

Kapitel I.10

Veränderung des professionellen Ethos

»Das Fallpauschalensystem, nach dem Diagnose und Therapie von Krankheiten bezahlt werden, bietet viele Anreize, um mit überflüssigem Aktionismus Rendite zum Schaden von Patientinnen und Patienten zu erwirtschaften. Es belohnt alle Eingriffe, bei denen viel Technik über berechenbar kurze Zeiträume zum Einsatz kommt – Herzkatheter-Untersuchungen, Rückenoperationen, invasive Beatmungen auf Intensivstationen und vieles mehr. Es bestraft den sparsamen Einsatz von invasiven Maßnahmen. Es bestraft Ärztinnen und Ärzte, die abwarten, beobachten und nachdenken, bevor sie handeln.«

(aus: »Rettet die Medizin«, Ärzte-Appell des Magazin stern vom 5. September 2019; getragen von mehr als 50 vorwiegend ärztlichen Organisationen und Verbänden sowie über 1.500 ärztlichen Unterzeichner*innen)

Die Unterordnung aller Behandlungsprozesse unter die Prinzipien von Ökonomisierung und Kommerzialisierung ist Kern des Fallpauschalensystems. Für Patient*innen bedeutet die Unterordnung ihres Wohls geradezu zwangsläufig gesundheitliche Risiken von Unter-, Über- oder Fehlversorgung.

► Was aber macht das DRG-System mit den Betroffenen in den Gesundheitsberufen im Krankenhaus?

Die ökonomisch motivierte Verformung der – sinnvollerweise am Behandlungsbedarf auszurichtenden – Struktur eines Krankenhauses schlägt im DRG-System von oben nach unten bis auf die Ebene der Berufsgruppen und der einzelnen Beschäftigten durch, die an der Deformierung ihrer Profession leiden. Das eigentliche, verbindende Element professioneller Autonomie in den Gesundheitsberufen stellt die Orientierung an »guter Arbeit«, dem Wohl der individuellen Patient*in und dem Gemeinwohl dar. Diese erstrebenswerte professionelle Haltung der für den Behandlungserfolg wichtigen Fachleute wird im deutschen Fallpauschalensystem missachtet

und beschädigt. Wie enttäuschend ist es beispielsweise, als Mitarbeiter*in im Krankenhaus-Sozialdienst erleben zu müssen, dass der Erfolg einer Krankenhausentlassung im DRG-System nicht in der Vorbereitung und Verknüpfung aller für die Patient*in notwendigen Unterstützungsmaßnahmen, sondern aus Sicht des Krankenhauses darin besteht, die Patient*in zum frühestmöglichen Zeitpunkt loszuwerden.

Fallpauschalen erzeugen einen starken betriebswirtschaftlichen Druck, die Kosten bei der Behandlung des einzelnen »Falles« so gering als irgend möglich zu halten. Da Personalkosten der größte Kostenanteil im Krankenhaus sind, ist es betriebswirtschaftlich vernünftig, mit möglichst wenig bzw. zu wenig Personal zu arbeiten. Die Aushöhlung der Professionalität, Demotivierung und Frustration sind zwar in Details in den Berufsgruppen unterschiedlich, aber letztlich doch für alle Beschäftigten gleich, wenn »gute Arbeit« und die Orientierung am Patient*innenwohl nicht oder kaum zu verwirklichen sind. Im Bereich der nicht-ärztlichen Berufe im Krankenhaus gilt diese Logik nahezu uneingeschränkt. Für ein vertieftes Verständnis der Verhältnisse ist es in der weiteren Analyse sinnvoll, die Betroffenheit in der direkten Patient*innenversorgung tätiger ärztlicher und nicht-ärztlicher Beschäftigter gesondert zu betrachten. Im Bereich der Pflege, der Heilberufe, der Sozialdienste und weiterer Berufsgruppen wurden Tätigkeitsfelder und Stellenpläne in wiederkehrenden Kürzungsrunden zusammengestrichen. Die materielle und symbolische Entwertung der Berufe bewirkt eine *Deprofessionalisierung* dieser wichtigen pflegerischen, therapeutischen, medizinischen und sozialen Tätigkeiten. Dabei werden die Betroffenen sowohl als Fachgruppe als auch individuell dem systematisch erzeugten Kostendruck ausgesetzt und, vor allem durch Verknappung von Behandlungszeiten, zu einer Rationierung ihrer Tätigkeiten gezwungen. Der Widerspruch zwischen professionellem Anspruch und erzwungener Unterversorgung anvertrauter Patient*innen, dadurch entstehende Schuldgefühle und Frustrationen müssen individuell ertragen werden. In der aufwendigen Dokumentation im DRG-System wird ein »zu wenig« an Zuwendung allerdings nicht erfasst. Aufgrund des allgegenwärtigen Kostendrucks registrieren und sanktionieren Vorgesetzte und Klinikleitungen allenfalls ein »zu viel«.

Die nichtärztlichen Berufsgruppen sollen sich passiv in diese Struktur ein- bzw. unterordnen. Dementsprechend haben viele Fachkräfte persönliche Konsequenzen gezogen und ihre Arbeitszeit reduziert, innerlich gekündigt oder ihre Position struktureller Hilflosigkeit an einem weitgehend sinnentleerten Arbeitsplatz verlassen und sich beruflich umorientiert – oft schweren Herzens. Dies ist eine der wesentlichen Ursachen des allseits beklagten Fachkräftemangels in patientennahen Berufen.

Durch die Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den DRG ab 2020 besteht Hoffnung, dass wenigstens die Krankenpflege aus der Abwärtsspirale von Kostensenkung und Unterversorgung herausgenommen wird. (Kapitel I.12) Allerdings ist für alle anderen Berufsgruppen, für die eine am Bedarf orientierte Personalbemessung mit Selbstkostendeckung weiterhin aussteht, zu befürchten, dass sich der Druck noch weiter erhöht.

► Was aber macht das deutsche DRG-System mit der Professionalität der Ärzt*innen?

Die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer ist kompromisslos: »(§2) Ärztinnen und Ärzte haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie haben dabei ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Insbesondere dürfen sie nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen. (...) (§4) Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.«²⁷ Da die Ärzteschaft, besonders ihre Führungskräfte, einen bestimmenden Einfluss auf die Steuerung der Prozesse in den Krankenhäusern ausübt, war es politisch entscheidend, sie für die neuen Handlungsmaximen und Management-Techniken zu gewinnen, damit sie dem ökonomischen Primat aktiv folgen. Dabei werden die in der Ärzteschaft weit verbreitete unkritische Leistungs- und Zielorientierung und eine oftmals elitäre Grundhaltung, verbunden mit einem starken Führungsanspruch, durch die Konstruktion des DRG-Systems gefördert. Üblich ist es, abteilungsgebundene Leistungsziele zu vereinbaren, die z.B. mit mehr Personalstellen, Geld oder mehr Betten »belohnt« werden. Das Bonussystem in Gestalt von individuellen »erfolgsabhängigen« Boni für Chefärzt*innen wurde nach öffentlicher Kritik etwas eingeschränkt. Aber letztlich funktioniert das System bestens mit der Erpressung ganzer Abteilungen, die individuellen Boni sind nur das Sahnehäubchen.

In jedem Fall gilt: Die Entscheidung über eine stationäre Aufnahme einer Patient*in wird ärztlich getroffen, die Festlegung von Diagnosen und die Indikationsstellungen zu Prozeduren und Operationen ebenso. Die Gesetzmäßigkeiten des

27 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997, in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt, geändert durch Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer am 14.12.2018, www.bundesaerztekammer.de

deutschen DRG-Systems besagen: Vorhaltekosten werden Krankenhäusern nicht erstattet. Die Anzahl stationärer Behandlungen sowie Menge und Invasivität lukrativer medizinischer »Prozeduren« entscheiden über die Höhe der DRG-Erlöse, also den wesentlichen Teil der Einnahmen eines Krankenhauses.

Damit hat die Ärzteschaft unfreiwillig eine doppelte, widersprüchliche Schlüsselrolle – für das Wohl der Patient*innen einerseits und den betriebswirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses andererseits. Dieses Dilemma ärztlichen Handelns kann aufgrund der ökonomischen Zwangsgesetze des DRG-Systems individuell niemals aufgelöst werden. Der Appell an die unabweisbare ärztliche Verantwortung für die Patient*innen, wie z.B. im Ärzte-Appell, ist also einerseits ethisch richtig und geboten: *»Aber auch manche Ärztinnen und Ärzte selbst ordnen sich zu bereitwillig ökonomischen und hierarchischen Zwängen unter. Wir rufen diese auf, sich nicht länger erpressen oder korrumpieren zu lassen.«* (Ärzte-Appell des Magazin *stern*). Aber noch im gleichen Atemzug muss andererseits das System einer Krankenhausfinanzierung skandalisiert werden, das ein derartiges moralisches Dilemma ärztlichen Handelns nicht etwa unabsichtlich zulässt, sondern gezielt erzeugt.

Die in der Öffentlichkeit oft vorkommende Kritik an Einzelfällen moralischer Verkommenheit in der Ärzteschaft ist natürlich berechtigt, sie lenkt aber ab von den systematischen Zwängen der Ökonomisierung, denen auch Ärzt*innen unterliegen. Wer einmal Zeuge wurde, wie unzureichende Erlöse aus Fallpauschalen der Anlass waren, für eine gute Versorgung notwendige ärztliche und pflegerische Stellen in einer Fachabteilung zu streichen, weiß, wie bedrückend dieses Dilemma ist. Die gesellschaftliche Bedeutung dieser Problematik hat den Deutschen Ethikrat 2016 dazu bewogen, mit der Stellungnahme »Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus« gezielt zu intervenieren. Die politischen Entscheider*innen und die betriebswirtschaftlichen Klinikleitungen als deren Gewährsträger befinden sich allerdings in sicherer Entfernung von der Krankenversorgung und ihren Zwängen und Nöten. Heinz Naegler und Karl-Heinz Wehkamp schreiben in einem Artikel, der die Ergebnisse ihrer Studie »Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung. Krankenhausärzte und Geschäftsführer im Interview« von 2018 zusammenfasst: *»Dadurch zeichnen die Ärzte ein anderes Bild der deutschen Krankenhausmedizin als die Geschäftsführer. Die Einschätzungen beider Gruppen liegen vielfach weit auseinander.«*²⁸

→ siehe Tab. 4

28 Heinz Naegler, Karl-Heinz Wehkamp, »Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus«, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 114, Heft 47, 24.11.2017

Tab. 4: Antworten von Ärzten und Geschäftsführern auf ausgewählte Fragen

Frage	Antworten			
	Ärzte		Geschäftsführer	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Aus wirtschaftlichen Motiven werden Patienten aufgenommen, die nicht unbedingt ins Krankenhaus gehören.	16	1	3	17
Aus wirtschaftlichen Motiven werden »lukrative DRG« bevorzugt aufgenommen.	9	9	3	16
Aus wirtschaftlichen Motiven werden Wahlleistungspatienten bevorzugt aufgenommen.	10	5	1	18
Aus wirtschaftlichen Motiven werden für Patienten gesondert abrechenbare Leistungen erbracht, zum Beispiel Herzkatheter-Untersuchungen oder Koloskopien, die medizinisch nicht notwendig sind.	9	4	3	17
Aus wirtschaftlichen Gründen werden Patienten mehrfach aufgenommen, obwohl aus medizinischer Sicht vor der DRG-Ära nur ein Krankenhausaufenthalt üblich war.	12	4	9	11
Aus wirtschaftlichen Gründen werden Patienten operativ behandelt, obwohl aus medizinischer Sicht die konservative Behandlung angemessen wäre.	8	4	4	15
Medizinische Abteilungen und Verfahren, die dem Haus viel Geld bringen, werden bevorzugt ausgebaut. Das entspricht nicht immer dem medizinischen Bedarf.	18	0	5	13
Es kommt vor, dass die Behandlungsdauer von Patienten, zum Beispiel deren Beatmung oder der Aufenthalt in einer Intensiv- oder Palliativstation, direkt oder indirekt durch die DRG beeinflusst wird.	12	5	5	13

Quelle: Heinz Naegler, Karl-Heinz Wehkamp, Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 114, Heft 47

► Die Indikationsstellung als Einfallstor ökonomischer Interessen

Die Problematik der ärztlichen Indikationsstellung wurde 2015 in der Stellungnahme der Bundesärztekammer »Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung« differenziert dargestellt:

»Die Indikation lässt sich definieren als die Beurteilung eines Arztes, ob eine konkrete medizinische Maßnahme angezeigt (indicare = anzeigen) ist, um ein bestimmtes Behandlungsziel zu erreichen. (...) Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die medizinische Indikation nicht im Sinne eines Algorithmus zu verstehen ist, weil sie zwangsläufig auf eine Verbindung wissenschaftlicher Fakten mit lebensweltlichen Aspekten des Patienten in seinem soziokulturellen Bezug angewiesen ist. Sie ist somit nicht weniger als das Resultat eines individuellen ärztlichen Abwägungsprozesses, bezogen auf einen bestimmten Zeitpunkt. Allerdings setzt die Unaufhebbarkeit singulärer Entscheidungen nicht die Notwendigkeit außer Kraft, dass die medizinische Indikation letzten Endes nach Regeln gestellt wird. (...) Zugleich ist die Indikation als Ergebnis dieses Entscheidungsprozesses eine Kategorie, die im ärztlichen Berufsrecht genauso ihren Niederschlag gefunden hat wie im Recht der ärztlichen Behandlung. Sie ist ein normatives Konzept, das zwischen gerechtfertigten und nicht gerechtfertigten Maßnahmen differenziert. Damit hat sie auch eine soziale Funktion, weil an die medizinische Indikation oft die Frage nach der Übernahme der Kosten durch die Solidargemeinschaft geknüpft ist. Und schließlich hat die medizinische Indikation eine personale Funktion, weil darüber das Vertrauensverhältnis zum Arzt gestiftet wird. (...) Aufgabe des Arztes ist es also, sich der Funktion der Indikation als eine Art Filter bewusst zu sein und so dem Patienten nur die Interventionen anzubieten, die nach medizinischem Standard und nach Berücksichtigung der konkreten Patientengeschichte angezeigt erscheinen. (...)

Fehlentwicklungen können sich im ambulanten wie im stationären Bereich gerade deshalb ausweiten, weil die medizinische Indikation ein vielschichtiger Begriff ist, der dazu missbraucht werden kann, eine ökonomisch motivierte Intervention zu maskieren. (...) Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Verinnerlichung ökonomischer Logiken von Seiten der Ärzte besteht die Gefahr, dass sie bei bestehenden ökonomischen Anreizen zur »Fallzahlerhöhung« dazu verleitet werden, ihre Patienten subtil zu täuschen. Sofern es zu einer solchen Täuschung kommt, ist dies nicht nur ein individuellethisches Problem, sondern zugleich ein strukturelles Problem: Es zeugt von einer nicht verantwortbaren Dysfunktionalität des Systems, dass Ärzte in derartige Situationen der Zerrissenheit zwischen zwei konkurrierenden Entschei-

dungslogiken geraten und eine moralische Dissonanz verspüren. Solche strukturellen Fehlentwicklungen könnten auch rechtliche Folgen haben, wenn medizinisch nicht begründete Indikationen zu nicht indizierten Maßnahmen (z. B. Diagnostik, Therapie, Operation) führen. Neben der individuellen Haftung eines Arztes für einen Behandlungsfehler kommt eine Organisationshaftung des Krankenhauses bzw. des Trägers in Betracht. Hart und Hubig fassen die Aussage wie folgt zusammen: »Der sich in einer medizinisch nicht indizierten Diagnostik oder Therapie manifestierende (ökonomisch begründete) Interessenkonflikt ist fehlerhafte Behandlung und Organisationsfehler.«²⁹ Die empirischen Belege für ökonomisch motivierte, medizinisch nicht indizierte stationäre Krankenbehandlungen und invasive Prozeduren sind nach rund 15 Jahren Fallpauschalensystem in Deutschland so zahlreich und erdrückend, dass sie nach langen Jahren des Leugnens mittlerweile von der Fachwelt (fast) einhellig nicht mehr nur eingestanden werden, sondern der politische Prozess der Ökonomisierung, Kommerzialisierung und Privatisierung auch offen kritisiert wird.

Aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels ist zu erwarten, dass sich der Widerspruch von gleichzeitiger Unter- und Überversorgung konkurrierender Patientengruppen weiter verschärft. Wenn das Fallpauschalensystem bleibt, wird auch der ökonomische Druck bleiben, fragwürdige, aber lukrative Maßnahmen zu indizieren. Die knapper werdenden personellen Ressourcen werden dabei aber fehlgeleitet: In ökonomisch unattraktiven Bereichen wie z.B. der Notfallversorgung wird also ein Fachkräftemangel in Kauf genommen. Die Konsequenz ist eine unwürdige und Patient*innen gefährdende, implizite Rationierung in Medizin und Pflege.

Man sollte also nicht nur über die Frage diskutieren, ob wir zu viele Betten und Krankenhäuser haben und welche Strukturmaßnahmen den Wirkungsgrad der Krankenhäuser verbessern. Man sollte endlich zur Kenntnis nehmen, dass im Fallpauschalensystem wertvolle personelle Ressourcen für unnötige Maßnahmen verschwendet werden. Man muss kein Prophet sein, um vorauszusagen, dass die politisch Verantwortlichen die Verantwortung für Versorgungsengpässe, Gefährdung und Schädigung von Patient*innen in der Öffentlichkeit den behandelnden Ärzt*innen zuschieben werden. Aus einem eigentlich politischen Skandal wird so ein Medizinskandal gemacht. Pfleger*innen, die bei Unterbesetzung Bettenschließungen fordern, setzen sich dem gleichen Vorwurf aus: Sie seien schuld an Versorgungsengpäs-

29 Stellungnahme der Bundesärztekammer »Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung«, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 112, Heft 18, 1. Mai 2015

sen. Eine solche Argumentation ist schlicht eine Gemeinheit: Wenn bei Unterbesetzung keine Betten geschlossen werden, akzeptiert man ebenfalls eine Unterversorgung, nämlich aller anwesenden Patient*innen. Und das soll ethisch besser sein?

► Fazit

Alle Aufrufe an das medizinische Personal zu ethisch verantwortlicherem Handeln, zur Besinnung auf die Wissenschaftsbasierung der modernen Medizin, zu mehr Leitlinien-treue und zu einer echten Patient*innenorientierung, wie in der *Charter on medical professionalism*, im ärztlichen *Gelöbnis des Weltärztebunds* in der Deklaration von Genf 2017 und im *Klinik-Codex Medizin vor Ökonomie der DGIM*³⁰ können politischen Veränderungen zwar die Richtung vorgeben, alleine aber nur wenig bewirken. Die Krankenhausbeschäftigten, (potenzielle) Patient*innen und weitere gesellschaftliche Kräfte müssen gemeinsam dafür kämpfen, Medizin und Pflege von Profitinteressen und Konkurrenz zu befreien und eine Umorientierung des Gesundheitswesens in Richtung einer bedarfsgerechten Versorgung zu erkämpfen.

30 »Charter on medical professionalism: a physicians' charter«, *Lancet* 2002, 359:520–22; »Ärztliches Gelöbnis des Weltärztebunds in der Deklaration von Genf 2017«, in: <https://www.bundesaerztekammer.de>; »Klinik-Codex Medizin vor Ökonomie«, *DGIM, Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 114, Heft 49, 08.12.2017