

Bleibt die Ethik auf der Strecke? Patientenversorgung im Krankenhaus unter finanziellem Druck

Georg Marckmann

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

Vortrag für die
SLK Kliniken Heilbronn GmbH

Heilbronn, 08. November 2018

Ethik im Krankenhaus

Ethische Entscheidungen
im Einzelfall



Ethikberatung / Ethische
Fallbesprechungen



Ethische Kultur im
Krankenhaus



Organisationskultur /
Organisationsethik



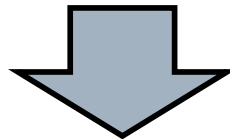
- I.d.R. mehrere Kulturen (Ärzte, Pflegende, Verwaltung)
- Organisationsethik: *Reflexion der Kulturen*
- Art & Weise, wie Organisationen über sich selbst (Zweck, Ziel, gute Arbeit...) nachdenken und welche Konsequenzen sie daraus ziehen
- ⇒ *Intelligente* Organisation
- Wichtig: es geht nicht um Organisation/-sabläufe, sondern um Reflexion zentraler *Ziele & Werte* der Organisation
- ⇒ *Kollektives Gewissen* der Organisation entwickeln

Gliederung

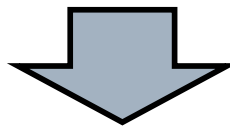
- Problemhintergrund: Aktuelle Rahmenbedingungen der Versorgung im Krankenhaus
- Ist-Analyse: Auswirkungen auf die Versorgung im Krankenhaus
- Soll-Analyse: Lösungsperspektiven

Ausgangssituation in den KHs

Umstellung auf Vergütung mittels Fallpauschalen (DRGs)
mit regulierten Preisen



Zunehmender Kostendruck in den KHs



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

Einschränkung der Patientenversorgung

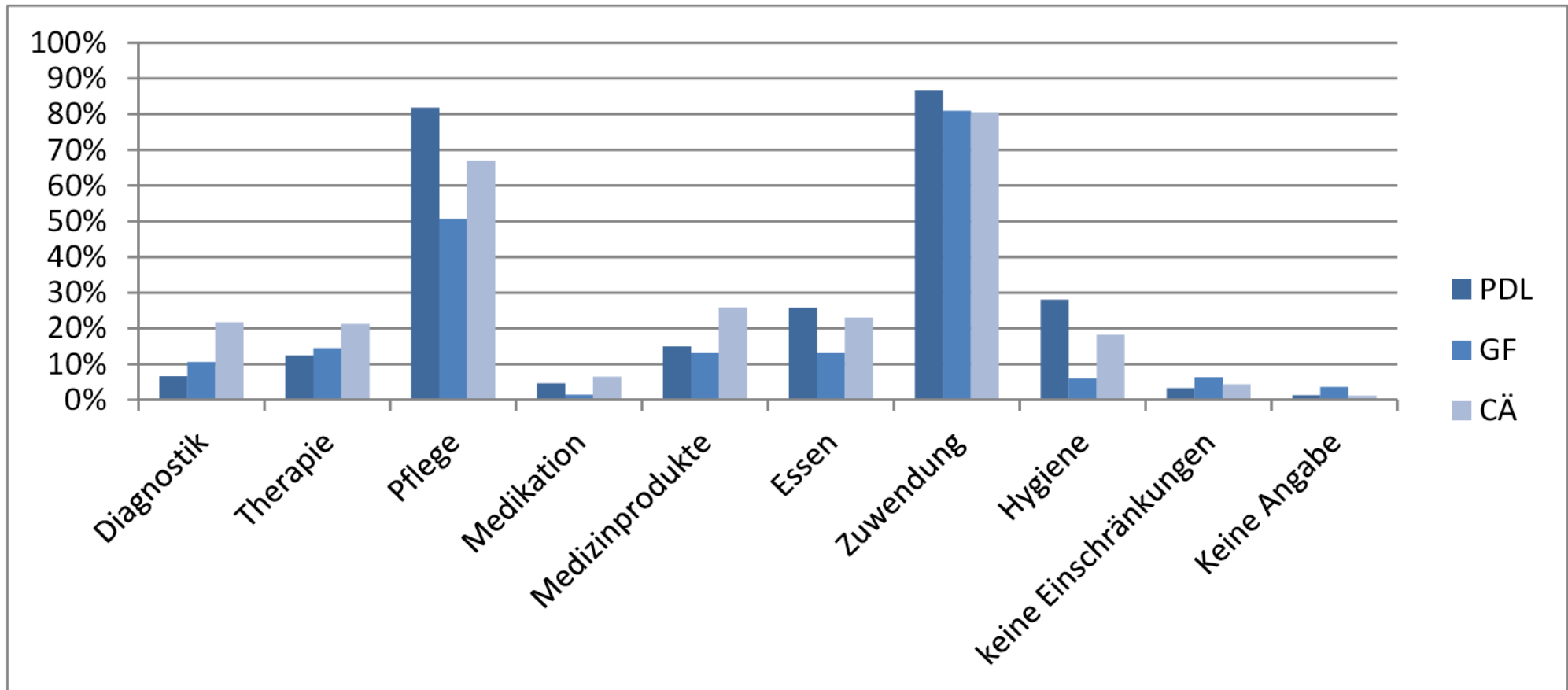


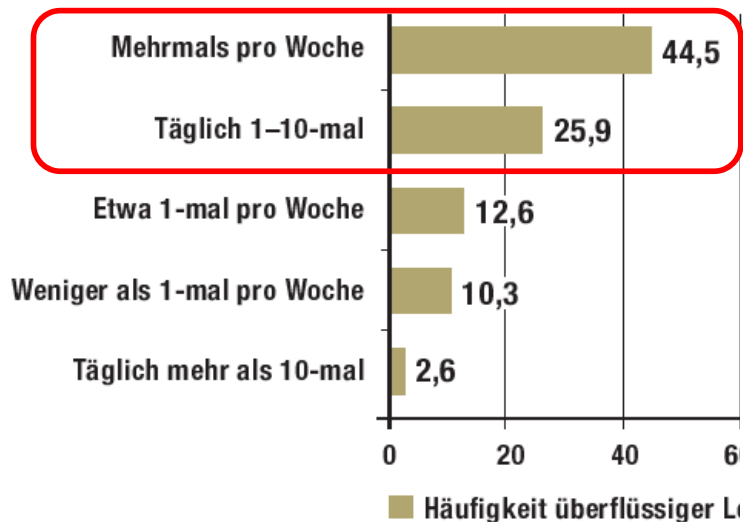
Abbildung 3 – Einschränkungen der Patientenversorgung

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

Problem Überversorgung (1)

GRAFIK 1

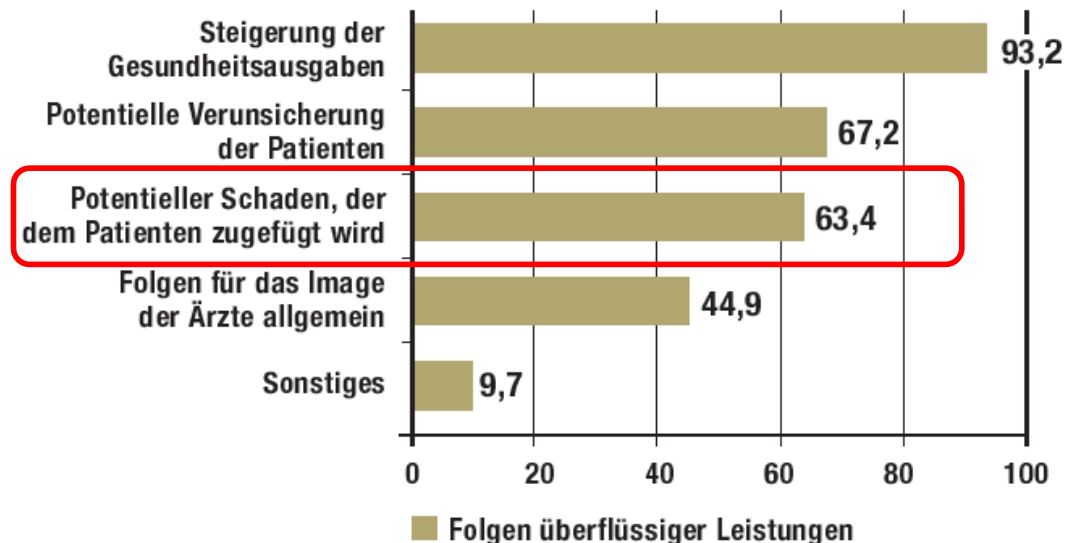
Wie häufig kommen überflüssige Leistungen (Überversorgung) in Ihrem Zuständigkeitsbereich vor? (in Prozent)



DGIM-Umfrage

GRAFIK 2

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

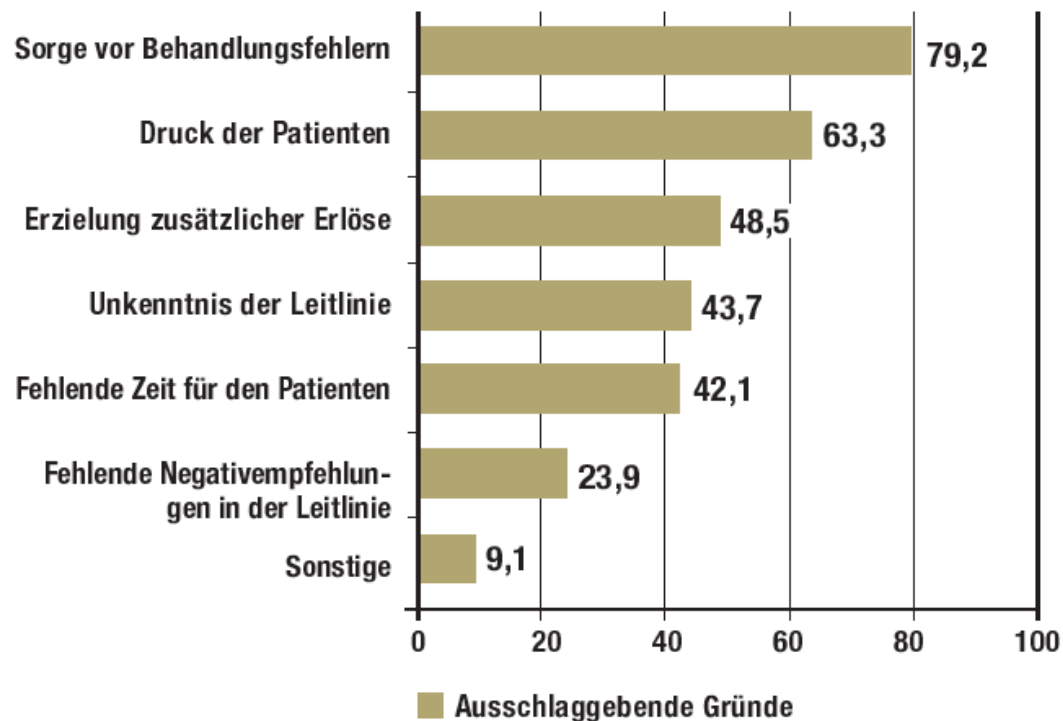


Fölsch UR, Faulbaum F, Hasenfuß G. Mitgliederbefragung zu "Klug entscheiden": Wie Internisten das Problem von Über- und Unterversorgung werten. Deutsches Ärzteblatt 2016;113(13):A604-A606.

Problem Überversorgung (2)

GRAFIK 3

Welche der folgenden Gründe sind Ihrer Meinung nach für die Durchführung unnötiger diagnostischer/therapeutischer Maßnahmen ausschlaggebend? (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.

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

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

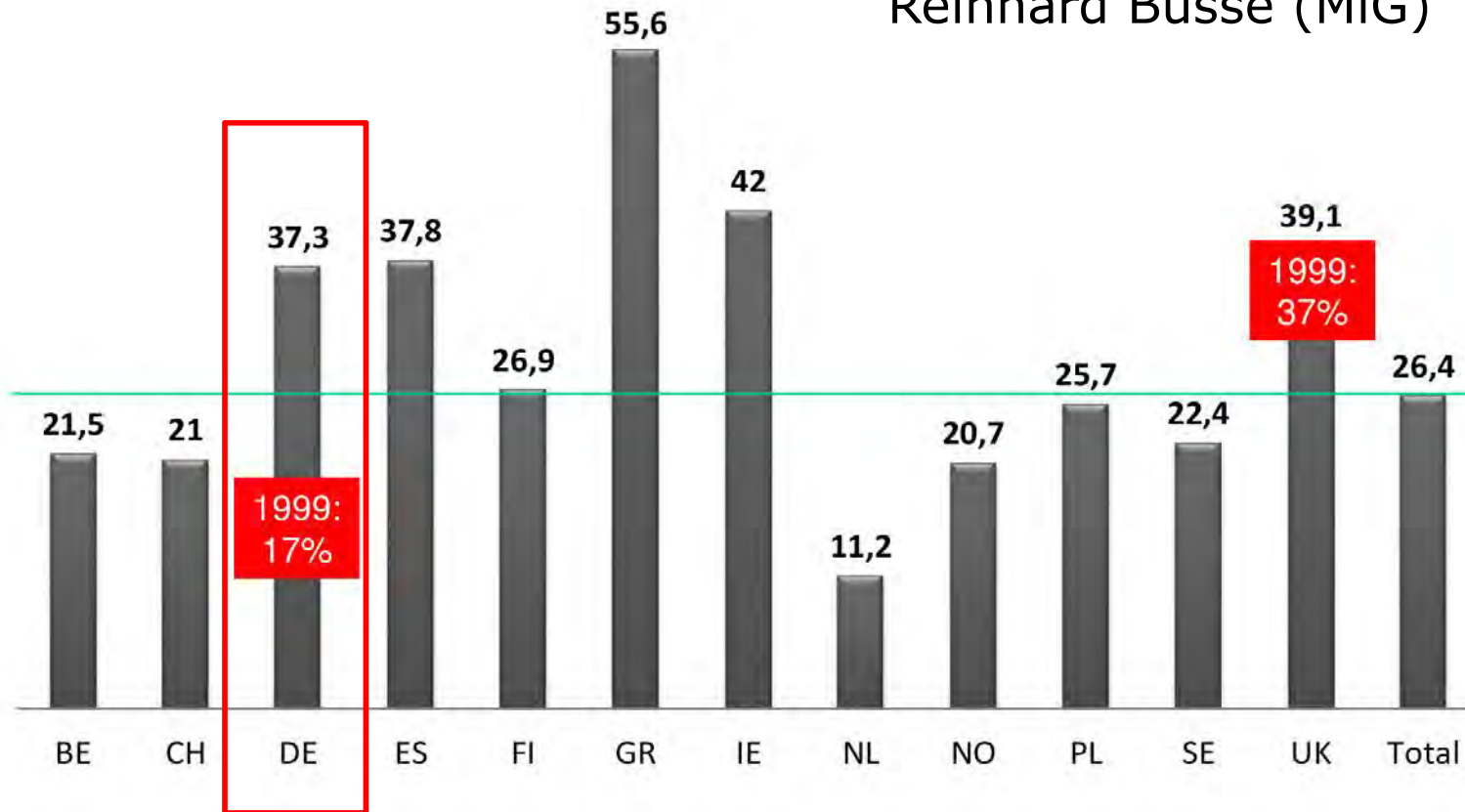
Krankenhausärzte und
Geschäftsführer im Interview

Mit einem Geleitwort
von Georg Marckmann

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

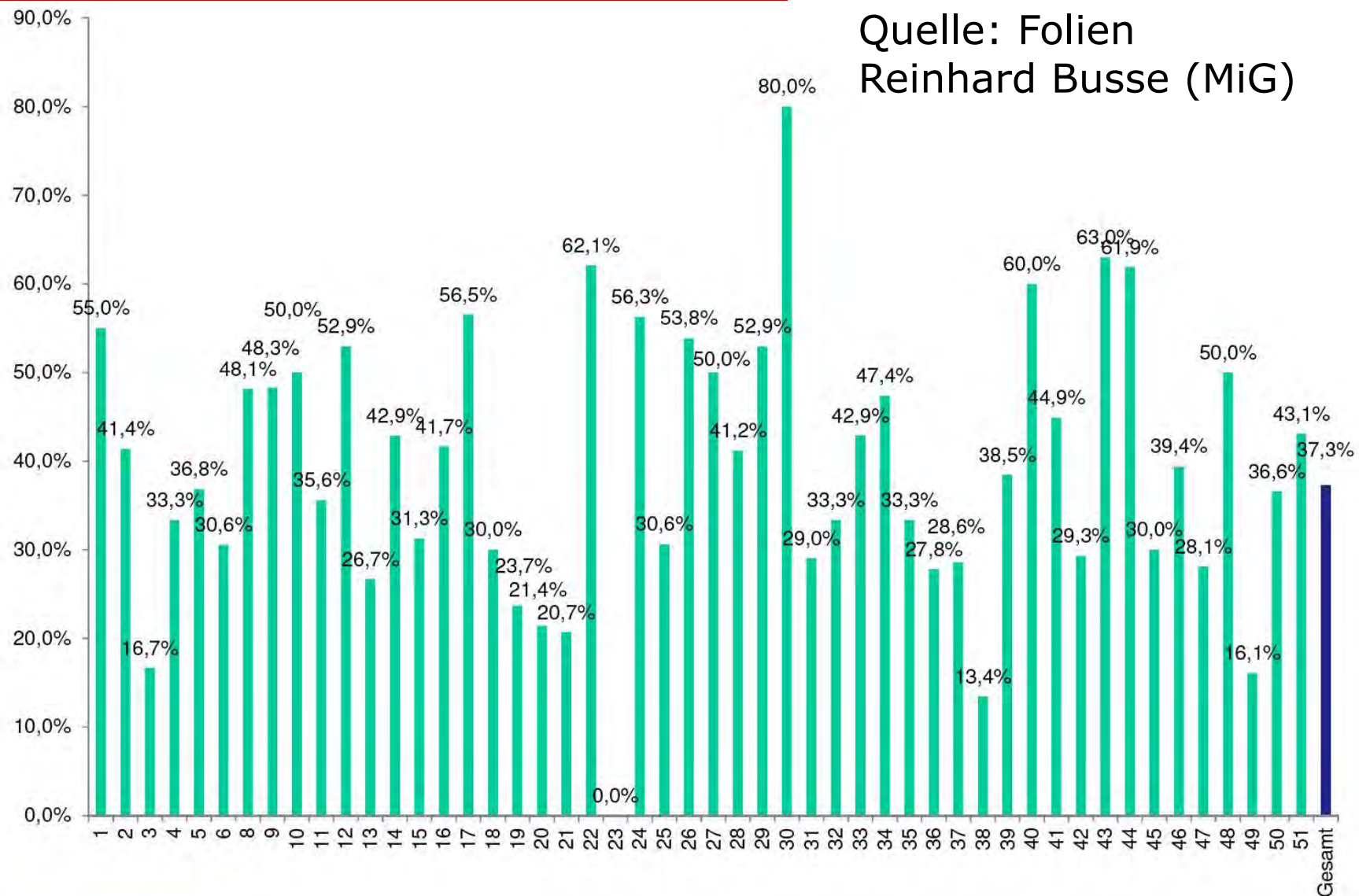
Pflege: Unzufriedenheit mit Arbeitssituation

Quelle: Folien
Reinhard Busse (MiG)

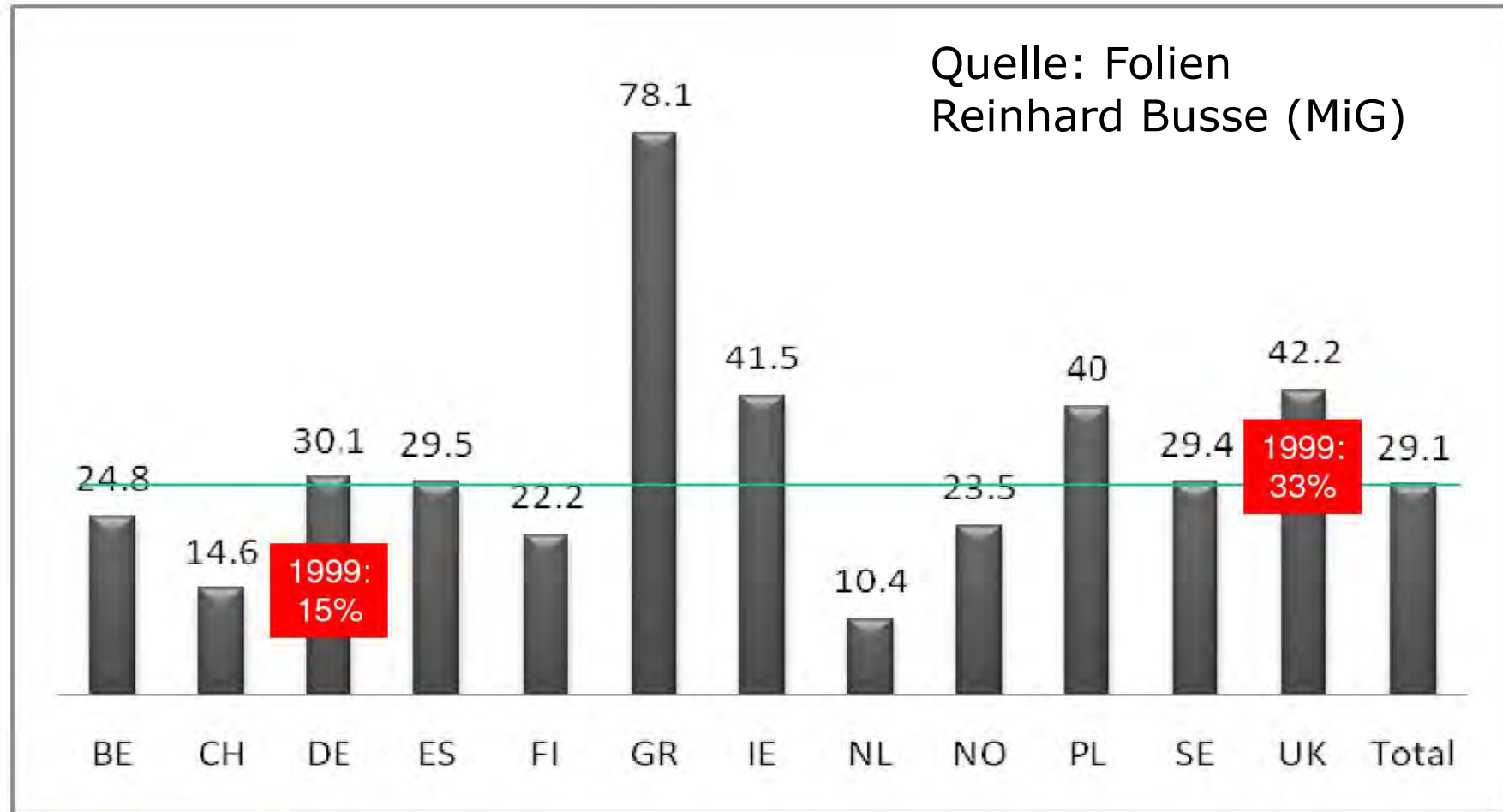


www.RN4CAST.eu

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



Pflege: Emotionale Erschöpfung (Burnout)

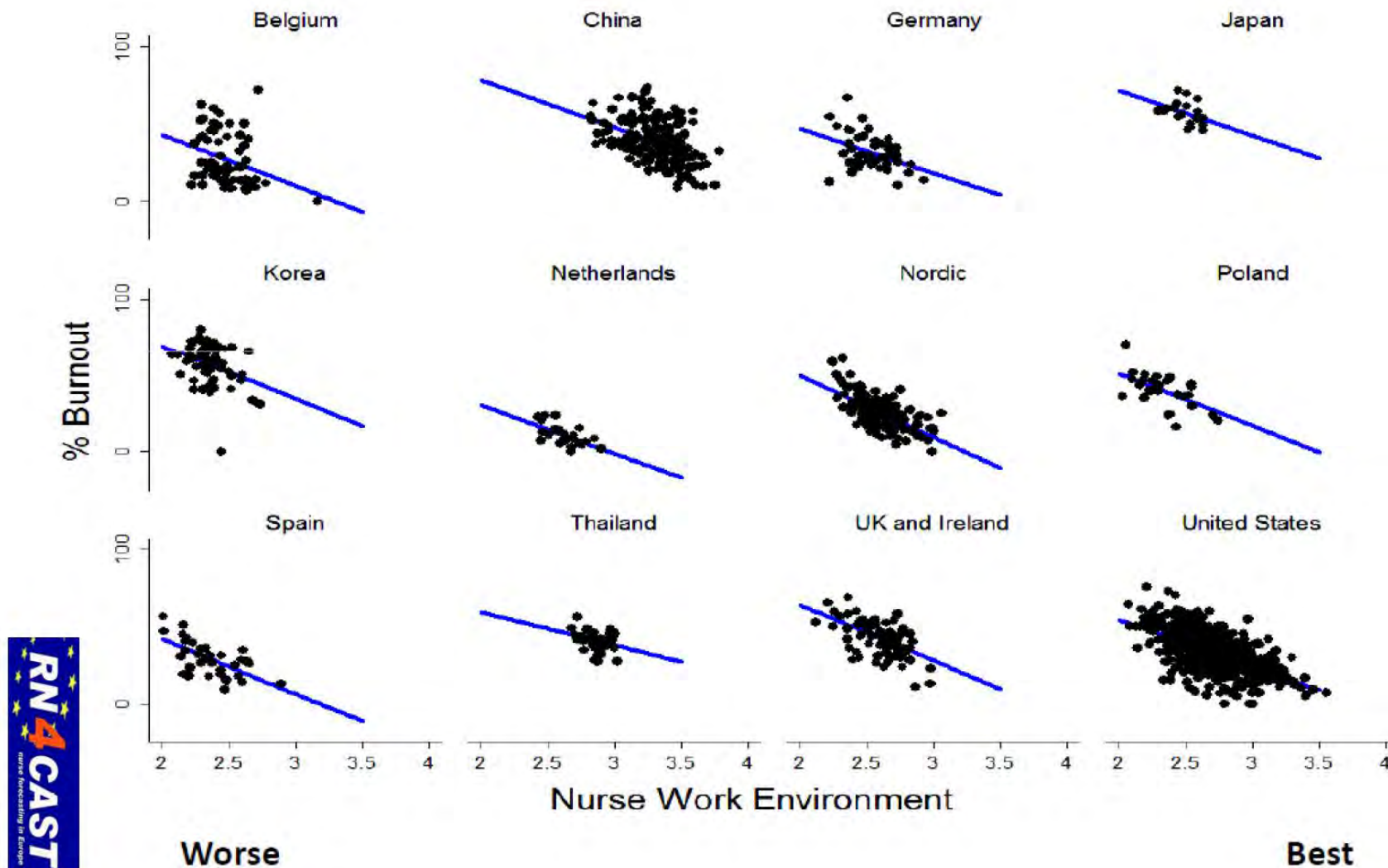


www.RN4CAST.eu

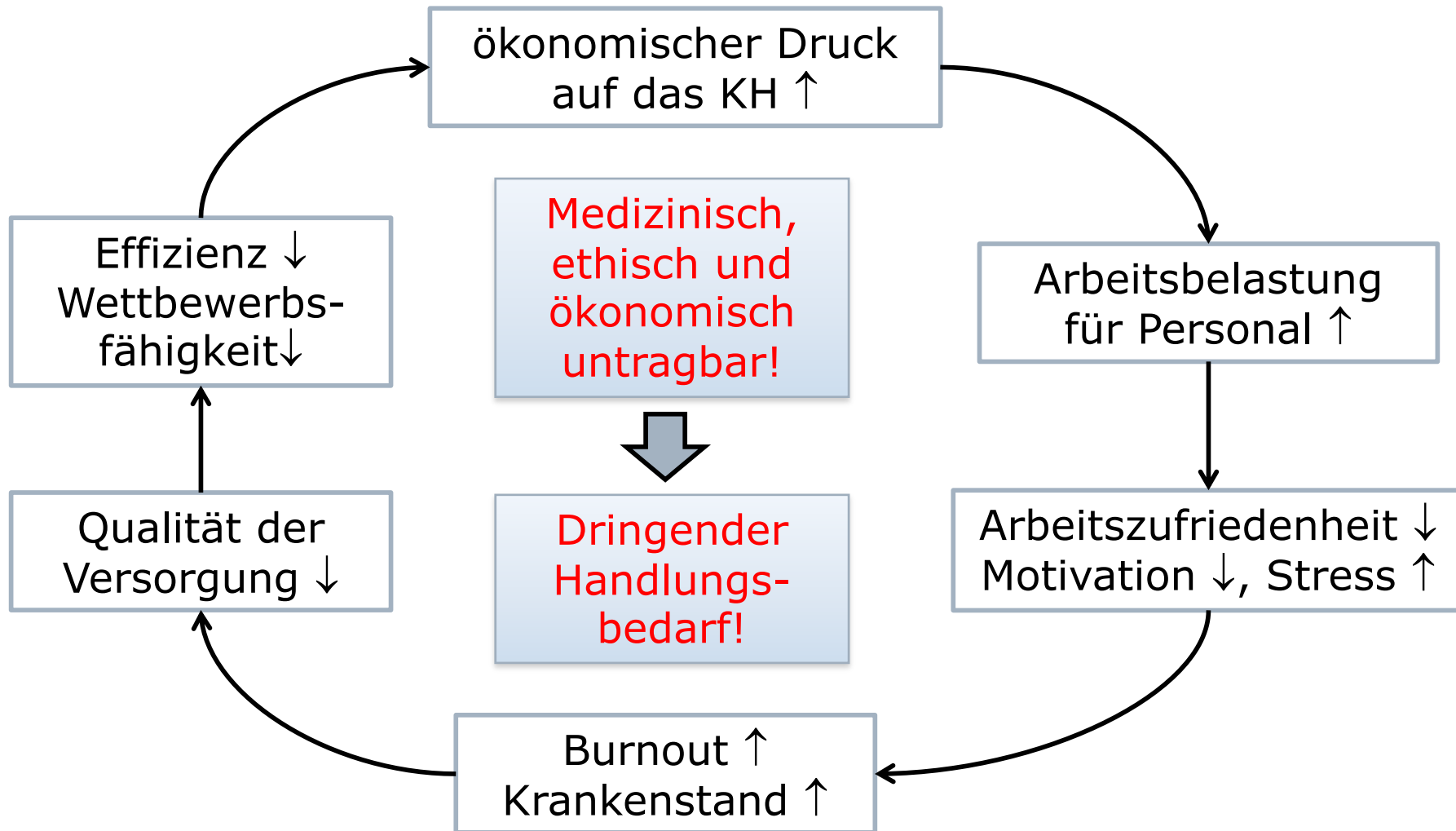
Personalreduktion Pflege: Qualität

- 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

Schlechte Arbeitsumgebung („Kultur“) ⇒ mehr Burnout!



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)
 - 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



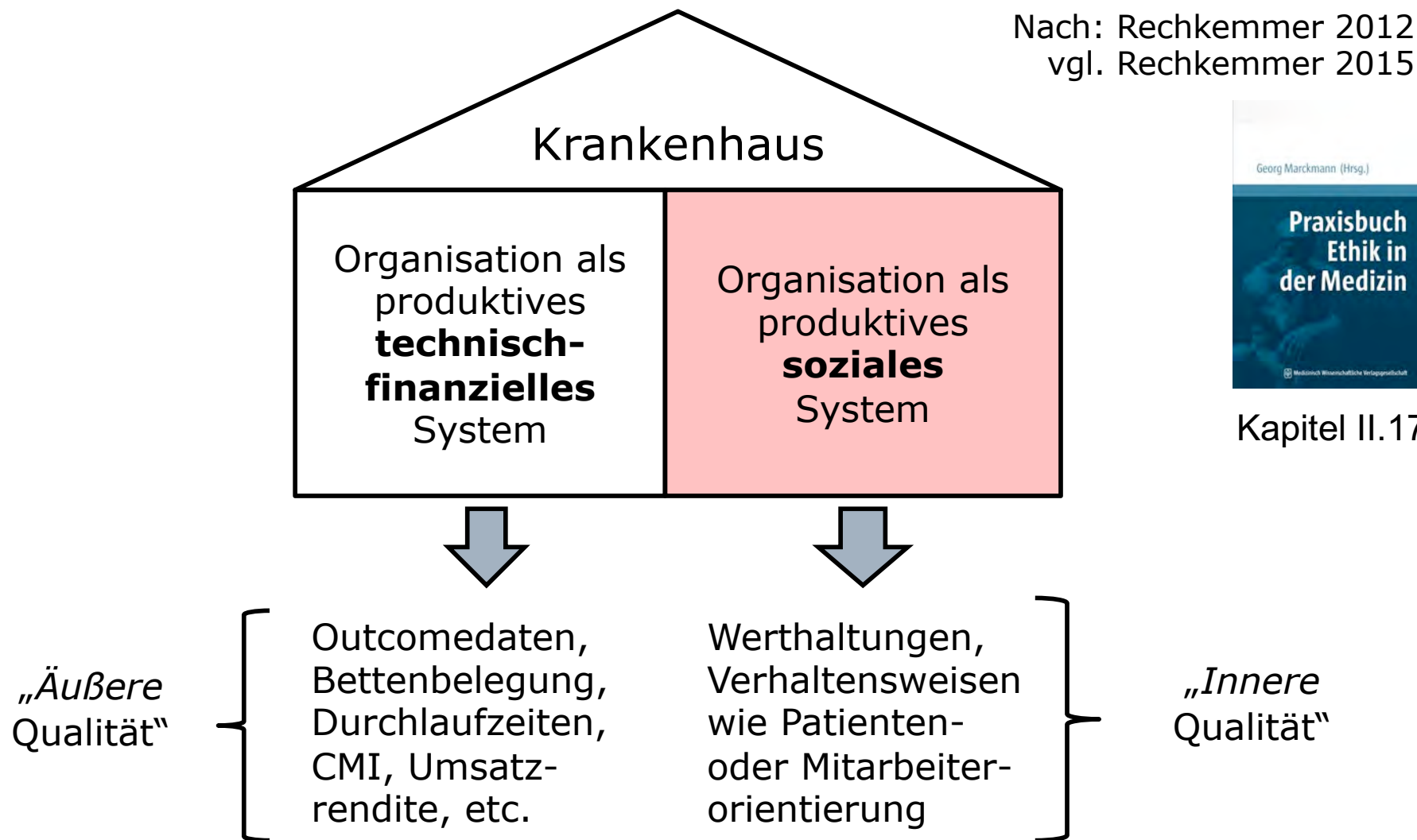
Deutsches Ärzteblatt | Jg. 114 | Heft 44 | 3. November 2017

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“

Fragebogen zur Ermittlung der Umsetzung Ethischer Vorgaben in der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie

1. Befragte MA-Gruppe:

1.1 Bitte kreuzen Sie an, zu welcher Mitarbeitergruppe Sie gehören. Ärztlicher MA Nichtärztlicher MA

2. Fragen zu Ihrer Sichtweise:

		1	2	3	4	5	6	7	
2.1	Haben Sie den Eindruck, dass die Therapieentscheidungen zum gesundheitlichen Nutzen der Patienten sind (richtige Indikationsstellung!)	Ja, trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, trifft nicht zu
2.2	Werden Belastungen und gesundheitliche Risiken für die Patienten durch die Versorgung minimiert?	Ja, trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, trifft nicht zu
2.3	Werden Patienten ausreichend informiert und ihre Wünsche respektiert?	Ja, trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, trifft nicht zu
2.4	Haben Ihrer Meinung nach alle Patienten den gleichen Zugang zur Versorgung?	Ja, trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, trifft nicht zu
2.5	Werden alle Patienten gleich behandelt?	Ja, trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, trifft nicht zu
2.6	Werden gesundheitliche Ungleichheiten ausgeglichen?	Ja, trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, trifft nicht zu
2.7	Wird der Ressourcen-Verbrauch für das Erreichen eines Behandlungsziels niedrig gehalten?	Ja, trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, trifft nicht zu
2.8	Könnten noch weitere Wirtschaftlichkeitsreserven in Strukturen und Prozessen mobilisiert werden?	Ja, trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, trifft nicht zu
2.9	Werden die Angehörigen der Patienten respektvoll behandelt und unterstützt?	Ja, trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, trifft nicht zu
2.10	Werden die Mitarbeiter respektvoll behandelt und geführt?	Ja, trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, trifft nicht zu
2.11	Werden die physischen und psychischen Belastungen niedrig gehalten?	Ja, trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, trifft nicht zu
2.12	Werden die Mitarbeiter beruflich gefördert?	Ja, trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, trifft nicht zu
2.13	Sind Entscheidungen transparent und einheitlich?	Ja, trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, trifft nicht zu
2.14	Gibt es für Entscheidungen nachvollziehbare Begründungen?	Ja, trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, trifft nicht zu
2.15	Sind die Therapiekonzepte evidenzbasiert?	Ja, trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, trifft nicht zu
2.16	Gibt es Möglichkeiten, an den Entscheidungsprozessen mitzuwirken?	Ja, trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, trifft nicht zu
2.17	Sind Prozesse offen für Veränderungen?	Ja, trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, trifft nicht zu



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

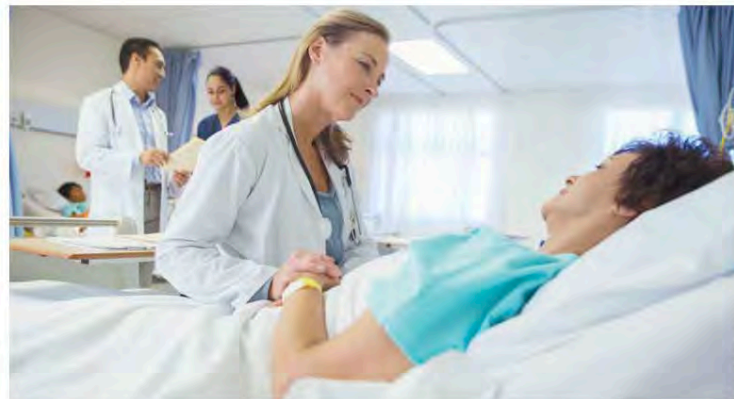
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) Berufsverband der Deutschen Internisten (BDI)

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 mögliche Maßnahmen und ökonomische Aspekte. In diesem Zusammenhang sind jedoch nicht nur die wirtschaftlichen, sondern auch die ethischen Aspekte zu berücksichtigen. Die Gesundheitsversorgung ist eine hochwertige Leistung, die bei begrenzten Ressourcen zu unterstützen. Damit dient die Ökonomie der Medizin

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

⇒ **Wirksamkeit?**

11.11.18

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.

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

- Bleibt die Ethik auf der Strecke? Hängt davon ab, ob sich die Akteure auf den verschiedenen Ebenen bewegen....
- (1) Gesundheitspolitik: Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung verbessern (Finanzierung!)
- (2) Krankenhaus-Management: „Ethik als Führungs- und Management-Aufgabe“
- ⇒ Mehr Ethik könnte sich auch auszahlen! 😊
- (3) Ärzte im Einzelfall ⇒ Verantwortung für „Indikationsqualität“ & Ressourceneinsatz!
- Schaffen Sie einen *Reflexionsraum*, um angemessen mit den (unvermeidbaren) Konflikten zwischen Ethik & Ökonomie umzugehen!
 - evtl. unter Einbeziehung des Klinischen Ethikkomitees! 😊



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

**... und 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 beweisen, ob eine OP wirklich „notwendig“ war ⇒ Kontrolle ist praktisch nicht möglich
- ❑ Quelle: WDR-Reportage (19.06.17)