arbeitsbedingungen gegebene Zeitdruck, der Stress junger ÄrztInnen angesichts als mangelhaft empfundener Supervision und Unterstützung durch erfahrene KollegInnen und umgekehrt die hohe Arbeitslast der schnelleren Fach- und OberärztInnen, bedroht deren Gesundheit. Das Moment der Freiwilligkeit und des persönlichen Engagements, das für eine humane Medizin unerlässlich ist, wird ernsthaft bedroht. Das Maß der Unzufriedenheit ist hoch. Es sind ÄrztInnen selbst, die von ihrem eigenen Vertrauensverlust in die Medizin sprechen.

Einer der am häufigsten genannten Gründe für die Unzufriedenheit der ÄrztInnen ist der hohe Aufwand für die Dokumentation. Diese dient stärker Abrechnungszwecken und der Absicherung gegenüber Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) als einer unmittelbar spürbaren Qualitätssicherung. Auch das Qualitätsmanagement, das erhebliche personelle Ressourcen beansprucht, wird aufgrund seiner Konzentration auf aufwendige „Qualitätsberichte“ und die zunehmenden Zertifizierungen nicht als Unterstützung für die eigene Arbeit erlebt. Während das Wort „Qualität“ immer häufiger erwähnt wird, gehen viele Voraussetzungen guter Medizin verloren.

Durchgängig erwähnen die befragten ÄrztInnen, dass es an Zeit mangle für eine ausführliche Anamnese, gründliche körperliche Untersuchung, individuelle Patientenbetreuung, Aufklärung und Beratung für den Umgang mit chronischen Erkrankungen. Auch die erforderliche wiederholte Reflexion der Therapieziele wird erschwert zugunsten routinemäßiger Prozesse.

Einzelne Interviews zeigen auch positive Beispiele. Offenbar gelingt es manchen Kliniken besser als anderen, trotz der schwierigen Rahmenbedingungen die erwähnten negativen Aspekte weitgehend zu vermeiden, die Versorgungsqualität zu verbessern und gleichzeitig die notwendigen Gewinne zu erzielen. Hier wurde zwischen den Führungskräften in der Unternehmens- und Krankenhausleitung und den Mitarbeitern am Krankenbett ein offener Austausch hergestellt, wozu auch klinische Ethikprojekte mit organisationsethischer Ausrichtung beigetragen haben. Erfahrungen und Probleme der ÄrztInnen, Therapeuten und Pflegenden wurden hier offen mit den vorgesetzten Ebenen kommuniziert. Die Unternehmensziele wurden gemeinsam festgelegt. So entstand eine gewisse Chance, bei hoher Wirtschaftlichkeit der Abläufe und des Ressourceneinsatzes die Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen zu vermeiden.

Reaktionen auf die Studie

Die Relevanz einer Studie über das Phänomen „Ökonomisierung“ im Krankenhauswesen wurde allgemein stark betont, es fand sich jedoch kein Drittmittelgeber, sodass die Autoren das Projekt mit Eigenmitteln bestritten.² Ein zunächst sehr hoffnungsvoll verlaufender Versuch beim Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung endete in letzter Instanz ohne Angabe von Gründen.

Zwei Veranstaltungen zur Vorstellung und öffentlichen Diskussion der Zwischenergebnisse (Berlin, Bremen) mit hochrangigen Vertretern aus Politik, Krankenkassen und Ärzteschaft auf dem Podium wurden mit jeweils knapp einhundert Teilnehmenden gut besucht. Anfangs zweifelten einzelne Repräsentanten der Politik die Ergebnisse an, während von Seiten der Ärztekammern und des Marburger Bundes klare Zustimmung kam. In den beiden Veranstaltungen am Ende der Untersuchung wurden die Ergebnisse eher mit Betroffenheit aufgenommen. In allen vier Veranstaltungen fand sich eine entschiedene Zustimmung im Publikum.

Das Deutsche Ärzteblatt bemühte sich intensiv um eine Veröffentlichung der Ergebnisse im wissenschaftlichen Teil. Dadurch wurde unser Beitrag von insgesamt sechs Gutachtern in Hinblick auf die wissenschaftlichen Standards geprüft und akzeptiert. Der Artikel erschien in der deutschen und internationalen Ausgabe (Wehkamp und Naegler 2017) zeitgleich mit der sehr gut besuchten Abschlussveranstaltung in Bremen, während die Buchveröffentlichung (Naegler und Wehkamp 2018) etwas später erfolgte. Das Ergebnis der Studie, wonach die Finanzierungsordnung im Krankenhaus und die dortigen Machtverhältnisse Einfluss nehmen auf patientenbezogene Entscheidungen und damit zu Verletzungen ethischer und rechtlicher Standards führt, wurde offenbar von den MedienvertreterInnen als inakzeptabel bewertet. Es gab in den folgenden Wochen Fernseh- und Radiosendungen in den meisten öffentlich-rechtlichen Sendern Deutschlands sowie einigen Privatsendern (WDR u. a. 2020), ferner Interviews und Berichte in etlichen Tageszeitungen und Journalen, so u. a. „ZEIT online“ (2017), „SPIEGEL online“ (Heinrich 2017) sowie der „Stern“ (Pramstaller 2016), der die Ergebnisse 2019 schließlich in seine Titelseite aufnahm (Albrecht 2019). Zahlreiche medizinische Fachgesellschaften sprachen Einladungen zu ihren Jahrestagungen aus.

Während nun die Medien von einer kritikwürdigen Neuigkeit ausgingen, betonten viele ÄrztInnen schriftlich (in Briefen, Leserbriefen usw.), dass die einzige Neuigkeit das offene Sprechen über die genannten Phänomene sei. Uns Autoren wurde darüber hinaus von vielen Beispielen berichtet, die an Deutlichkeit weit über die im Buch erwähnten Fälle hinausgingen. Lediglich von Seiten der Deutschen Krankenhausgesellschaft gab es eine Pressemitteilung, die die Ergebnisse der Studie pauschal in Frage stellte und die mangelnde Repräsentativität kritisierte (DKG 2018). Anerkennende Reaktionen gab es hingegen auch aus Österreich, der Schweiz und den USA. Die Thematik ist inzwischen auch in mehreren anderen Studien aufgenommen

² Die Veranstaltungen wurden von der Apotheker- und Ärztebank in Berlin sowie von der Universität Bremen durch Bereitstellung von Räumen für die Veranstaltungen unterstützt. Die „Berliner Wirtschaftsgespräche“ stellten den inhaltlich-organisatorischen Rahmen.

worden, mit überwiegend ähnlichen Ergebnissen (Siewert et al. 2020; Weyersberg et al. 2019). Aktuell sind weitere vertiefende Fernsehbeiträge in der Produktion.

Mehrfach wurde bedauert, dass die Situation der Pflege nicht mit in die Untersuchung aufgenommen wurde. Dies war ursprünglich vorgesehen, scheiterte aber an unseren begrenzten Ressourcen. Versuche einer anderen universitären Forschergruppe, eine ähnliche Studie über die ambulante Versorgung durchzuführen, mussten wegen fehlender Drittmittel eingestellt werden.

Diskussion: Ökonomie und medizinische Ethik

Unter den Bedingungen der gegenwärtigen Krankenhausfinanzierung und Steuerung sieht sich das kaufmännische Management in der Verantwortung für das wirtschaftliche Bestehen seines Unternehmens im Wettbewerb eines politisch konstruierten Krankenhausmarktes, der wiederum als Teil einer Gesundheitswirtschaft definiert wird (Hilbert et al. 2002). Die ethische Verantwortung für die PatientInnen scheint hingegen eher zu den Aufgaben der ÄrztInnen, TherapeutInnen und Pflegenden zu gehören. Die betriebswirtschaftliche Ausrichtung der medizinisch-pflegerischen Arbeit und ungelöste Probleme des Umgangs mit knappen Ressourcen haben offenkundig zu einer weiterhin wachsenden Kluft zwischen Betriebswirtschaft und Medizin/Pflege geführt. Verletzungen medizin- und pflegeethischer Standards sind unter diesen Bedingungen offenbar zunehmend. Sie bedrohen das Vertrauen in die Medizin. Die in den Interviews deutlichen und in den Workshops nicht aufgelösten unterschiedlichen Wahrnehmungen, Sichtweisen und Positionen machen deutlich, dass es sich um mehr als nur Kommunikationsdefizite handelt. Wenn Unternehmensverantwortung und Patientenverantwortung nicht übereinstimmen und zudem noch teilweise im Widerspruch zueinander stehen, muss von ungelösten ethischen Konfliktkonstellationen ausgegangen werden.

Organisationsethik auf der Ebene des Krankenhauses kann dazu beitragen, die angedeutete Kluft zu verringern. Es bedarf darüber hinaus aber auch einer ethisch reflektierten Kritik der Gouvernamentalität (Foucault 2006) im Gesundheitswesen. Die sukzessive Umwandlung eines traditionell sozialen Feldes mit dem Auftrag der Daseinsvorsorge in einen Gesundheitsmarkt, der von Wettbewerbs- und Wachstumsinteressen einer neu definierten Gesundheitswirtschaft geprägt ist, kann aus medizin- und pflegeethischer Sicht nicht widerspruchsfrei hingenommen werden. Gleichwohl ist die Notwendigkeit ökonomischen Handelns auch aus ethischer Perspektive unabweisbar. Ein verstärkter Diskurs Ethik-Ökonomie ist erforderlich. Dieser wird allerdings ohne empirische Kenntnisse nicht fruchtbar sein.

Mit entscheidend dürfte dabei die Wahl empirischer Methoden sein, damit auch die Frage nach der Entscheidungsmacht über die geförderten Forschungsmethoden. Man sollte bedenken, dass die vorherrschenden Methoden der Versorgungs- und Qualitätsforschung die von uns erfassten ethischen Konfliktherde nicht in ihrem Radar erfasst haben. Solange künftige Forschung primär auf digitalisierbare Daten setzt, die auf der Steuerung, Kontrolle und Abrechnung von Versorgungsprozessen beruhen, werden wesentliche Aspekte guter Medizin und Pflege („Qualität“) nicht erfasst werden. Die „Entscheider“ bleiben dann auf einem Auge blind und richten

Schaden an. Organisationsethik im weiteren Sinne muss sich daher auch auf die Ebene der Organisation des Gesundheitswesens beziehen, wobei nicht nur dessen Leitwerte, Strukturen und Finanzierung zu beachten sind, sondern auch die Macht- und Entscheidungsverhältnisse in Bezug auf die Erzeugung der Wissensgrundlagen und Denkweisen („Paradigmen“) der Entscheidungsträger aller Ebenen. Ethische Expertise sollte also auch erkenntniskritisch sein.

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt K.-H. Wehkamp gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ethische Standards Das Projekt inkl. der Befragungen wurde im Einklang mit nationalem Recht durchgeführt. Das Einverständnis der Teilnehmer wurde eingeholt.

Literatur

- Albrecht B (2019) Krank – die Logik der Ökonomie verdrängt das Ethos der Heilkunde. Stern vom 15.09.2019, S. 24–35. <https://www.stern.de/gesundheit/aerzte-appell-im-stern--die-titelgeschichte-zum-nachlesen-8902860.html>. Zugriffen: 12. Nov. 2020
- Bourdieu P, Wachquant L (1992) Reflexive Anthropologie. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2018) Unkenntnis oder Falschdarstellung. Pressemitteilung zum Beitrag von Plusminus. 03.05.2018. <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/unkenntnis-oder-falschdarstellung/>. Zugriffen: 12. Nov. 2020
- Foucault M (2006) Sicherheit, Territorium, Bevölkerung – Geschichte der Gouvernementalität I; Die Geburt der Biopolitik – Geschichte der Gouvernementalität II. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Glaser BG, Strauss AL (1998) Grounded Theory – Strategien qualitativer Forschung. Huber, Bern
- Heinrich C (2017) Der Arzt, die Geldmaschine. SPIEGEL online vom 21.12.2017. <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/kostendruck-in-kliniken-gefahrderung-der-patienten-wird-in-kauf-genommen-a-1184057.html>. Zugriffen: 12. Nov. 2020
- Hilbert J, Fretschner R, Dülberg A (2002) Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft. Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen
- Naegler H, Wehkamp KH (2018) Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung – Krankenhaus-ärzte und Geschäftsführer im Interview. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Pramstaller P (2016) Rettet die Medizin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Siewert A, Wehkamp KH, Krones C, Vogt W, Allemeyer E (2020) Ökonomie hat hohen Stellenwert. Bewerbungsgespräche von Chefärzten. Dtsch Arztebl. (zur Veröffentlichung angenommen)

- WDR, SWR, ARD alpha (2020) Operieren als Geschäftsmodell. Willkommen in der Medizinfabrik. Planet Wissen vom 06.08.2020. <https://www.planet-wissen.de/sendungen/sendung-medizinfabrik-100.html>. Zugegriffen: 12. Nov. 2020
- Wehkamp KH, Naegler H (2017) Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus – eine qualitative Studie zu den Wahrnehmungen von Ärzten und Geschäftsführern. Dtsch Arztebl 114(47):797–804 (Englische Ausgabe: The commercialization of patient-related decision making in hospitals—a qualitative study of the perceptions of doctors and chief executive officers. Deutsches Ärzteblatt International 17/114. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0>)
- Weyersberg A, Roth B, Köstler U, Woopen C (2019) Pädiatrie: Gefangen zwischen Ethik und Ökonomie. Dtsch Arztebl 116(37):A–1586/ B–1308/ C–1287
- ZEIT ONLINE (2017) Behandlung im Krankenhaus häufig unnötig. 06.11.2017. <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2017-11/krankenhaus-studie-wehkamp-behandlung-kosten-gewinn>. Zugegriffen: 12. Nov. 2020