

Krankenhausgewinne – Ethische Aspekte an der Schnittstelle zwischen Medizin und Ökonomie

Hospital Profits: Ethical Aspects at the Interface Between Medicine and Economics

Autor

Thomas Kapitza

Institut

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich, Zurich, Switzerland

Schlüsselwörter

Krankenhausgewinn, Ökonomisierung, Gewinnmaximierung, Bedarfswirtschaftlichkeit, Versorgungsethik

Key words

hospital profit, economization trends, profit maximization, return on investment maximization, care ethics, needs-based economics

online publiziert 26.08.2022

Bibliografie

Gesundheitswesen 2022; 84: 918–925

DOI 10.1055/a-1851-4519

ISSN 0941-3790

© 2022. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Correspondence

Dr. Thomas Kapitza

Universität Zürich

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

Winterthurerstrasse 30

Zurich 8006

Switzerland

tk@thomaskapitza.de

ZUSAMMENFASSUNG

Krankenhausgewinne und Ökonomisierungstendenzen rücken zunehmend in den Mittelpunkt der Diskussion um die Verbesserung des Gesundheitswesens. Gewinnorientierte Ansätze zur Erzielung von Krankenhausrenditen haben eine ethische Dimension, denn das Patientenwohl muss im Vordergrund bleiben. Ein bedarfsorientierter wirtschaftlicher Ansatz ohne die Dominanz primärer Gewinnziele sollte zum übergreifenden Rahmen für den Krankenhaussektor werden.

ABSTRACT

Hospital profits and economization trends are increasingly becoming the focus of discussions on improving health care systems. Profit-based approaches to generate hospital returns have an ethical dimension, because patient well-being must remain the primary concern. A needs-oriented economic approach without the dominance of primary profit targets should become an overarching framework for the hospital sector.

Krankenhausgewinne im Zusammenhang mit Ökonomisierungsdiskussionen

Im Zusammenhang mit den Diskussionen über die Ökonomisierung des Gesundheitswesens werden häufig die unternehmerischen Vorgehensweisen und das Managementverhalten von Krankenhäusern kritisch beleuchtet [1–8]. Unter dem Begriff Ökonomisierung wird hierbei die Unterwerfung des Gesundheitswesens unter betriebswirtschaftliche Denkmuster, Begrifflichkeiten, Zielsetzungen und ökonomische Handlungslogiken, unabhängig von

medizinethischen Erfordernissen in der Arzt-Patienten-Beziehung verstanden [9]. Auch sind Zusammenhänge zwischen Ökonomisierungstrends und Privatisierungen im Krankenhaussektor erkennbar [10–13]. Dabei werden auch der kaufmännische Gewinn und die Rentabilitätsziele von Krankenhäusern vertieft betrachtet [14]. Diese Entwicklungen sind ein Anlass, die Thematik profitorientierten Handelns in Krankenhäusern aus ethischer Sicht kritisch zu beleuchten.

Wenn der betriebswirtschaftliche Gewinn eines Krankenhauses zum wichtigsten Unternehmensziel wird, können sich versor-

gungsethische und medizinethische Auswirkungen ergeben. Der Zusammenhang zwischen Krankenhausgewinnen und ethischen Aspekten der Patientenversorgung im Krankenhaus ist vertieft zu betrachten.

Aus ärztlicher Sicht werden verschiedene Spannungsfelder zwischen der medizinisch-pflegerischen Patientenversorgung und dem erwerbswirtschaftlich-gewinnorientierten kaufmännischen Krankenhausmanagement benannt [15–19]. Vielfach führten Konflikte zwischen ärztlicherseits medizinethisch geprägten Sichtweisen und den kaufmännisch betriebswirtschaftlichen Aspekten des Krankenhausmanagements zur Formulierung neuer Ethik-Kodizes [20–23]. Diese Initiativen unterbreiten konkrete Vorschläge zum berufsethischen Verhaltensrahmen für die Ärzteschaft in Krankenhäusern, und bieten eine Unterstützung zur persönlich-ethischen Orientierung im Versorgungsalltag.

Ein fachlicher Diskurs zu den thematischen Schnittstellen zwischen „Ökonomie im Krankenhaus“ und „Versorgungsethik und Medizinethik“ findet bisher nur in geringem Umfang statt. Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, einige aus solchen Überlegungen ableitbare ethikrelevanten Aspekte in die Diskussion über die Ökonomisierung des Krankenhauses einzubringen. Die strukturellen Besonderheiten des Krankenhausesektors, und das Spannungsverhältnis zwischen gesundheitlicher Bedarfsdeckung (Versorgung der Bevölkerung) und kaufmännisch-erwerbswirtschaftlicher Gewinnerzielung im Krankenhaus sollten wichtige Aspekte zukünftiger Diskurse werden.

Ökonomische Argumente und ethische Grundhaltungen

Der Krankenhausesektor als Spezialfall eines volkswirtschaftlichen Marktkonzepts

Für eine ethische Reflexion von Gewinnen im Krankenhaus ist es von großer Bedeutung, ob die Besonderheiten eines „Krankenhausmarkts“ bei der Analyse des Krankenhausesektors in volkswirtschaftlichen Theoriemodellen zu berücksichtigen sind. Die gegenstandsbezogenen Gegebenheiten der klinisch-stationären Gesundheitsversorgung [24–26] sollten der inhaltliche Ausgangspunkt für wirtschaftswissenschaftliche Theoriebildungen sein. Eine Anwendung makroökonomischer Theoriekonzepte und volkswirtschaftlicher Denkmuster ohne Betrachtung ihrer spezifischen Anwendbarkeit im Krankenhausesektor kann zu einer unzutreffenden Ableitung von Analyseergebnissen und Zusammenhängen führen. Eine konzeptionelle Vernachlässigung der Systemeigenarten des Krankenhausesektors als wichtigem Teilsektor des Gesundheitswesens sollte vermieden werden.

Es kann argumentiert werden, dass sich der betriebswirtschaftlich-kaufmännische Gewinnbegriff über viele unterschiedliche Wirtschaftssektoren hinweg als relativ einheitlich definieren lässt. Dieses liegt unter anderem in der Tatsache begründet, dass die meisten gewinnorientierten und damit erwerbswirtschaftlich orientierten Unternehmen die ihnen unternehmensrechtlich und steuerrechtlich vorgegebenen Rahmensetzungen in ihrem betrieblichen Rechnungswesen (u. a. bei der Erstellung ihrer jährlichen Geschäftsberichte) anwenden müssen. Dieser gesetzlich bedingte Verwendungszwang führt aber nicht automatisch zu einer ausrei-

chenden Abbildbarkeit aller wichtigen Unternehmensziele in einem betrieblichen Rechnungswesen. Es erscheint fraglich, ob das gesetzlich vorgegebene betrieblich-kaufmännische Rechnungswesen, mit seinem Fokus auf die Ermittlung des wirtschaftlichen Unternehmenserfolgs, die nicht direkt in Geldeinheiten bewertbaren nicht-ökonomischen Unternehmensziele eines Krankenhauses ausreichend abbilden kann.

Erwerbswirtschaftliche und bedarfswirtschaftliche Unternehmensziele im Krankenhausesektor

Moderne Krankenhäuser sind inhaltlich komplex strukturierte und multidisziplinär-arbeitsteilig organisierte Organisationen [24]. Sie weisen viele betriebliche Merkmale auf, die es rechtfertigen, dass ein Krankenhaus als Unternehmen, also als eine wirtschaftlich-finanzielle und rechtliche Einheit [27] definiert werden kann.

Ihre betriebswirtschaftlichen Zielsysteme können sich, in Abhängigkeit von ihrer rechtlichen Einbindung (u. a. durch Aufnahme in die hoheitliche Krankenhausplanung; durch Verträge zur Leistungsabrechnung mit Gesetzlichen Krankenversicherungen) und nach Trägerschaft (öffentliche, freigemeinnützige, private Klinik-eigentümer) unterscheiden. Die Betriebsziele eines Krankenhauses können sich abbilden u. a. in betriebswirtschaftlich-kaufmännischen Zielkategorien (u. a. finanzwirtschaftliche Erfolgskennzahlen aus dem Jahresabschluss, insbesondere Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung [28]) und in unternehmensethischen Zielkategorien (insbesondere aus Krankenhaus-Leitbildern; Corporate Social Responsibility CSR-Aussagen des Krankenhaus-Geschäftsberichts usw.).

Krankenhäuser weisen viele betriebliche Merkmale auf, die es rechtfertigen, dass ein Krankenhaus als Unternehmen, also als eine wirtschaftliche und rechtliche Einheit [27] definiert werden kann. Es kann Unternehmen geben, welche im Gegensatz zu erwerbswirtschaftlichen Unternehmen (Oberziel: Gewinnerzielung) vor allem bedarfswirtschaftliche Ziele (Oberziel: Abdeckung eines öffentlichen Bedarfs; Bedarfsdeckung) verfolgen [29–31]. Grundsätzlich ist zu hinterfragen, ob Krankenhäuser mit ihren betrieblichen Aktivitäten primär erwerbswirtschaftliche oder bedarfswirtschaftliche Ziele in ihrer Betriebsführung [32] verfolgen sollten. Es mag möglich sein, dass die beiden Oberziele gleichzeitig von den Krankenhaus-Unternehmen im Rahmen ihrer betrieblichen Aktivitäten im Krankenhausesektor angestrebt werden. Das bedeutet aber nicht, dass das Ziel der betriebswirtschaftlich-kaufmännischen Gewinngenerierung das wichtigste Ziel aller im Gesundheitswesen aktiven klinisch-stationären Versorgungseinrichtungen sein soll. Eine durch branchenunspecifische Unternehmensmodelle implizierte Ausweitung des Gewinnziel-Denkmusters auf Versorgungseinrichtungen des Krankenhausesektors ist problematisch [33–35]. Sie beschränkt eine ethische Analyse der grundsätzlichen Sinnhaftigkeit des betriebswirtschaftlichen Gewinnziels im Gesundheitswesen.

Es erscheint sinnvoll, den betriebswirtschaftlichen Gewinnbegriff bzw. Rentabilität nicht als systembegründete Selbstverständlichkeit festzulegen, sondern den Unternehmensgewinn als eines von mehreren möglichen Unternehmens- und Managementzielen der Versorgungseinrichtungen zu verankern. Die Höhe eines betriebswirtschaftlichen Jahresüberschusses sagt nur sehr begrenzt etwas aus über den tatsächlichen Grad der Aufgabenerfüllung

durch das einzelne Krankenhaus bezüglich seines Bedarfsdeckungsziels. Die aktuellen Gewinneinbrüche und die stark gestiegene Insolvenzgefährdung der Krankenhäuser in der COVID-19-bedingten Pandemiezeit zeigen dieses deutlich.

Bedarfswirtschaftliche Managementansätze [5, 36–38] für Krankenhäuser und ihre Begründungen gerieten im ordnungspolitischen Diskurs in den letzten Dekaden in Vergessenheit. Sie machen aber deutlich, dass betriebswirtschaftlicher Gewinn nur eine der möglichen materiellen und immateriellen Formen unternehmerischer Zielerreichung ist. Damit kann aber der in Geldeinheiten bezifferte betriebswirtschaftliche Gewinn keine ausreichende Legitimation für erwerbswirtschaftliche Gewinnziele von Krankenhäusern sein. Eine kaufmännische Gewinnerzielungsabsicht erscheint als einziger Grund für die Errichtung und den Betrieb eines Krankenhauses als unzureichend.

Ein weiteres Argument gegen eine ethische Dimensionslosigkeit der erwerbswirtschaftlichen Unternehmensausrichtung von Krankenhäusern ist das durch die Gesellschaft gewünschte und durch den Staat vorgegebene Ziel der gesundheitlichen Daseinsvorsorge, und der mit ihr verbundenen Schaffung gesundheitlicher Versorgungssicherheit für die Bevölkerung. Eine inhaltliche Verknüpfung erwerbswirtschaftlicher Betriebsziele (Gewinnerzielung) mit Bedarfsdeckungszielen (z. B. regionale Versorgungssicherung) im Gesundheitswesen ist ein gesundheitspolitisch-gruppennütziger Ansatz: Die ökonomische Instrumentalisierung des klinisch-stationären Versorgungsbedarfs zum Zweck der Gewinnerzielung und Gewinnmaximierung führt zu einer Öffnung des Krankenhausesektors für private Investoren, die für ihre eingebrachten Finanzmittel eine entsprechende Rendite aus dem Krankenhausgeschäftsbetrieb anstreben. Der resultierende Renditedruck verstärkt die für diese Interessengruppe nützliche Dominanz der Erwerbsziele gegenüber den Bedarfszielen im Krankenhausesektor.

Es ist offensichtlich, dass die Erfüllung des Bedarfsdeckungsziels „Bereitstellung qualifizierter klinisch-stationärer Patientenversorgung“ durch ein wirtschaftlich effizientes Handeln im Krankenhausbetrieb unterstützt wird. Ob dieses Handeln jedoch auch immer eine einzelwirtschaftlich-kaufmännische Gewinnerzielung und die Renditemaximierung nebst Gewinnausschüttungen an die Krankenhauseigentümer und Investoren ausreichend begründet, kann bezweifelt werden. Es ist denkbar, dass effizientes Handeln und die wirtschaftliche Betriebsführung von Krankenhäusern auch ohne eine erwerbswirtschaftliche Gewinnerzielungsabsicht stattfinden könnten.

Ökonomische Terminologie und ihre Implikationen

Auch die durch ökonomische Terminologie hervorgerufenen Denk- und Wahrnehmungsmuster sind in ihrer bewusstsensbildenden Bedeutung bei ihrer Verwendung im Krankenhausesektor zu berücksichtigen. Aus den Wirtschaftswissenschaften stammende Fachbegriffe wie „Markt“, „Angebot und Nachfrage“, „Preise“ als Ergebnisse von „Marktmechanismen“ oder der „Kunden“-Begriff haben seit langem Eingang in die Umgangssprache gefunden. Für die Patientenversorgung im Gesundheitswesen jedoch wird eine Verwendung dieser Begrifflichkeiten unter medizinethischen Gesichtspunkten kritisch diskutiert [39–46].

Das Bemühen um wirtschaftswissenschaftliche Theoriebildung befreit nicht von der Sorgfaltspflicht, über die „Marktstrukturen“ speziell im Krankenhausesektor (ohne Berücksichtigung der industriebetriebllich-erwerbswirtschaftlich geprägten Zulieferindustrie wie der Pharma- und Medizintechnologie-Branche) nachzudenken. Ob es „funktionsfähige“ Märkte (z. B. als Plätze des Zusammentreffens und des Ausgleichs von vielfältigen Angeboten mit vielfältiger Nachfrage) im vielfach regulierten Gesundheitssektor tatsächlich gibt, erscheint fraglich. Es drängt sich auch die Frage auf, wie unvollkommen bzw. modelltheoretisch defekt „Patientenversorgungsmärkte“ überhaupt sein dürfen, um eine Rest-anwendbarkeit wirtschaftswissenschaftlicher, insbesondere gesundheitsökonomisch-neoklassischer oder neoliberaler Theoriekonzepte noch rechtfertigen zu können.

Kaufmännische Gewinnerzielung im Krankenhaus aus ethischer Sicht

Kaufmännischer Krankenhausergewinn und doppelte Diskriminierung

Der Gewinn-Begriff bei Krankenhäusern beinhaltet vor allem den monetär definierten betriebswirtschaftlich-kaufmännischen Krankenhausergewinn (in Geldeinheiten). Damit bleiben nicht-monetäre und meist nicht-direkt quantifizierbare Betriebsziele von Krankenhäusern häufig unberücksichtigt. Die Folge ist eine thematische Verengung auf eine finanzwirtschaftliche Erfolgsgröße „Krankenhausergewinn“, welche die Betrachtung anderer Gewinnkonzepte für Krankenhäuser (z. B. Zugewinn an gesundheitlicher Versorgungssicherheit für eine Region; gesundheitsökonomische Wohlfahrtszuwächse; Zugewinn an Lebensqualität; regionalwirtschaftliche Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte des Krankenhausbetriebs usw.) vernachlässigt.

Diese Diskussionsbegrenzung kann dazu führen, dass das Ziel der Eigenkapitalgeber und Investoren (Erzielung eines hohen Krankenhausergewinns) als ethisch bedeutsamer eingestuft wird als die Erfüllung des Daseinsvorsorge-Ziels zum Nutzen der Bevölkerung. Inzwischen wird innerhalb der Ökonomisierungs- bzw. Kommerzialisierungsdiskussionen die Reduktion von Krankenhausbetriebszielen vor allem auf finanzielle Erfolgsgrößen, als ein Grundproblem bzw. als Ursache für versorgungsethische und medizinethische Probleme im Krankenhausesektor angesehen. Eine doppelte Diskriminierung ist erkennbar: Eine einseitige Betrachtung von Krankenhausergewinnen, ausschließlich aus dem betriebswirtschaftlich-monetären Blickwinkel heraus, benachteiligt und vermindert die Bedeutung nicht-monetärer Krankenhausbetriebsziele (Daseinsvorsorge, Lebensqualitätsgewinne durch erfolgreiche Therapien). Zusätzlich wird die Gewinnerzielung und Renditengenerierung für Eigenkapitalgeber und Investoren bevorzugt gegenüber den gesamtgesellschaftlich erwünschten gesundheitlichen Bedarfsdeckungszielen.

Es kann als unternehmerisch gerechtfertigt gesehen werden, wenn Eigenkapital-Geber und Investoren für das zur Verfügung gestellte Kapital und das von ihnen übernommene Überlassungsrisiko eine Vergütung durch den Krankenhausergewinn erhalten wollen. Die versorgungsethische Überlegung bezieht sich jedoch auf eine gesellschaftliche Gerechtigkeit, welche die Abdeckung gesundheit-

licher Versorgungsbedürfnisse (und damit auch den Zugang zu einer klinisch-stationären Versorgung) in den Mittelpunkt stellt.

Effizienzdruck als Voraussetzung für hohe Krankenhausgewinne

Die (monetäre) Gewinnerzielung aus dem Betrieb von Krankenhäusern wird als ein wichtiger Motor für Fortschritt und kontinuierliche Effizienzverbesserungen gerechtfertigt [14]. Dabei ist nicht nur die absolute Höhe des Krankenhausgewinns (bzw. des bilanziellen Jahresüberschusses) wichtig, sondern auch die betriebswirtschaftliche Kennzahl „Rendite auf Eigenkapital“ [47], also das rechnerische Verhältnis des erzielten Gewinns (in Geldeinheiten) zum durch den Krankenhausträger, Kapitalgeber oder Investor eingesetzten Eigenkapital bzw. Gesamtkapital.

Wenn die Rendite umso höher ausfallen würde, je effizienter das Krankenhaus arbeitet, würde das Krankenhaus eine möglichst weitgehende betriebswirtschaftliche Gewinnmaximierung anstreben. Die Vorgehensweise wäre dann, dass entweder möglichst wenig Ressourcen für die Erzeugung einer festgelegten Menge an Versorgungsleistungen eingesetzt werden könnten; oder dass alternativ mit vorgegebenen (budgetierten) Ressourcen (vor allem von Personal, Sachmitteln, betriebsnotwendige Infrastruktur wie Gebäude und Ausstattung) möglichst viele Versorgungsleistungen erzeugt werden würden.

Im klinikbetrieblichen Alltag werden diese Ansätze auf unterschiedliche Weisen sichtbar, und führen zu erheblichen Spannungen an der Schnittstelle zwischen ökonomischen Gewinnzielen und medizinethischen Grundsätzen [48–50]. Der betriebswirtschaftliche Effizienzgedanke (wenn Effizienz groß, dann Rendite hoch) kann dazu führen, dass die Versorgung des einzelnen Patienten negativ beeinflusst wird: Eine betriebswirtschaftliche Effizienzoptimierung muss in ihrer Wirkung nicht gleichgerichtet zu einer medizinisch-pflegerischen Versorgungseffizienz sein. So kann die Genesung der Patienten diagnostische und therapeutische Maßnahmen erforderlich machen, die einen großen Personaleinsatz und/oder die umfangreiche Verwendung medizinisch-pflegerischen Sachmaterials mit sich bringen, unabhängig von der für die Behandlung erzielbaren Vergütung des Behandlungsaufwands.

Die Gefahr nimmt zu, dass eine kostengünstige Versorgung von Patienten einer kostenintensiveren, aber schnellen und damit leidsvermindernden Patientenbehandlung vorgezogen wird. Damit vergrößert sich das Risiko, dass eine Absenkung der Versorgungsqualität mit erhöhter betriebswirtschaftlicher Effizienz und damit verbesserter kaufmännischer Rendite belohnt wird. Das Patientenwohl [51, 52] würde durch die Inkaufnahme unnötigen Leidens eingeschränkt, und das medizinethische Prinzip des Nicht-Schadens nur noch eingeschränkt berücksichtigt.

Produktdefinitionen in der klinisch-stationären Patientenversorgung

Aus produktionswirtschaftlicher Sicht erfordert die effiziente Produktion von Versorgungsleistungen eine Planung ihrer notwendigen Standardinhalte bezüglich Diagnostik und Therapie. Es wäre festzulegen, was aus medizinisch-pflegerischer Sicht und aus kaufmännischer Sicht die Inhalte der klinischen Versorgung von Patientengruppen mit vergleichbarer behandlungsleitender Hauptdiagnose sein sollten. Es erscheint fraglich, ob hierüber ein detaillierter Konsens zwischen Kran-

kenhausmanagern und medizinisch-pflegerischem Fachpersonal erreicht werden kann [53–57]. Welche Teilelemente der zu produzierenden Behandlungsleistung sind unter evidenzbasierten medizinischen Aspekten und pflegerischen Aspekten als notwendig, unverzichtbar oder wünschenswert anzusehen?

Die interdisziplinäre Festlegung dessen, was einerseits aus medizinisch-pflegerischer Berufsperspektive, und andererseits aus betriebswirtschaftlich-kaufmännischer Optimierungssicht die Inhalte einer menschlich zugewandten, patientenzentrierten und das Fachpersonal berufsethisch befriedigenden Behandlung sein sollten, kann schwierig werden [58].

Die Genesung der Patienten ist offensichtlich kein linear-iterativer Heilungsprozess, und es besteht kein quantitativ umfassend beschreibbarer medizinischer Input-Output-Zusammenhang. Es ist beispielsweise nicht genau feststellbar, ob eine zusätzliche Gesprächsminute zwischen Stationsarzt und Patient * In zu einer x-prozentigen Verbesserung des individuellen Therapieergebnisses führen wird. Die ökonomische Sichtweise wird deshalb oft den Vorteil aufweisen, durch die bessere Quantifizierbarkeit ihrer monetären Nutzenargumente eine stärkere Argumentationskraft im krankenhauses internen Diskurs zu entwickeln als ein voraussichtlicher medizinischer Behandlungsnutzen für den einzelnen Patienten. Auch sind die typischen Konzepte und Denkmuster industriebetriebswirtschaftlicher Produktionsplanung für die Krankenhausversorgung insbesondere für die Outcome-Dimension (Patientennutzen bzw. Patientenwohl) kaum darstellbar. Das innerbetriebliche Streitfeld zwischen einer gewinnorientierten betriebswirtschaftlichen Handlungsrationale und der medizinethisch geleiteten Versorgungsrealität wird damit eröffnet [59, 60].

Unklare Abbildung der Leistungsqualität im Vergütungssystem

Die Prozess- und Ergebnisqualität der klinisch-stationären Patientenversorgung, und damit auch das medizinethische Primat des Patientenwohls, ist im aktuellen DRG-Entgeltsystem nach wie vor nicht direkt abgebildet. DRG-Systeme gehen als Vergütungskonzepte für klinisch-stationäre Versorgungsleistungen letztlich von statistisch ermittelten Entgelthöhe-Festlegungen aus, welche sich auf unterschiedlich detailliert definierte Standardleistungsinhalte mit einer ihnen inhärenten und häufig ungenau festgelegten Standardqualität beziehen [61]. Ob nun medizinethisch oder pflegerisch wünschenswert erscheinende Erhöhungen dieser Standardqualität mit ihrem Mehraufwand in den DRG-Leistungsentgelten berücksichtigt sind, ist nur schwer entscheidbar.

Wenn die Möglichkeit gegeben wäre, hohe Krankenhausgewinne durch verminderte Produktqualität zu erwirtschaften, würden stringente Qualitätsvorgaben für klinische Versorgungsleistungen zur Vermeidung solcher Gewinnstrategien notwendig. Wenn eine Begrenzung der Krankenhausgewinne nicht sinnvoll ist, u. a. wenn Qualitätstransparenz gefördert würde, kann im Umkehrschluss angenommen werden, dass das Fehlen von Qualitätstransparenz in der akutstationären Patientenversorgung einen Grund dafür darstellen kann, Krankenhausgewinne regulatorisch zu begrenzen.

Gefahr ethisch unangemessener Gewinnerzielung durch Fallzahlen-Maximierung

Die Strategie der betrieblichen Fallzahlen-Maximierung unter DRG-Bedingungen hat das Ziel einer Umsatzmaximierung und einer daraus hervorgehenden Chance kaufmännischer Gewinnoptimierung. Die Gewinnmaximierung wird unter Effizienzgesichtspunkten zusätzlich dadurch erweitert, dass die durchschnittlichen Aufwendungen je Versorgung bei gegebener Ressourcenmenge und gleichzeitig steigenden stationären Fallzahlen bezogen auf den einzelnen (statistischen) Krankenhausfall rechnerisch sinken. Tatsächlich nimmt inzwischen die Wachstumsrate bei statistischen Krankenhaus-Fallzahlen im deutschen Krankenhaussektor aber [62] ab. Wird dieser Trend auch in der Post-Pandemie-Ära anhalten, wird das Optimierungskonzept der Fallzahlenmaximierung zukünftig nur noch begrenzt Wirksamkeit entfalten.

Es ist eine häufige krankenhausbetriebliche Vorgehensweise, mit dem verfügbaren Klinikpersonal eine möglichst hohe Anzahl administrativ-abrechnungssystematisch definierter Krankenhausfälle im jeweiligen Geschäftsjahr zu versorgen. Diese kaufmännische Strategie der Fallzahlen-Maximierung führt typischerweise zu einer Absenkung der durchschnittlichen rechnerischen Verweildauern für statistisch nach Diagnosen gruppierte Patientengruppen. Damit werden die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in betriebsstatistisch kürzer werdenden Zeiträumen erbracht. Klinikalltägliche Folge hiervon ist u. a. eine erhebliche Leistungsverdichtung beim Krankenhauspersonal, und steigende Produktivitätskennziffern bis hin zur persönlichen und organisatorischen Überlastung. Ob dann weiterhin eine humane und das Patientenwohl in den Mittelpunkt stellende stationäre Versorgung stattfinden kann, wird aus Sicht der Beschäftigten angezweifelt [63–65]. Das ethische Prinzip des Nicht-Schadens wird verletzt, wenn nicht-versorgungsbedürftige Menschen stationär behandelt werden, oder versorgungsbedürftige Patienten aus ökonomischen Gründen eine stationäre Versorgung erhalten, die in diesem Umfang medizinisch nicht indiziert war und damit als Überversorgung einzuschätzen ist [66–70]. Auch werden die Patientenautonomie und das Patientenwohl eingeschränkt, wenn aus Abrechnungsgründen die Patientenbehandlung in einzeln abrechenbare Behandlungsabschnitte administrativ aufgeteilt und damit zeitlich ausgedehnt wird. Fühlt sich die Ärzteschaft in Kliniken durch den betriebsintern gesetzten ökonomischen Rahmen zur Duldung oder aktiven Teilnahme an solchen Entwicklungen quasi gezwungen, wird ihre berufliche Integrität und ihr Berufsethos beschädigt.

Gefahr ethisch unangemessener Gewinnerzielung durch Aufwandsminimierung

Das Konzept der betriebswirtschaftlichen Effizienzoptimierung im Krankenhaus bedeutet im Klinikalltag häufig eine möglichst weitgehende Absenkung des Ressourceneinsatzes und damit des betriebswirtschaftlichen „Herstellungsaufwands“ in der klinisch-stationären Patientenversorgung. Es wird damit im finanzwirtschaftlich besten Fall eine positive Marge erreicht, die sich als möglichst große positive Differenz (in Geldeinheiten) zwischen der dem Krankenhausmanagement meist vorab bekannten Leistungsentgelte-Höhe und dem tatsächlichen Versorgungsaufwand für die jeweilige Patientenbehandlung definiert.

Dieses Optimierungskalkül erschöpft sich über die Zeit, weil es sich tendenziell einem Zustand annähert, an dem eine weitere Aufwandsminimierung ohne Einschränkung der Leistungsqualität bzw. Beschädigung des Patientenwohls nicht mehr möglich ist. Zusätzlich bleibt abzuwarten, ob die derzeit diskutierten digitalmedizintechnologisch induzierte Produktivitätssprünge [71–73] zukünftig tatsächlich für die Krankenhäuser eintreten, und deren Gewinnbestrebungen unterstützen können.

Dass eine Gewinnerzielung durch kontinuierliche Aufwandsminimierung ethisch problematisch und gegebenenfalls strafrechtlich relevant sein kann, zeigen auch Negativbeispiele aus der Vergangenheit, u. a. im Bereich Krankenhaushygiene (z. B. in der Bodenflächenreinigung; Reinigung von OP-Sieben und OP-Instrumenten usw.).

Um verstärktes Kostenbewusstsein und die Übernahme von Verantwortung für die Klinik-Wirtschaftlichkeit bei den Beschäftigten zu fördern, setzen Krankenhäuser häufig auch Managementinstrumente ein, welche einen finanziellen Zusammenhang zwischen dem persönlichen Einkommen des beschäftigten Fachpersonals und dem wirtschaftlichen Gesamterfolg des Krankenhauses erzeugen. Solche erfolgsabhängigen Zusatzvergütungen werden jedoch zunehmend kritisch diskutiert und häufig aus ethischen Überlegungen heraus abgelehnt [74–78].

Ausblick

Es wird deutlich, dass eine Betrachtung von betriebswirtschaftlich-unternehmerischen Krankenhausgewinnen allein aus einer kaufmännischen Perspektive dringend die vertiefte organisationsethische, sektoral-wirtschaftsethische und bioethische Begleitung und Rahmensetzung benötigt. Eine allein ökonomische Betrachtung von Krankenhausgewinnen ist nur begrenzt geeignet, Krankenhausgewinne als ein systemnotwendiges Merkmal des Gesundheitswesens umfassend für alle Interessengruppen in diesem ethisch und gesellschaftlich sensiblen Themengebiet zu begründen.

Der Blick auf den klinischen Versorgungsalltag und die derzeit weit verbreiteten Vorgehensweisen bei der Gewinnerzielung in Krankenhäusern gibt Hinweise auf die ethischen Konfliktfelder, wenn der betrieblichen Gewinnmaximierung stets eine höhere Priorität eingeräumt würde als einer qualitätsoptimierten Patientenversorgung und dem Patientenwohl selbst.

In einer überwiegend marktwirtschaftlich strukturierten Volkswirtschaft kann die Gewinnerzielung ein wichtiger Motor des Fortschritts und stetiger Effizienzverbesserungen sein. Unklar ist jedoch, wie sich diese Entwicklung konkret auf das Patientenwohl und das Ärzte-Patienten-Verhältnis im klinischen Versorgungsalltag auswirken. Vor diesem Hintergrund können Krankenhausgewinne sowohl als betriebswirtschaftliches Primärziel eines Krankenhauses, aber auch als ein versorgungsqualitatives und ethisches Metakel für das zukünftige Patientenwohl in der klinisch-stationären Gesundheitsversorgung angesehen werden.

Für die weitere Verbesserung der Krankenhausversorgung erscheinen zukünftig integrative Konzepte notwendig, welche das unternehmerisch-kaufmännische Geschäftsverhalten der Krankenhausunternehmen in eine Balance mit den medizinethischen Notwendigkeiten einer menschengerechten Patientenversorgung bringen können. An den Schnittstellen zwischen Ökonomie und Medizinethik besteht weiterer Forschungsbedarf.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Bundesärztekammer. Positionspapier der Bundesärztekammer „Patientenversorgung unter Druck“. Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer auf Vorschlag der AG „Wettbewerb im Gesundheitswesen“ Stand: 26.05.2019. Im Internet: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Positionen/Patientenversorgung_unter_Druck.pdf Stand: 29.03.2020
- [2] Nothacker M, Busse R, Elsner P et al. Medizin und Ökonomie: Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung. Ein Strategiepapier der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Deutsche Medizinische Wochenschrift 2019; 144: 990–996. doi:10.1055/a-0891-3940
- [3] Wild V, Pfister E, Biller-Andorno N. DRG: Ethik vs. Ökonomie? bulletin SAMW Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2009; 1–5
- [4] Bruch H-P. Der Patient als Wirtschaftsfaktor oder wie wir mit unserem Körper den Markt bedienen müssen. Passion Chirurgie 2013; 9: 15–17
- [5] Naegler H, Wehkamp K-H. Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung. Krankenhausärzte und Geschäftsführer im Interview. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2018
- [6] Bauer U. Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit. 17.02.2006. Im Internet: <http://www.bpb.de/apuz/29905/die-sozialen-kosten-der-oekonomisierung-von-gesundheit> Stand: 30.03.2020
- [7] Porzolt F. Ökonomisierung oder Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung. Public Health Forum 2013; 21: 576. doi:10.1016/j.phf.2013.09.018
- [8] Biller-Andorno N. Medizin und Ökonomie – eine Perspektive aus der Schweiz. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2015; 109: 79–80. doi:10.1016/j.zefq.2015.01.005
- [9] Mann K, Kapitza T, Likar R et al. 3-Länder-Manifest: Zeitenwende in die Ökonomisierung und Industrialisierung. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2019; 144: e145–e152. doi:10.1055/a-1024-8308
- [10] Bär S, Pohlmann M. Autonomieverlust der Medizin? Zum Strukturwandel moderner Großkrankenhäuser in Deutschland, Österreich und der Schweiz. IndBez 2018; 24: 411–430. doi:10.3224/indbez.v24i4.03
- [11] Engartner T. Staat im Ausverkauf. Privatisierung in Deutschland. Frankfurt, New York: Campus Verlag; 2016
- [12] Heubel F, Kettner M, Manzeschke A. Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven. Gesundheit und Gesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden; 2010. doi:10.1007/978-3-531-92479-3
- [13] Bär S. Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft. Krankenhausmanager und ihre Konzepte [Zugl.: Heidelberg, Univ., Diss., 2011 u.d.T.: Bär, Stefan: Managementkonzepte im Krankenhaus]. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften; 2011. doi:10.1007/978-3-531-93349-8
- [14] Augurzyk B. Gewinne im Krankenhaus. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, Beivers A, Hrsg. Krankenhaus-Report 2020. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2020: 185–204. doi:10.1007/978-3-662-60487-8_10
- [15] Orfanos C. Ökonomisierung und drohende Kommerzialisierung der Medizin. Aktuelle Dermatologie 2013; 39: 332–335. doi:10.1055/s-0033-1344580
- [16] Osterloh F. Kommerzialisierung bekämpfen. Deutsches Ärzteblatt 2019; 116: A1268–A1269
- [17] Schanz B. Ökonomisierung in der Gesundheitswirtschaft. Psych Pflege 2010; 16: 214–217. doi:10.1055/s-0030-1262503
- [18] Trabert G. Die Entwicklung des Gesundheitssystems zwischen Ökonomisierung und sozialer Gerechtigkeit. Zentralbl Chir 2008; 133: 39–45. doi:10.1055/s-2008-1004667
- [19] Imdahl H. Ethische Implikationen von Kommerzialisierung und Ökonomisierung des Krankenhauses. Bd. 190. Medizinethische Materialien. Bochum: Zentrum für Med. Ethik; 2013
- [20] Egger B, Bauman-Hölzle R, Giger M et al. Der «Schweizer Eid». Schweizerische Ärztezeitung 2017; 98: 1295–1297. doi:10.4414/saez.2017.05994
- [21] Likar R, Markstaller K, von Goedecke A et al. ÖGARI Ethik-Manifest für eine menschlichere Medizin. Wiener Medizinische Wochenschrift 2018; 148: 364–366. doi:10.1007/s10354-019-0692-0
- [22] Schumm-Draeger P-M, Kapitza T, Mann K et al. Ökonomisierung in der Medizin: Rückhalt für ärztliches Handeln. Deutsches Ärzteblatt 2017; 114: 2338–2341
- [23] Sulmasy LS, Bledsoe TA. American College of Physicians Ethics Manual: Seventh Edition. Ann Intern Med 2019; 170: S1–S32. doi:10.7326/M18-2160
- [24] Eichhorn S. Krankenhausbetriebslehre – Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Band I. Bd. 11. Schriften des Deutschen Krankenhausinstituts, Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf, Düsseldorf. 3. Aufl. Köln: Kohlhammer; 1975
- [25] Eichhorn S. Hrsg. Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlungen für die Praxis. Krankenhausrecht. Stuttgart: Kohlhammer; 1995
- [26] Manzei A, Schnabel M, Schmiede R. Embedded Competition – Oder wie kann man die Auswirkungen wettbewerblicher Regulierung im Gesundheitswesen messen? In: 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen 2014; 11–34. doi:10.1007/978-3-658-02702-5
- [27] Schäfer E. Die Unternehmung. Wiesbaden: Gabler Verlag; 1980. doi:10.1007/978-3-663-12053-7
- [28] Heusser M. Öffentliche und private Spitäler. Finanzierung, Rechnungslegung und Marktverhalten [Zugl.: Freiburg (Schweiz), Univ., Diss., 1996]. Bern: Haupt; 1996
- [29] Dézsy J, Schwanzer H, Fellingner K. Einführung in das Krankenanstaltenmanagement. Der Betrieb Krankenhaus und seine Stellung im Gesundheitswesen. Springers Kurzlehrbücher der Wirtschaftswissenschaften. Wien: Springer; 1993
- [30] Witt D. Leistungsziele und Erfolgsgrößen in Krankenhäusern. Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen ZögU 1980; 3: 220–232
- [31] Eichhorn S. Das Zielsystem des Krankenhauses [Betriebswirtschaftliche Information, Entscheidung und Kontrolle; Festschrift für Hans Münstermann]. Wiesbaden: Gabler Verlag; 1969: 213–237. doi:10.1007/978-3-663-04186-3
- [32] Eichhorn S. Krankenhausbetriebslehre – Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Band II. Bd. 13. Schriften des Deutschen Krankenhausinstituts, Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf, Düsseldorf. 3. Aufl. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer; 1976
- [33] Maio G. Das Rentabilitätsdenken als Aushöhlung des sozialen Charakters der Medizin. Zeitschrift für Gesundheitspolitik Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung 2015; 87–108
- [34] Mohan R. Die Ökonomisierung des Krankenhauses. transcript-Verlag 2018. doi:10.14361/9783839445655

- [35] Imdahl H. Die neuen Werkzeuge zur Gewinnerzielung im Krankenhaus. *Ethik Med* 2012; 24: 93–104. doi:10.1007/s00481-012-0190-z
- [36] Faller P. Hrsg. Dienstprinzip und Erwerbsprinzip. Fragen der Grundorientierung in Verkehr und öffentlicher Wirtschaft ; Festschrift für Karl Oettle zur Vollendung des 65. Lebensjahres. Bd. 128. Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges; 1991
- [37] Oettle K. Über den Charakter öffentlich-wirtschaftlicher Zielsetzungen. *Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung* 1966; 18: 241–259
- [38] Oettle K. 1. Ausgewählte Aufsätze zur Zielsetzung, Führung und Organisation öffentlicher Betriebe. - 1976. - 188 S. - ISBN 3-7890-0164-3 2. Ausgewählte Aufsätze zur Finanzierung und Rechnung öffentlicher Betriebe. - 1976. - 202 S. - ISBN 3-7890-0168-6. Bd. 14. Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft. Baden-Baden: Nomos Verlags-Ges; 1976
- [39] Berger JT. Courage, Context, and Contemporary Health Care. *Hastings Cent Rep* 2015; 45: 4. doi:10.1002/hast.508
- [40] Bohrer T. Kostbare Behandlung – Ethische Implikationen der Psychologie des Geldes in der Medizin. In: Frewer A, Hrsg. Gute oder vergütete Behandlung? Ethische Fragen der Gesundheitsökonomie. Bd. 7. Jahrbuch Ethik in der Klinik. Würzburg: Königshausen & Neumann; 2014: 43–55
- [41] Bohrer T, Schmidt M, Königshausen JH. Warum es falsch ist, in der Medizin vom Kunden zu reden. *Die medizinische Welt* 2017; 162–166
- [42] Ewert B. Vom Patienten zum Konsumenten? Nutzerbeteiligung und Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen [Zugl.: Gießen, Univ., Diss., 2012]. Sozialpolitik und Sozialstaat. Wiesbaden: Springer VS; 2013. doi:10.1007/978-3-658-00433-0
- [43] Fölsch UR, Schumm-Draeger P-M, Mann K et al. Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2016; 141: 1183–1185. doi:10.1055/s-0042-111258
- [44] Hipp R, Prengel A, Nebl T et al. Der Patient als Kunde – Chancen und Risiken einer neuen Positionierung für den Patienten im Krankenhaus. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2010; 135: 251–255. doi:10.1055/s-0030-1247863
- [45] Riemann JF. Der Patient als Kunde – müssen wir uns an eine neue Sprachregelung gewöhnen? *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2010; 135: 250. doi:10.1055/s-0029-1244842
- [46] Zimmermann L, Körner M, Geppert E et al. Der Patient als Kunde? Zur Perception eines marktwirtschaftlich geprägten Begriffs bei Medizinstudierenden am Ende ihres Studiums. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes GER)* 2012; 74: e1–e8. doi:10.1055/s-0031-1285898
- [47] Breuer C. Rentabilität. Im Internet: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/rentabilitaet-45028> Stand: 10.06.2020
- [48] Köbblerling J. Economic Pressure in Hospitals. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 795–796. doi:10.3238/arztebl.2017.0795
- [49] SAMW Begleitgruppe Medizin und Ökonomie – wie weiter? Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Basel; 2014
- [50] Krüger C, Rapp B. Ethik im Gesundheitswesen, Behandlungsqualität – oberste Priorität. Krankenhäuser sind gezwungen, die Anforderungen von Wirtschaft und Ethik miteinander in Einklang zu bringen. *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 103: 320–322
- [51] Deutscher Ethikrat. Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme [ISBN 978-3-941957-71-8]. Berlin; 2016
- [52] Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. New York, NY: Oxford Univ. Press; 2009
- [53] Fölsch UR, Kapitzka T, Märker-Hermann E et al. DGIM-Studie „Ärzte - Manager 2013“. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2014; 139: 726–734. doi:10.1055/s-0034-1369904
- [54] Lenk C, Biller-Andorno N, Alt-Epping B et al. Ethik und Fallpauschalen. Welche Veränderungen in der Patientenversorgung sind zu erwarten? *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2005; 130: 1653–1655. doi:10.1055/s-2005-871880
- [55] Ritter PR. DRGs und mögliche ethische Dilemmata in der stationären Hämatologie und Onkologie. In: *Ethische Ökonomie – Beiträge zur Wirtschaftsethik und Wirtschaftskultur*: 86–96
- [56] Gutzwiller F, Andorno NB, Harnacke C et al. Methoden zur Bestimmung von Nutzen bzw. Wert medizinischer Leistungen. und deren Anwendung in der Schweiz und ausgewählten europäischen Ländern. Bern 2012
- [57] Kapitzka T. Kooperation oder Konflikt? Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen ärztlichen Führungskräften und kaufmännischen Geschäftsleitungen. *Arzt und Krankenhaus* 2013; 86: 48–51
- [58] AGQ-FMH Wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich – Betrachtung aus ärztlicher Sicht. DDQ Positionspapier und Checkliste zur Zweckmässigkeit. *Schweizer Ärztezeitung* 2007; 88: 1665–1669
- [59] Egger JW. *Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin. Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin*. Wien: Facultas; 2017
- [60] Rössler W. *Die therapeutische Beziehung*. Springer E-book Collection. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg; 2005
- [61] Petzold T, Walther F, Schmitt J. Wie ist Qualität im deutschen Gesundheitssystem definiert? Eine systematische Analyse deutscher Gesetzestexte und Richtlinien. *Gesundh ökon Qual manag* 2018; 23: 194–204. doi:10.1055/s0044101681
- [62] GBEDiagnosedaten der Krankenhäuser (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). Im Internet: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=43665431&nummer=550&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=76099244 Stand: 25.07.2020
- [63] Egger B. Im Vordergrund steht das Patientenwohl. Der Schweizer Eid, das neue Ärztegelöbnis; Interview mit Prof. Bernhard Egger (04.12.2018). Im Internet: <https://docplayer.org/115104136-Santesuisse-magazin-der-schweizer-krankenversicherer-kosten-die-pluralwort.html>
- [64] Flintrop J. Die Suche nach dem richtigen Maß. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111: A 1929–A1931
- [65] Wehkamp K-H, Naegler H. The Commercialization of Patient-Related Decision Making in Hospitals. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 797–804. doi:10.3238/arztebl.2017.0797
- [66] Grote-Westrick M, Volbracht E, Deckenbach B et al. Bertelsmann Stiftung. Überversorgung – eine Spurensuche. Gütersloh: BStift - Bertelsmann Stiftung 2019. doi:10.11586/2019064
- [67] Klemperer D. Über- und Unterversorgung in der Medizin. *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum* 2015; 15: 866–871. doi:10.4414/smf.2015.02416
- [68] Reifferscheid A, Pomorin N, Wasem J. Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2015; 140: e129–e135. doi:10.1055/s-0041-102550
- [69] Saini V, Brownlee S, Elshaug AG et al. Addressing overuse and underuse around the world. *The Lancet* 2017; 390: 105–107. doi:10.1016/S0140-6736(16)32573-9
- [70] Hasenfuß G, Märker-Hermann E, Hallek M et al. Initiative „Klug entscheiden“: Gegen Unter- und Überversorgung. *Deutsches Ärzteblatt* 2016; 113: 1183–1185

- [71] CB INSIGHTS. From Telehealth To Infection Control, How 5G, Edge Computing, & The Internet Of Medical Things Are Transforming Healthcare (22.07.2020). Im Internet: https://www.cbinsights.com/research/internet-of-medical-things-5g-edge-computing-changing-healthcare/?utm_source=CB+Insights+Newsletter&utm_campaign=5e002f5756-newsletter_general_Wed_20200722&utm_medium=email&utm_term=0_9dc0513989-5e002f5756-90259905 Stand: 23.07.2020
- [72] Schüritz R. Kliniken auf der virtuellen Überholspur. *kma Klinik Management Aktuell* 2020; 25: 70–71
- [73] Sparrow R, Hatherley J. High Hopes for “Deep Medicine”? AI, Economics, and the Future of Care. *Hastings Cent Rep* 2020; 50: 14–17. doi:10.1002/hast.1079
- [74] Zentrale Ethikkommission Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer: Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten. *Deutsches Ärzteblatt* 2013; 110: A1752–A1756
- [75] Biller-Andorno N, Lee TH. Ethical physician incentives - from carrots and sticks to shared purpose. *N Engl J Med* 2013; 368: 980–982. doi:10.1056/NEJMp1300373
- [76] Hartzband P, Groopman J. Money and the Changing Culture of Medicine. *N Engl J Med* 2009; 360: 101–103. doi:10.1056/nejmp0806369
- [77] DGIM DRG-Finanzierung der Krankenhäuser und Bonussysteme für Ärzte: Fehlentwicklungen durch falsche Anreize stoppen! Wiesbaden. 2012;
- [78] GKST BÄK-LKÄD Bewertung der Zielvereinbarungen in Verträgen mit Leitenden Krankenhausärzten. durch die Gemeinsame Koordinierungsstelle der Bundesärztekammer und des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands. *Arzt und Krankenhaus* 2017; 90: 17–25