

# Ärztliches Ethos im Spannungsfeld zwischen persönlichem Erfolgsstreben, Gesundheitsökonomie und menschlich zugewandter Patientenversorgung

---

Georg Marckmann

Ludwig-Maximilians-Universität München

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Gesundheitspolitische Stunde des BDC, Regionalverband  
Bayern

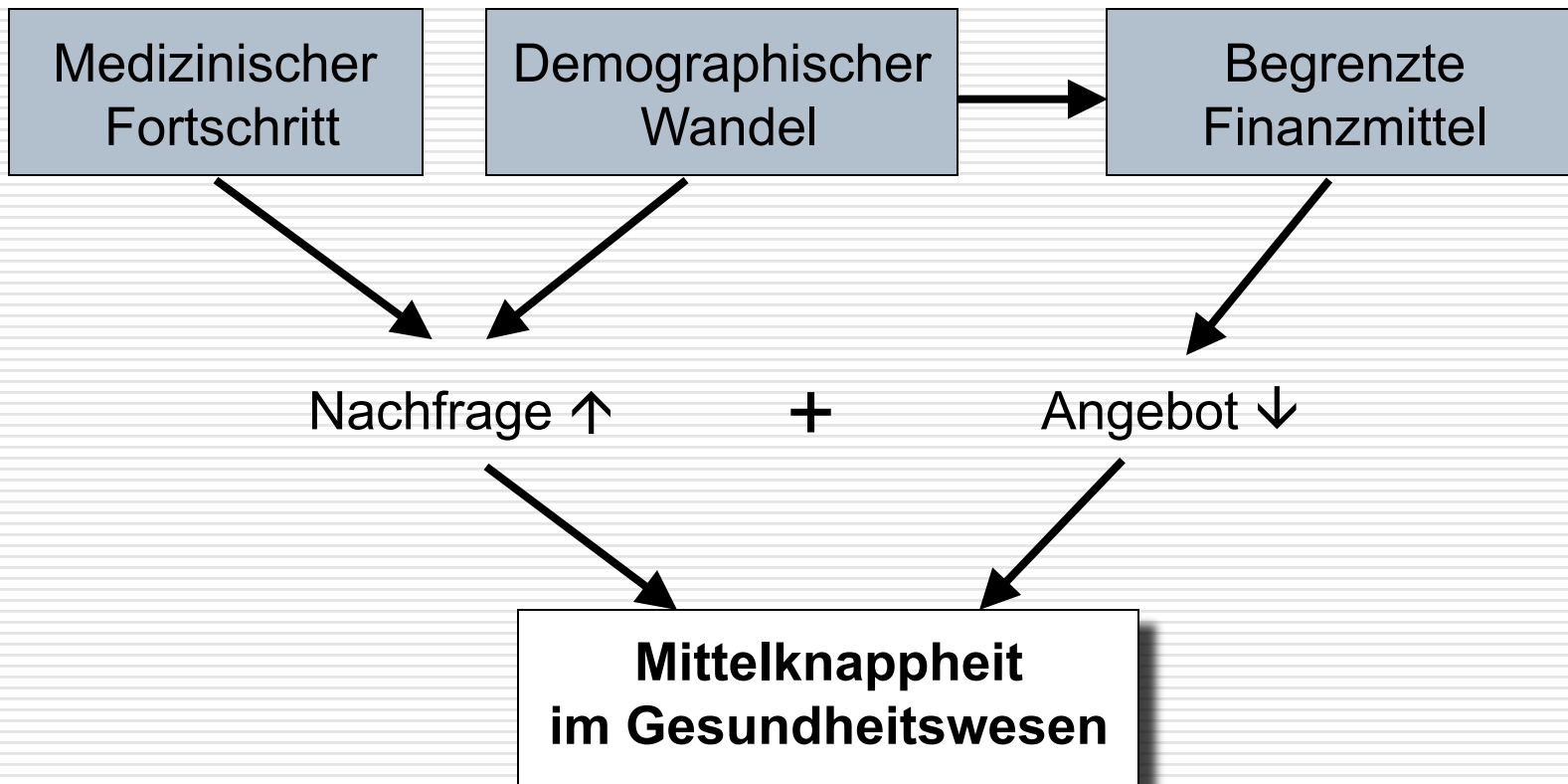
Altötting

25. Juli 2013

# Gliederung

---

- Problemhintergrund: Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung
- Ist-Analyse: Auswirkungen auf die Versorgung
- Soll-Analyse: Lösungsperspektiven
  - Meso-Ebene (Krankenhaus)
  - Mikro-Ebene (Ärztliche Einzelfallentscheidungen)



Marckmann G. Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2007;12(1):96-100.

# Rahmenbedingungen im Krankenhaus

---

- Prospektive Vergütung mit Fallpauschalen (DRGs) ⇒ steigender Kostendruck für Krankenhäuser
- Reaktion der Krankenhäuser (u.a.)
  - ⇒ (Enge) Budgetvorgaben für die Abteilungen
  - ⇒ Produktivität ↑ ⇒ Leistungsverdichtung
    - Fallzahl ↑
    - Verweildauer der Patienten ↓
  - ⇒ Rationalisierungsbemühungen
    - Umstrukturierung von Abteilungen
    - Optimierung organisatorischer Abläufe
    - Outsourcing
  - ⇒ Einsparungen durch Personalabbau
    - v.a. im Pflegebereich!
  - ⇒ z.T. existenzielle Bedrohung der KH ⇒ Anzahl der KHs in D ↓

# Leistungsbegrenzung: Empirische Daten

- BMBF-Forschungsverbund Allokation: Repräsentative Umfrage 2008 unter 1137 Klinikern in D aus Intensivmedizin & Kardiologie, Rücklauf: 507 Bögen (45%)
- Frage: *Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten eine für den Patienten nützliche Maßnahme aus Kostengründen nicht durchgeführt bzw. durch eine preiswertere und zugleich weniger effektive Leistung ersetzt?*

- Nie: 22%
- Seltener als monatlich: 32%
- Monatlich: 33%
- Wöchentlich: 11%
- Täglich: 2%

**78%**

**13%**

Strech, D. et al. (2009) Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. DMW 2009;134:1-6.

# Ethische Entscheidungskonflikte

---

- „Weil die finanziellen Mittel im Gesundheitswesen begrenzt sind, können bereits **heute** nicht mehr alle medizinisch nützlichen Leistungen bei GKV-Versicherten erbracht werden“.
  - 72% Stimme voll zu/Stimme eher zu
  
- „Jeder Arzt ist dazu **verpflichtet**, allen Patienten **unabhängig von den entstehenden Kosten** stets die bestmögliche Diagnostik und Therapie anzubieten“.
  - 83% Stimme voll zu/Stimme eher zu

# Folgen der „Ökonomisierung“

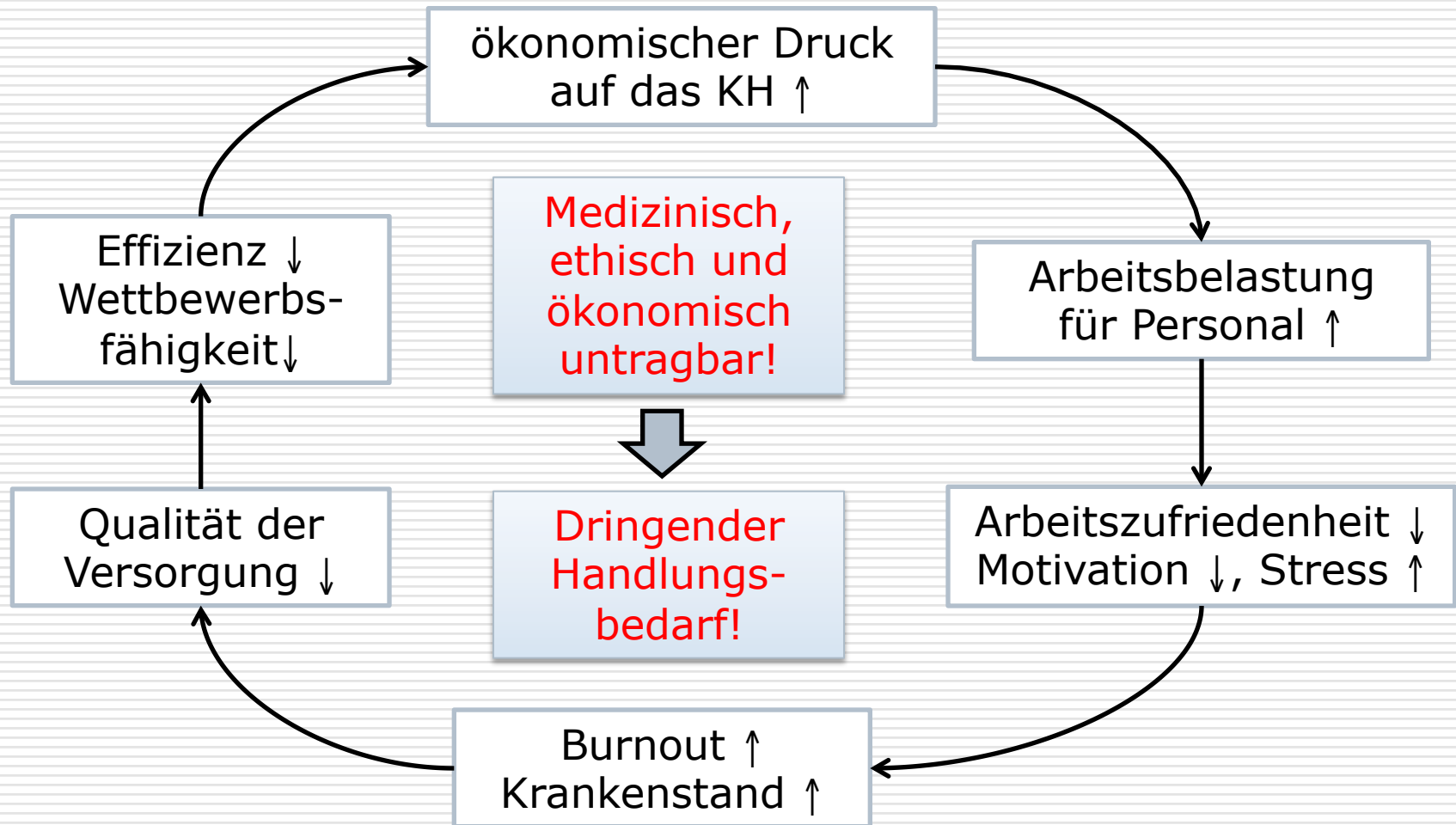
---

## **Themenblock:** Reaktionen auf den zunehmenden ökonomischen Druck im Krankenhaus

- Emotionaler Stress
- Gewissenskonflikte
- Fehlende Legitimität zur Rationierung
- Fehlende/unzureichende gesundheitsökonomische Kompetenz
- Eingeständnis der Willkür bei Rationierungsentscheidungen
- Unehrlichkeit gegenüber dem Patienten

Strech D, Borchers K, Freyer D, Neumann A, Wasem J, Marckmann G, Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. Ethik in der Medizin 2008;20(2):94-109

# „Teufelskreis der Ökonomisierung“





„Längst hat vor allem in den Kliniken ein Denken eingesetzt, das stärker vom Managementdenken als vom medizinischen Denken geprägt ist.“ [A804]



LÖSUNG??



GESUNDHEITSWESEN

# Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell?

Eine Kritik der ökonomischen Überformung der Medizin

Giovanni Maio

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 109 | Heft 16 | 20. April 2012

# Lösungsperspektiven

---

- Makroebene: Gesundheitssystem
  - Finanzierung (v.a. der KHs) verbessern
  - Strukturelle Reformen
- Mesoebene: Krankenhaus
  - Konsequentes Wertemanagement
- Mikroebene: Einzelfall
  - Ethisches Kostenbewusstsein

# Lösungsperspektiven

---

- Makroebene: Gesundheitssystem
  - Finanzierung (v.a. der KHs) verbessern
  - Strukturelle Reformen
- Mesoebene: Krankenhaus
  - Konsequentes Wertemanagement
- Mikroebene: Einzelfall
  - Ethisches Kostenbewusstsein

# Standard-Antwort der Medizinethik

---

- Kerngedanke: Die Ethik *gegenüber* der Ökonomie stärken
- Probleme:
  - (1) Konzeptionell: Ethik ist *kein* Gegenpol zur Ökonomie
    - Konvergenz durch das ethische Gebot der Nutzenmaximierung
    - Aber auch Spannungsverhältnisse möglich: Effizienz vs. Gerechtigkeit (Versorgungsbedürfnis des einzelnen Patienten)  
⇒ *ethischer* Konflikt!
  - (2) Pragmatisch: Ethik muss wirkungslos bleiben als „Gegenspieler“ der Ökonomie
    - Das Krankenhaus funktioniert nach anderen „Regeln“
    - Große Kluft zwischen ethischen Prinzipien und operativem Geschäft in der Klinik
    - Konflikt: betriebswirtschaftlichen Interessen des KH ethischen Verpflichtungen gegenüber dem Einzelnen
    - „*Das Gewissen des Einzelnen kann das Versagen der Organisation nicht kompensieren.*“

# Wertemanagement im KH (1)

---

- Ausgangspunkt
  - Ethik & Ökonomie schließen sich nicht aus
  - Eine klare Dominanz betriebswirtschaftlicher Überlegungen kann die Ethik im KH aber unterminieren!
- Ziel: Berücksichtigung ethischer Vorgaben fest im Klinikum verankern
  - ⇒ integraler Bestandteil des Managements
  - ⇒ Sicherung der „inneren Qualität“ (=operationalisierte Ethik) des KH
- Leitbilder („Werteorientierung“): i.d.R. wenig wirksam, da von konventionellem *operativem* Controlling nicht erfasst
- Handlungsoption: Normatives Controlling
  - Umsetzung der normativen Vorgaben („Leitbild“) systematisch messen, analysieren und steuern
  - ⇒ zentrale Führungsaufgabe im Krankenhaus
  - Zentrales Instrument: (wiederholte) Mitarbeiterbefragungen
  - Vgl. **CGIFOS | MikroControlling** (Stuttgart)

# Wertemanagement im KH (2)

---

- Normative Vorgaben klären ⇒ Qualitätsregeln („Leitbild“)
  - Patienten-/Kundenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Führung, Strukturen, Prozesse, Umgang mit Ressourcen
- Systematische Erfassung der Umsetzung der normativen Vorgaben durch („schlanke“) Mitarbeiterbefragungen
  - keine „Wohlfühl-Befragung“ aus der Ich-Perspektive, sondern führungsrelevante Informationen zur Umsetzung der normativen Vorgaben ermitteln, Wir-Gefühl stärken
  - „Klimaindices“ für die „interne Qualität“ des KH
- Analyse der Ergebnisse
  - Profile, Schwachstellen
- Steuerung
  - Zielvorgaben, Verantwortung der Mitarbeiter stärken
  - Maßnahmen (Transparenz, Klimazirkel, Fortbild., Anreizsysteme...)
  - Wirkungskontrolle durch erneute Mitarbeiterbefragung

Rechkemmer K. Exzellenzinitiative Innere Qualität. Das Krankenhaus 2012(9):879-884.

# Lösungsperspektiven

---

- Makroebene: Gesundheitssystem
  - Finanzierung (v.a. der KHs) verbessern
  - Strukturelle Reformen
- Mesoebene: Krankenhaus
  - Konsequentes Wertemanagement
- Mikroebene: Einzelfall
  - Ethisches Kostenbewusstsein

# Ethisches Kostenbewusstsein

---

## Individual- ethischer Therapie- verzicht

- (1) Berücksichtigung der Evidenz zu Wirksamkeit/Nutzen & Risiken der Maßnahmen ⇒ Nutzen/Nichtschaden
- (2) Konsequente Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen ⇒ Respekt der Autonomie
- (3) Minimierung des Ressourcenverbrauchs für das Erreichen eines Therapieziels ⇒ Nichtschaden

---

## Sozial- ethischer Therapie- verzicht

- (4) Unterlassung von teuren Maßnahmen mit geringem/fraglichem Nutzengewinn bei Verfügbarkeit kosteneffektiverer Alternativen ⇒ Gerechtigkeit
  - a) Lokale Versorgungsstandards
  - b) Im Einzelfall
    - Berücksichtigung prozeduraler Mindeststandards
    - Durchführung von Kosten-Fallbesprechungen
    - Beratung durch klinisches Ethik-Komitee



# Ethisches Kostenbewusstsein

---

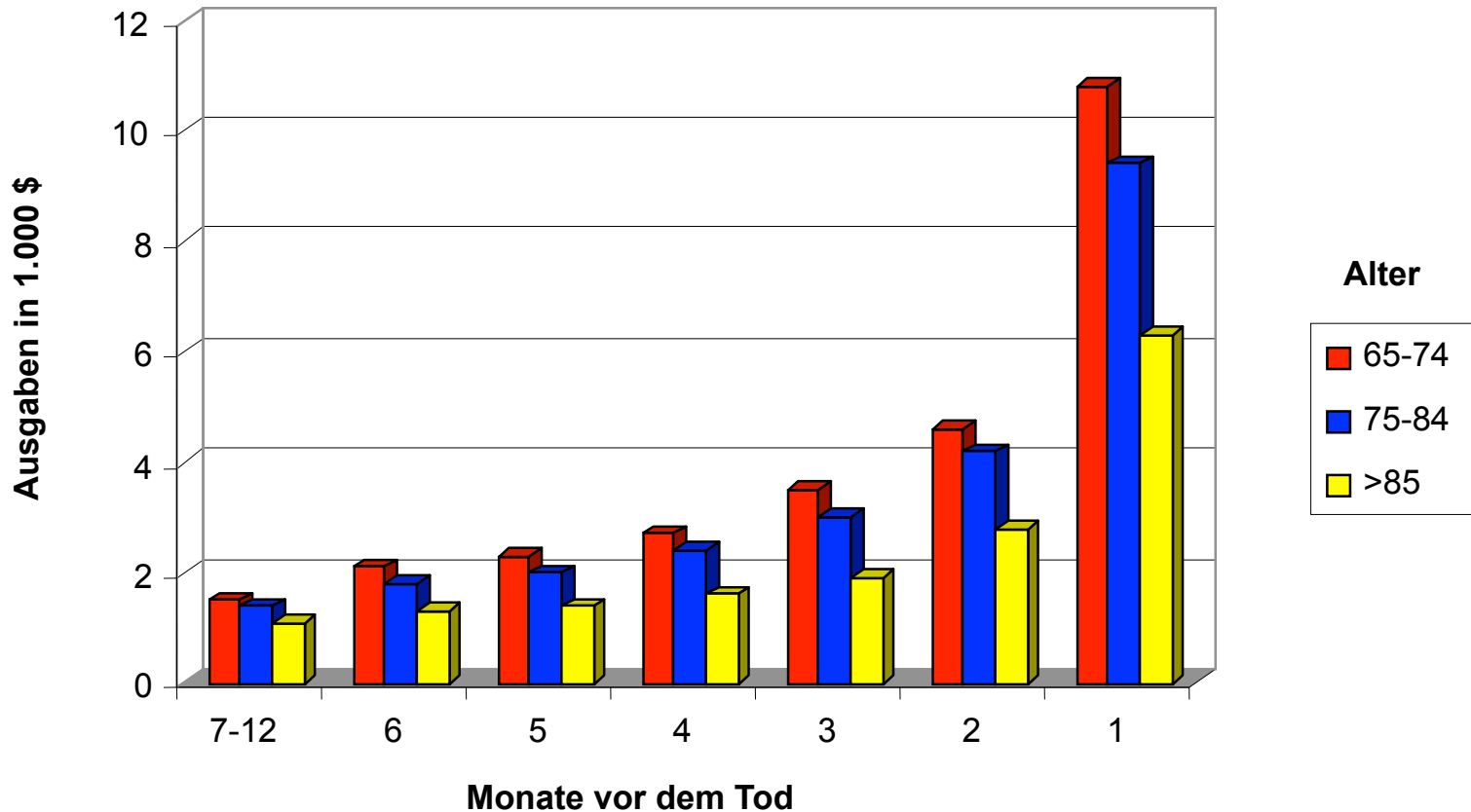
## Individual- ethischer Therapie- verzicht

- (1) Berücksichtigung der Evidenz zu Wirksamkeit/Nutzen & Risiken der Maßnahmen ⇒ Nutzen/Nichtschaden
  - (2) Konsequente Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen ⇒ Respekt der Autonomie
  - (3) Minimierung des Ressourcenverbrauchs für das Erreichen eines Therapieziels ⇒ Nichtschaden
- 

## Sozial- ethischer Therapie- verzicht

- (4) Unterlassung von teuren Maßnahmen mit geringem/fraglichem Nutzengewinn bei Verfügbarkeit kosteneffektiverer Alternativen ⇒ Gerechtigkeit
  - a) Lokale Versorgungsstandards
  - b) Im Einzelfall
    - Berücksichtigung prozeduraler Mindeststandards
    - Durchführung von Kosten-Fallbesprechungen
    - Beratung durch klinisches Ethik-Komitee

# Gesundheitsausgaben vor dem Tod



Gesundheitsausgaben für Medicare-Begünstigte im US-Staat Massachusetts im letzten Lebensjahr (nach Levinski et al. 2001)

# Berücksichtigung v. Patientenpräferenzen

---

- Klinisch-ethische Beratung ⇒ konsequente Berücksichtigung von Wohl & Wille (Präferenzen) des Patienten
- Randomisierte kontrollierte Multicenter-Studie von Schneiderman et al. (JAMA 2003;290(9):1166-72):
  - 551 ICU-Patienten
  - 2 Arme: klinische Ethikberatung ja/nein
- Mortalität: kein Unterschied
- Im KHS versterbende Patienten mit Ethikberatung:
  - Krankenhaustage ↓ (-2.95 d, p=.01)
  - ICU - Tage ↓ (-1.44 d, p=.03)
  - Beatmungstage ↓ (-1.7 d, p=.03)
- klinisch-ethische Beratung fördert individuelle ethischen Therapieverzicht (+ kann Kosten in Todesnähe reduzieren!)

# Einsparungen durch Palliativmedizin?

---

- Kostenanstieg kurz vor dem Tod: Vor allem akutmedizinische Versorgung mit Ziel Lebensverlängerung
- Spezialisierte palliativmedizinische Versorgung ist kostengünstiger
  - Hansen et al. (2008): 10-20% pro Patient/Jahr; Tagesbehandlungskosten 897 vs. 1.004 US\$; signifikant verbesserte Symptomkontrolle, insbes. im Bereich der Schmerzbehandlung
  - Zahlen variieren stark, methodisch häufig nicht sehr belastbar Studien, aber *Kosteneinsparungen* länder- & systemunabhängig (Übersicht vgl. Simoens et al. 2010)
  - Einsparungen durch weniger Intensivtherapie (Penrod et al. 2010), reduzierter Einsatz von Medikamenten & Diagnostik (Morrison et al. 2008)

# Ethisches Kostenbewusstsein

---

## Individual- ethischer Therapie- verzicht

- (1) Berücksichtigung der Evidenz zu Wirksamkeit/Nutzen & Risiken der Maßnahmen ⇒ Nutzen/Nichtschaden
- (2) Konsequente Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen ⇒ Respekt der Autonomie
- (3) Minimierung des Ressourcenverbrauchs für das Erreichen eines Therapieziels ⇒ Nichtschaden

---

## Sozial- ethischer Therapie- verzicht

- (4) Unterlassung von teuren Maßnahmen mit geringem/fraglichem Nutzensgewinn bei Verfügbarkeit kosteneffektiverer Alternativen ⇒ Gerechtigkeit
  - a) Lokale Versorgungsstandards
  - b) Im Einzelfall
    - Berücksichtigung prozeduraler Mindeststandards
    - Durchführung von Kosten-Fallbesprechungen
    - Beratung durch klinisches Ethik-Komitee

# Zum Schluss

---

- Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
- Kontakt: [marckmann@lmu.de](mailto:marckmann@lmu.de)
- Folien: [www.dermedizinethiker.de](http://www.dermedizinethiker.de)
- Publikationen:
  - Marckmann G, Maschmann M, Zahlt sich Ethik aus? Notwendigkeit und Perspektiven des Wertemanagements im Krankenhaus. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) 2013 [im Druck]
  - Marckmann G, in der Schmitt J, Wie können Ärzte ethisch vertretbar Kostenerwägungen in ihren Behandlungsentscheidungen berücksichtigen? Ein Stufenmodell. Ethik in der Medizin 2011;23(4):303-314
  - Marckmann G, Gesundheit und Gerechtigkeit. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2008;51(8):887-894
- Interessenkonflikt: bin Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des CGIFOS-Instituts, habe ein Vortragshonorar erhalten

# Ethisches Kostenbewusstsein

---

## Individual- ethischer Therapie- verzicht

- (1) Berücksichtigung der Evidenz zu Wirksamkeit/Nutzen & Risiken der Maßnahmen ⇒ Nutzen/Nichtschaden
- (2) Konsequente Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen ⇒ Respekt der Autonomie
- (3) Minimierung des Ressourcenverbrauchs für das Erreichen eines Therapieziels ⇒ Nichtschaden

---

## Sozial- ethischer Therapie- verzicht

- (4) Unterlassung von teuren Maßnahmen mit geringem/fraglichem Nutzengewinn bei Verfügbarkeit kosteneffektiverer Alternativen ⇒ Gerechtigkeit
  - a) Lokale Versorgungsstandards
  - b) Im Einzelfall
    - Berücksichtigung prozeduraler Mindeststandards
    - Durchführung von Kosten-Fallbesprechungen
    - Beratung durch klinisches Ethik-Komitee