

Innere Qualität im Krankenhaus – Medizinethische Perspektiven

Georg Marckmann

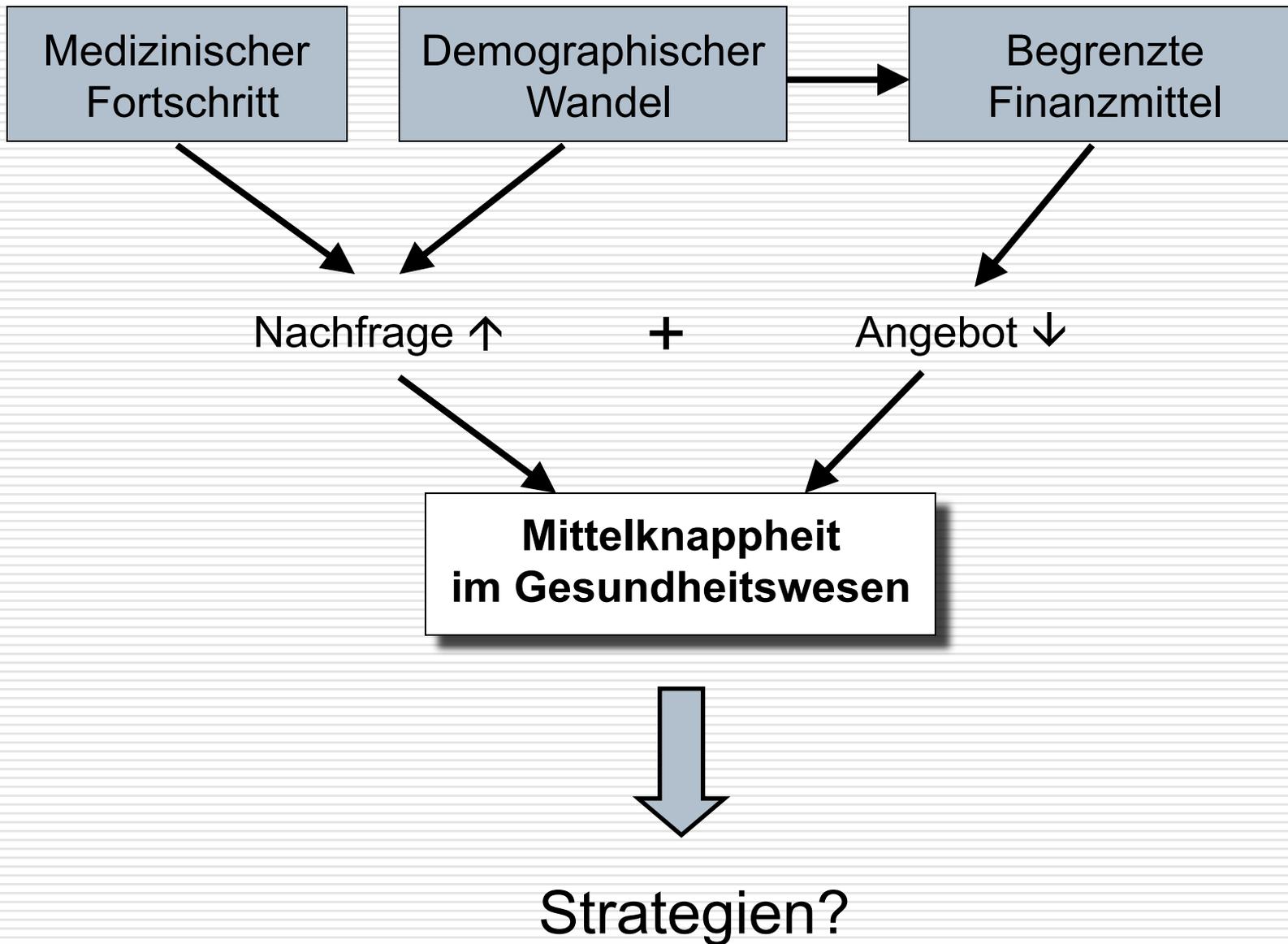
Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

CGIFOS Konferenz 2012

Universität Hohenheim, Stuttgart-Hohenheim
13. Oktober 2012

Gliederung

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



Medizinischer
Fortschritt

Demographischer
Wandel

Begrenzte
Finanzmittel

Nachfrage ↑

+

Angebot ↓

**Mittelknappheit
im Gesundheitswesen**

Erhöhung der Mittel im
Gesundheitswesen

Effizienzsteigerungen
(Rationalisierungen)

Leistungsbegrenzungen
(Rationierungen)

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
 - ⇒ Implizite Rationierung von medizinischen & Pflegeleistungen
 - ⇒ Einsparungen durch Personalabbau
 - v.a. im Pflegebereich!

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

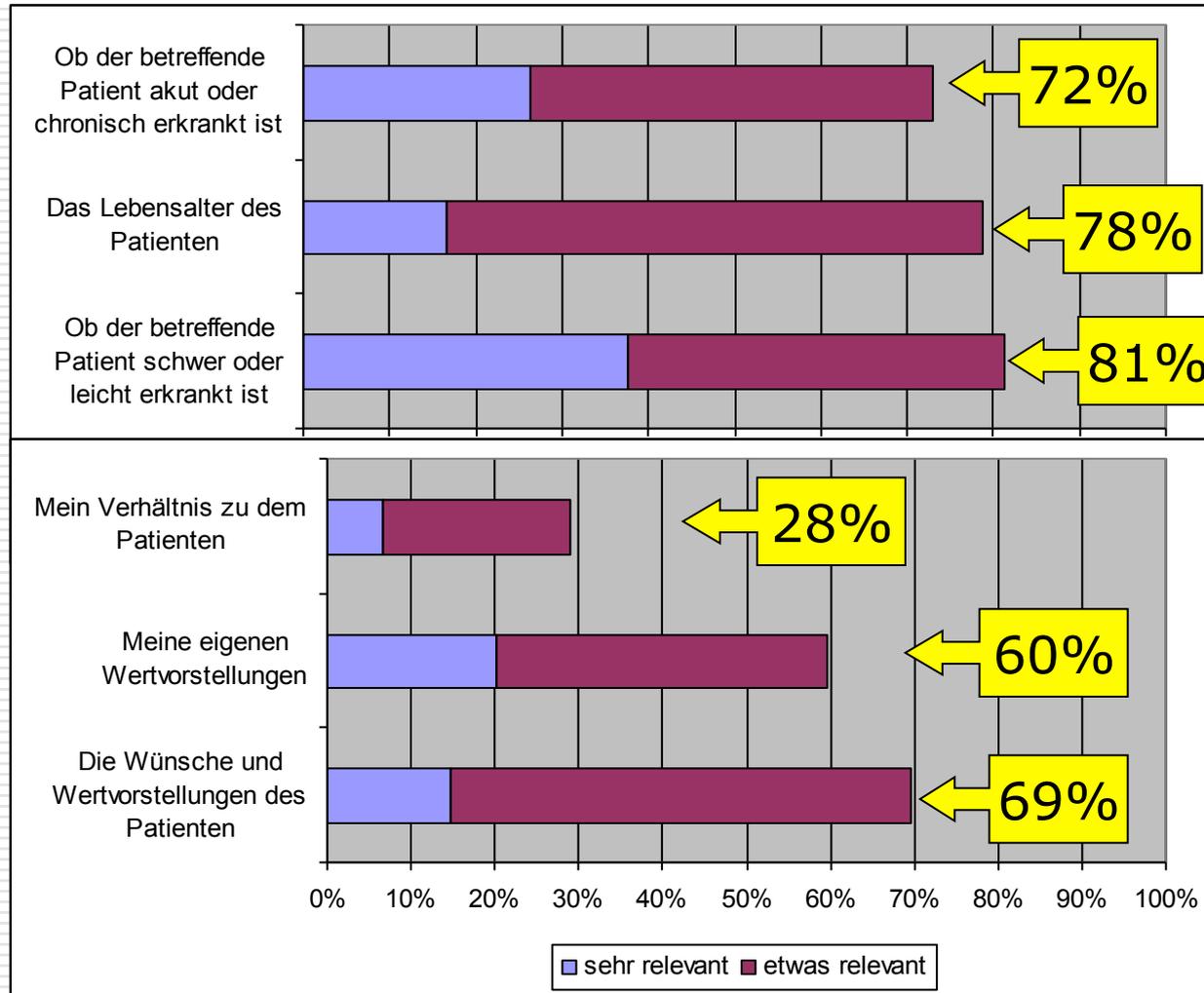
Wer soll entscheiden?

- 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

- Zunehmender ökonomischer Druck auf die Krankenhäuser
- ⇒ wachsende Unzufriedenheit der Mitarbeiter („Diktat der Ökonomie“)
- ⇒ Motivation der MA ↓, Krankenstand ↑
- ⇒ Qualität der Versorgung ↓
- ⇒ Effizienz & Wettbewerbsfähigkeit ↓
- ⇒ medizinisch, ethisch wie ökonomisch unakzeptable Situation
- ⇒ **dringender Handlungsbedarf!**

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 ⇒ *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
 - *„Das Gewissen des Einzelnen kann das Versagen der Organisation nicht kompensieren.“*



DIE ZEIT

PREIS DEUTSCHLAND 4,30 € WOCHEENZEITUNG FÜR POLITIK WIRTSCHAFT WISSEN UND KULTUR



Paul Erdmann,
Führer
für Allgemein-
und Notfallmedizin

Ulrike Köhle,
Chirurgin

Ulfen Wessing,
Aunt und
Medizinethiker

Michael Schenk,
abertägiger
Chirurg in der
Onkologie

»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**

www.diezeit.de

Eine Frage der Dosierung?

- *„Alle Ding sind Gift und nichts ist ohne Gift. Allein die Dosis macht, dass ein Ding kein Gift ist.“*

Philippus Theophrastus Aureolus Bombastus
von Hohenheim, gen. Paracelsus (1493-1541)

Zitiert in: Arne Manzeschke, Die effiziente Organisation.
Beobachtung zur Sinn- und Seinskrise des Krankenhauses.
Ethik Med 2012;23:271-282

Lösungsperspektiven

- *Berücksichtigung* ethischer Vorgaben fest im Klinikum verankern ⇨ integraler Bestandteil des Managements

Voraussetzungen:

- (1) Klare *Definition* der normativen Vorgaben
⇨ Was macht innere Qualität aus? („Leitbild“)
 - (2) Systematische Erfassung und Steuerung der *Umsetzung* der normativen Vorgaben (⇨ „normatives Controlling“)
- ⇨ Sicherung der inneren Qualität des Krankenhauses (= „operationalisierte Ethik“)

Kernfrage:

Führt bessere innere Qualität zu größerem wirtschaftlichem Erfolg?

- ⇨ Funktioniert die *Wettbewerbsstrategie*? ⇨ individuelle Selbstbindung?
- ⇨ Oder brauchen wir eine *ordnungspolitische Strategie*? ⇨ kollektive Selbstbindung?

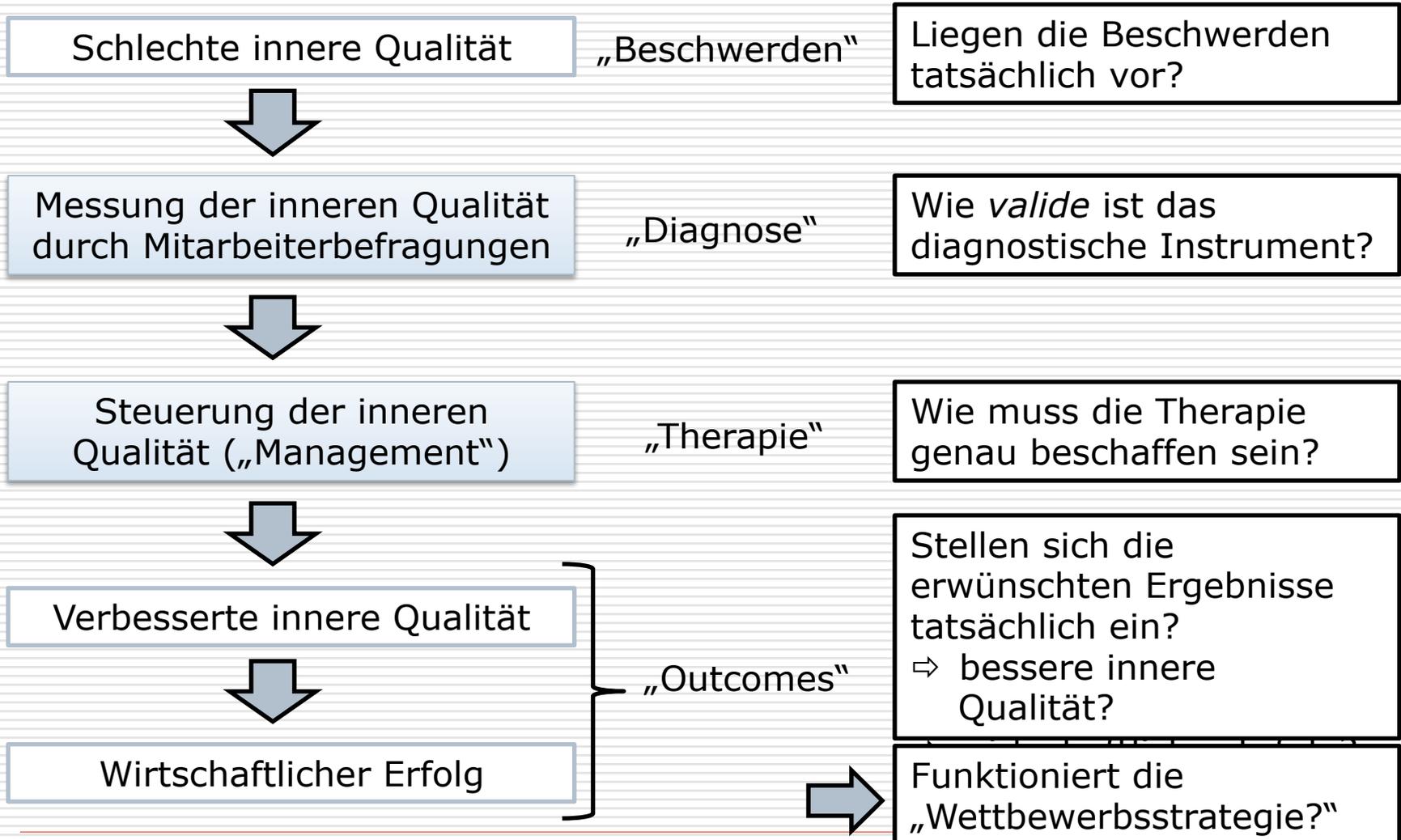
(1) Normative Vorgaben

Ethische Kriterien	Operationalisierung
Wohltun / Nutzen	Gesundheitlichen Nutzen für Patienten optimieren; Berücksichtigung der Evidenz zu Nutzen & Risiken d. Maßnahmen (richtige Indikationsstellung!)
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
- Aber: personenbezogene Faktoren spielen eine große Rolle, da Prozesse im Krankenhaus nur eingeschränkt regelbar sind, u.a. bei
 - Indikationsstellung
 - Umgang mit Patienten, Mitarbeitern & Angehörigen
- ⇒ wichtig für innere Qualität
- Personenbezogene Faktoren lassen sich nur durch Personen erfassen!
- ⇒ (wiederholte) Mitarbeiterbefragungen
- ⇒ CGIFOS Mikrocontrolling

Innere Qualität & Wirtschaftlichkeit



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