

Bekanntmachungen

Stellungnahme

der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin
und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer

„Finanzielle Anreize in der Patientenversorgung: eine ethische Orientierung für ärztliches Handeln“

Vorwort

Ärztliches Handeln ist von ethischen Prinzipien geleitet, die in den Grundsätzen der Medizin und dem ärztlichen Gelöbnis verankert sind. So bekennen sich Ärzt:innen mit der Deklaration von Genf, die der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) vorangestellt ist, ausdrücklich dazu: „Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten werden mein oberstes Anliegen sein.“ Was so selbstverständlich klingt, kann im ärztlichen Alltag jedoch immer wieder eine Herausforderung werden.

Wenn ärztliches Handeln Gefahr läuft, sich primär an ökonomischen Zielgrößen auszurichten, hat das weitreichende Folgen: Neben dem potentiellen Schaden einer möglichen Über-, Unter- oder Fehlversorgung durch ökonomische Fehlanreize, wiegt ein etwaiger Vertrauensverlust der Patient:innen in die Gesundheitsversorgung besonders schwer. Zugleich ist es für viele Ärzt:innen eine erhebliche moralische Belastung, wenn sie ihren eigenen professionsethischen Ansprüchen auf Dauer nicht gerecht werden können.

Auch vor diesem Hintergrund hat der diesjährige 129. Deutsche Ärztetag in seinem Leitantrag erneut betont, wie wichtig Rahmenbedingungen sind, die es Ärzt:innen ermöglichen, ihre Entscheidungen in Diagnostik und Therapie primär an medizinischen und nicht an ökonomischen Maßgaben auszurichten. In diesem Sinne adressieren derzeit die Krankenhausreform, aber auch das geplante Gesetz zur Regulierung investorenbetriebener medizinischer Versorgungszentren zentrale gesetzgeberische Handlungsfelder.

Auch wenn die Anpassung der strukturellen Rahmenbedingungen an aktuelle Herausforderungen aus Sicht der ZEKo essenziell ist, ist es der ZEKo wichtig zu betonen, dass ärztliches Handeln nicht durch die strukturellen Rahmenbedingungen mit ihren finanziellen Anreizen determiniert wird. Vielmehr haben Ärzt:innen regelmäßig Handlungsspielräume und können bzw. müssen reflektieren, wie sie sich insbesondere unter professionsethischen Gesichtspunkten zu finanziellen Anreizen verhalten, die ärztliches Handeln beeinflussen können.

Mit diesem Thema hat sich die ZEKo in ihrer aktuellen Stellungnahme befasst und dabei zentrale medizinethische Standards einbezogen. Die Stellungnahme fokussiert primär die vertragsärztliche Versorgung, viele Überlegungen lassen sich aber auf den stationären Bereich und die ambulante Versorgung im Ganzen übertragen. Nach Abschluss intensiver Beratungen – bei denen auch der Praxisbezug Berücksichtigung fand – freue ich mich darüber, dass wir eine ethische Orientierung für einen verantwortungsvollen Umgang mit finanziellen Anreizen in der Patientenversorgung vorlegen können.

Um der Vielschichtigkeit des Themas gerecht zu werden, hat die ZEKo im Vorfeld der Ausarbeitung der Stellungnahme ein Fachgespräch mit ausgewiesenen Expert:innen – auch aus der Patientenvertretung – durchgeführt. Den Fachexpert:innen möchte ich an dieser Stelle ebenso ausdrücklich danken wie Herrn Professor Marckmann und Herrn Professor Huster als Federführende der zuständigen Arbeitsgruppe, den weiteren Mitgliedern der Arbeitsgruppe, allen Mitgliedern der ZEKo und weiteren Beteiligten für die konstruktiven Beiträge und Diskussionen sowie für ihr vielfach ehrenamtliches Engagement.

Ich wünsche eine anregende und informative Lektüre der Stellungnahme und hoffe, dass sie Anstöße zur Reflexion und Stärkung ärztlicher Positionen gibt.

Berlin, im Juli 2025



Prof. Dr. med. Dr. phil. Eva Winkler

Vorsitzende der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer

1. Einleitung

Der 126. Deutsche Ärztetag (DÄT) 2022 hat einen Beschlussantrag an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen, in welchem die ZEKO gebeten wird, „ökonomische Mechanismen und Zwänge des kommerzialisierten Gesundheitsmarktes einer ethischen Reflexion zu unterziehen“. Die ZEKO hat wie andere Institutionen in der Vergangenheit Beiträge zur Diskussion zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie veröffentlicht [1–13]. Auch die Bundesärztekammer hat sich zu diesem Themenbereich bereits wiederholt positioniert [14, 15]. Der 127. DÄT 2023 hat in seiner „Essener Resolution für Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession“ erneut auf eine „zunehmende Kommerzialisierung in der Medizin“ hingewiesen. Zuletzt hat die vermehrte Übernahme von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) durch private Investmentfirmen entsprechende Sorgen verstärkt. So sieht die Bundesärztekammer aktuell insbesondere Regulierungs- und Handlungsbedarf bezüglich der dynamischen Entwicklung investorenbetriebener medizinischer Versorgungszentren, um die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen gegenüber kommerziellen Fehlanreizen strukturell besser abzusichern. Einer Fokussierung des Versorgungsangebotes auf besonders lukrative Leistungen, die sich zulasten einer patientenzentrierten und zuwendungsorientierten Versorgung auswirken würde, sei entgegenzuwirken. Schließlich seien die aus Solidarbeiträgen eingebrachten Mittel für die Patientenversorgung vor einem Abfluss in internationale Finanzmärkte zu schützen [16].

Nach Wahrnehmung der ZEKO geht es im Kern der unterschiedlichen Diskussionen um die Befürchtung, ärztliches Handeln werde in einer Weise an der Gewinnmaximierung bzw. betriebswirtschaftlichen Parametern ausgerichtet, die die primär gebotene Orientierung am Wohl der Patient:innen und an medizinischen Standards gefährdet oder sogar verdrängt. Internationale Studien weisen darauf hin, dass diese Befürchtungen nicht unberechtigt sein könnten, wenngleich die Ergebnisse nicht ohne weiteres auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind [17]. Diese Entwicklung wäre nicht nur problematisch, weil sie die Versorgungsqualität verschlechtern sowie Ansehen und Vertrauen der Patient:innen in das Gesundheitswesen beschädigen würde. Sie könnte auch zu moralischem Belastungserleben [18, 19] und damit zu Erschöpfung und Burnout führen, wenn Ärzt:innen oder Pflegendе dauerhaft ihren eigenen professionsethischen Ansprüchen nicht gerecht werden können (vgl. die entsprechenden Forschungsergebnisse zu moral injury und moral distress [20]).

Gleichzeitig ist zu bedenken, dass auch in der Gesundheitsversorgung angesichts begrenzter Ressourcen der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit beachtet werden muss. Aus diesem Grund versucht die Gesundheitspolitik die Versorgung auch mittels finanzieller Anreize zu steuern. Weiterhin sind betriebswirtschaftliche Überlegungen ärztlicherseits nicht nur berechtigt, sondern – in einem bestimmten Rahmen – notwendig, da andernfalls etwa der Betrieb einer Praxis oder Investitionen für diagnostische oder therapeutische Verfahren nicht möglich wären. Vor diesem Hintergrund vermeidet die vorliegende Stellungnahme auch den häufig verwendeten Begriff „Ökonomisierung“. Sie möchte damit das Missverständnis vermeiden, dass ökonomische Erwägungen im Sinne von überlegt eingesetzten Mitteln im Versorgungssystem keine Rolle spielen dürften.

Nach eingehender Prüfung eingangs genannter Überweisung sowie der bereits vorliegenden Beiträge zum Verhältnis von ärztlichem Handeln und Ökonomie hat sich die ZEKO entschie-

den, mit dieser Stellungnahme eine ethische Orientierung für den ärztlichen Umgang mit finanziellen Anreizen zu erarbeiten. Dieser Fokus erfolgt einerseits in Kenntnis und Anerkennung der wirkmächtigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, die ärztliches Handeln im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Patientenwohl massiv beeinflussen. Zurecht haben die Bundesärztekammer und andere Institutionen angemahnt, diese Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die primär gebotene Orientierung am Wohl der Patient:innen nicht gefährdet wird [14–16].

Andererseits determinieren diese Rahmenbedingungen mit ihren finanziellen Anreizen das ärztliche Handeln nicht. Vielmehr haben Ärzt:innen regelmäßig Handlungsspielräume und können bzw. müssen reflektieren, wie sie sich zu diesen Anreizen verhalten. Die vorliegende Stellungnahme möchte deshalb ausgewählte Anreizkonstellationen aus ethischer Perspektive analysieren und professionsethisch begründete Handlungsoptionen für einen verantwortungsvollen Umgang aufzeigen. Dieser Aspekt ist nach Einschätzung der ZEKO in den bisherigen Stellungnahmen nur wenig ausgearbeitet worden.

Obgleich die Stellungnahme primär auf die vertragsärztliche Versorgung fokussiert, lassen sich viele Überlegungen auch auf den stationären Bereich und die ambulante Versorgung im Ganzen übertragen. Die ökonomischen Zwänge im Krankenhaus sind spätestens seit Einführung der Fallpauschalen und im Zuge der aktuellen Krankenhausreform bereits vielfach diskutiert worden. Darüber hinaus ist die Vergütung von Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung unmittelbar mit finanziellen Anreizen für Ärzt:innen verbunden, dies zumindest dann, wenn diese die wirtschaftliche Verantwortung für die Praxis bzw. vergleichbare Einrichtungen tragen. Die Stellungnahme richtet sich insbesondere an Ärzt:innen, Mitglieder der ärztlichen Selbstverwaltung sowie verantwortliche Entscheidungstragende auf den verschiedenen Ebenen im Gesundheitswesen.

2. Finanzielle Anreize in der Patientenversorgung

Unter finanziellen Anreizen werden in der vorliegenden Stellungnahme die Einflüsse verschiedener Vergütungsformen verstanden, die Ärzt:innen zu einem bestimmten Verhalten motivieren können. Der Begriff impliziert dabei noch keine Wertung des Anreizes bzw. des möglicherweise davon beeinflussten Verhaltens. Finanzielle Anreize in der Patientenversorgung sind weder per se problematisch, noch sind sie notwendig mit einem bestimmten ärztlichen Verhalten verbunden. Vielmehr können finanzielle Anreize unter bestimmten Bedingungen zu einer bedarfsgerechten, effizienten und fairen medizinischen Versorgung der Bevölkerung [21] sowie zu Arbeitszufriedenheit auf materieller Ebene beitragen. Hingegen können qualitativ und/oder quantitativ falsch ausgerichtete finanzielle Anreize zu Über-, Unter- und Fehlversorgung führen [22]. Die Beschaffenheit finanzieller Anreize und ihre möglichen Auswirkungen auf ärztliches Handeln sind in einer Vielzahl von Publikationen umfassend beschrieben worden (vgl. [23]). Demzufolge reagieren Ärzt:innen in einem unterschiedlichen Ausmaß auf finanzielle Anreize [24], auch in Abhängigkeit davon, wie die individuelle Profit- und Patientenorientierung jeweils ausgeprägt ist [23].

Im Bericht der wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) [23] werden verschiedene Formen vertragsärztlicher Vergütung und damit jeweils verbundenen finanziellen Anreizen unterschieden und erörtert. Bei einer *pauschalen Vergütung* erhalten Ärzt:innen das Ergebnis einer Mischkalkulation, die sich am durchschnittlichen Behand-

lungsbedarf orientiert. Dagegen werden bei *Einzelleistungsvergütungen* die tatsächlich erbrachten Leistungen vergütet. Weitere finanzielle Anreize entstehen durch die *Budgetierung von Leistungen, die quartalsbezogene Abrechnung und die unterschiedliche Honorierung von Leistungen für verschiedene Patientengruppen*.

Während die Vor- und Nachteile der verschiedenen Vergütungsformen an dieser Stelle nicht wiederholt werden sollen, bleibt für die vorliegende Stellungnahme – auch auf der Grundlage entsprechender empirischer Untersuchungen [23] – festzuhalten, dass Art und Umfang der Vergütung ärztliche Entscheidungen beeinflussen und sich damit auf das Volumen, die Intensität und die Qualität der durchgeführten präventiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auswirken können.

Hinsichtlich der möglichen Auswirkungen finanzieller Anreize in der vertragsärztlichen Versorgung ist weiterhin zu bedenken, dass Ärzt:innen in unterschiedlichen beruflichen Konstellationen mit finanziellen Anreizen konfrontiert werden. In der klassischen (Einzel-)Praxis oder vergleichbaren Einrichtungen agieren Ärzt:innen beispielsweise wie Unternehmer:innen, die über ihre unmittelbar patientenbezogene Tätigkeit auch wirtschaftliche Verantwortung für Praxispersonal und Infrastruktur tragen. Dabei unterliegen sie auch einer sanktionsbewehrten Rechenschaftspflicht gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen gemäß dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) dagegen stellen hinsichtlich der ökonomischen Eigen- und Fremdverantwortung der dort tätigen, teils angestellten Ärzt:innen eine Mischform dar, bei der die Verantwortung für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung in komplexe, oft mittelständische Unternehmensstrukturen eingebettet ist. Eine neuere Entwicklung ist – insbesondere bei medizinischen Versorgungszentren – die zunehmende Beteiligung von privaten Investmentfirmen, bei denen wirtschaftliche Interessen, d. h. eine möglichst hohe Rendite, in der Regel im Vordergrund stehen. Auch wenn die Auswirkungen solcher Konstellationen auf ärztliches Handeln für das Gesundheitssystem in Deutschland noch nicht umfassend untersucht sind, legen erste Daten aus anderen Ländern nahe, dass die Beteiligung privater Investmentfirmen die Versorgungsqualität beeinflusst [17, 25]. Unabhängig von der jeweiligen Konstellation, in der Ärzt:innen im vertragsärztlichen Versorgungsbereich arbeiten, kann weiterhin festgestellt werden, dass inzwischen ein ganzer Berufszweig besteht, der sich mittels Beratungstätigkeiten und Softwares darauf spezialisiert hat, ärztliche Einrichtungen bezüglich des Erlöses zu „optimieren“. Auch hinsichtlich der Interaktion mit solchen externen Dienstleistern sind mögliche Auswirkungen finanzieller Anreize zu prüfen.

3. Professionsethische Grundlagen

Die berufsethischen Pflichten der Ärzteschaft umfassen wichtige ethische Grundsätze, Haltungen und Werte, die in ethischen Kodizes niedergelegt sind und unter dem Begriff der medizinischen Professionalität [26] (englisch: medical professionalism) in ihrer ethischen Begründung und ihren gesellschaftlichen Bezügen diskutiert werden.

Medizinische Professionalität ist dabei zunächst durch die Merkmale einer Profession gekennzeichnet: eine längere, in der Regel akademische Ausbildung, einen Wissensbestand, den es zu meistern und zu aktualisieren gilt, und die Rechte sowie Pflichten der persönlichen und inhaltlichen Entscheidungsfreiheit in der Tätigkeit, der Selbstkontrolle und -organisation der

Ärzteschaft, die damit eine Sonderstellung hat. Im Gegenzug für die besonderen Rechte und Freiheiten, die die ärztliche Profession zur Verwirklichung der Gesundheitsfürsorge erhält, verpflichten sie sich auf professionsethische Grundsätze und Verhaltensregeln, die vor Missbrauch des ärztlichen Wissens und ärztlicher Privilegien bewahren sollen und damit das Vertrauen in die Profession sichern. Zur medizinischen Professionalität gehört daher auch eine spezifische Professionsethik mit Pflichten, die über die Alltagsmoral hinausgehen. Typische professionsethische Pflichten umfassen beispielsweise die Verantwortung, das Wohl und die Gesundheit der Patient:innen zu fördern oder die Vertraulichkeit der Informationen der Patient:innen zu wahren. Professionsethische Pflichten der Ärzt:innen sind insbesondere der krankheitsbedingten Vulnerabilität der Patient:innen, aber auch der Asymmetrie des Wissens und Handlungsvermögens geschuldet [27].

Der internationale Medizinethik-Kodex des Weltärztebundes [28] ist die aktuellste und umfassendste Fortschreibung professionsethischer Grundsätze für Ärzt:innen auf internationaler Ebene. Er wurde erstmals 1949 als Reaktion auf das Fehlverhalten von Ärzt:innen sowie die Verstöße gegen die Menschlichkeit und das ärztliche Ethos unter dem Naziregime festgeschrieben und dreimal überarbeitet. Die letzte Revision erfolgte unter Leitung der Bundesärztekammer und hatte damit eine besondere historische Bedeutung für die deutsche Ärzteschaft [29]. Der Kodex wurde von 22 auf 40 Grundsätze erweitert. Unumstritten relevant für diese Stellungnahme und bereits in anderen nationalen Medizinethik-Kodizes [30] vorhanden sind neben dem Primat des Patientenwohls die §§ 3, 5 und 32¹:

- „§ 3. Der Arzt/die Ärztin muss sich bemühen, die Ressourcen des Gesundheitswesens so zu nutzen, dass sie dem Patienten/der Patientin optimal zugutekommen, und zwar im Einklang mit einem fairen, gerechten und umsichtigen Umgang mit den gemeinsamen Ressourcen, die dem Arzt/der Ärztin anvertraut sind.“
- § 5. Der Arzt/die Ärztin darf nicht zulassen, dass sein/ihr individuelles berufliches Urteilsvermögen durch die Möglichkeit eines persönlichen Vorteils oder seine/ihre Institution beeinflusst wird. Der Arzt/die Ärztin muss tatsächliche oder potenzielle Interessenkonflikte erkennen und vermeiden. Sind solche Konflikte unvermeidlich, müssen sie im Voraus erklärt und angemessen gehandhabt werden.
- § 32. Bedingungen oder Umstände, die den Arzt/die Ärztin oder andere Angehörige der Gesundheitsberufe daran hindern, eine Versorgung auf höchstem Niveau zu leisten oder die Grundsätze dieses Kodex einzuhalten, sind den zuständigen Behörden zu melden. Dazu gehören jede Form von Missbrauch oder Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte und anderes Gesundheitspersonal, unangemessene Arbeitsbedingungen oder andere Umstände, die zu einem übermäßigen und anhaltenden Stressniveau führen.“

Die deutsche Ärzteschaft hat diese professionsethischen Grundsätze ihrem Berufsrecht zugrunde gelegt und in der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä)[31] und den Berufsordnungen der Landesärztekammern kodifiziert (siehe dazu Abschnitt 4).

Eine wesentliche Grundlage der ärztlichen Tätigkeit ist das Vertrauen der Patient:innen in ihre Ärzt:innen und in die Ärzte-

¹ Die offizielle deutsche Übersetzung des Internationalen Kodex für Medizinethik (ICoME) liegt noch nicht vor (Originalfassung in englischer Sprache [hier](#) abrufbar). Bis dahin wird ein Arbeitsentwurf einer unautorisierten internen Übersetzung aufgeführt.

schaft. 1949 wie heute tragen die Integrität des:r Einzelnen und die Einhaltung der professionsethischen Kodizes dazu bei, dieses Vertrauen zu erreichen und zu erhalten. Damals wie heute im Zeichen der Globalisierung sollen die festgelegten Prinzipien und Handlungsgrundsätze das Vertrauen der Patient:innen und Bürger:innen in die Ärzteschaft stärken und sichern.

4. Rechtlicher Rahmen auf nationaler Ebene

Ärzt:innen sind durch ihren Beruf (§ 1 Abs. 1 BÄO und § 2 Abs. 2 MBO-Ä [31]) und durch das Behandlungsverhältnis (§§ 630a ff. BGB) verpflichtet, zum gesundheitlichen Wohl der Patient:innen zu handeln und deren Interessen wahrzunehmen. Bei der Wahrnehmung des Behandlungsauftrags dürfen sie daher die eigenen Interessen nicht über das Wohl oder das Interesse der Patient:innen stellen oder sich gar von Interessen Dritter beeinflussen lassen. Patient:innen dürfen berechtigterweise erwarten, dass Ärzt:innen ihnen die medizinische Behandlung anbieten, die zur Behandlung ihrer Erkrankung nach den allgemein geltenden, fachlichen Standards erforderlich ist (§ 630a Abs. 2 BGB). Ärzt:innen dürfen ihrerseits ein Honorar fordern (§ 630 Abs. 1 BGB und GOÄ). Insofern ist ihr wirtschaftliches Interesse legitim.

Ob diese Kosten für die ärztlichen Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), von der Beihilfe und/oder einer privaten Krankenversicherung oder von anderen Dritten übernommen werden, spielt hierfür keine Rolle. Wissen Ärzt:innen jedoch, dass diese Kosten nicht übernommen werden oder dies jedenfalls nicht sicher ist, müssen sie die Patient:innen darauf hinweisen („wirtschaftliche Informationspflicht“ nach § 630c Abs. 3 BGB).

Eine weitere Dimension kommt durch die Rolle der niedergelassenen Ärzt:innen im System der GKV hinzu. Die gesetzlich versicherten Patient:innen erhalten die ihnen zustehende ambulante ärztliche Versorgung durch die niedergelassenen Ärzt:innen aufgrund ihrer Zulassung zur vertragsärztlichen ambulanten Versorgung. Durch die vertragsärztliche Zulassung werden sie Teil des sog. sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses, bestehend aus Leistungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsberechtigten. Als Vertragsärzt:innen unterliegen sie dem Wirtschaftlichkeitsgebot, wonach die Leistungen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen und ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen (§ 12 Abs. 1 S. 1 SGB V).

Bei der medizinischen Versorgung ihrer Patient:innen sind Ärzt:innen in vielfältiger Weise auf die Zusammenarbeit mit anderen Ärzt:innen, Gesundheitsfachpersonen, nichtärztlichen Anbietern und Krankenhäusern angewiesen. Hierbei müssen sie besonders auf ihre fachliche Unabhängigkeit und auf ihre Verpflichtung auf das Wohl ihrer Patient:innen achten. Daher gibt ihnen § 30 MBO-Ä auf, in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patient:innen zu wahren.² Zu dieser komplexen Problematik hat die Bundesärztekammer im Jahr 2016 Empfehlungen erarbeitet [32].

Weitere Herausforderungen an die Sicherung der fachlichen Unabhängigkeit und der Verpflichtung auf das Patientenwohl werfen die verschiedenen Formen der Kooperation bei der ärztlichen Berufsausübung auf. Sie werden vom Berufsrecht in den §§ 18, 18a MBO-Ä (Berufliche Kooperationen), 23a bis 23d

MBO-Ä (Ärztegesellschaften, Medizinische Kooperationsgemeinschaften, Beteiligung an sonstigen Partnerschaften, Praxisverbund) adressiert.

5. Ethische Analyse finanzieller Anreize

5.1. Ethisch relevante Auswirkungen finanzieller Anreize auf ärztliches Handeln und die Versorgung

Finanzielle Anreize, wie sie beispielsweise mit unterschiedlichen Formen der Vergütung ärztlicher Leistungen verbunden sind, können ärztliches Handeln in ethisch relevanter Weise beeinflussen und zu Spannungen mit den im vorangehenden Abschnitt dargestellten professionsethischen Verpflichtungen und (berufs-)rechtlichen Rahmenbedingungen führen. Sie können das unverzichtbare Vertrauen von Patient:innen in das System der ärztlichen Hilfe gefährden, wenn Patient:innen nicht mehr davon ausgehen können, dass nur diejenigen Maßnahmen angeboten werden, die in ihrem besten Interesse sind. Angesichts der Bedeutung der berufsethischen und -rechtlichen Verpflichtungen für das Wohlergehen von Patient:innen wäre es naheliegend zu fordern, ärztliches Handeln grundsätzlich vor potenziell verzerrenden Einflüssen finanzieller Anreize zu schützen. Dieses Ideal wird sich jedoch in einem Gesundheitssystem mit einer finanziellen Vergütung medizinischer Leistungen nicht erreichen lassen, da jede Form der Vergütung mit Anreizen auf ärztliches Handeln verbunden ist.

Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Vergütung einer Leistung den tatsächlichen Aufwand deutlich über- oder unterschreitet:

- Im ersten Fall kann es zu einer *Übersorgung* mit diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen kommen, die für die Kranken keinen (Zusatz-)Nutzen haben. Dies kann Patient:innen belasten, beispielsweise durch zusätzlichen Zeitaufwand, oder ihnen sogar schaden.
- Im zweiten Fall droht eine *Unterversorgung* mit einem fehlenden oder zu geringen Angebot von Leistungen, die den Patient:innen genutzt hätten.

Im Vordergrund der Analyse steht deshalb die Frage, wie finanzielle Anreize ärztliches Handeln beeinflussen und wie dies jeweils ethisch zu bewerten ist. Für die ethische Bewertung der Auswirkungen finanzieller Anreize sind dabei insbesondere die folgenden Maßstäbe anzulegen:

- (1) *Nutzen- und Schadenspotenziale für einzelne Patient:innen*: Finanzielle Anreize dürfen im Einzelfall nicht dazu führen, dass bei den betroffenen Patient:innen eine nützliche und von ihnen gewünschte Maßnahme nicht durchgeführt wird oder dass ihnen durch eine nutzlose Maßnahme unnötige – auch finanzielle – Belastungen und/oder gesundheitliche Risiken zugemutet werden (vgl. [33]).
- (2) *Nutzen- und Schadenspotenziale für andere Patient:innen*: Sofern finanzielle Anreize die Versorgung bestimmter Patientengruppen fördern, darf dies nicht dazu führen, dass anderen Patientengruppen ein relevanter Nutzen vorenthalten wird, weil für sie keine ausreichenden Kapazitäten/Ressourcen mehr verfügbar sind oder weil ihre Behandlung für die Leistungserbringer finanziell weniger lukrativ ist.
- (3) *Finanzielle Auswirkungen auf die Versichertengemeinschaft*: Wenn finanzielle Anreize dazu führen, dass medizinische Maßnahmen häufiger durchgeführt werden, ohne einen relevanten Zusatznutzen für die betroffenen Patient:innen zu haben, steigert das die Gesundheitsausga-

² Weitere Konkretisierungen enthalten §§ 31 ff. MBO-Ä.

ben, was bei insgesamt begrenzten Finanzmitteln der Krankenkassen Opportunitätskosten in anderen Versorgungsbereichen zur Folge hat.

Während sich die Kausalzusammenhänge unter (1) auf problematische Einflüsse von Anreizen allein auf ein ungünstiges Nutzen-Schadenspotential für einzelne Patient:innen oder Gruppen bezieht, verweisen (2) und (3) auf Gerechtigkeitsfragen. Insbesondere droht die Gefahr, dass bereits bestehende Versorgungsungleichheiten zu Ungunsten sozioökonomisch benachteiligter Gruppen [34] verstärkt werden.

5.2. Ethische Anforderungen an den angemessenen Umgang mit finanziellen Anreizen

- (1) *Makro- und Mesoebene:* Grundsätzlich sollte das Vergütungssystem so gestaltet werden, dass die finanziellen Anreize möglichst wenig verzerrende Einflüsse auf ärztliches Handeln haben. Unter verzerrenden Einflüssen werden in der vorliegenden Stellungnahme solche verstanden, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass das Patientenwohl als primäres Ziel ärztlichen Handelns durch finanzielle Interessen beeinträchtigt wird. Um diese zu vermeiden, sollte die finanzielle Vergütung von Leistungen in einem angemessenen Verhältnis zum Aufwand ihrer Erbringung stehen. Insbesondere sind diejenigen Leistungen angemessen zu vergüten, die einen nachweisbaren (Zusatz-)Nutzen für die betroffenen Patient:innen haben. Die Leistungserbringer sollten nicht durch eine unzureichende Vergütung veranlasst werden, für Patient:innen nützliche Leistungen zu unterlassen. Zugleich sollten sie nicht durch finanzielle Vorgaben dazu verleitet werden, finanziell lukrative Leistungen ohne einen relevanten Zusatznutzen für die Patient:innen durchzuführen. Aus ethischer Perspektive hat die angemessene Gestaltung des Vergütungssystems mit möglichst wenig potenziell verzerrenden Einflüssen Vorrang. Entsprechend sind im aktuellen Vergütungssystem Anpassungen erforderlich, wenn eine zu hohe Vergütung Anreize zu einer Über- oder Fehlversorgung oder eine zu geringe Vergütung Anreize zu einer Unterversorgung setzt.
- (2) *Mikroebene:* Da es faktisch unmöglich sein dürfte, ein Versorgungssystem ohne potenziell verzerrende finanzielle Anreize auf ärztliches Handeln zu entwickeln, müssen Ärzt:innen in ihrem alltäglichen Handeln verantwortlich mit den resultierenden Einflüssen umgehen. Hierfür ist es erforderlich, dass sich Ärzt:innen die möglichen negativen Auswirkungen finanzieller Anreize bewusst machen, die zu einer Über-, Unter- und Fehlversorgung ihrer Patient:innen führen können. Ärztliche Entscheidungen erfolgen dabei in einem Gefüge verschiedener Interessen und Einflussfaktoren, bei denen Patientenwohl, Patientenwünsche und finanzielle Anreize sich sowohl wechselseitig verstärken als auch beeinträchtigen können. Dabei tragen Ärzt:innen eine besondere Verantwortung für die Qualität ihrer Indikationsstellung [14, 35].

5.3. Finanzielle Anreize und konkurrierende Interessen: Perspektiven für die ärztliche Abwägung

Der gegebene Rahmen der (Re-)Finanzierung von Gesundheitsleistungen bietet Ärzt:innen Spielräume zur eigenverantwortlichen Abwägung. Im Folgenden werden Perspektiven aufgezeigt, wie Ärzt:innen in ihrer Praxis verantwortlich mit finanziellen

Anreizen umgehen können. Zu dieser Verantwortung gehört auch, fehlende Handlungsspielräume oder falsche Anreize, die ggf. auch zu unsolidarischem Verhalten zwischen Ärzt:innen oder ambulanten Zentren (wie beispielsweise die Fokussierung auf Leistungen mit einem finanziell attraktiven Verhältnis von Aufwand und Ertrag) führen, an geeigneter Stelle zur Diskussion zu stellen (siehe Abschnitt 6).

In einem ersten Schritt erscheint es sinnvoll, unterschiedliche Typen finanzieller Anreize mit ihren jeweiligen Auswirkungen auf die Patientenversorgung zu unterscheiden.

5.3.1. Typen finanzieller Anreize und ihre Risiken

Grundsätzlich können drei Typen finanzieller Anreize auf individuelles ärztliches Handeln differenziert werden, die jeweils unterschiedlich zu bewerten sind:

- (1) Finanzielle Anreize, die sich auf die Durchführung *nützlicher* und von Patient:innen *gewünschter* Maßnahmen richten, sind aus individualethischer Sicht unproblematisch, da sie nicht mit den ethischen Verpflichtungen gegenüber den einzelnen Patient:innen konfliktieren. Nützlich heißt in diesem Sinne, dass die Maßnahme wirksam und unter Abwägung der Nutzen- und Schadenspotenziale ärztlich vertreten werden kann. Auch mit Blick auf das Gesamtsystem sind diese Anreize weitgehend unproblematisch, sofern die Vergütung im Verhältnis zum Aufwand für die Leistungserbringung angemessen ist.
- (2) Finanzielle Anreize, die sich auf die Durchführung von Maßnahmen richten, die *keinen potenziellen (Zusatz-)Nutzen* und ggf. ein *Schadenspotenzial* für die einzelnen Patient:innen haben, sind bereits individualethisch problematisch. Aus professionsethischer und –rechtlicher Sicht sind Ärzt:innen deshalb verpflichtet, diesen Anreizen nicht zu folgen. Entsprechend gilt dies für eine unzureichende Vergütung nützlicher Maßnahmen, die zu einer Unterversorgung von Patient:innen führen kann.
- (3) Darüber hinaus gibt es finanzielle Anreize, deren Bewertung weniger eindeutig ist, wenn sie sich beispielsweise auf gut vergütete Maßnahmen mit fraglichem oder interindividuell variablem Nutzen für die Patient:innen richten. Hier müssen Ärzt:innen im Einzelfall verantwortlich entscheiden, inwieweit eine Ausweitung der Leistungen ethisch vertretbar ist oder nicht. Je größer die Belastungen und Risiken für die einzelnen Patient:innen und die finanziellen Belastungen für das Gesamtsystem sind, desto problematischer ist die Leistungsausweitung. Eine Ausweitung ertragreicher Leistungen ohne Schadensrisiko, die einen klaren Nutzengewinn für die Patient:innen haben, zur Querfinanzierung von unterfinanzierten Leistungen erscheint auf den ersten Blick ethisch vertretbar. Dieses Vorgehen ist durchaus übliche Praxis und kann vor dem Hintergrund bestehender Ungleichheiten in der Versorgung eine ethisch vertretbare Option sein, diesen auf der Mikroebene entgegenzusteuern. Zu beachten ist aber, dass zum einen ein rationaler Bezug zu Therapiesteuerung bzw. Prävention bestehen muss, und dass zum anderen jede Diagnostik auch zu unerwarteten und ggf. von dem:r Patient:in unerwünschten Zufallsergebnissen („incidental findings“) führen kann. Eine angemessene Aufklärung unter Berücksichtigung des Rechts auf Nichtwissen ist auch und gerade vor diagnostischen Maßnahmen ohne zwingende Indikation unabdingbar. Mit Blick auf

das Gesamtsystem sollte hier aber vorrangig auf der Makroebene die Vergütung so angepasst werden, sodass eine Querfinanzierung nicht notwendig ist.

5.3.2. Konzept der konkurrierenden Interessen

Die vorstehenden Überlegungen machen deutlich, dass es häufig nicht einfach zu entscheiden ist, ob finanzielle Interessen einen *unangemessenen* Einfluss auf die Empfehlung von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen haben und sich damit auf die Indikationsqualität auswirken. Bei der Analyse entsprechender Situationen kann das Konzept von „Interessenkonflikten“ bzw. „konkurrierenden Interessen“ (competing interests) hilfreich sein.³ Demzufolge werden primäre Interessen und sekundäre Interessen in der Medizin unterschieden. Primäre Interessen, die sich aus den professionsethischen Verpflichtungen ableiten, umfassen neben der vorrangigen Förderung des Patientenwohls und der Achtung der Selbstbestimmung der Patient:innen auch die angemessene Nutzung begrenzter Ressourcen. Demgegenüber sind finanzielle Interessen zwar häufig legitim, aber niemals wichtiger als primäre Interessen und in diesem Sinne „sekundär“.

„Konkurrierende Interessen“ bezeichnen Situationen, in denen ein Risiko besteht, dass ärztliche Urteile (z. B. Urteile in Bezug auf das Angebot von Diagnostik und Therapie) durch finanzielle Interessen so (unangemessen) beeinflusst werden, dass dem Patientenwohl oder der verantwortlichen Nutzung begrenzter Ressourcen nicht ausreichend Rechnung getragen wird. Wichtig ist, dass nicht in jeder entsprechend gelagerten Konstellation das Patientenwohl oder andere primäre Interessen beeinträchtigt werden. Die Identifikation „konkurrierender Interessen“ bietet für Ärzt:innen allerdings die Möglichkeit, das eigene Handeln hinsichtlich sekundärer Einflussfaktoren kritisch zu reflektieren. Weiterhin kann die Offenlegung konkurrierender Interessen eine Möglichkeit für Patient:innen bieten, Empfehlungen bezüglich Diagnostik und Therapie entsprechend zu prüfen.

5.3.3. Konkurrierende Interessen im Kontext besonderer

Vergütungskonstellationen und Organisationsmerkmale

Im Folgenden werden ausgewählte *Vergütungskonstellationen* und *Organisationsmerkmale* beschrieben, die durch „konkurrierende Interessen“ gekennzeichnet sind und damit das Risiko einer unangemessenen Beeinflussung ärztlichen Handelns durch finanzielle Interessen bieten. An dieser Stelle sei noch einmal ausdrücklich betont, dass Rahmenbedingungen mit einem hohen Verzerrungspotenzial prioritär von den Verantwortlichen für die Systemgestaltung in Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung korrigiert werden sollten. Solange diese Korrekturen ausbleiben, sind Ärzt:innen gefordert, verantwortlich mit resultierenden finanziellen Anreizen umzugehen.

Folgende **Vergütungskonstellationen** können mit einem erhöhten Risiko der Verzerrung ärztlichen Handelns einhergehen:

- (1) Ärztliche Leistungen, die im Vergleich zum Aufwand sehr gut vergütet werden. Solche Konstellationen können dazu

führen, dass Maßnahmen durchgeführt werden, obgleich diese im gegebenen Fall keinen relevanten Nutzen haben. Das Risiko hierfür steigt einerseits mit der Höhe der Vergütung und andererseits mit der Abnahme der Belastung für die Patient:innen. Beispiele aus der gegenwärtigen Praxis sind gut honorierte diagnostische Verfahren mit einer hohen Rate an falsch positiven Ergebnissen bzw. geringer therapeutischer Konsequenz, die eingesetzt werden, obgleich die Evidenz für einen Nutzen nicht belegt ist. Solche Leistungen laufen sowohl dem primären Interesse des Patientenwohls als auch des gut begründeten Einsatzes begrenzter Ressourcen zuwider.

- (2) Ärztliche Leistungen, die angemessen vergütet werden und wenig Belastung für Patient:innen bedeuten, können ebenfalls dazu führen, dass die Leistungen häufiger angeboten werden, als dies hinsichtlich des Patientenwohls geboten wäre (z. B. zusätzliche Diagnostik).
- (3) Ärztliche Leistungen, die im Vergleich zum Aufwand schlecht vergütet werden, können dazu führen, dass sie seltener durchgeführt werden, als dies mit Blick auf das Patientenwohl geboten wäre. Das Risiko ist umso größer, je geringer die Vergütung im Verhältnis zum Aufwand ist und je geringer die Nachteile für die Patient:innen bei Nichtdurchführung der Leistungen sind.

Darüber hinaus können folgende **Organisationsmerkmale** mit einem erhöhten Risiko einhergehen:

- (1) Wiederholte Abrechnungsmöglichkeit von Leistungen in prädefinierten Zeiträumen (quartals- oder jahresweise Abrechnung von Leistungen ohne relevanten Zusatznutzen für die Patient:innen).
- (2) Rein ökonomisch ausgerichtete Steuerungsinstrumente zur Gestaltung der Leistungserbringung, beispielsweise Softwares zur „Optimierung“ von Abrechnungsmöglichkeiten einer Praxis, stellen ihrem Wesen nach Ertragsstreben über Patientenfürsorge.
- (3) Kooperationsmodelle mit Gewinnbeteiligung der Arztpraxen, wie beispielsweise die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern (z. B. Labore, Apotheken).
- (4) Hohe Renditeerwartungen, beispielsweise von Privatequity-Gesellschaften, können Ärzt:innen unter Druck setzen, medizinisch nicht erforderliche Leistungen zur Steigerung von Umsatz bzw. Gewinn zu erbringen.

Die beschriebenen Konstellationen und Organisationsmerkmale sind nicht per se mit einer Verzerrung ärztlicher Urteile – im Sinne eines Angebots von Diagnostik und Therapie ohne relevanten Patientennutzen aus überwiegend finanziellen Interessen – verbunden. Es ist auch nicht möglich, objektiv in jedem Einzelfall zu belegen, dass finanzielle Interessen einen grenzwertigen oder gar unangemessenen Einfluss auf diagnostische oder therapeutische Entscheidungen hatten. Das Konzept der konkurrierenden Interessen bietet aber einen Ansatz für Ärzt:innen, das eigene Handeln in den vorstehend beschriebenen Situationen besonders kritisch zu reflektieren und entsprechend verantwortlich mit den jeweiligen finanziellen Anreizen umzugehen.

Ein darüber hinausgehender Schritt, der sich insbesondere für Organisationsmerkmale anbieten könnte, ist die Offenlegung konkurrierender Interessen mit hohem Verzerrungspotenzial. Darüber hinaus ermöglicht das Konzept eine kritische Beurteilung des Einflusses bestimmter Organisationsmerkmale, die mit finanziellen Anreizen verknüpft sind, auf ärztliches Urteilen bei diagnostischen oder therapeutischen Empfehlungen.

³ In dieser Stellungnahme wird der Begriff der „konkurrierenden Interessen“ anstelle des Begriffs „Interessenkonflikt“ verwendet. Während die ZEKO keinen konzeptionellen Unterschied macht, wird der Begriff „Interessenkonflikt“ häufig als eine Konstellation gelesen, die negativ bewertet wird und zu vermeiden ist. Finanzielle Anreize können ein politisches Steuerungselement sein und finanzielle Interessen sind nicht per se negativ. Vielmehr müssen Ärzt:innen finanzielle Interessen zur Sicherung der eigenen Existenz (und auch der Existenz ihrer Mitarbeitenden) verfolgen. Der Begriff „konkurrierende Interessen“ soll deutlich machen, dass im Kontext finanzieller Anreize finanzielle Interessen sowie das primäre Interesse der Förderung des Patientenwohls fallbezogen gewichtet müssen.

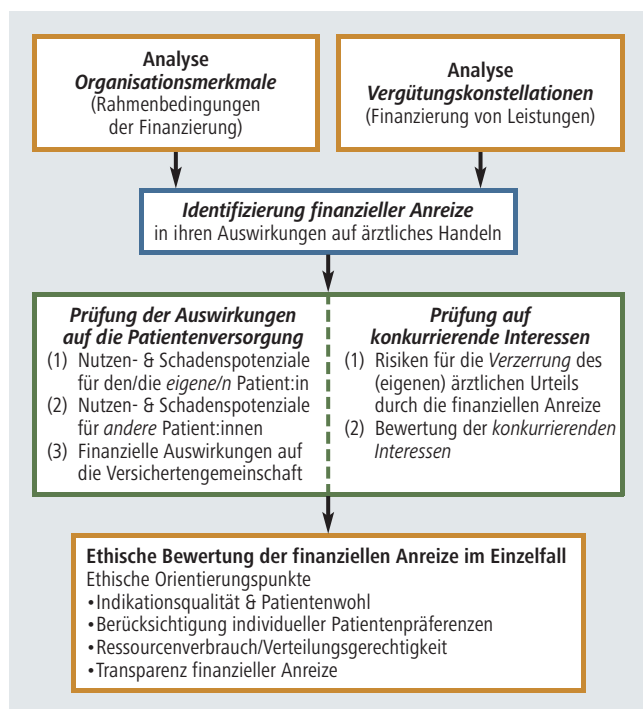


Abb. 1: Orientierungshilfe für ärztliche Abwägungen bei der Bewertung finanzieller Anreize.

6. Beratung bei ethischen Konflikten durch finanzielle Anreize

Der 127. DÄT 2023 [36] hat sich für die Einrichtung von Ombudsstellen bei den Landesärztekammern ausgesprochen, um Ärzt:innen in der Sicherstellung ihrer ärztlichen Entscheidungsfreiheit in der Patientenbetreuung zu unterstützen. In dem DÄT-Antrag wird weiter ausgeführt, Aufgabe dieser Ombudsstellen sollte die Beratung und Unterstützung von Ärzt:innen bei der Abwehr von nicht mit der Berufsordnung vereinbaren Einflussnahmen der Arbeitgeber auf medizinische Entscheidungen sein. Hierbei fokussiert der DÄT-Antrag auf Ärzt:innen in abhängigen Arbeitsverhältnissen, die aufgrund des besonderen Spannungsverhältnisses zwischen Erlösoptimierung und Wohl der Patient:innen durch den Einfluss Dritter besonderen Belastungen ausgesetzt sind. Aus Sicht der Zeko sollten entsprechende Angebote jedoch der Ärzteschaft allgemein zur Verfügung stehen, zumal es die ärztliche Verantwortung gemäß Ziffer 32 des Medizinethik-Kodex des Weltärztebundes (siehe Abschnitt 3) auch umfasst, fehlende Handlungsspielräume oder falsche Anreize, die ggf. auch zu unsolidarischem Verhalten zwischen Ärzt:innen oder ambulanten Zentren führen, an geeigneter Stelle zur Diskussion zu stellen. Dementsprechend wären weitere wichtige Aufgaben solcher Stellen gemäß DÄT-Antrag, gemeldete Konfliktfälle zu sammeln und auszuwerten sowie politische Organe bei der Bearbeitung dieses Konfliktfeldes zu unterstützen.

Die Einrichtung von Beratungs- und Ombudsstellen bei den Landesärztekammern kann aus Sicht der Zeko ein wichtiger Schritt für eine Unterstützung von Ärzt:innen in Konfliktsituationen sein. Die Etablierung bei einer Landes- bzw. Bezirksärztekammer bietet Vorteile hinsichtlich der Sicherstellung von Ressourcen für die Koordinierung und Durchführung. Die institutionelle Anbindung an die Ärztekammer kann auch zur Ak-

zeptanz und Nutzung der Angebote durch die Ärzteschaft beitragen. Weiterhin wirken Landesärztekammern als Träger aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Ärzteschaft mit und entwickeln Perspektiven für die Gesundheits- und Sozialpolitik. Erste Erfahrungen mit der Errichtung von Beratungs- und Ombudsstellen für die Sicherstellung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit werden aktuell bei der Landesärztekammer Hessen⁴ gesammelt. Diese Erfahrungen sollten ausgewertet und evaluiert werden; zur Erhöhung des Bekanntheitsgrades sollte verstärkt hierzu berichtet werden. Darüber hinaus haben Ärzt:innen die Möglichkeit eine Ethikberatung in Anspruch zu nehmen. Dies kann die organisationsethische Sensibilität und Argumentationskompetenz fördern und Ärzt:innen beim verantwortlichen Umgang mit finanziellen Anreizen unterstützen [37, 38].

7. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Ärztliches Handeln ist unterschiedlichen finanziellen Einflüssen ausgesetzt. Die damit einhergehenden Anreize sind nicht per se verwerflich, können aber zu einem Handeln verleiten, das mit berufsethischen und -rechtlichen Verpflichtungen konfligiert. Dies betrifft sowohl die Versorgung einzelner Patient:innen durch die sie behandelnden Ärzt:innen (Über-, Unter- oder Fehlversorgung) als auch den angemessenen Umgang mit solidarisch aufgebrauchten Gesundheitsressourcen.

- (1) Grundsätzlich sollten die finanziellen Rahmenbedingungen der Patientenversorgung so gestaltet sein, dass verzerrende Einflüsse auf ärztliches Handeln minimiert werden. Leistungen mit einem nachgewiesenen (Zusatz-)Nutzen für die betroffenen Patient:innen sollten hinsichtlich des erforderlichen Aufwands angemessen vergütet werden. Andernfalls kann die resultierende Unterfinanzierung die medizinische Versorgung der jeweiligen Patientengruppen beeinträchtigen und damit ggf. bereits bestehende Versorgungsungleichheiten verstärken.
- (2) Die mit den aktuellen finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen verbundenen Fehlanreize, die zu einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung von Patient:innen führen können, sind vorrangig von den Verantwortlichen auf der Makroebene in Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung zu korrigieren.
- (3) Aus den bestehenden finanziellen Anreizen im System können sich für Ärzt:innen konkurrierende Interessen ergeben: Die primären ärztlichen Interessen, die sich aus den professionsethischen Verpflichtungen gegenüber den Patient:innen und der Solidargemeinschaft ergeben, können mit den grundsätzlich legitimen, aber sekundären finanziellen ärztlichen Interessen konfligieren.
- (4) Ärzt:innen sind verpflichtet, die aus den finanziellen Anreizen resultierenden konkurrierenden Interessen zu erkennen und kritisch zu reflektieren sowie in den verfügbaren Entscheidungsspielräumen verantwortlich mit ihnen umzugehen.
- (5) Die Risiken finanzieller Anreize für die Verzerrung ärztlicher Urteile variieren in Abhängigkeit von den jeweiligen Vergütungskonstellationen (beispielsweise hohe Vergü-

⁴ Beratungsstelle bei Konflikten in der ärztlichen Entscheidungsfreiheit der Landesärztekammer Hessen: <https://www.laekh.de/ueber-uns/ombudspersonen/beratungsstelle-bei-konflikten-in-der-aerztlichen-entscheidungsfreiheit> (abgerufen am 03.07.2025).

tung im Verhältnis zum tatsächlichen Aufwand) und Organisationsmerkmalen (beispielsweise hohe Renditeerwartungen privater Investoren). Die Risiken hängen dabei zum einen vom Ausmaß des möglichen finanziellen Vorteils durch die Leistungserbringung und zum anderen von den damit verbundenen Belastungen und Risiken für die Patient:innen ab.

- (6) Für die ethische Bewertung finanzieller Anreize sind die Nutzen- und Schadenspotenziale für die jeweils behandelten Patient:innen, die Nutzen- und Schadenspotenziale für andere Patient:innen sowie die ökonomischen Auswirkungen auf die Versichertengemeinschaft maßgeblich.
- (7) Finanzielle Anreize und Eigeninteressen dürfen nicht dazu führen, dass Patient:innen durch eine nutzlose Maßnahme unnötige Belastungen und gesundheitliche Risiken zugemutet werden. Bei der Abwägung von Nutzen und Schaden sind individuelle Patientenpräferenzen entsprechend zu berücksichtigen.
- (8) Sofern finanzielle Anreize die Versorgung bestimmter Patientengruppen fördern, darf dies nicht dazu führen, dass anderen Patientengruppen ein relevanter Nutzen vorenthalten wird, weil für sie keine ausreichenden Kapazitäten mehr verfügbar sind oder weil ihre Behandlung für die Leistungserbringer finanziell weniger lukrativ ist. Gerechtigkeitsethisch ist dies besonders problematisch, weil dadurch bereits bestehende, häufig sozio-ökonomisch bedingte Ungleichheiten im Versorgungssystem verstärkt werden können.
- (9) Eine vermehrte Erbringung medizinisch indizierter, finanziell lukrativer Leistungen ohne Schadenspotenzial zur Querfinanzierung von unterfinanzierten Leistungen mit einem klaren Nutzengewinn für die Patient:innen erscheint mit Blick auf das individuelle Patientenwohl nicht von vornherein ethisch unvertretbar. Angesichts der Folgen für das Gesamtsystem sollte in solchen Fällen aber vorrangig die Vergütung der Leistungen entsprechend angepasst werden, sodass eine Querfinanzierung nicht erforderlich ist.
- (10) Vergütungs- und Finanzierungskonstellationen mit einem hohen Verzerrungspotenzial sollten offengelegt werden, um eine Beurteilung der resultierenden konkurrierenden Interessen zu ermöglichen.
- (11) Zur ärztlichen Verantwortung gehört auch, fehlende Handlungsspielräume oder falsche Anreize, die ggf. zu unsolidarischem Verhalten zwischen Ärzt:innen oder ambulanten Zentren führen, an geeigneter Stelle zu thematisieren (siehe u. a. Abschnitt 6), um Abhilfe zu schaffen.
- (12) Externe ökonomische Beratungen und Einflussnahmen sind nur insoweit legitim, als sie auf die qualitative Verbesserung der Patientenversorgung ausgerichtet sind; sie dürfen nicht darauf abzielen, nur zur Erhöhung des Praxiserlöses individuell ärztlich nicht indizierte Maßnahmen durchzuführen.
- (13) Um die Transparenz hinsichtlich problematischer finanzieller Anreize zu erhöhen und damit die Voraussetzungen für entsprechende Anpassungen in der Finanzierung bzw. Vergütung zu schaffen, empfiehlt die ZEKo, hierfür beispielsweise Beratungs- und Ombudsstellen bei den Landesärztekammern und kassenärztlichen Vereinigungen einzurichten.

8. Literatur

1. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO): Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Langfassung (2007). <https://www.zentrale-ethikkommission.de/stellungnahmen/priorisierung-medizinischer-leistungen-im-system-der-gesetzlichen-krankenversicherung-gkv> (last accessed on 22 November 2024).
2. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO): Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten (2013). <https://www.zentrale-ethikkommission.de/stellungnahmen/aerztliches-handeln-zwischen-berufsethos-und-oe-ekonomisierung-das-beispiel-der-vertraege-mit-leitenden-klinikaerztinnen-und-aerzten> (last accessed on 22 November 2024).
3. Stern: Ärzte-Appell: Medizin für Menschen (2019). <https://www.stern.de/ge-sundheit/aerzte-appell-im-stern-rettet-die-medizin--8876008.html> (last accessed on 6 November 2023).
4. Busse R, Ganten D, Huster S, Reinhardt E, Suttrop N, Wiesing U: Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem: 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft. Halle (Saale): Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V. 2016.
5. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW): Medizin und Ökonomie – wie weiter? (2014). https://www.samw.ch/dam/jcr:a119053d-0e79-4ef5-a870-421be7b19010/positionspapier_samw_medizin_oekonomie.pdf (last accessed on 6 November 2023).
6. Schumm-Draeger P-M, Mann K, Müller-Wieland D, Fölsch UR: Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen. Dtsch Med Wochenschr 2016; 141(16): 1183–5.
7. Orfanos C: Ökonomisierung und drohende Kommerzialisierung der Medizin. Akt Dermatol 2013; 39(08/09): 332–5.
8. Dietz A: Ökonomisierung von Krankenhaustätigkeit – Chancen, Grenzen und Risiken einer marktorientierten Medizin. Ethik Med 2011; 23(4): 263–70.
9. Kettner M: Kann Ökonomisierung gut und muss Kommerzialisierung schlecht sein? In: Kettner M, Manzeschke A (eds.): Die Privatisierung von Krankenhäusern: Ethische Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften GmbH 2010; 117–32.
10. Marckmann G: Ökonomisierung im Gesundheitswesen als organisationsethische Herausforderung. Ethik Med 2021; 33(2): 189–201.
11. Naegler H, Wehkamp K-H: Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung: Krankenhausärzte und Geschäftsführer im Interview. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2018.
12. Maio G: Geschäftsmodell Gesundheit: Wie der Markt die Heilkunst abschafft. 1st ed. Berlin: Suhrkamp 2014.
13. Schumm-Draeger P-M, Kapitza T, Mann K, Fölsch UR, Müller-Wieland D: Klinik Codex: Medizin vor Ökonomie. Dtsch Arztebl 2017; 114(49): 2238–340.
14. Bundesärztekammer (BÄK): Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung (2015). https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/Stn_Medizinische_Indikationsstellung_und_OEkonomisierung.pdf (last accessed on 6 November 2023).
15. Bundesärztekammer (BÄK): Thesen zur Ökonomisierung der ärztlichen Berufstätigkeit (2022). https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/Thesen_zur_OEkonomisierung_der_aerztlichen_Berufstaetigkeit_DAEBL_Stand_19.08.2022.pdf (last accessed on 6 November 2023).
16. Bundesärztekammer (BÄK): BÄK-Positionen zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der MVZ-Übernahme durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung (2023). <https://www.bundesaeztekammer.de/themen/aerzte/gesundheitsversorgung/ambulante-versorgung#26972> (last accessed on 6 May 2025).
17. Borsa A, Bejarano G, Ellen M, Bruch JD: Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review. BMJ 2023; 382: e075244.
18. Houle SA, Ein N, Gervasio J, et al.: Measuring moral distress and moral injury: A systematic review and content analysis of existing scales. Clinical psychology review 2024; 108: 102377.
19. Morley G, Field R, Horsburgh CC, Burchill C: Interventions to mitigate moral distress: A systematic review of the literature. Int J Nurs Stud 2021; 121: 103984.
20. Dean W, Morris D, Llorca P-M, et al.: Moral Injury and the Global Health Workforce Crisis – Insights from an International Partnership. New England Journal of Medicine 2024; 391(9): 782–5.
21. IGES Institut GmbH: Meta-Review zur internationalen Studienlage im Bereich der ambulanten ärztlichen Vergütung. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit (2019). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_IGES_-_Meta_Review_ambulante_Verguetung.pdf (last accessed on 15 July 2024).

22. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (last accessed on 26 May 2025).
23. BMG – KOMV: Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung: Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (2019). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/1-quartal/bericht-komv.html> (last accessed on 22 November 2024).
24. Oxholm AS, Gyrd-Hansen D, Jacobsen CB, Jensen UT, Pedersen LB: The link between physician motivation and care. *Eur J Health Econ* 2024; 25(3): 525–37.
25. Kannan S, Bruch JD, Song Z: Changes in Hospital Adverse Events and Patient Outcomes Associated With Private Equity Acquisition. *JAMA* 2023; 330(24): 2365–75.
26. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine: Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002; 136(3): 243–6.
27. Rhodes R: Why not common morality? *Journal of Medical Ethics* 2019; 45(12): 770.
28. Parsa-Parsi RW, Gillon R, Wiesing U: The revised International Code of Medical Ethics: an exercise in international professional ethical self-regulation. *Journal of Medical Ethics* 2023.
29. Parsa-Parsi RW, Wiesing U: Internationaler Medizinethik-Kodex: Weltweite Identität hergestellt. *Dtsch Arztebl* 2023; 120(23): A-1020 / B-878.
30. Jotkowitz AB, Glick S: The physician charter on medical professionalism: a Jewish ethical perspective. *Journal of Medical Ethics* 2005; 31(7): 404–5.
31. Bundesärztekammer (BÄK): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (2024). <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/recht/berufsrecht> (last accessed on 6 May 2025).
32. Bundesärztekammer (BÄK): Hinweise und Erläuterungen zu Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten: Möglichkeiten und Grenzen aus berufsrechtlicher und vertragsarztrechtlicher Sicht (2016). https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Recht/Kooperationen.pdf (last accessed on 5 May 2025).
33. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO): Ärztliche Verantwortung an den Grenzen der Sinnhaftigkeit medizinischer Maßnahmen. Zum Umgang mit „Futility“. (2022). <https://www.zentrale-ethikkommission.de/stellungnahmen/medical-futility-2022> (last accessed on 11 December 2024).
34. Hart JT: The inverse care law. *The Lancet* 1971; 1(7696): 405–12.
35. Dörries A: Indikationsqualität. Konzeption und professionsethische Implikationen. *Gesundheitswesen* 2019; 81(08/09): 584–9.
36. Bundesärztekammer (BÄK): Beschlussprotokoll 127. Deutscher Ärztetag Essen 16.-19.05.2023: Antrag II-03: Einrichtung einer Ombudsstelle bei den Landesärztekammern zur Sicherstellung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit in der Patientenbetreuung (S. 266–267). https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/127.DAET/2023-05-31_Beschlussprotokoll.pdf (last accessed on 17 March 2025).
37. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO): Ethikberatung in der klinischen Medizin (2006). <https://www.zentrale-ethikkommission.de/stellungnahmen/ethikberatung-in-der-klinischen-medicin> (last accessed on 17 April 2025).
38. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO): Außerklinische Ethikberatung (2020). <https://www.zentrale-ethikkommission.de/stellungnahmen/ausserklinische-ethikberatung-2019> (last accessed on 17 April 2025).

9. Arbeitsweise bei der Ausarbeitung der Stellungnahme

Die Einsetzung der Arbeitsgruppe „Finanzielle Anreize in der Patientenversorgung“ (Prof. Dr. med. Wolfram Henn, Prof. Dr. jur. Tanja Henking, Prof. Dr. jur. Stefan Huster [federführend], Prof. Dr. med. Georg Marckmann [federführend], Prof. Dr. med. Jan Schildmann, Prof. Dr. med. Dr. phil. Eva Winkler) erfolgte durch Beschluss der ZEKO in ihrer Plenarsitzung vom 09.03.2023 auf der Basis eines strukturierten Exposés, in welchem der Anlass zur Ausarbeitung der Stellungnahme, mögliche Inhalte und Ziele, die Adressaten und die mögliche Zielrichtung der ZEKO-Empfehlungen beschrieben wurde. Die Erarbeitung erfolgte entsprechend der allgemeinen Beschreibung zum Beratungsverfahren bei der Erarbeitung von Stellungnahmen der

ZEKO⁵. Zur Ein- und Abgrenzung dieser Stellungnahme von bereits veröffentlichten inhaltlich einschlägigen Positionierungen von Bundesärztekammer, ZEKO und der Deutschen Ärztetage wurden insbesondere die folgenden Dokumente berücksichtigt:

- Thesen zur Ökonomisierung der ärztlichen Berufstätigkeit der Bundesärztekammer (08/2022) [15]
- Beschluss (II – 03) „Einrichtung einer Ombudsstelle bei den Landesärztekammern zur Sicherstellung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit in der Patientenbetreuung“ des 127. Deutschen Ärztetages 2023 [36]
- Positionen der Bundesärztekammer zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung (01/2023; 04/2023; 08/2023) [16]
- Stellungnahme der Bundesärztekammer „Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung“ (02/2015) [14]
- ZEKO-Stellungnahme „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung“ (2013) [2]
- ZEKO-Stellungnahme „Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“ (2007) [1]

Um auch externe Expertise einzuholen, erfolgte die Durchführung eines Fachgesprächs am 18.09.2023 unter Beteiligung von:

- Dr. med. Wolfgang Blank, Facharzt für Allgemeinmedizin, Gemeinschaftspraxis im Bayerwald
- Dr. Siiri Ann Doka, Leiterin Referat Gesundheits- und Pflegepolitik der Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)
- Prof. Dr. med. Maria-Katharina Ganten, Fachärztin für Radiologie, angestellte Ärztin in der radiologischen Praxis Philip G. Petry, Heidelberg
- Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe Universität Frankfurt
- Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics (HCHE), Inhaber des Lehrstuhls für Management im Gesundheitswesen, Hamburg Center for Health Economics, Universität Hamburg

Die Teilnehmenden des Fachgesprächs sind keine Verfasser der Stellungnahme und wurden nicht an der weiteren Ausarbeitung der Stellungnahme beteiligt. Die Stellungnahme gibt nicht notwendigerweise die Meinungen der Expert:innen oder deren Institutionen wieder. Zudem wurden fachliche Anmerkungen der thematisch tangierten Dezernate der Bundesärztekammer bei den Beratungen berücksichtigt. Der Stellungnahmeentwurf wurde von der ZEKO in ihrer Sitzung vom 15.05.2025 abschließend beraten und im Anschluss im schriftlichen Umlaufverfahren am 18.07.2025 verabschiedet.

Mitglieder der Zentralen Ethikkommission (Amtsperiode 2022 – 2025)

Prof. Dr. theol. Elisabeth Gräß-Schmidt, Tübingen
 Prof. Dr. jur. Tanja Henking, LL.M., Würzburg
 Prof. Dr. med. Wolfram Henn, Homburg

⁵ Siehe: https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/zentrale-ethikkommission/2025-02-28_Verfahrensbeschr_ZEKO-allgemein-final.pdf.

Prof. Dr. jur. Stefan Huster, Bochum (Federführender)
 Prof. Dr. (TR) Dr. phil. et med. habil. İlhan İlkilic, M.A.,
 Istanbul/TR
 Prof. Dr. phil. Julia Inthorn, München
 Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Tanja Krones, Zürich/CH
 Prof. Dr. phil. Dirk Lanzerath, Bonn
 Prof. Dr. jur. Dr. h. c. Volker Lipp, Göttingen
 Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH, München
 (Federführender)
 Dr. med. Stephan M. Probst, Bielefeld
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Sabine Salloch, Hannover
 Prof. Dr. rer. soc. Dr. theol. Jochen Sautermeister, Bonn
 Prof. Dr. med. Jan Schildmann, M.A., Halle (Saale)
 Prof. Dr. phil. Ingrid Schneider, Hamburg
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Eva Winkler, Heidelberg (Vorsitzende)

Geschäftsführung

Dr. med. Wiebke Pühler, Leiterin Dezernat 6 – Wissenschaft,
 Forschung und Ethik der Bundesärztekammer
 Dipl. Ges.-oec. (FH) Leonie Mathes, MPH, Referentin Dezernat 6 –
 Wissenschaft, Forschung und Ethik der Bundesärztekammer
 Janine Galezki, Sekretariat Dezernat 6 – Wissenschaft,
 Forschung und Ethik der Bundesärztekammer

Korrespondenzadresse

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
 Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin
 E-Mail: zeko@baek.de
<https://www.zentrale-ethikkommission.de>