

Patientenversorgung unter Druck: Ethische Mangelverwaltung

Georg Marckmann

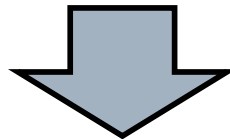
Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Bundesärztekammer im Dialog
„Patientenversorgung unter Druck“

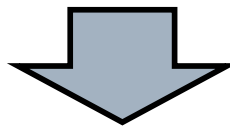
Berlin, 17. November 2018

Ausgangssituation in den KHs

Umstellung auf Vergütung mittels Fallpauschalen (DRGs)
mit regulierten Preisen

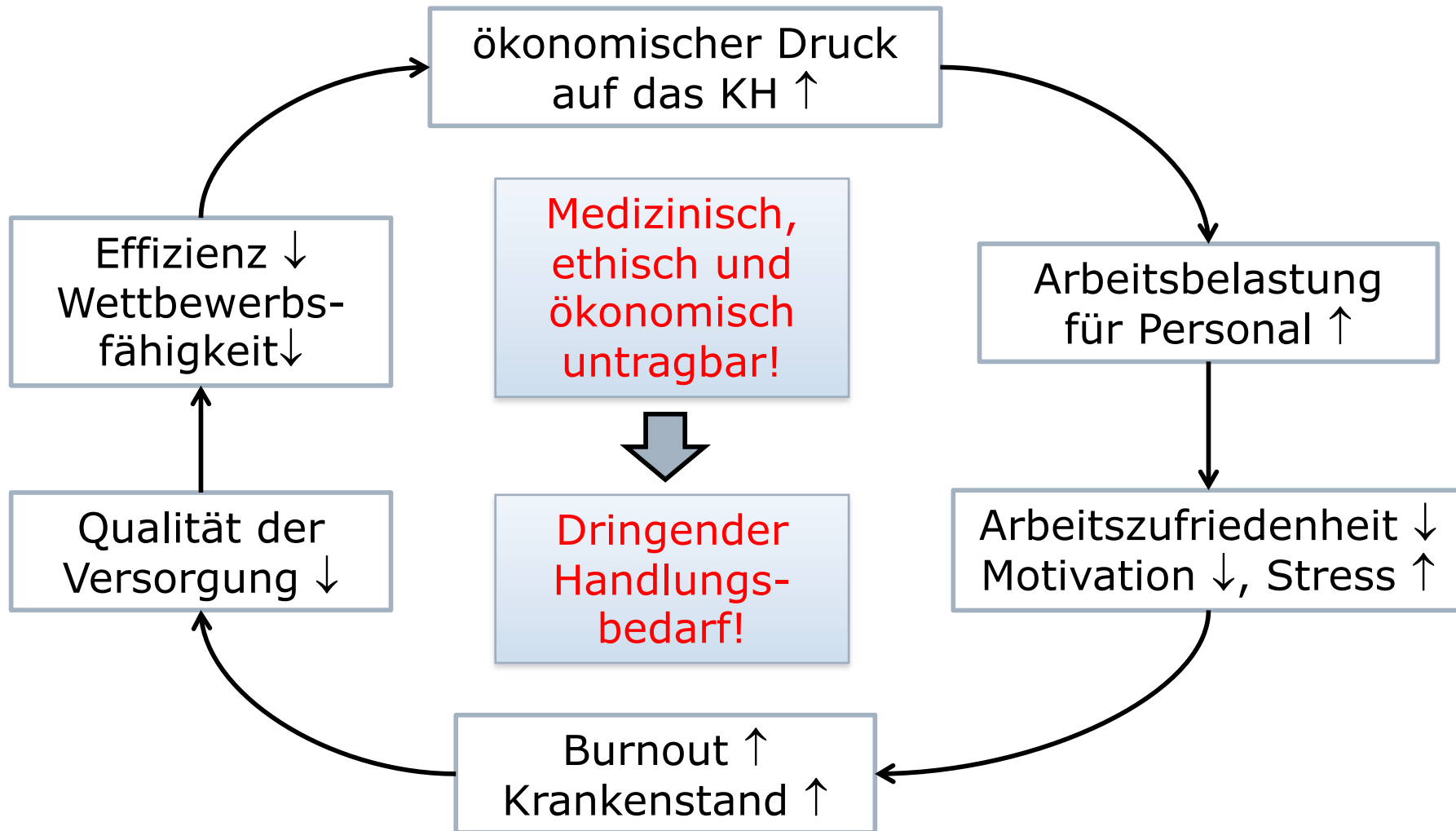


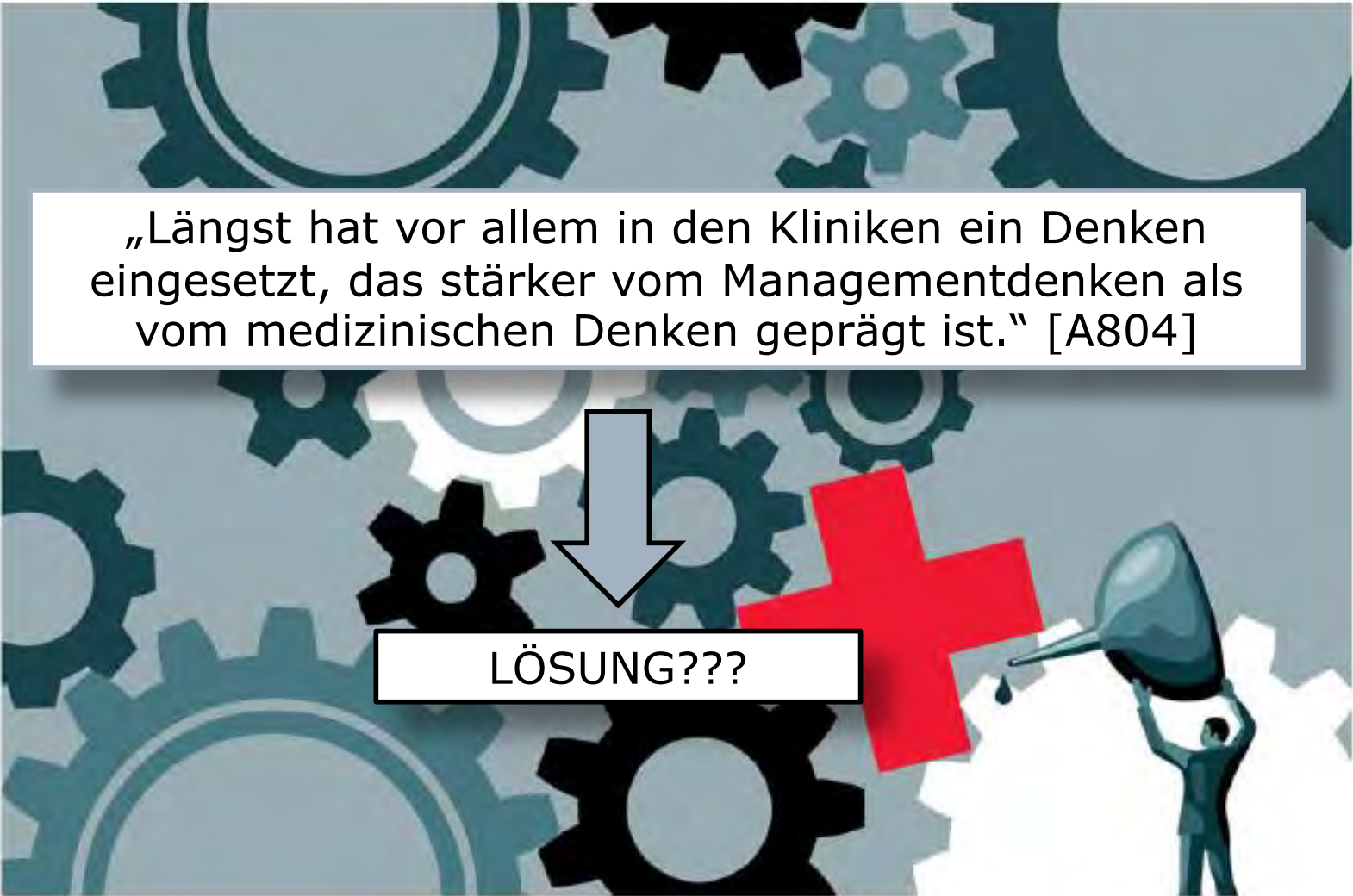
Zunehmender Kostendruck in den KHs



- (1) Medizinische Leistungen: unangemessene *Einschränkungen & Ausweitungen*
- (2) Ethische Entscheidungskonflikte (v.a. für Ärzte)
- (3) Höhere Belastung des KH-Personals (v.a. Pflege)

Ein Teufelskreis...





„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

Thema **ÖKONOMISIERUNG**

Das System droht zu entgleisen

Das Deutsche Ärzteblatt hat in diesem Jahr das Thema Ökonomisierung in mehreren Beiträgen aufgegriffen (www.aerzteblatt.de/wettbewerb). In diesem Essay beleuchtet der Autor Paul U. Unschuld Ursache und Folgen.

Als vor einigen Jahren zumeist junge Ärztinnen und Ärzte in mehreren deutschen Städten auf die

„Die Politik überlässt die Gestaltung dieser „Gesundheitswirtschaft“ mit Freuden dem freien Spiel der Marktkräfte.“

Frauen, denen das Gesundheitsministerium anvertraut war, hat irgendwelche grundlegenden Kurswechsel bewirken können oder wollen, die dauerhaft im Gedächtnis geblieben wären – ungeachtet rhetorischer Fehlschlüsse, die von sprachlichen Spielereien der Medien gegenüber den tatsächlichen Umständen zu der vollständigen Unterstüt-

Der Konflikt des Übergangs in diese neue Dimension unseres Gesundheitswesens mit althergebrachten Auffassungen vom Arzt-Patienten-Verhältnis und von der Bedeutung ärztlicher Kompetenz gibt es die Möglichkeit der Anpassung, die einen Strukturbedarf erfordert, da finden unzählige Konfe-

Lösung?

Ursache: zu viel Ökonomie?

- Kostendruck ist nicht Folge frei wirkender ökonomischer Kräfte, sondern *politischer* Vorgaben!
 - (1) Politischer Grundsatz der Beitragssatzstabilität ⇒ begrenzt verfügbare Finanzmittel in der GKV
 - (2) Freie Preisbildung bei Produktionsfaktoren (Löhne, Arzneimittel, Energiekosten, ...) ⇔ Regulierte Abgabepreise der KH, Budgetierung (ökonomisches Prinzip des Kosten-Preis-Zusammenhangs eliminiert!)
 - (3) Duale Finanzierung: unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder ⇒ schränkt wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der KH ein, KH müssen Investitionen aus DRG
 - (4) Überkapazitäten (Landeskrankenhauspolitik)
 - (5) Bekannte Fehlanreize der DRGs werden nicht korrigiert
- ⇒ **Primäre Ursache: Politikversagen, nicht Dominanz ökonomischer Rationalität!**

Handlungsoptionen

- ❑ Die *schlechte* Nachricht: es gibt nicht DIE Lösung.... ☹
- ❑ Die *gute* Nachricht: es gibt durchaus Handlungsoptionen – und werden z.T. schon genutzt... 😊
- ❑ Aber: *Alle* sind gefordert, auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens
- ❑ Voraussetzung: kein Schwarzer-Peter-Spiel!!



Handlungsoptionen

- Makroebene: Gesundheitspolitik (Bund & Länder)
 - Bekannte Fehlanreize im DRG-System reduzieren
 - Bedarfsorientierte Landeskrankenhausplanung
 - Angemessene Investitionsfinanzierung
 - Politische „Aktivitäten“ der letzten Jahre
 - Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)
 - Pflegeschnittminderprogramm, Strukturform
 - Entwurf für ein Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)
 - ⇒ *Bislang keine durchgreifende Entlastung!*
 - Und: Kostendruck wird durch Demografie (Baby boomer!) und Innovationen mittelfristig zunehmen
 - ⇒ Politik duckt sich aktuell weg... ☹
 - ⇒ Auf absehbare Zeit schwierige finanzielle Bedingungen für KH in D!

Handlungsoptionen

- Makroebene: Gesundheitspolitik: Bund & Länder
 - Fehlanreize reduzieren
 - Finanzierung der KHs verbessern
- Mesoebene: Krankenhaus-Management



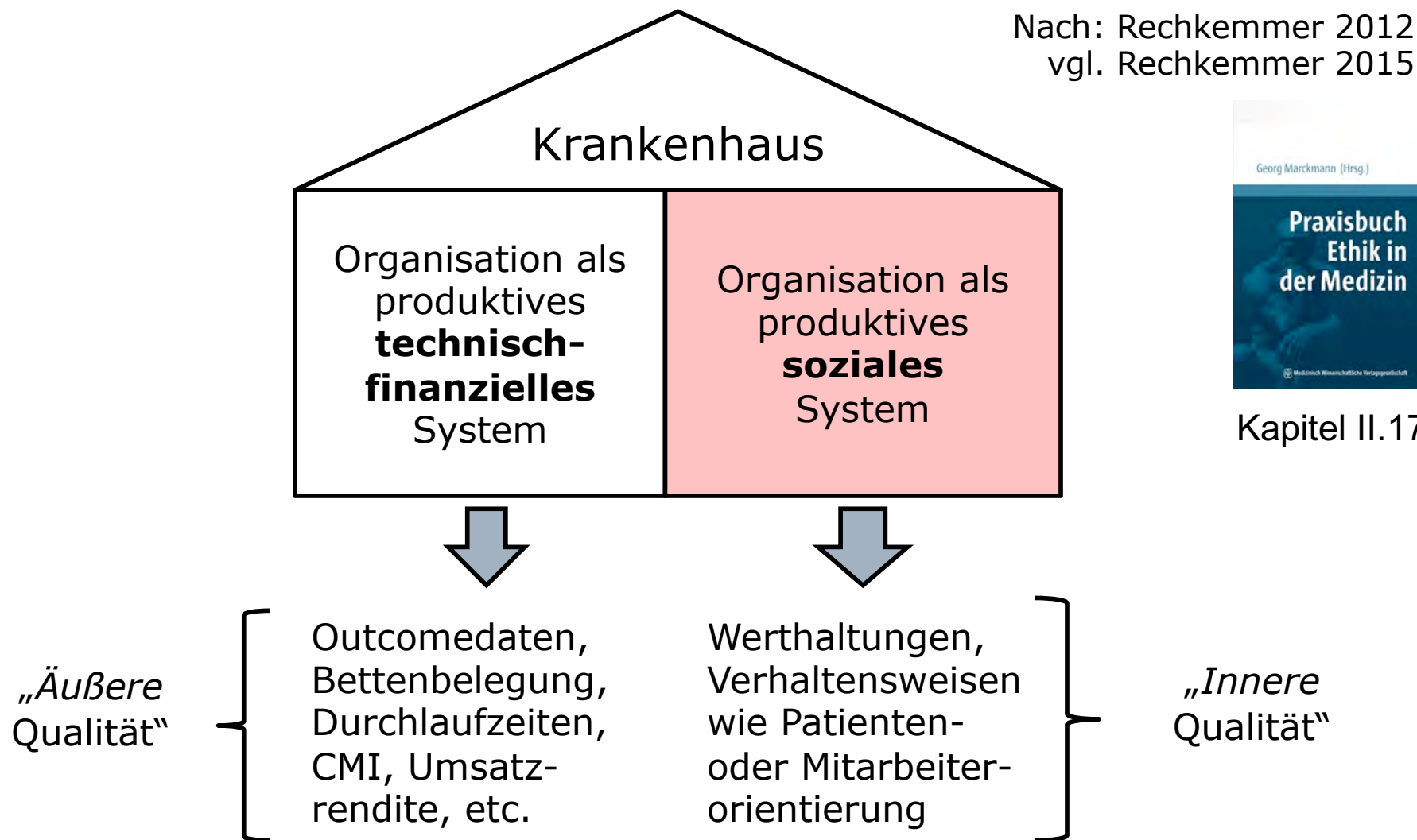
Deutsches Ärzteblatt | Jg. 114 | Heft 44 | 3. November 2017

Handlungsoptionen im KH

- Standard-Antwort der Ethik: Ethik *gegenüber* der Ökonomie stärken
- Probleme:
 - Konzeptionell: Ökonomie konzeptionell kein Gegenpol zur Ethik (vgl. Effizienzgebot), aber auch Spannungsverhältnisse (Effizienz vs. Gerechtigkeit)
 - Pragmatisch: Ethik wird wirkungslos bleiben als „Gegenspieler“ der Ökonomie
„Das Gewissen des Einzelnen kann das Versagen der Organisation nicht kompensieren.“
- Ziel: *Berücksichtigung* ethischer Vorgaben muss **integraler Bestandteil des KH-Managements** werden
- ⇒ Nicht Ethik kontra Ökonomie, sondern *ethisch verantwortete* Ökonomie!

Lösungsansatz „Innere Qualität“

Nach: Rechkemmer 2012
vgl. Rechkemmer 2015



Kapitel II.17

Wertemanagement im KH

Umsetzung:

- (1) Klare *Definition* der normativen Vorgaben:
Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Führung, Strukturen & Prozesse, Umgang mit Ressourcen („Leitbild“; „innere Qualität“)
- (2) Systematische *Erfassung* und *Steuerung* der Umsetzung der normativen Vorgaben
 - ⇒ „normatives Controlling“/**Wertemanagement**
 - ⇒ „If you can't measure it, you can't manage it!“
 - ⇒ Herausforderung: schlecht zu objektivierende, *personenbezogene* Faktoren
 - ⇒ (wiederholte, „schlanke“!) **Mitarbeiterbefragungen**
 - ⇒ Zentrale **Führungsaufgabe** im Krankenhaus
 - ⇒ „operationalisierte Ethik“



Online verfügbar unter www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://journals.elsevier.de/zefq>



IM BLICKPUNKT

Zahlt sich Ethik aus? Notwendigkeit und Perspektiven des Wertemanagements im Krankenhaus



Hypothese: Gute innere Qualität \Rightarrow motivierteres Personal, patientenorientierte Versorgung \Rightarrow stärkt wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des KH

„Moral darf, muss sogar und kann ein Produktionsfaktor sein, und es ist die Aufgabe des Managements, auch diesen Schatz zu heben – zum Wohl des Unternehmens und der Allgemeinheit.“ [Karl Homann]

Zahl sich Ethik aus?

Review Article

What is the Value?

Economic Effects of Ethically-Oriented Leadership

Claudia Peus,¹ Rudolf Kerschreiter,¹ Dieter Frey,¹ and Eva Traut-Mattausch²

¹Department of Psychology, Ludwig Maximilian University, Munich, Germany, ²Department of Psychology, University of Salzburg, Austria

Abstract. In recent years a number of leadership constructs have been introduced to the literature that comprise explicit reference to the leader's ethical behavior including transformational, ethical, authentic, and spiritual leadership. These types of leadership have been posited to have a positive impact on employees and the organizations they are part of, and research has pointed to positive relations with work-related attitudes. So far, however, the question whether or not these leadership styles are also related to objectively determined organizational performance has remained unanswered. Thus, the purpose of this article is to review the empirical literature on the relation between ethically-oriented leadership and economic performance. Findings indicate that ethically-oriented leadership is in fact economically effective.

Keywords: ethically-oriented leadership, economic success, review

Handlungsoptionen

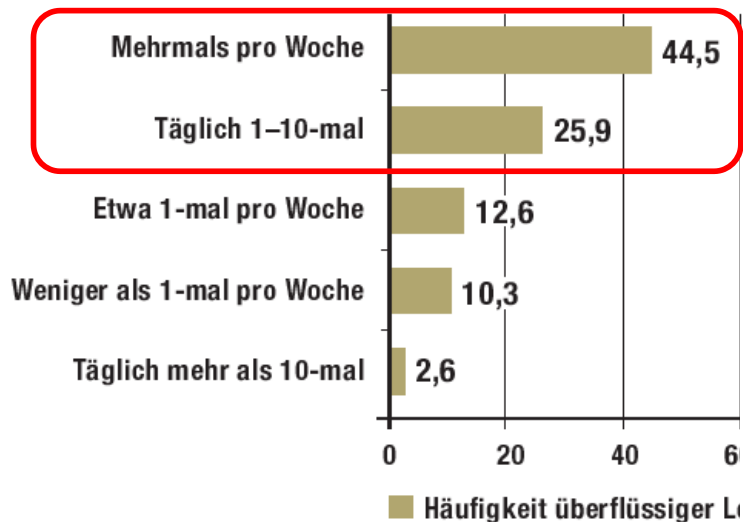
- Makroebene: Gesundheitspolitik: Bund & Länder
 - Fehlanreize reduzieren
 - Finanzierung der KHs verbessern
- Mesoebene: Krankenhaus-Management
 - Optimierung des Wertemanagements im KH
- Mikroebene: Ärzte
 - Ethisch verantwortetes Handeln fördern
 - ⇒ Verantwortung für ressourcenbewusste Entscheidungen!

Problem Überversorgung (1)

DGIM-Umfrage

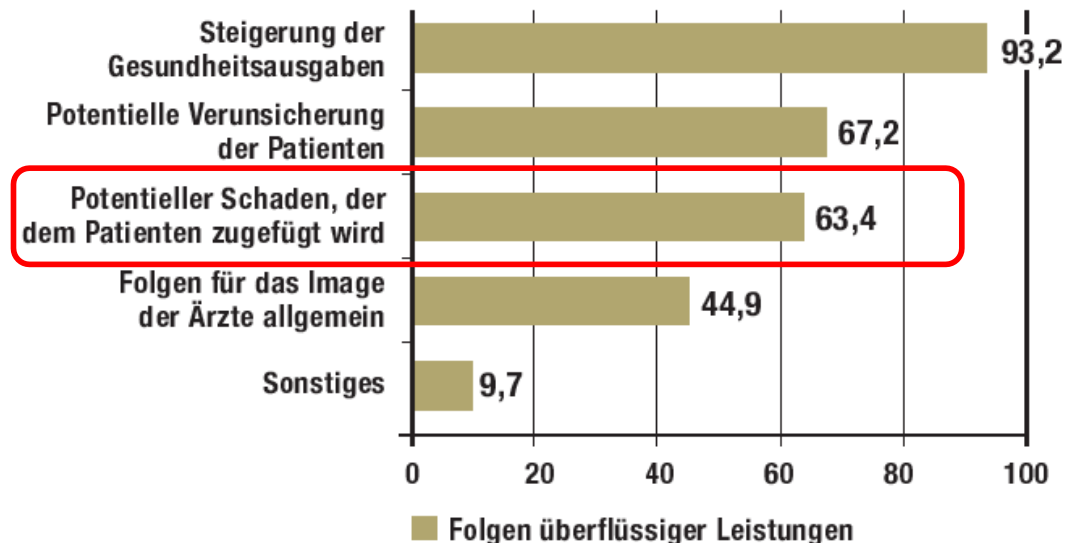
GRAFIK 1

Wie häufig kommen überflüssige Leistungen (Überversorgung) in Ihrem Zuständigkeitsbereich vor? (in Prozent)



GRAFIK 2

Welche Folgen haben Ihrer Meinung nach überflüssige Leistungen auf unser Gesundheitssystem? (in Prozent) (Mehrfachnennungen möglich)

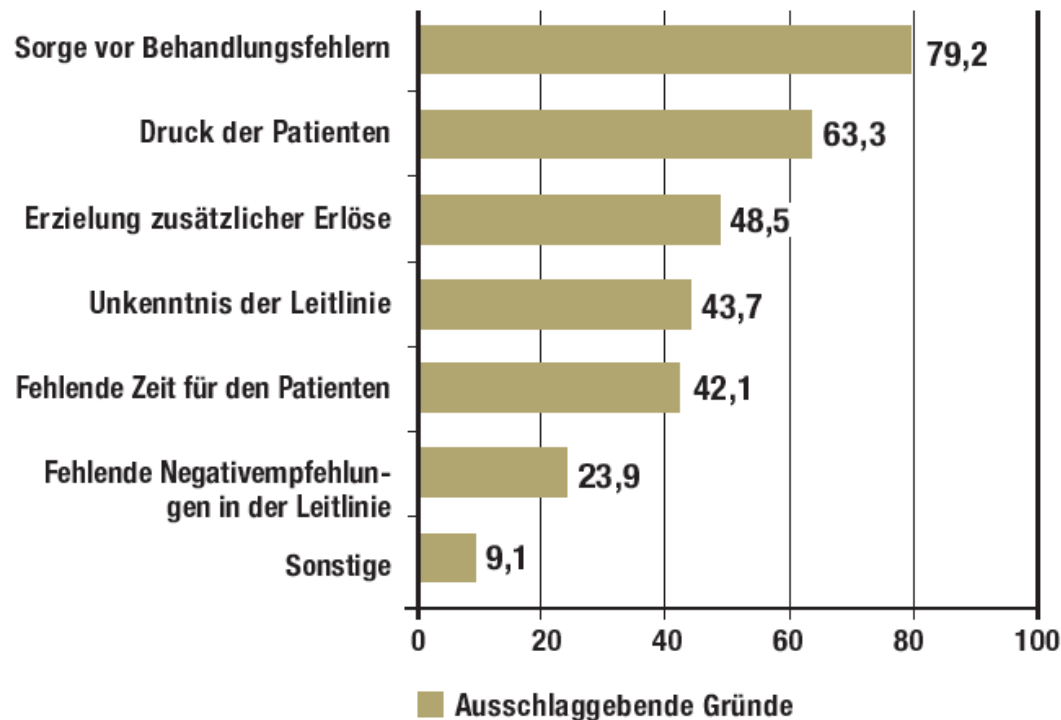


Fölsch UR, Faulbaum F, Hasenfuß G. Mitgliederbefragung zu "Klug entscheiden": Wie Internisten das Problem von Über- und Unterversorgung werten. Deutsches Ärzteblatt 2016;113(13):A604-A606.

Problem Überversorgung (2)

GRAFIK 3

Welche der folgenden Gründe sind Ihrer Meinung nach für die Durchführung unnötiger diagnostischer/therapeutischer Maßnahmen ausschlaggebend? (in Prozent) (Mehrfachnennungen möglich)



Unterminiert das unverzichtbare Vertrauen der Patienten in die Ärzte!
„antizipatorisches Systemvertrauen“

Fölsch UR, Faulbaum F, Hasenfuß G. Mitgliederbefragung zu "Klug entscheiden": Wie Internisten das Problem von Über- und Unterversorgung werten. Deutsches Ärzteblatt 2016;113(13):A604-A606.

Handlungsoptionen

- Makroebene: Gesundheitspolitik: Bund & Länder
 - Fehlanreize reduzieren
 - Finanzierung der KHs verbessern
- Mesoebene: Krankenhaus-Management
 - Optimierung des Wertemanagements im KH
- Mikroebene: Ärzte
 - Ethisch verantwortetes Handeln fördern
 - ⇒ Verantwortung für ressourcenbewusste Entscheidungen!
 - ⇒ Aufgabe der verfassten Ärzteschaft: Wie kann das gehen?

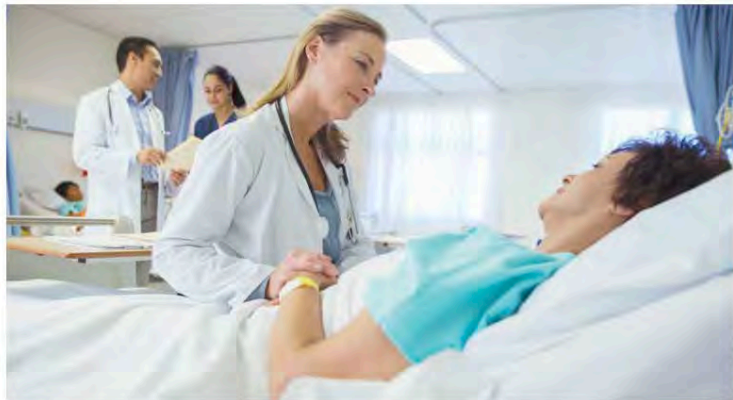
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) Berufsverband der Deutschen Internisten (BDI)

THEMEN DER ZEIT

ÖKONOMISIERUNG IN DER MEDIZIN

Rückhalt für ärztliches Handeln

Mit ihrem neuen Klinik Codex „Medizin vor Ökonomie“ wendet sich die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) aus Sorge um ein schwindendes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient als Fachgesellschaft an die Ärzteschaft, Klinikbetreiber sowie an die Öffentlichkeit.



auch mit der...
ge Maß...
Machb...
und ök...
den. Au...
diesem...
noch: S...
tisch g...
gen ak...
mitgest...
- kritis...
Die...
heitswe...
Medizin...
hochwertige Versorgung bei begrenzten Ressourcen zu unterstützen. Damit dient die Ökonomie der Medizin

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 114 | Heft 49 | 8. Dezember 2017

⇒ **Wirksamkeit?**

19.11.18

Klinik Codex: Medizin vor Ökonomie

Die Ärzteschaft gerät in der Patientenversorgung zunehmend unter Druck, ihr Handeln einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung des Krankenhauses unterzuordnen. Diese Entwicklung macht es notwendig, dem Ökonomisierungsprozess eine auf ärztlicher Ethik und Werten beruhende Haltung im Arbeitsalltag entgegenzustellen.

Der Klinik Codex soll Ärztinnen und Ärzten dabei helfen, die Auswirkungen von Ökonomisierung kritisch in ihrem persönlichen Arbeitsgebiet zu reflektieren und im Arbeitsalltag ihre ärztlichen Entscheidungen für die sich ihnen anvertrauenden

- Wir werden allen Patienten eine Versorgung unter Einsatz aller unserer Fachkompetenzen und aller ärztlichen Erfahrungen ermöglichen.
- Wissend, dass unsere medizinischen Entscheidungen, die auf Basis einer qualitätsgesicherten Medizin getroffen werden, große Auswirkungen auf die Heilung und Gesundheit der Patienten, aber auch betriebswirtschaftliche Auswirkungen haben, erklären wir hiermit, dass wir eine angemessene und wirksame Versorgung der Patienten stets unter dem uneingeschränkten Vorrang der medizinischen Argumente ge-

Die Ärzteschaft gerät in der Patientenversorgung unter Druck, ihr Handeln einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung des Krankenhauses unterzuordnen. Diese Entwicklung macht es notwendig, dem *Ökonomisierungsprozess* eine auf ärztlicher Ethik und Werten beruhenden Haltung im Arbeitsalltag *entgegenzustellen*.

Alters, Konfession, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, sexueller Orientierung oder sozialer Stellung durchzuführen.

Es ist uns bewusst, dass unsere ärztlichen Entscheidungen durch nicht medizinische Faktoren, insbesondere ökonomische Überlegungen und kommerzielle Anreize, beeinflusst werden können.

Als verantwortlich handelnde Ärztinnen und Ärzte streben wir an, solche Situationen zu erkennen und unsere ärztlichen Entscheidungen stets zuerst am Wohl der uns anvertrauten Patienten auszurichten:

- Als Ärztinnen und Ärzte müssen wir den berechtigten fachlichen und ethischen Erwartungen der erkrankten Menschen, ihrer Angehörigen und der Gesellschaft an uns gerecht werden.

- Wir werden die von uns getroffenen Versorgungsentscheidungen bei Bedarf den zuständigen kaufmännischen Leitungsgremien, unter Verwendung fachlich-medizinischer, patientenorientierter und ethischer Argumente, erklären.
- Wir ermutigen junge Ärztinnen und Ärzte, sich mit den durch die kaufmännischen Geschäftsleitungen vorgegebenen wirtschaftlichen Vorgaben kritisch auseinanderzusetzen und achtsam zu sein bei allen Versuchen der Einschränkung des Patientenwohls aufgrund nicht medizinischer Aspekte.

Wir werden unsere ärztliche Heilkunst ausüben, ohne uns von wirtschaftlichem Druck, finanziellen Anreizsystemen oder ökonomischen Drohungen dazu bewegen zu lassen, uns von unserer Berufsethik und den Geboten der Menschlichkeit abzuwenden.

Fazit

- Bleibt die Ethik auf der Strecke? Hängt davon ab, ob sich die Akteure auf den verschiedenen Ebenen bewegen....
- Nicht Ethik *kontra* Ökonomie, sondern *ethisch verantwortete* Ökonomie!!
- (1) *Makro*: Gesundheitspolitik: Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung verbessern (DRG, Finanzierung)
- (2) *Meso*: Krankenhaus-Management: „Ethik als Führungs- und Management-Aufgabe“
 - ⇒ Mehr Ethik könnte sich auch auszahlen! 😊
- (3) *Mikro*: Ärzte im Einzelfall ⇒ Verantwortung für „Indikationsqualität“ & Ressourceneinsatz!
 - ⇒ Aufgabe der verfassten Ärzteschaft
- Konzertierte Aktion aller Akteure unverzichtbar
 - Schwarzer-Peter-Spiel beenden!
 - ⇒ *Doppelte Verantwortung* gegenseitig (!) anerkennen: Beitrag zur Problemstellung (*retrospektiv*) und zur Problemlösung (*prospektiv*)!





**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit...**

**... und uns allen viel Erfolg bei
der Gratwanderung zwischen
Ethik und Ökonomie!**

marckmann@lmu.de

Folien: www.dermedizinerethiker.de

„Operieren und kassieren“

- ❑ Rücken-OPs: LK Fulda 2.700/100.000 Einwohner, Bundesdurchschnitt: 1.000
- ❑ Zweitmeinungsgutachter zu OP Empfehlungen: bei keiner konnte er die „Indikation zur Operation sofort nachvollziehen“
- ❑ Niedergelassene Neurochirurgen haben Konsiliararzt-Verträge mit der ostthessischen Klinik: 18% der DRG-Pauschale (andere Regionen 20-30%), angestrebt: 250.000€/Jahr!
- ❑ „OP-Splitting“: eine OP bringt 6.036€, zwei kleine jeweils 4.723€
⇒ Mehrreinnahmen v. 3.410€!
- ❑ **INDIKATION?!?!**
- ❑ AOK Hessen: systematische Prüfung aller Fälle zu kostspielig, schwer zu beweise, ob eine OP wirklich „notwendig“ war ⇒ Kontrolle ist praktisch nicht möglich
- ❑ Quelle: WDR-Reportage (19.06.17)