

Sehr geehrte Damen und Herren,

zuerst möchte ich mich bei der KGNW für die Einladung bedanken, dass ich anlässlich des 12. Krankenhaus-Qualitätstages NRW heute den Eröffnungsvortrag halten darf.

Ich vermute, dass der Veranstalter ganz bewusst einen Geschäftsführer, einen Kaufmann ausgewählt hat, um seine Sichtweise, seinen Blickwinkel auf das Qualitätsmanagement zu hören. Und ganz zum Schluss werde ich auch einen Blick in die Zukunft richten und damit eine weitere Bedeutung des Begriffs „Perspektive“ berücksichtigen.

Mir ist bewusst, dass in den praktischen Fragen des Qualitätsmanagements jeder Einzelne von Ihnen kompetenter ist als ich. Ich möchte deshalb auch darauf verzichten, Ihnen die neuesten Entwicklungen im Qualitätsmanagement vorzutragen. Ich würde nämlich dann darauf eingehen müssen, dass aktuell Qualitätssicherung aus meiner Sicht dazu missbraucht wird, um sozusagen auf kaltem Wege Krankenhausplanung zu betreiben, ohne in jedem Fall politisch dafür Verantwortung zu übernehmen, sei es durch die Strukturmerkmale, wie sie im Krankenhausplan NRW 2015 verankert sind, sei es durch planungsrelevante Qualitätsindikatoren, sei es durch nach meiner Meinung immer noch unerfüllbare Voraussetzungen für die Anerkennung der und Abrechnung von Leistungen in Perinatalzentren Level 1, sei es durch die Einführung und Ausweitung von Mindestmengen durch den G-BA. Ich glaube, die Gefahr, die von den Mindestmengen für die Existenz von Krankenhäusern ausgeht, dürfen wir nicht unterschätzen!

Meine sehr geehrten Damen und Herren,  
die Zielsetzung des Qualitätsmanagements hat sich in den letzten Jahren nach meinem Eindruck spürbar geändert. Als Mitte der 1990er Jahre erstmals Fallpauschalen und Sonderentgelte eingeführt wurden, hatte der Gesetzgeber die Befürchtung – wie später bei der Einführung der DRGs –,

dass aus Gründen der Kosteneinsparung vom einzelnen Krankenhaus nicht mehr genügend qualifiziertes Personal vorgehalten würde, dass vom einzelnen Krankenhaus aus wirtschaftlichen Gründen Leistungen, die medizinisch nicht unbedingt notwendig wären, erbracht würden, also die Indikationen großzügiger gestellt würden, oder generell: dass mit der Einführung der Sonderentgelte und Fallpauschalen die Qualität leiden würde oder könnte.

Es ging also in erster Linie um das Patientenwohl und nicht beispielsweise um Krankenhausplanung!

Die Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte wurde deshalb von der Entwicklung und Einführung eines entsprechenden bundesweit verbindlichen Qualitätssicherungssystems begleitet, um so Aussagen über mögliche Verhaltensänderungen der Kliniken zum Nachteil der Patienten zu gewinnen.

Als ich damals einem der Chefärzte die Gründe für die Notwendigkeit der Einführung eines Qualitätssicherungssystems erläuterte, war dieser sehr entrüstet und meinte, dass es doch angesichts der Berufsethik, des ärztlichen Gelöbnisses, der ärztlichen Berufsordnung, überhaupt keines Qualitätssicherungssystems bedürfe. Er sei doch Mitglied einer Profession, eines freien Berufes, die geradezu für Qualität stünde.

Mir sind diese Worte nie aus dem Kopf gegangen und ich bemerke erst in den letzten Jahren, wie sehr er Recht hatte. Ich könnte auch sagen, ich habe ihn erst jetzt verstanden.

Seit geraumer Zeit beklagen die Ärzte selbst „Zersetzungstendenzen des ärztliche Ethos“. Mir wurde das sehr deutlich und bestätigt, als kürzlich (in einer Arbeitsgruppe der Akademie für Ethik in der Medizin) der Chefarzt eines privaten Trägers sich wie folgt äußerte: „Mein Geschäftsführer sagt

immer, dass am Ende des Monats auch die Kasse stimmen muss. Und ich teile diese Meinung ausdrücklich."

Ziel ärztlichen Handelns sollte zuallererst nicht der Blick in die Kasse sein, sondern, wie es der Deutsche Ethikrat formuliert, die Sicherstellung eines auf den individuellen Patienten und seinen spezifischen Bedarf abgestimmten Vorgehens, das auch die Qualität der medizinischen Behandlung berücksichtigt. Dafür müssen sich die Ärzte frei für das Wohl des Patienten entscheiden können – unabhängig davon, was politisch, ökonomisch oder von partikularen Interessengruppen von ihnen erwartet wird. Eine Gefährdung des Arzt-Patientenverhältnisses durch ökonomische Vorgaben – und so muss man die stimmige Kasse am Monatsende verstehen – sei nicht akzeptabel.

Aber warum hebt der Deutsche Ethikrat derart warnend die Hand?

Ein Grund ist sicher die angebliche „ökonomische Überformung der Medizin“ .

Damit wird unterstellt, dass die Ökonomisierung im Gesundheitswesen negative Folgen für die Patienten und insbesondere das Patientenwohl hat.

Ich glaube, dass hier ein sprachliches Missverständnis vorliegt. Denn eine Ökonomisierung im Sinne einer wirtschaftlichen Verwendung der zur Verfügung gestellten Ressourcen ist unabdingbar notwendig und hilft allen Patienten, vor allem bei knappen Mitteln.

Im Übrigen entspricht dies auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot, das in § 12 SGB V formuliert ist:

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die

Krankenkassen nicht bewilligen.“

- Im Grunde genommen formuliert der § 12 mit anderen Worten das ökonomische Prinzip, dass Wirtschaftssubjekte aufgrund der Knappheit der Güter bei ihrem wirtschaftlichen Handeln bei einem vorgegebenen Ergebnis den Aufwand minimieren (Minimalprinzip). Die Einhaltung dieses Prinzips ist ein Gebot der Vernunft, verhindert es doch Verschwendung und fördert effizientes Handeln.

Ich verwende deshalb lieber den Begriff der Kommerzialisierung, der deutlich machen soll, dass nicht die Ökonomisierung, sondern eine zunehmende Gewinnorientierung die medizinische Versorgung gefährdet. Vor einem Jahr kritisierte der stellvertretende Chefredakteur des Deutschen Ärzteblattes die Gewinnorientierung, indem er schrieb: „Denn zunehmend investieren Konzerne nur noch in Bereiche, von denen sie sich Gewinne versprechen. Der Qualität ist das nicht förderlich“.

Und er zitierte in diesem Zusammenhang Wolfgang Schaaf von der Bayrischen Landesärztekammer, der mahnte: „Wenn man sich isoliert um Ertragserhöhung bemüht, sinkt die Qualität. Wenn man sich aber um Qualität bemüht, steigt der Ertrag auch.“ Dies ist leicht abgewandelt ein sicherlich altbekannter Grundsatz aus dem Qualitätsmanagement.

Er macht allerdings deutlich, wie sehr eine Gewinnorientierung im Gesundheitswesen die Qualität der Leistungserstellung beeinflussen kann.

Zurück zum ärztlichen Beruf.

„Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. ... Sie üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. ... Sie haben

dabei ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. ... Sie dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen“.

Dies sind einige Kernaussagen der §§ 1 und 2 der Regeln zur Berufsausübung, wie sie in der (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte vom Deutschen Ärztetag beschlossen wurden.

Schauen wir uns einige Felder ärztlichen Handels an und prüfen wir, inwieweit hier in der Praxis gegen die Regeln der ärztlichen Berufsausübung verstoßen wird und welche Konsequenzen die Verstöße im Hinblick auf die Qualität der Leistungserstellung haben.

Beginnen wir mit der „Indikation als Kernstück der ärztlicher Identität“, wie Maio die Indikationsstellung umschrieben hat. Er äußert in dem Beitrag die Sorge, dass die Ärzte ökonomischen Anreizen folgen und dabei die Bedeutsamkeit einer sorgsamten Indikation unterschätzen, „denn über sie wird nicht weniger als Vertrauenswürdigkeit gestiftet“.

Und weiter:

„Wenn Ärzte nun ökonomische Anreize erhalten, also Anreize, die einer ökonomischen Steuerungslogik folgen, dann ist das sehr gefährlich, weil der Arzt durch diese Anreize dazu verleitet werden könnte, die Bedeutsamkeit einer sorgsamten Indikation zu unterschätzen. Wird der Anreiz zur Flucht in die Menge größer als die innere Überzeugung des Arztes, nur das ärztlich Gebotene zu empfehlen, dann führt das automatisch zum Vertrauensverlust“.

Eine Ursache für Anreize zur Flucht in die Menge wird in der Einführung von in der freien Wirtschaft üblichen Motivationssysteme gesehen. So fand sich in der 8. Auflage des DKG-Mustervertrages für Chefarzte der Vorschlag, dem Chefarzt für das Erreichen in einer jährlich neu zu

vereinbaren Zielvereinbarung einen finanziellen Bonus dann zu gewähren, wenn er festgelegte Eckpunkte erreicht. Hierzu zählten u. a. Zielgrößen für Leistungen nach Art und Menge. In der 9. Auflage fehlte der Hinweis. Gleichwohl haben die Regelungen der 8. Auflage Wirkungen erzielt. So berichtet Unschuld von christlichen und weltlichen Krankenhäusern, die von ihren lfd. Ärzten vertraglich festgeschrieben eine 5-10 %ige Steigerung der stationären Patienten im Vergleich zum Vorjahr verlangen.

Angesichts einer letztlich begrenzten Zahl sinnvoll stationär zu behandelnder Patienten sei die Versuchung groß, Menschen alleine aus wirtschaftlichen, nicht aber aus therapeutischen Gründen, einen Krankenhausaufenthalt aufzuerlegen.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass der moralisch gutwillige Arzt, der aus Überzeugung und dem ärztlichen Ethos heraus Chefarztverträge mit an Leistungszahlen orientierten Bonusregelungen ablehnt, in der Regel den weniger moralischen Konkurrenten im Nachteil ist. Wenn er also eine Chefarztstelle antreten möchte, wird er eine Bonusreglung als Sachzwang akzeptieren müssen.

Kienbaum hat im Rahmen einer Vergütungsstudie zu den Chefarztgehältern ermittelt, dass nunmehr 45 % aller Chefarztverträge Regelungen enthalten, nach denen sich das Chefarzteinkommen beim Erreichen wirtschaftlicher Ziele erhöht und dieser Anteil bis zu 50 % des Gesamteinkommens ausmacht.

Zurück zu den möglichen Wirkungen der Anreize bzw. den vertraglichen Vereinbarungen:

Zwischen 2007 und 2012 stieg die Zahl der Krankenhausfälle von 17,2 Millionen auf 18,6 Millionen. Ein Gutachter wollte sich auf Ursachen dieser

Mengenentwicklung nicht festlegen, allerdings äußerte ein Co-Gutachter, Reinhard Busse, bei einem Vortrag zu den Ergebnissen des Forschungsauftrages:

„Meine Schlussfolgerungen (stehen so nicht im Gutachten): Die stationären Fallzahlen in Deutschland sind – von sehr hohem Niveau – in den letzten Jahren stark gestiegen (und zwar ausschließlich Aufnahmen ohne Einweisung, sogenannte Notfälle) während sich – bei praktisch gleichbleibender Bettenzahl – die Verweildauern verkürzt haben. Diese Veränderung wird durch Nachfragefaktoren nur zu einem geringen Teil erklärt (insbesondere in bestimmten Regionen), während Angebotsfaktoren klar mit der Menge korrelieren.“

Krankenhausintern wird in der Diskussion um die Fallzahlsteigerung im stationären Bereich auch der Begriff der ökonomischen Indikation zur Verdeutlichung der Motivation zur Aufnahme gebraucht. Bei privaten Trägern, die Investitionen in neue Gebäude getätigt haben, spricht man dann von einer Amortisationsindikation.

Eine Geschichte am Rande: Als wir kürzlich den Chefarzt für unsere Zentrale Notaufnahme suchten, stellten sich u.a. auch Bewerber aus privaten Ketten vor. Sie berichteten übereinstimmend von einer sogenannten „Konvergenzquote“, mit der die stationären Aufnahmen aus der ZNA zu den gesamten Notfällen ins Verhältnis gesetzt wurden. Wer sich dem Kettendurchschnitt nicht annäherte, musste um seinen Job bangen, so die Bewerber.

Leistungsvermehrung durch Leistungserbringung ohne leitliniengerechte Indikation hat nichts mit Qualität zu tun. Die „Indikationsqualität“ gilt es vermehrt zu beachten und wieder in den Fokus unseres Qualitätsmanagements zu stellen. Ich glaube, wir haben hier in den letzten Jahren viel zu oft weggesehen.

Aber auch die Zahl der abrechnungsrelevanten Leistungen ist deutlich gestiegen.

„2013 lag die Zahl der chirurgischen Eingriffe bei 15,8 Millionen, im Vergleich zum Jahr 2005 entsprach dies einem Plus von rd. 30 %.“

Schlagzeilen wie

„Das lukrative Geschäft mit unnötigen Operationen“

„Kliniken sanieren sich mit sinnlosen Operationen“

„Ärzte und Kassen sorgen sich – Mengenboom bei Herzeingriffen“

„Ab in den OP, egal ob es nötig ist“

„Ärzteinitiative gegen heillose Rücken-OP´s“

„Herzklappen: Risikoreiche Operationsmethode boomt – finanzieller Gewinn als Motivation“

begleiten diese Entwicklung und scheinen der Monethik Vorfahrt vor dem ärztlichen Ethos einzuräumen.

Aber auch der umgekehrte Fall, nämlich die Nichtgewährung effektiver Leistungen durch ökonomisch motivierte ärztliche Indikationsstellung, wird diskutiert.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,



wie immer sie die geschilderten Sachverhalte beurteilen, das Prinzip des Nicht-Schadens gehört zu den Grundwerten ärztlichen Handels. Es beinhaltet die negative Verpflichtung – also das Verbot – Handlungen zu realisieren, die anderen Personen schaden. Damit ist die Einhaltung des Prinzips des Nichtschadens auch ein wichtiges Qualitätsmerkmal. Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang den damaligen Präsidenten der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie, Jörg Knesse, zitieren:

„Während die Bevölkerung meint, das größte Problem läge darin, dass unfähige Ärzte das Richtige oder das Falsche falsch tun, scheint das Hauptproblem darin zu liegen, dass zunehmend das Falsche richtig gemacht wird, das heißt nicht wirklich indizierte Operationen technisch regelrecht ausgeführt werden.“

Leider haben Ärzte, insbesondere Vertragsärzte, schon früh deutlich gemacht, dass sie ihr Handeln nicht ausschließlich am Wohlergehen des Patienten orientieren, sondern beispielsweise auch ihre persönliche Einkommenssituation berücksichtigen. Anders waren die Leistungsausweitungen, die unter dem Stichwort „Hamsterradeffekt“ bekannt geworden sind, nicht zu erklären: Quartal für Quartal stiegen die Leistungen im ambulanten Sektor und führten zu einem spürbaren Verfall der Wertigkeit der Punkte, die für das Einkommen der Ärzte ausschlaggebend waren. Rückblickend verwundert es, dass die Ärzte ihre berufsethischen Werte, die jahrzehntelang selbstverständlich waren, nicht schon damals gegen den ökonomischen und eventuell auch politischen Druck verteidigt haben. Es heißt nicht umsonst: Wehret den Anfängen!

Es verwundert deshalb nicht, wenn Maio eine politisch gewollte Deprofessionalisierung der Ärzte verzeichnet und fortfährt:

„Je mehr ökonomische Anreize die Ärzte erhalten, desto mehr verlieren sie

die Freiheit, sich ausschließlich am Wohl des Patienten zu orientieren – das Fundament für die Ausübung der Profession“.

Maio unterstellt dabei, dass sie die Ärzte unter Vernachlässigung ihres ärztlichen Ethos von den Anreizen zum Nachteil der sich ihnen anvertrauenden Patienten leiten lassen. Orientierten sich die Ärzte nämlich an den Grundlagen ihrer Profession, eine Grundhaltung der Wertschätzung für den Patienten, eine Grundhaltung des authentischen Helfenwollens, eine Grundhaltung der Sorgebeziehung zum Kranken, würden sie sich ausschließlich von dem Wohl des individuellen Patienten leiten lassen und ihr Handeln an diesem Ziel ausrichten; gegen monetäre Anreize wären sie damit immun.

Übrigens ist das Wirken von Anreizen bei der Finanzierung der stationären Krankenhausbehandlung nicht erst Folge der Einführung der DRGs. Mit der Einführung der tagesgleichen Pflegesätze konnten die Ärzte die wirtschaftliche Lage des Hauses über die Verweildauern steuern. Nur schadete das dem Patienten nur in seltenen Fällen; es war auch nicht der Qualität abträglich.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

das primäre Ziel ärztlichen Handels ist die Gesundheit des Patienten. Darüber hinaus verschafft das Berufsethos den ärztlich Tätigen Orientierungssicherheit und den Patienten verschafft das ärztliche Berufsethos Erwartungssicherheit. Diese Sicherheit ist für den Einzelnen häufig von existentieller Bedeutung, da ärztliche Hilfe auch dann in Anspruch genommen werden muss, wenn die zu erwartende Qualität der Behandlung für den Patienten nicht überprüfbar ist. Damit ermöglicht das ärztliche Berufsethos die für die ärztliche Tätigkeit unabdingbare Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient.

Ohne diese Vertrauensbasis ist nach meiner festen Überzeugung auch die Qualität der Behandlung gefährdet. Maßnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle müssen deshalb gleichberechtigt wirtschaftliche, ärztliche, medizinische und ethische Ziele berücksichtigen. Das scheint aber derzeit nach Überzeugung von Ärzten nicht immer der Fall zu sein. Anders ist er Entschließungsantrag auf dem 120. Deutschen Ärztetag unter der Überschrift „Reprofessionalisierung des Arztberufes als zentrale Herausforderung begreifen“, nicht zu verstehen.

Es heißt:

„Die deutsche Ärzteschaft wird aufgerufen, sich ihre Professionsverpflichtung täglich bewusst zu machen und entsprechend zu handeln“.

Auch der Klinikkodex – Medizin vor Ökonomie – der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin geht von einem schwindenden Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient aus. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hat damit der Vielzahl der für Ärzte existierenden Eide, Gelöbnisse und Kodizes – vom hippokratischen Eid über das Gelöbnis bis hin zur Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärzte ein weiteres Papier hinzugefügt.

Warum?

Aus meiner Sicht würde es ausreichen, wenn sich die Ärzteschaft ihre Professionsverpflichtung bewusst macht und entsprechend handelt.

Leider berichten viele Ärzte auch von dem Druck der Kaufleute, dem sie sich tagtäglich ausgesetzt sehen. Wenn Ärzte – durchaus glaubwürdig – berichten, dass sie sich bei Einhaltung der ärztlichen Verpflichtungen der Gefahr aussetzen, ihren Arbeitsplatz zu verlieren, dann müssen wir

Kaufleute uns fragen, ob wir unseren Job richtig machen. Angst bei der Berufsausübung – egal in welcher Branche – ist ein schlechter Begleiter und führt eher zu weniger als zu mehr Qualität. Nicht umsonst haben wir uns in der letzten Zeit verstärkt mit der Einhaltung von Gesetzen, Regeln und freiwilligen Kodizes, dem Compliance-Management auseinandergesetzt.

Compliance ist ein Qualitätsmerkmal. Grundidee der Compliance-Struktur ist das Bekenntnis zu bestimmten Werten, die in einem Verhaltenskodex oder in einem Leitbild festgelegt werden. Damit verpflichtet sich das Unternehmen zu einem Verhalten, das regelkonform ist und ethischen Ansprüchen genügt. Compliance-Risiken ergeben sich bei medizinischen Behandlungen insbesondere durch mögliche Behandlungsfehler und Organisationsmängel. Zu den Behandlungsfehlern zählt sicherlich auch eine falsche Indikation, zu den Organisationsmängeln fehlendes oder nicht qualifiziertes Personal. Beides ist qualitätsrelevant.

Regelverstöße enthüllte auch eine Studie, die die Qualitätsberichte von Kliniken auswertete und zu dem Ergebnis kam, dass fast in der Hälfte der Fälle an der Speiseröhre und der Bauchspeicheldrüse in Häusern operiert wird, die die Mindestmenge nicht erfüllen. Hier wird bewusst gegen Qualitätssicherungsrichtlinien verstoßen!

In § 23 Abs. 2 Musterberufsordnung heißt es, dass in Bezug auf Vergütungsvereinbarungen in Arbeits- oder Dienstverhältnissen die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung des Arztes sichergestellt sein muss. Zielvorgaben, die den Arzt dazu veranlassen, medizinisch nicht notwendige Behandlungen durchzuführen oder notwendige Behandlungen zu vermeiden oder zu behandeln, ohne dass dabei der aus ärztlicher Sicht erforderliche Einsatz von Personal oder Sachmitteln in vollem Umfang gewährleistet ist, würden eine berufsrechtswidrige Veranlassung darstellen.

Boni für Behandlungsentscheidungen nehmen Einfluss auf die moralische

Orientierung der Ärzte. Damit wird eine grundsätzliche Korruptierbarkeit der Ärzte einkalkuliert. Der Beschluss des Ärztetages zur Reprofessionalisierung bedeutet in diesem Zusammenhang auch, dass sich Ärzte gegen solche Boni, gegen die Unterstellung einer Korruptierbarkeit, zur Wehr setzen müssen, sie müssen deutlich machen, dass sie aus Prinzip nicht bestechlich sind und sich nicht in ihre Therapieentscheidung herein reden lassen, weil sie als Ärzte Anwälte ihrer Patienten sind und nicht Anwälte in eigener Sache.

Ärztliche Qualität, so Maio, bemisst sich nämlich nicht nach der Stückzahl, sondern nach der Sorgfalt, mit der man basierend auf Evidenz und Erfahrung eine Indikation zu stellen hat.

Wir sollten endlich alle ökonomischen Anreize, die die Freiheit der Ärzte beeinflussen könnten, vermeiden. Und ich bin sicher, dass sich eine ehrliche Medizin dauerhaft, langfristig auf jeden Fall, auszahlen wird. Wir sollten die ärztliche Kompetenz ausschließlich mit dem Ziel nutzen, eine bestmögliche Patientenversorgung anzustreben. Dominanz betriebswirtschaftlicher Vorgaben führen zu negativen Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung und das Personal, so Marckmann im Deutschen Ärzteblatt. Merken wir die Auswirkungen auf das Personal nicht schon bei Ausschreibungen von Chefarztstelle, weil die Zahl der Bewerbungen unbefriedigend ist und qualifizierte Oberärzte lieber in ihren derzeitigen Funktionen bleiben? Wir müssen unseren Ärzten wieder ein Umfeld schaffen, in dem sie so handeln können, wie es ihre Berufsethik verlangt.

Auch Ärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery klagte, dass der Konflikt zwischen Klinikleitungen und Ärzten um die Renditeziele immer dramatischer werde. Ärzte würden hinter vorgehaltener Hand über Fälle sprechen, in denen leitende Ärzte rausgeworfen würden, weil ihre

Abteilung nicht genügend Umsatz macht. Die Ökonomie dürfe nicht die Überhand über die medizinisch gute Patientenversorgung bekommen, so Montgomery weiter. Der Patient muss das Vertrauen haben, dass der jeweilige Arzt über entsprechende Fähigkeiten verfügt und das alles zum Nutzen des Patienten, nicht zu seinem Schaden und nicht gegen seinen Willen geschieht.

Das Arzt-Ethos ist für den ärztlichen Beruf unverzichtbar. Es ermöglicht Vertrauen, ohne das eine qualitätsorientierte Medizin nicht funktionieren kann. Das Arzt-Ethos verpflichtet die Mitglieder, die Ärzte, auf bestimmte moralische Grundhaltungen. Diese gilt es zu schützen und zu erhalten. Die Geschäftsführungen der Krankenhäuser dürfen durch ihr Verhalten die Funktionsfähigkeit des ärztlichen Ethos nicht in Frage stellen. Jörg Friedrich Hoppe ist zuzustimmen, wenn er feststellt: „Jede mit dem Wesen des Arztberufes nicht vereinbare Handlung und Entwicklung schadet, ja ruiniert die Vertrauenswürdigkeit unseres gesamten Berufsstandes.“ An anderer Stelle sagt er, dass das ärztliche Ethos nicht mehr trägt. Die im Krankenhaus Verantwortlichen müssen es unseren Ärzten wieder ermöglichen, die Grundsätze ärztlicher Berufsausübung zur ethischen Richtschnur ihres täglichen Handelns zu machen. Das ärztliche Ethos gehört zum Kern des Qualitätsversprechens. Patienten sollten sich auf dieses Versprechen verlassen können.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

Quellen- und Literaturhinweise beim Autor.