

Ökonomisierung der Medizin – Gesundheit ist keine Ware!

Georg Marckmann

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

56. Jahrestagung des Verbands der
Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

Dresden

26. April 2013

Gliederung

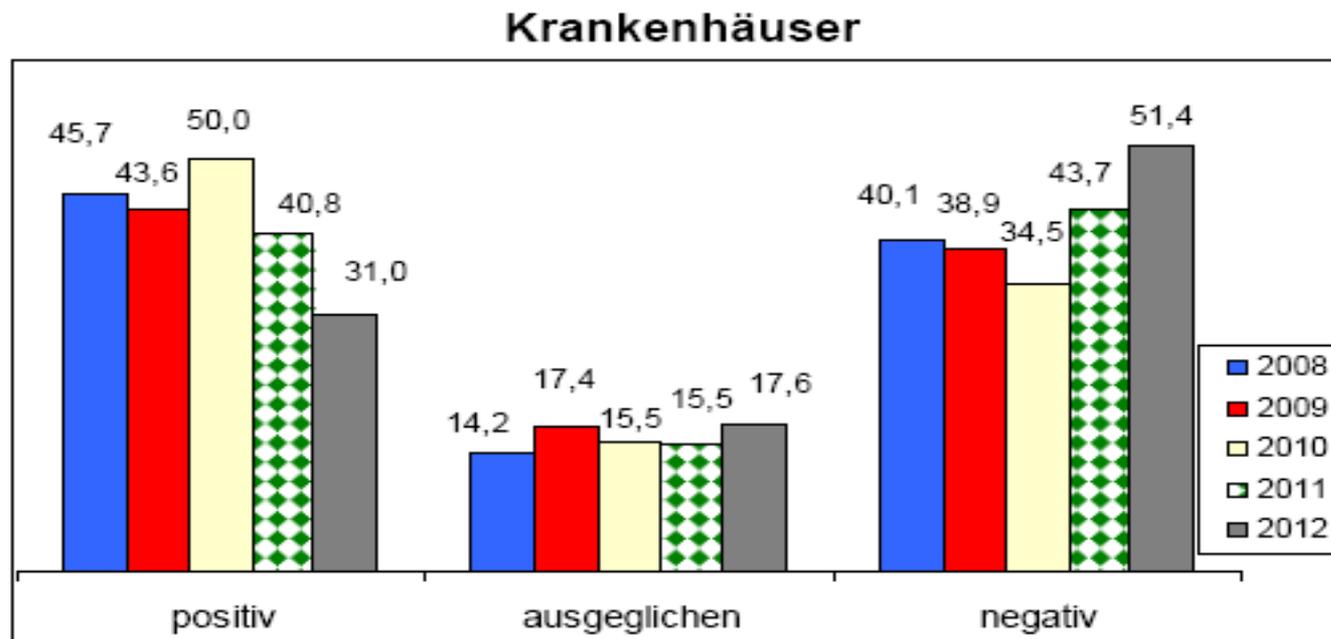
- Problemhintergrund: Aktuelle Rahmenbedingungen der Versorgung im Krankenhaus
- Ist-Analyse: Auswirkungen auf die Versorgung im Krankenhaus
- Soll-Analyse: Lösungsperspektiven

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 ↓

Finanzielle Situation der KHs

Ergebnisse der Gewinn- und Verlustrechnungen
2008 bis 2012 (2012 erwartet) – in Prozent



Umfrageergebnisse des Krankenhausmonitors
der BWKG e.V. Stuttgart 2012

Auswirkungen des Kostendrucks

- (1) Medizinische Leistungen:
unangemessene Leistungseinschränkungen &
Leistungsausweitungen
- (2) Ethische Entscheidungskonflikte v.a. für Ärzte
- (3) Höhere Belastung des KH-Personals

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, 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

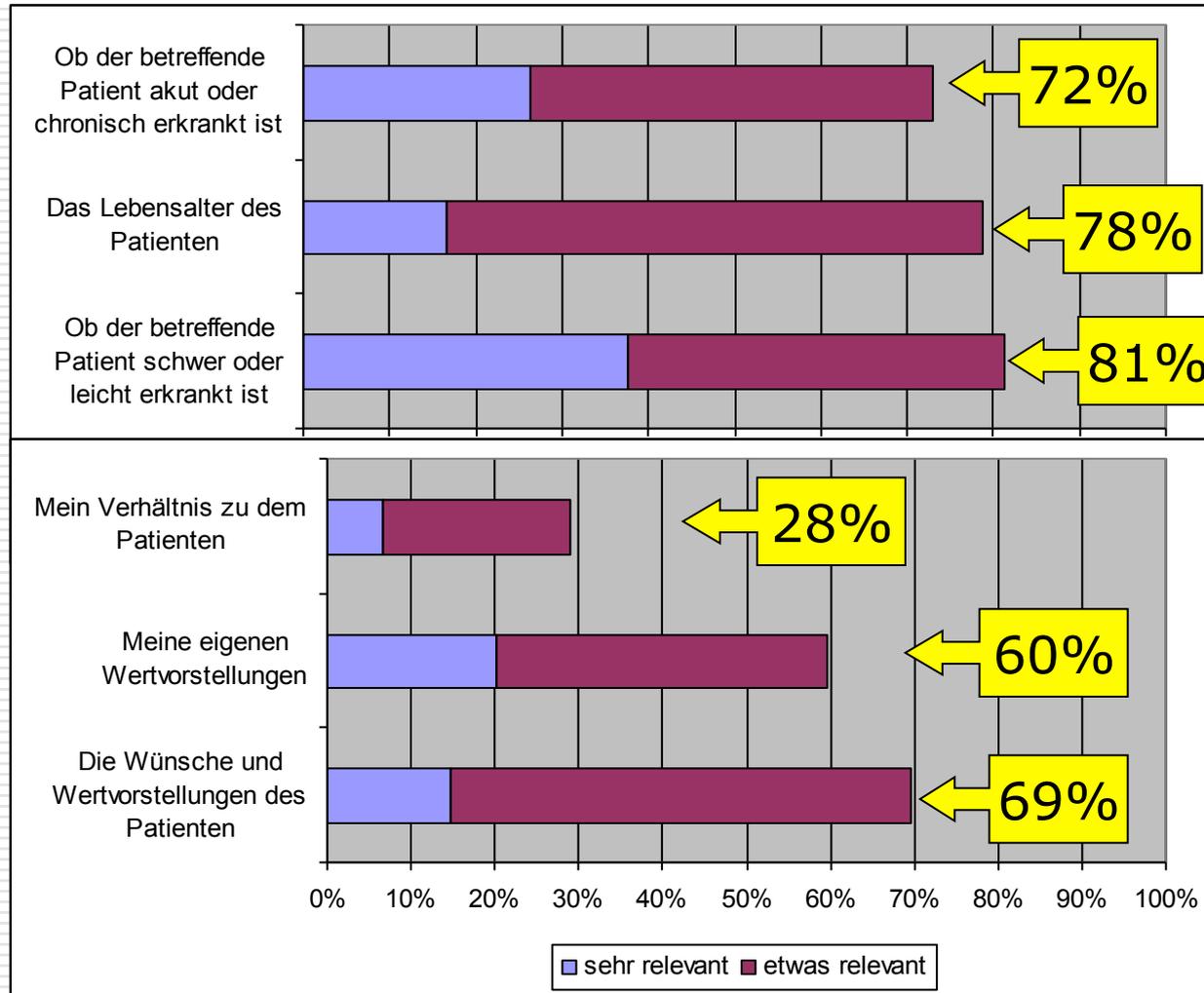
Wer soll entscheiden?

- Wenn in einem Gesundheitssystem nicht alle medizinisch nützlichen Leistungen finanziert werden können, sollten Ärzte jeweils **im Einzelfall** entscheiden, welcher Patient welche Leistungen erhält.
 - 53% (stimme voll zu + stimme eher zu)

- Wenn in einem Gesundheitssystem nicht alle medizinisch nützlichen Leistungen finanziert werden können, sollte „oberhalb“ der individuellen Arzt-Patient-Beziehung **in allgemeinen Regeln** (z.B. in Positivlisten, Leitlinien oder ähnlichem) festgelegt werden, welche Leistungen bei welcher Indikation durch die GKV erstattet werden.
 - 74% (stimme voll zu + stimme eher zu)

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

Kriterien ärztlicher Entscheidung bei Mittelknappheit



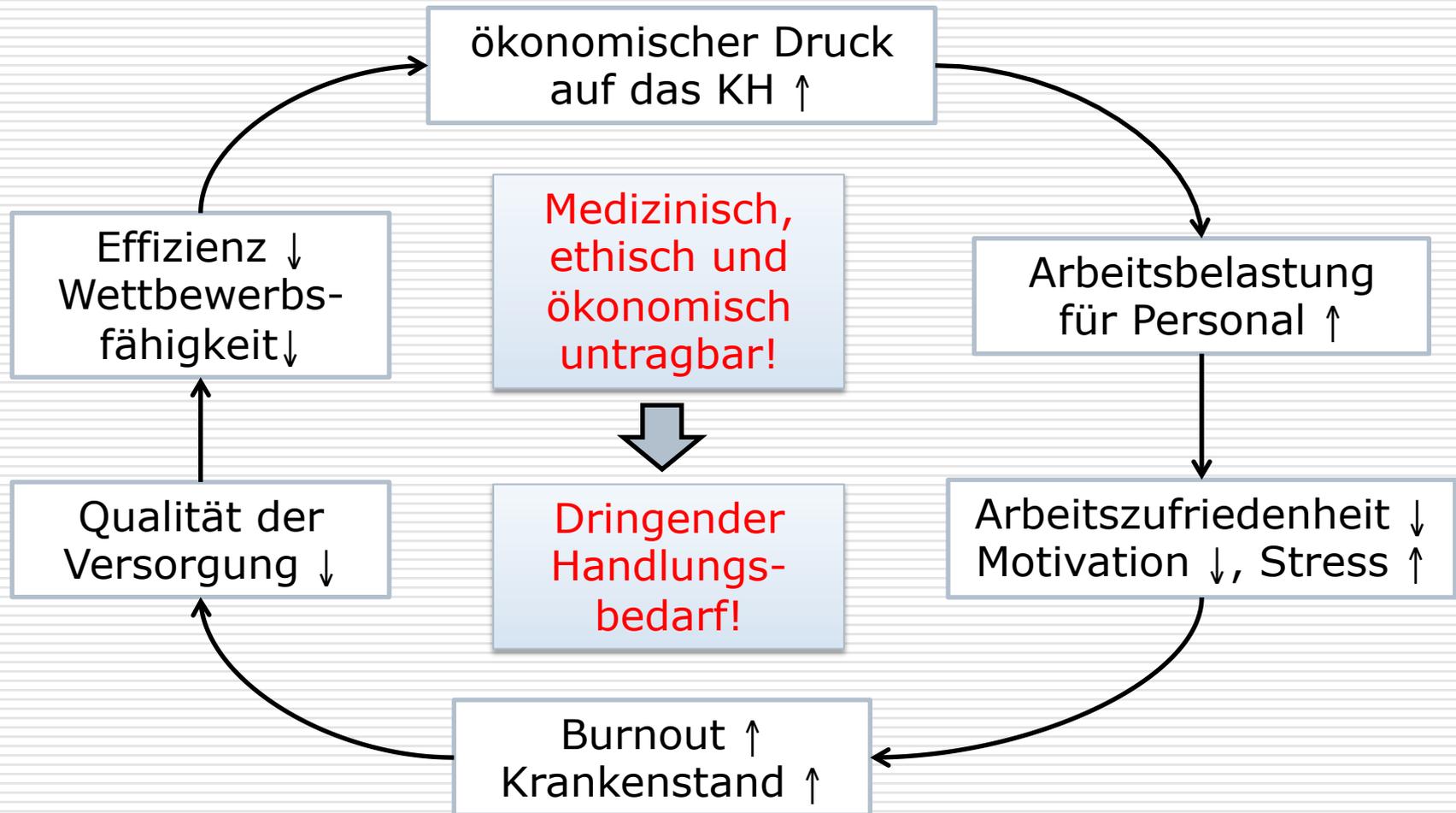
Konsequenzen für Pflegepersonal

- Anstieg der Mehrarbeitsstunden: 745.000h (2003) ⇒ 850.000h (2006) (2006 = ~5.000 Vollzeitstellen)
- Erhöhte Arbeitsbelastung (Pflege-Thermometer 2007)
 - 92%: Arbeitsbelastung von 2005 nach 2006 gestiegen
 - 84,4%: Aufwand für Koordination, Administration und Dokumentation ↑
 - Patientenzahlen ↑ ⇒ Therapie, Diagnostik, Patiententransporte, Anforderungsscheine ↑ ⇒ Verwaltungs- & Transportaufgaben für Pflegenden ↑
 - 69,6%: Betreuungsleistung für Angehörige ↑
 - 91,3%: Aufwand für direkte Patientenversorgung ↑ durch höhere Pflegebedürftigkeit der Patienten
- Belastung der Pflegenden: Burnout ↑, Arbeitszufriedenheit ↓ (z.B. NEXT-Studie, Aiken et al. 2002)
- Schlechtere Bedingungen für Ausbildung & Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen

Auswirkungen auf Versorgungsqualität

- 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 ↓ (!!)
- Übersicht der Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF 2005)
 - ⇒ 5/7 Studien: höhere Mortalität bei niedrigerer Pflegekapazität
 - ⇒ 3 Übersichtsarbeiten belegen Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Patientensicherheit

Zwischenfazit





DIE ZEIT

PREIS DEUTSCHLAND 4,20 € WOCHENZEITUNG FÜR POLITIK WIRTSCHAFT WISSEN UND KULTUR



Paul Brandenburg,
Facharzt
für Allgemein-
und Notfallmedizin

Ursula Stüwe,
Chirurgin

Urban Wiesing,
Arzt und
Medizinerethiker

Michael Scheele,
ehemaliger
Chefarzt in der
Geburtshilfe

»Patienten sind wichtiger als Profit«

Der Eid der Mediziner wird in Deutschlands Krankenhäusern jeden Tag tausendfach gebrochen. Ärzte und Pfleger fordern deshalb eine moderne Standesethik. Ein Manifest **WISSEN SEITE 31–33**

„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

- Die einfache Lösung: Finanzierung der Krankenhäuser verbessern
 - Durchaus begründet...
 - Aber: wie realistisch?
 - Längerfristig: Kostendruck wird durch demographischen Wandel & medizinische Innovationen eher noch zunehmen!
- ⇒ KHS werden mit ungünstigen finanziellen Rahmenbedingungen leben müssen...

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.*“

Lösungsperspektiven (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**
- Karl Homann (Unternehmensethiker):
„Moral kann im Alltag nur dann systematisch praktiziert werden, wenn sie – nicht in jedem Einzelfall, aber per Saldo – dem Akteur Vorteile bringt, und es ist Aufgabe der Ordnungspolitik – und des Managements –, die Handlungsbedingungen so zu gestalten, dass Moral im Wettbewerb nicht systematisch ausgebeutet werden kann beziehungsweise durch systematische Fehlanreize erodiert.“ [Vortrag am 13.10.13 in Stuttgart]

Lösungsperspektiven (2)

Voraussetzungen:

- (1) Klare *Definition* der normativen Vorgaben
 - ⇒ Was macht *innere Qualität* [Rechkemmer 2012] aus?
 - ⇒ „Leitbild“: Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Führung, Strukturen & Prozesse, Umgang mit Ressourcen
- (2) Systematische *Erfassung* und *Steuerung* der Umsetzung der normativen Vorgaben
 - ⇒ „normatives Controlling“/Wertemanagement
 - ⇒ „If you can't measure it, you can't manage it!“
 - ⇒ Sicherung der inneren Qualität des Krankenhauses (= „operationalisierte Ethik“)
 - ⇒ Zentrale *Führungsaufgabe* im Krankenhaus!

Lösungsperspektiven (3)

Zentrale Frage:

Führt bessere innere Qualität zu größerem wirtschaftlichem Erfolg?

⇒ *Zahlt sich Ethik aus??*

Hypothese: Gute innere Qualität ⇒ motivierteres Personal, patientenorientierte Versorgung ⇒ 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, 13.10.13]

Kernfrage bei der Umsetzung (vgl. Homann):

- ⇒ Funktioniert die *Wettbewerbsstrategie*? ⇒ individuelle Selbstbindung?
- ⇒ Oder brauchen wir eine *ordnungspolitische Strategie*? ⇒ kollektive Selbstbindung (=Regulierung)

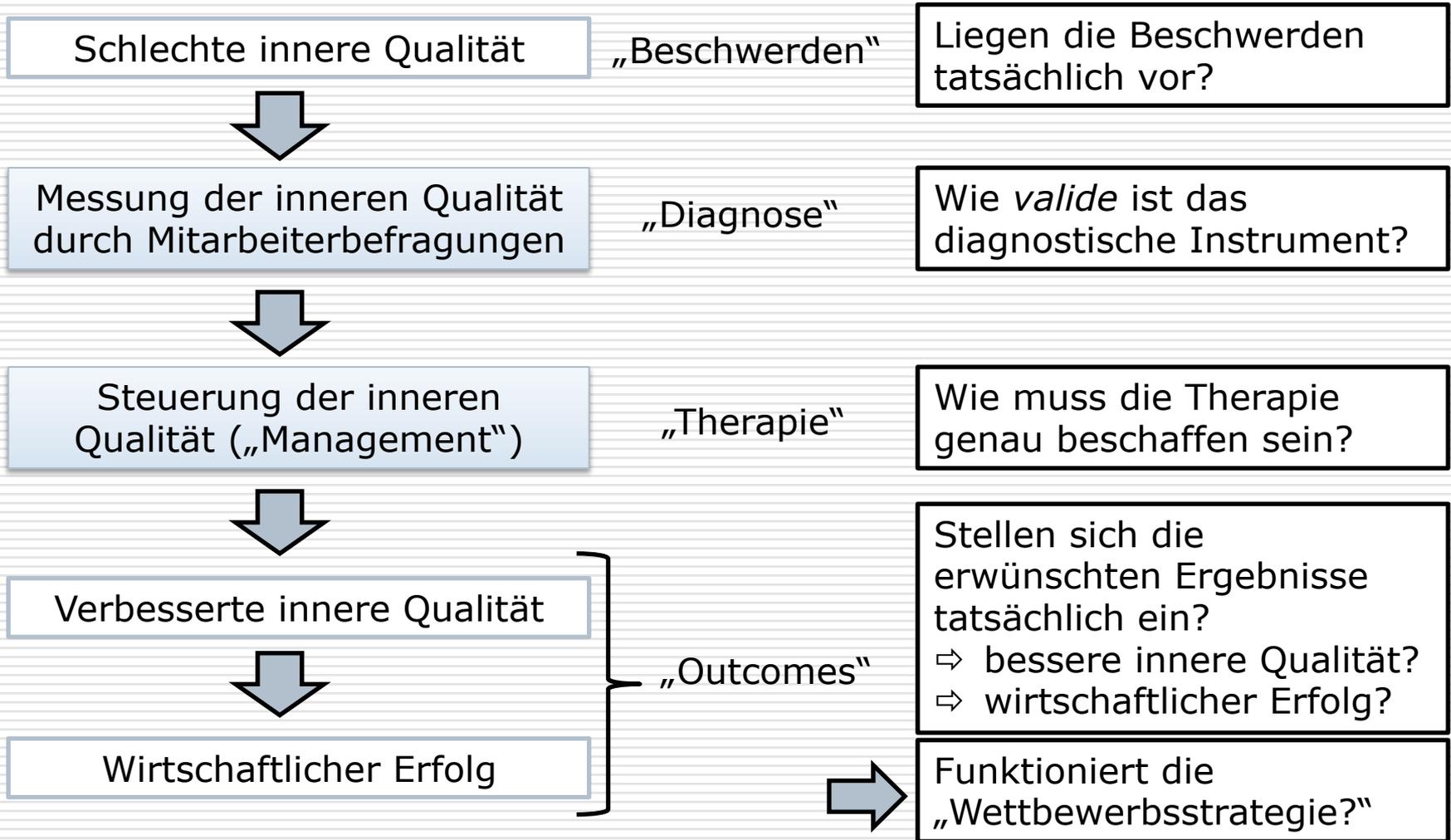
(1) Normative Vorgaben

Ethische Kriterien	Operationalisierung
Wohltun / Nutzen	Gesundheitlichen Nutzen für Patienten optimieren; Berücksichtigung der Evidenz zu Nutzen & Risiken d. Maßnahmen (richtige Indikationsstellung!) ⇒ Qualität!
Nichtschaden	Belastungen & gesundheitliche Risiken durch die Versorgung minimieren
Autonomie	Patienten informieren, ihre Wünsche respektieren; Selbstbestimmung fördern; Gesundheitskompetenz stärken
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>	
Gerechtigkeit	Gleicher Zugang zur Versorgung; Patienten gleich behandeln; gesundheitliche Ungleichheiten ausgleichen; zuteilen nach definierten Verfahren & Kriterien
Auswirkungen auf soziales Umfeld	Angehörige des Patienten respektvoll behandeln & unterstützen
Auswirkungen auf Gesundheitspersonal	Mitarbeiter respektvoll behandeln & führen; physische & psychische Belastungen minimieren; beruflich fördern
Effizienz	Ressourcen für Erreichen eines Behandlungsziels minimieren; Wirtschaftlichkeitsreserven in Strukturen & Prozessen mobilisieren
Faire Entscheidungsprozesse	Transparenz, Konsistenz, relevante Begründung, Evidenzbasierung, Partizipationsmöglichkeiten, Offenheit für Revision

(2) Umsetzung der normativen Vorgaben

- Herausforderung: „weiche“, personenbezogene Anforderungen
 - ⇒ schwieriger zu objektivieren & zu messen
 - ⇒ vom operativen Controlling i.d.R. nicht erfasst
- Aber: personenbezogene Faktoren spielen eine große Rolle, da Prozesse im Krankenhaus nur eingeschränkt regelbar sind, u.a. bei
 - Indikationsstellung, Umgang mit Patienten, Mitarbeitern & Angehörigen
 - Umgang mit begrenzten Ressourcen
- *Personenbezogene* Faktoren lassen sich nur durch *Personen* erfassen!
 - ⇒ (wiederholte, „schlanke“!) **Mitarbeiterbefragungen**
 - ⇒ Wichtig: keine „Wohlfühl-Befragung“ aus Ich-Perspektive, sondern führungsrelevante Informationen zur Umsetzung der normativen Vorgaben ermitteln, Wir-Gefühl stärken
 - ⇒ vgl. z.B. CGIFOS Mikrocontrolling (Stuttgart)
- *Steuerung*
 - Zielvorgaben
 - Maßnahmen (Transparenz, Klimazirkel, Fortbild., Anreizsysteme...)
 - Wirkungskontrolle durch erneute Mitarbeiterbefragung

Innere Qualität & Wirtschaftlichkeit



Zum Schluss

- Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
- Kontakt: marckmann@lmu.de
- Folien: 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]
 - Rechkemmer K. Exzellenzinitiative Innere Qualität. Das Krankenhaus 2012(9):879-884.
- 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