

Balanceakt – Ethik und Wirksamkeit zwischen Ökonomie, Ressourcenmangel und Erwartung

Georg Marckmann

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

Symposium „40 Jahre DBZ – Zentrum für Sozialpädiatrie
und Neuropädiatrie. Sozial- und Neuropädiatrie –
wichtiger denn je“

Vivantes Klinikum Neukölln, 02. November 2019

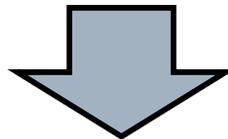


Gliederung

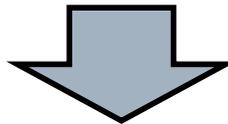
- Problemhintergrund: Aktuelle Rahmenbedingungen der Versorgung im Krankenhaus
- Ist-Analyse: Auswirkungen auf die Versorgung im Krankenhaus
- Soll-Analyse: Lösungsperspektiven

Ausgangssituation in den KHs

Umstellung auf Vergütung mittels Fallpauschalen (DRGs)
mit regulierten Preisen



Zunehmender Kostendruck in den KHs
(insbes. Abt. mit komplexen, chronischen Erkrankungen!)



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

Einschränkung der Patientenversorgung

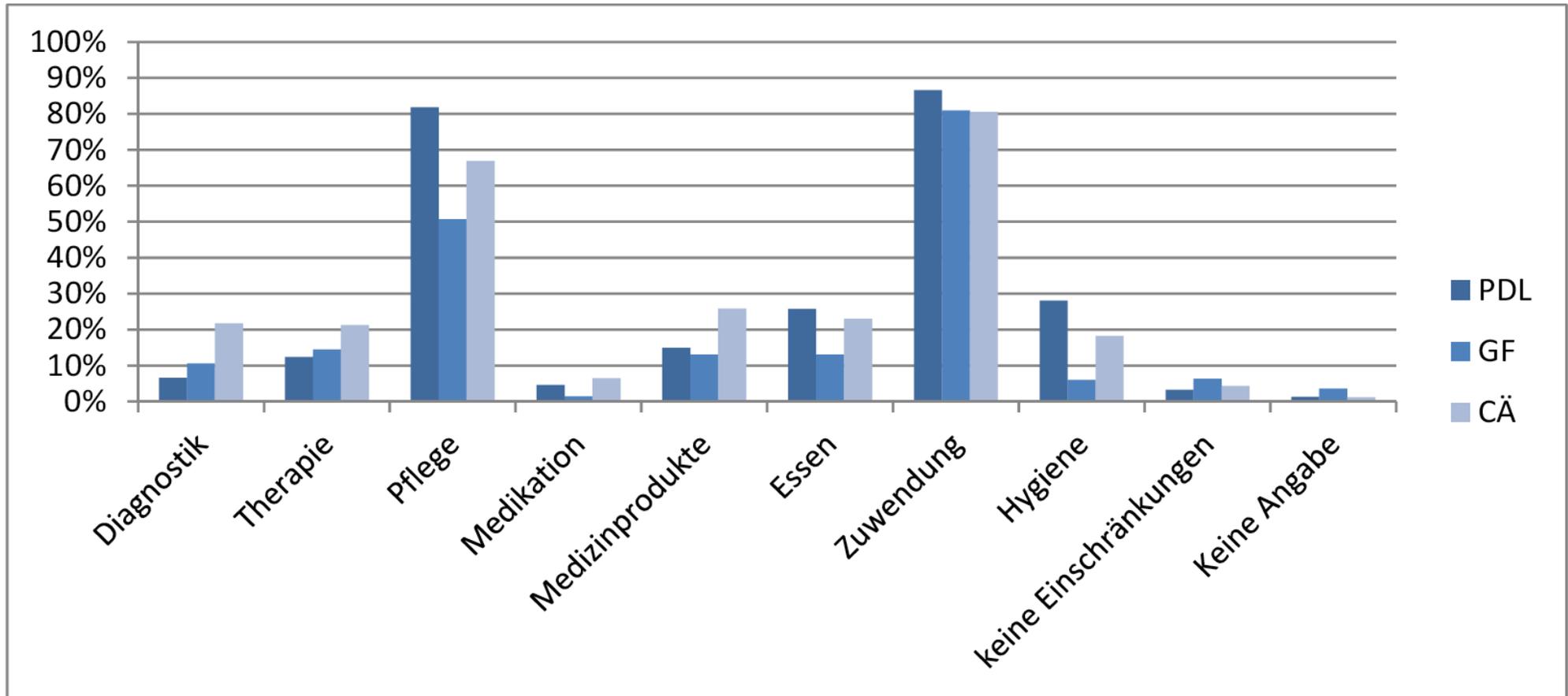


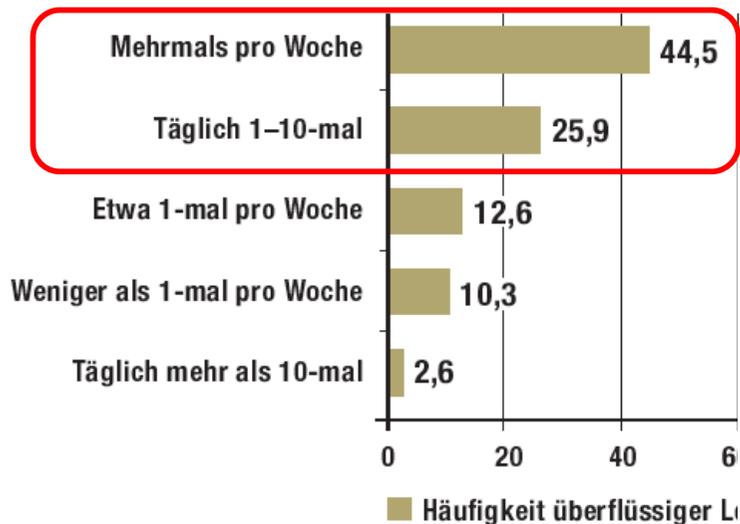
Abbildung 3 – Einschränkungen der Patientenversorgung

Studie Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus: Rationierung und Überversorgung medizinischer Leistungen im Krankenhaus? (Reifferscheid, Pomorin, Wasem 2014)

Problem Überversorgung (1)

GRAFIK 1

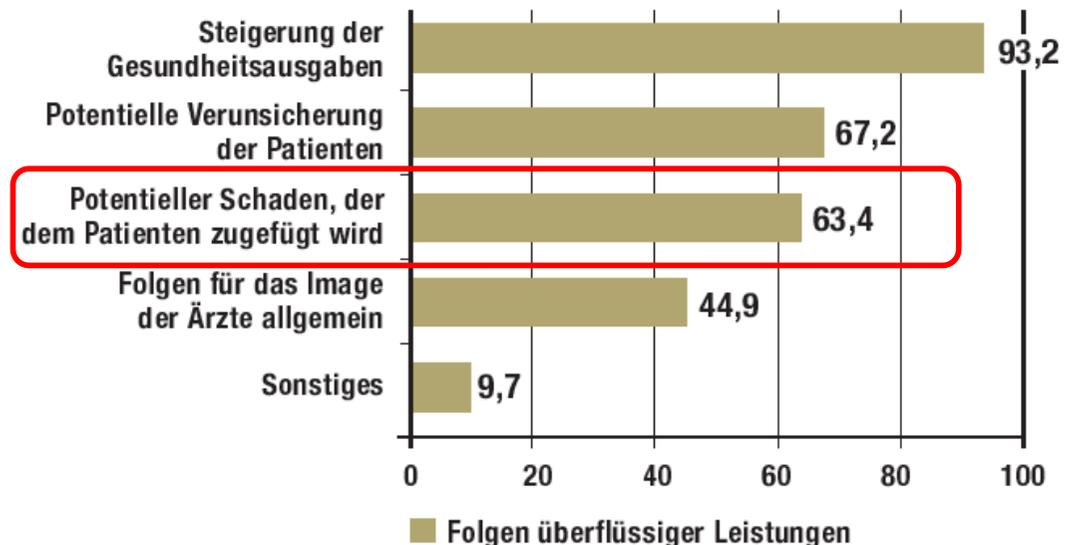
Wie häufig kommen überflüssige Leistungen (Überversorgung) in Ihrem Zuständigkeitsbereich vor? (in Prozent)



DGIM-Umfrage

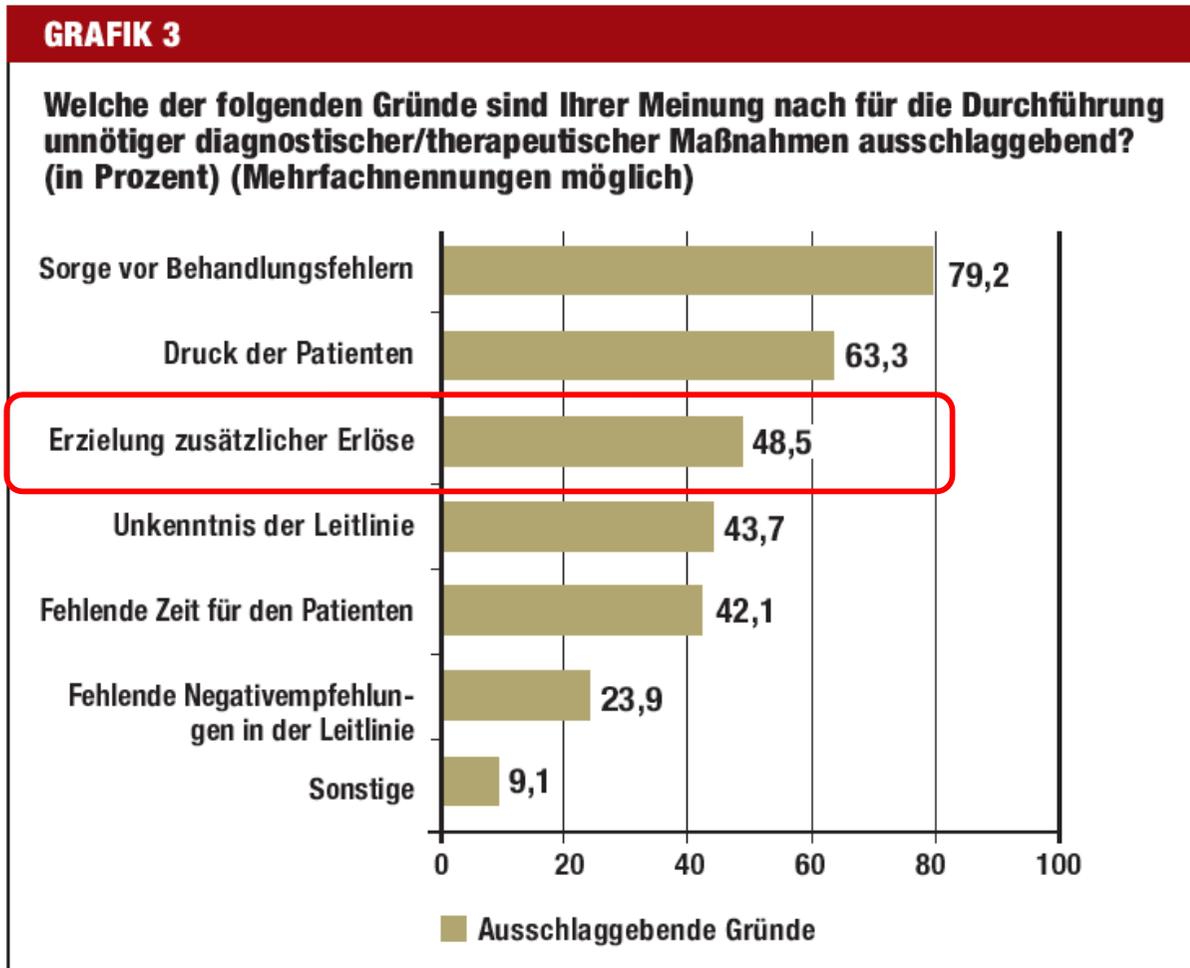
GRAFIK 2

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)



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.

Folgen der „Ökonomisierung“ für Ärzte

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, Börchers 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

Divergierende Sichtweisen...

Frage: Aus <i>wirtschaftlichen</i> Gründen erfolgen <i>medizinisch nicht erforderliche</i> ...	Ärzte	Geschäftsführer
...Krankenhausaufnahmen	Ja: 16 Nein: 1 k.A.: 3	Ja: 3 Nein: 17 k.A.: 1
...gesondert abrechenbare Leistungen (z.B. Herzkatheter, Koloskopien)	Ja: 9 Nein: 4 k.A.: 7	Ja: 3 Nein: 17 k.A.: 1
...mehrfache Aufnahme von Patienten	Ja: 12 Nein: 4 k.A.: 4	Ja: 4 Nein: 15 k.A.: 2
...operative statt konservative Behandlung	Ja: 8 Nein: 4 k.A.: 8	Ja: 4 Nein: 15 k.A.: 2
...Ausbau profitabler medizinischer Abteilungen & Verfahren	Ja: 18 Nein: 0 k.A.: 0	Ja: 5 Nein: 13 k.A.: 2

Wehkamp K-H, Naegler H. Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus. Eine qualitative Studie zu den Wahrnehmungen von Ärzten und Geschäftsführern Deutsches Ärzteblatt 2017;114(47):797-804.

Heinz Naegler
Karl-Heinz Wehkamp

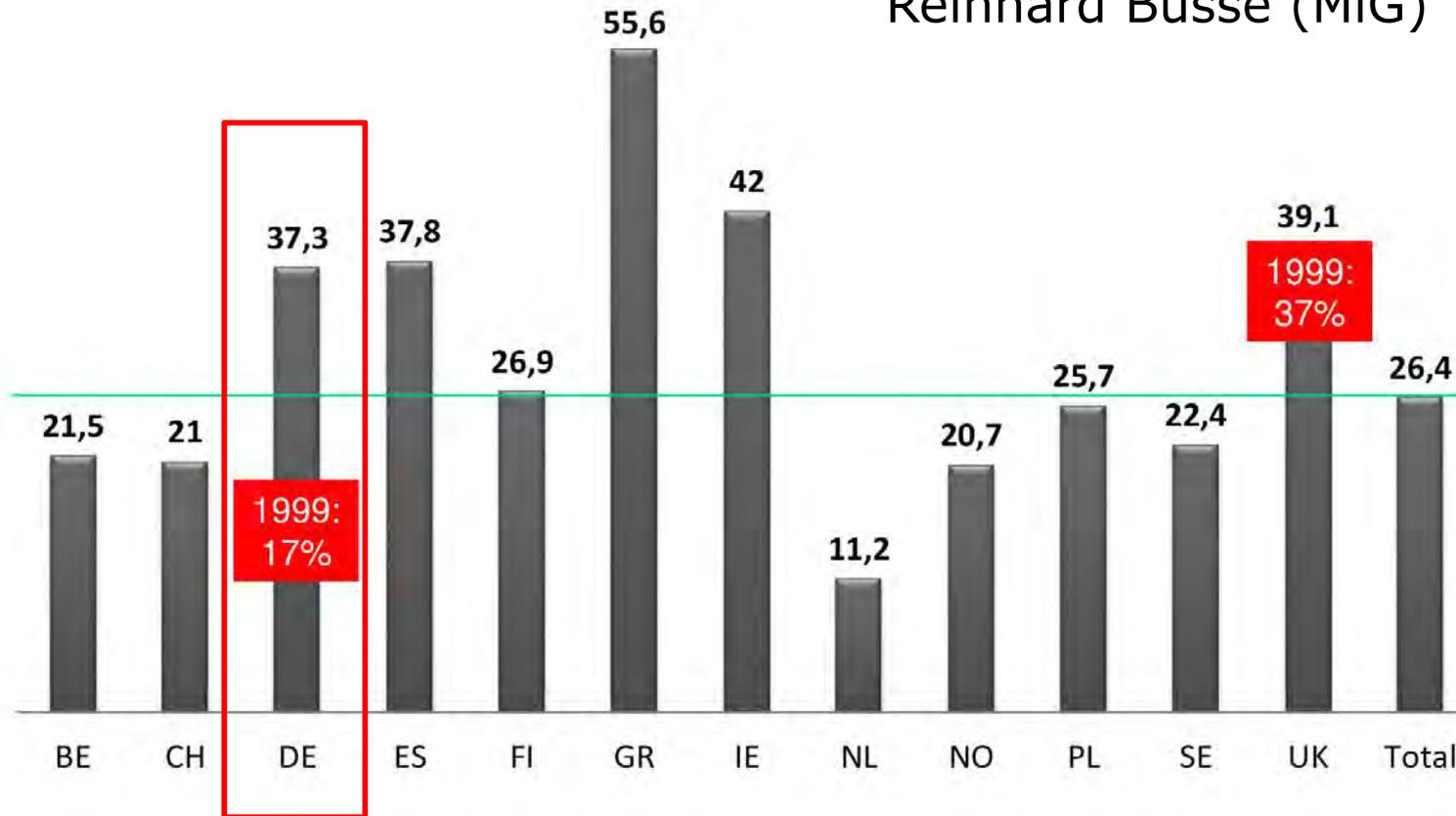
Medizin zwischen
Patientenwohl und
Ökonomisierung

Krankenhausärzte und
Geschäftsführer im Interview
Mit einem Geleitwort
von Georg Marckmann

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

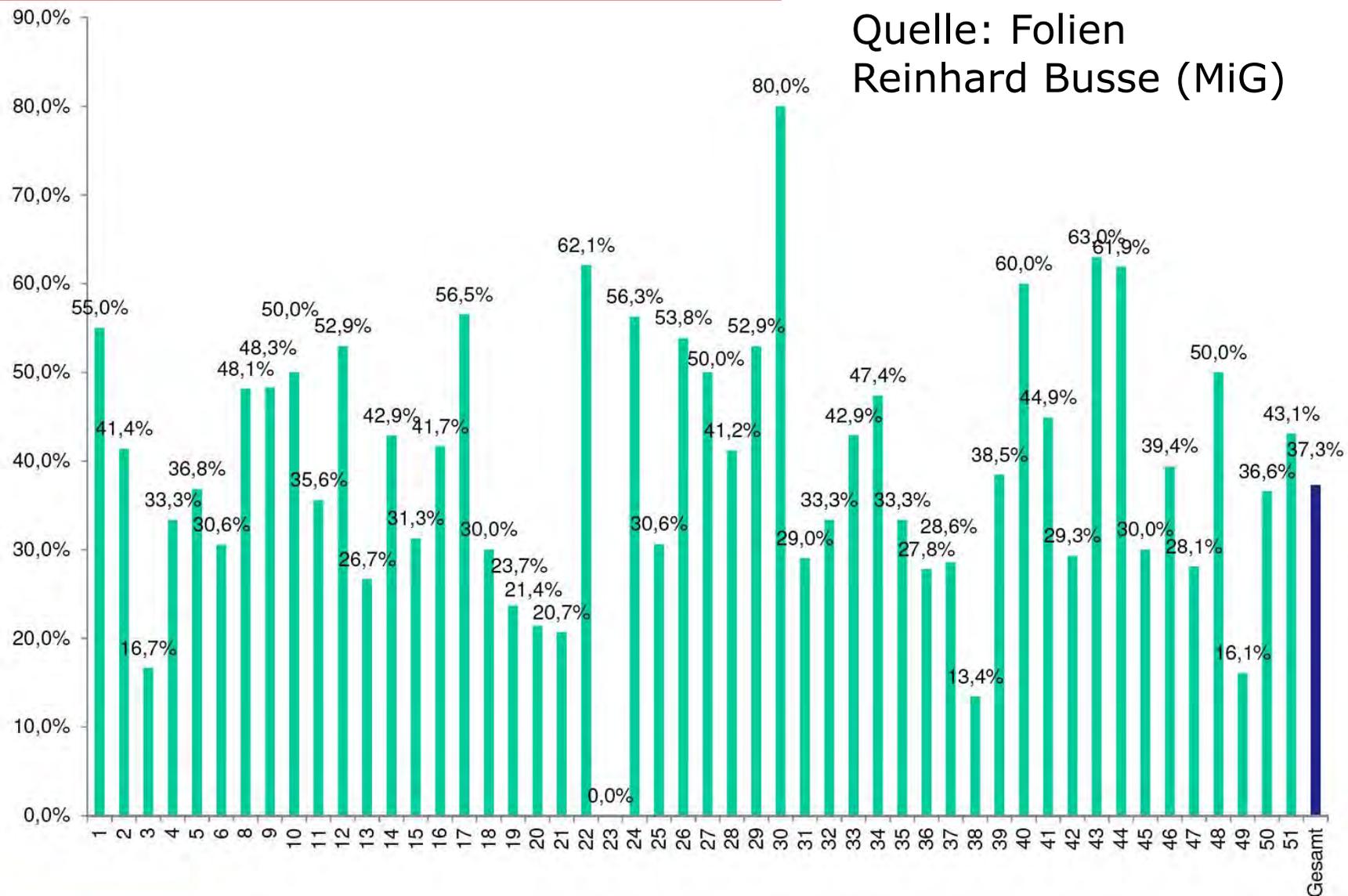
Pflege: Unzufriedenheit mit Arbeitssituation

Quelle: Folien
Reinhard Busse (MiG)

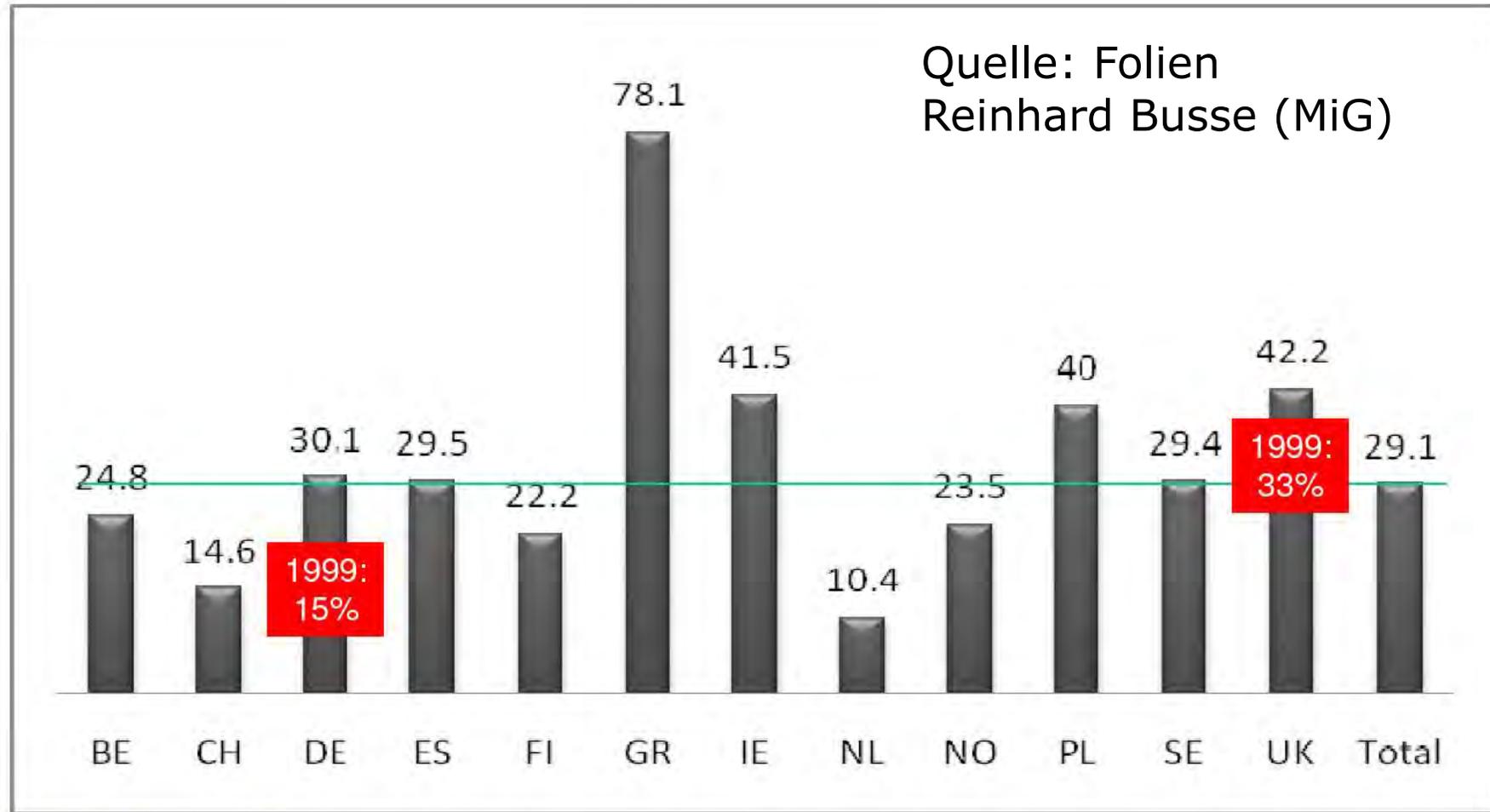


www.RN4CAST.eu

...in deutschen KHs: 0-80%!



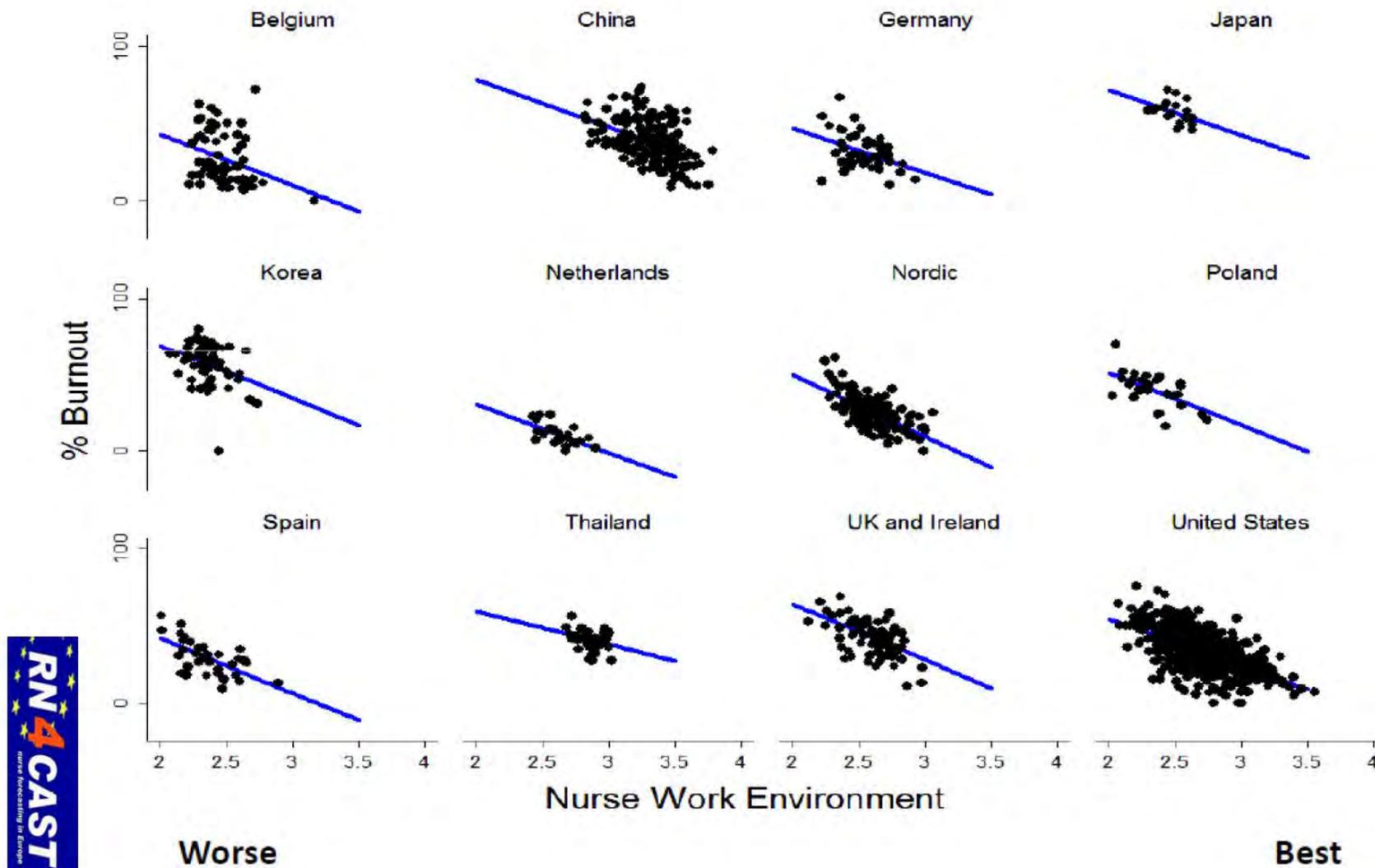
Pflege: Emotionale Erschöpfung (Burnout)



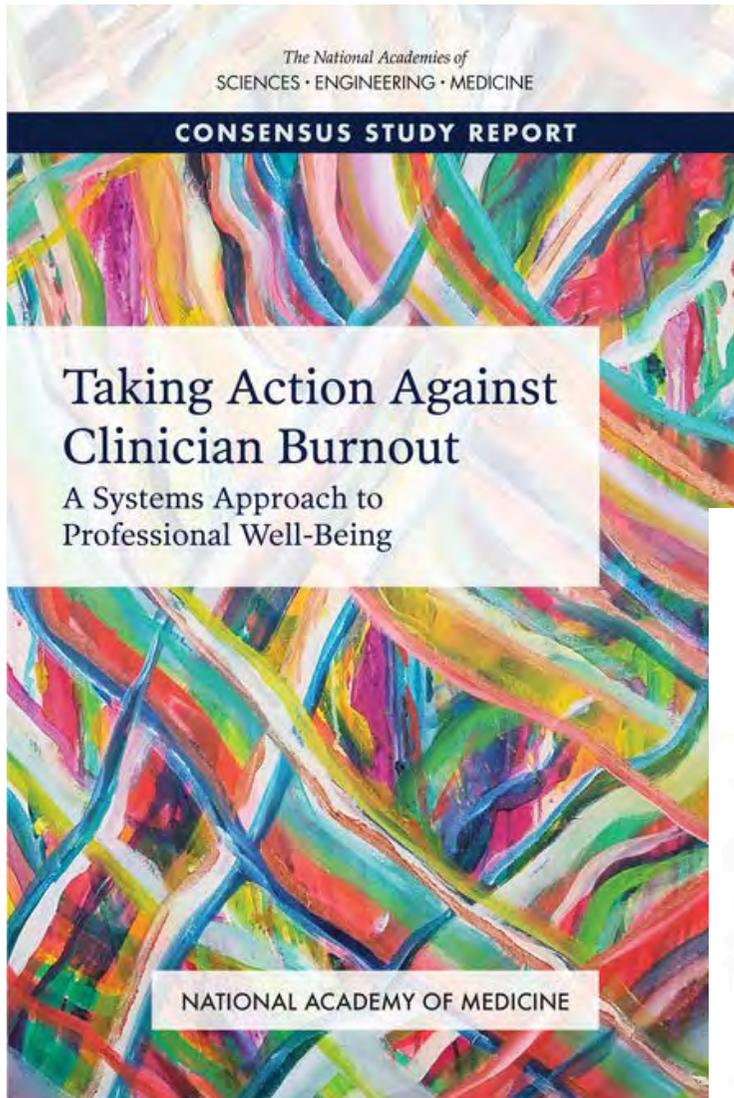
www.RN4CAST.eu

Schlechte Arbeitsumgebung („Kultur“)

⇒ mehr Burnout!



Burnout bei Ärzten



- Anerkennung: *Risiken für Patientenversorgung*
- *Individuelles Stress-Management unzureichend*
- ⇒ „Systems approach“: *systemische Veränderungen in Gesundheitseinrichtungen*
- ⇒ *Positive Gestaltung der Arbeitsumgebung*

Editorial

Lancet 2019, 394:93 (02.11.19)

Physician burnout: the need to rehumanise health systems



Medical training and clinical practice are continuously associated with stress—often welcomed and considered a positive motivating factor. However, the recently recognised triad of emotional exhaustion, depersonalisation, and reduced professional efficacy, defined as burnout, questions the role of stress in clinical practice. Burnout has the propensity to put patient care at risk and has a detrimental effect on medical workforce retention. A health-care system under pressure undoubtedly con-

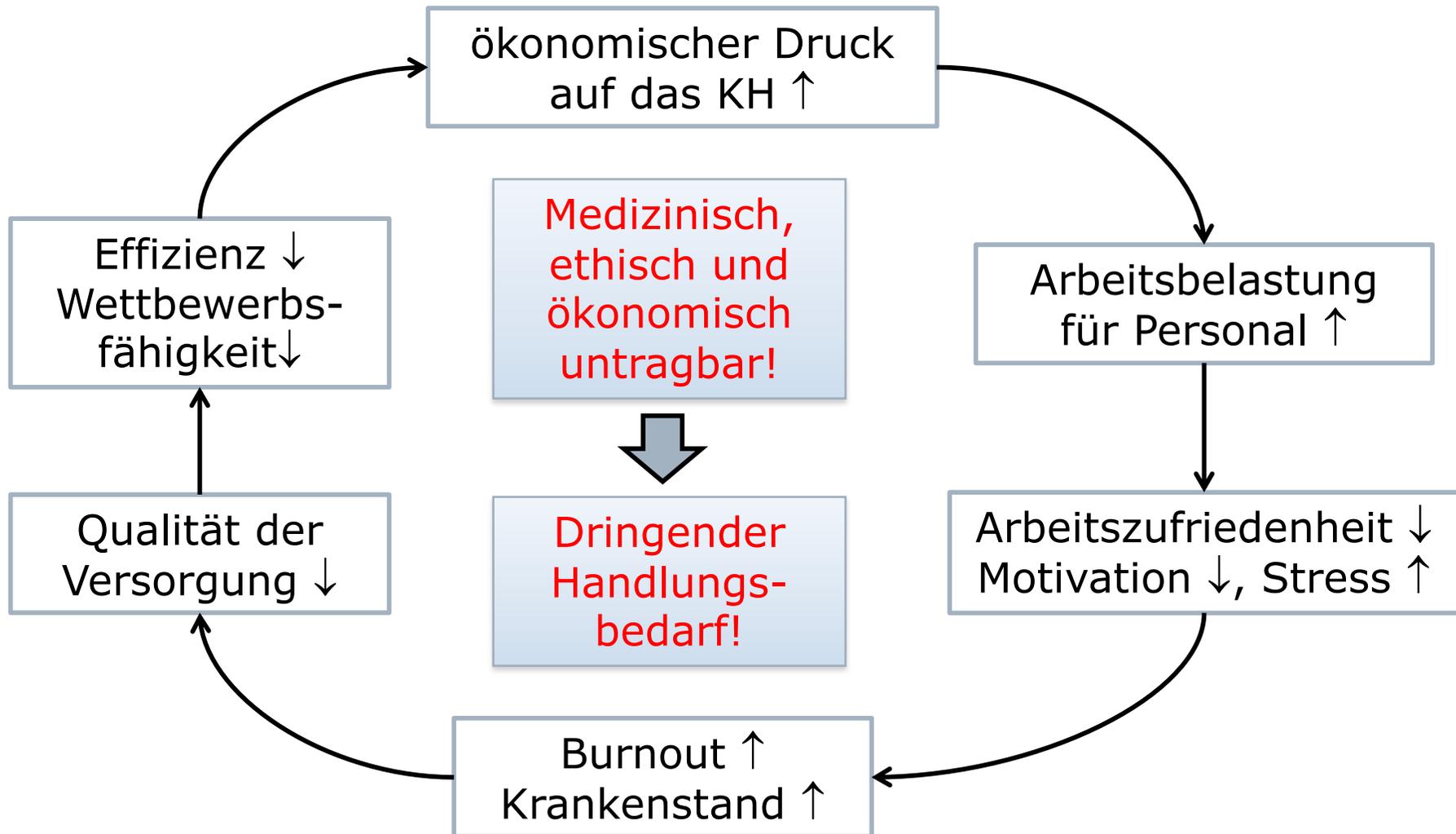
environments by focusing on real-life hospital scenarios and applying situational clinical judgment that could lower the risk of future trainee burnout associated with the stress of clinical uncertainty. Additionally, medical students should be encouraged to access confidentially relevant support programmes. The report calls for a human-centred approach to lower the unnecessary administrative burdens. Technology solutions could be improved by clinician-vendor collaboration in their



Personalreduktion Pflege: Qualität

- Aiken et al. 2002
 - ⇒ Jeder zusätzliche Patient pro Pflegekraft erhöht die Sterbewahrscheinlichkeit (30d) der Patienten um 7%!
- Needleman et al. 2002: Höherer Anteil an höher qualifizierten Pflegekräften („registered nurses“)
 - ⇒ Harnwegsinfektionen ↓
 - ⇒ Obere GI-Blutungen ↓
 - ⇒ Pneumonien ↓
 - ⇒ Verweildauer ↓ (!!)
- Aiken et al. 2011: Effekt hängt von Arbeitsumgebung ab!
 - Senkung der Arbeitsbelastung um einen Patient je Pflegekraft senkt Mortalität
 - um 9% in KH mit bester Arbeitsumgebung
 - um 4% in KH mit mittlerer Arbeitsumgebung
 - gar nicht in KH mit schlechter Arbeitsumgebung

Zwischenfazit: Ein Teufelskreis...

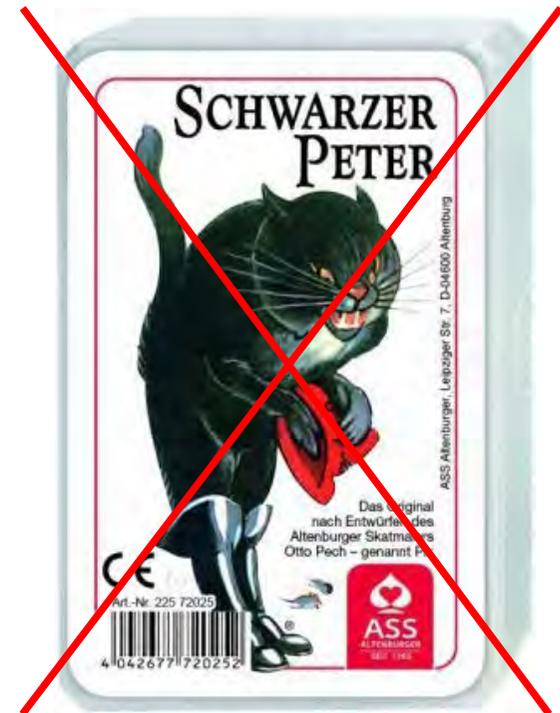


Ursache: zu viel Ökonomie?

- 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)
 - Pflegen Personal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)
 - ⇒ *Bislang keine durchgreifende Entlastung!*
 - 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



Originalarbeit

Thieme

Medizin und Ökonomie: Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung. Ein Strategiepapier der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Medicine and Economy: Measures for a Science Based, Patient-Centred and Resource Conscious Care. The Association of Scientific Medical Societies' (AWMF) Strategy Paper

OPEN ACCESS

Autoren

Monika Nothacker¹, Reinhard Busse², Peter Elsner³, Ulrich R. Fölsch⁴, Manfred Gogol^{5, 6}, Gerhard Jan Jungehülsing⁷, Ina Kopp¹, Georg Marckmann⁸, Jens Maschmann⁹, Hans-Joachim Meyer^{5, 10}, Kurt Miller¹¹, Wilfried Wagner^{5, 12}, Albrecht Wienke^{5, 13}, Klaus-Peter Zimmer¹⁴, Rolf Kreienberg⁵

⇒ (Gesundheits-)Politik in die Verantwortung nehmen!

Handlungsoptionen

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



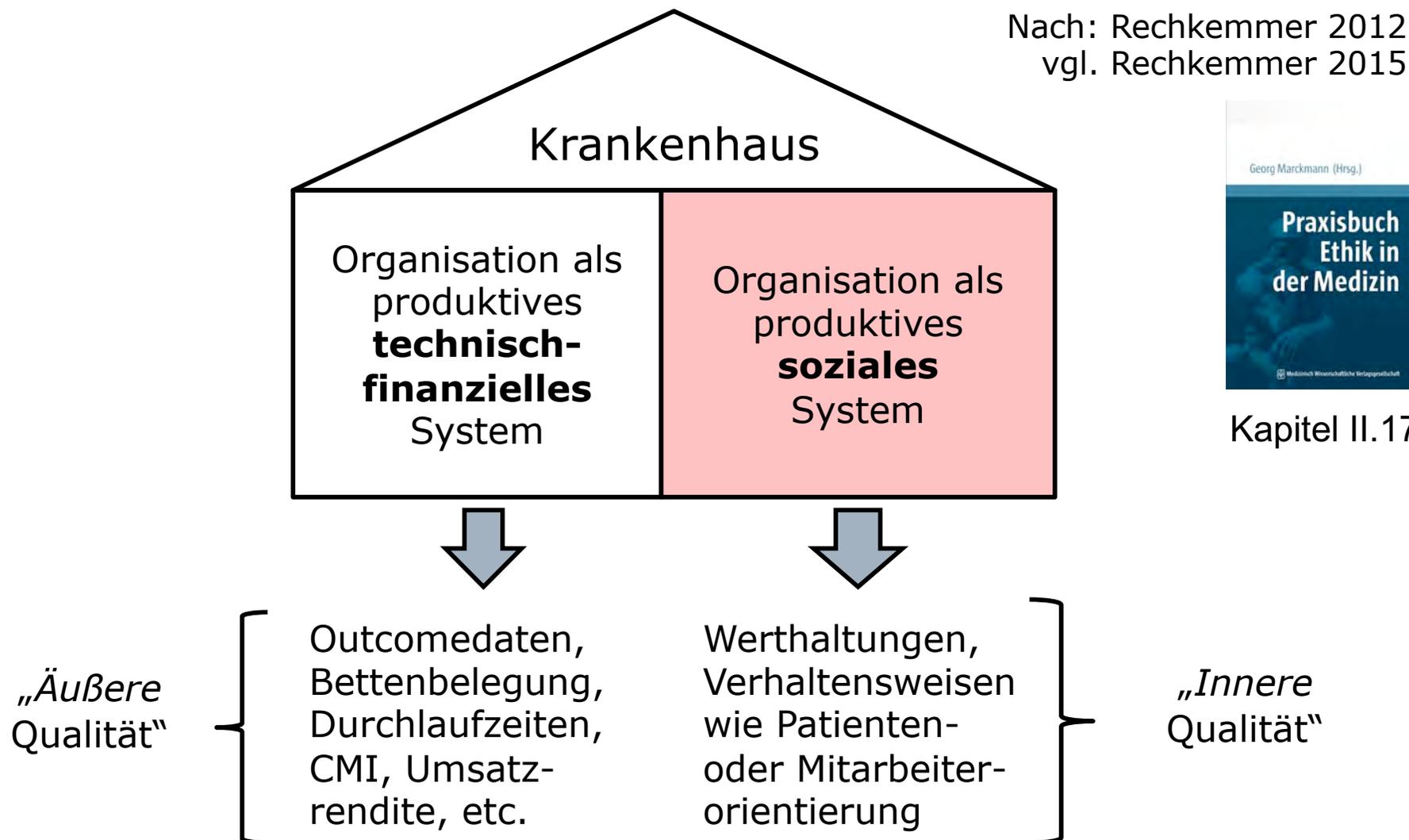
Deutsches Ärzteblatt | Jg. 114 | Heft 44 | 3. November 2017

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*“

Leitbild & Führung Vivantes

Leitbild



Wir stehen für gute Medizin und Pflege in ganz Berlin.

Unsere Stärken sind Vielfalt und Vernetzung.

Wir handeln mit Kompetenz, Freude und Herz.

Wir gehen achtsam mit Menschen und Ressourcen um.

Freundlichkeit, Respekt und Vertrauen sind die Basis unseres Handelns.

Wir gestalten gemeinsam die Zukunft von Vivantes.

Führungsgrundsätze



Wir führen respektvoll, wertschätzend und lebensphasenbewusst.



Wir sind kompetent, loyal und kollegial.



Wir verhalten uns vorbildlich und geben Orientierung.



Wir fordern und fördern unsere Mitarbeiter*innen.



Wir handeln transparent und fair.



Wir gehen offen und konstruktiv mit Fehlern und Konflikten um.



Wir vermitteln Vertrauen und Stabilität.



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
 - Ethisches (=ressourcenbewusstes!) Handeln fördern
 - ⇒ Neuer Eid? Klinik-Codex? Moralische Selbstverpflichtung der Ärzte stärken
 - ⇒ Fachgesellschaften: Choosing wisely/Gemeinsam klug entscheiden

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 m
ge Maß
Machb
und ök
den. Au
diesem
noch: S
tisch g
gen ak
mitgest
- kritis
Die
heitswe
Medizin
hochwenge
versorgung bei begrenzte
ten Ressourcen zu unterstützen. Damit dient die Ökonomie der Medizin

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

⇒ **Wirksamkeit?**

02.11.19

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.

DGIM/AWMF „(Gemeinsam) Klug entscheiden“



Klug entscheiden

Eine Initiative der
Deutschen Gesellschaft für
Innere Medizin e.V. (DGIM)

INITIATIVE „KLUG ENTSCHEIDEN“

Gegen Unter- und Überversorgung

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) verfolgt mit ihrer Initiative „Klug entscheiden“ das Ziel, diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu identifizieren, die häufig nicht fachgerecht erbracht werden.

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 113 | Heft 13 | 1. April 2016

⇒ Top-5-Negativlisten
gegen Überversorgung



An initiative of the ABIM Foundation

Manual

**Entwicklung von Empfehlungen im
Rahmen der Initiative**

Gemeinsam Klug Entscheiden (GKE)

Fazit

- Alle Akteure auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems sind gefordert....
- (1) Gesundheitspolitik: Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung verbessern (bedarfsorientierte Finanzierung), DRGs-System anpassen (Gespräche & Zeit besser abbilden!)
- (2) Krankenhaus-Management: „Ethik als Führungs- und Management-Aufgabe“
 - ⇒ Mehr Ethik könnte sich auch auszahlen! 😊
- (3) Ärzte im Einzelfall ⇒ Verantwortung für „Indikationsqualität“ & Ressourceneinsatz!
- *Reflexionsräume* schaffen ⇒ angemessener Umgang mit den (unvermeidbaren) ethischen Konflikten im Spannungsverhältnis zwischen Medizin und Ökonomie



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

**... und viel Erfolg bei der Gratwanderung
zwischen Medizin und Ökonomie!**

marckmann@lmu.de

Folien: www.dermedizinerethiker.de