

Medizin im Spannungsfeld zwischen Patientenwohl, Gesundheitsökonomie und persönlichem Erfolgsstreben

Georg Marckmann

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

Ethikforum des Arbeitskreis Ethik am HELIOS-Spital
Überlingen

Überlingen, 09. November 2015

Gliederung

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

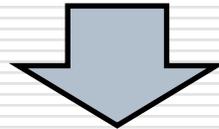
Ein Fallbeispiel zum Einstieg...

- ❑ 55-jähriger Patient mit septischem Infekt ⇒ Kreislaufinsuffizienz, Beatmungspflichtigkeit ⇒ Intensivstation
- ❑ Kreislauf- & Beatmungssituation inzwischen verbessert ⇒ Assistenzärztin schlägt Extubation vor
- ❑ Chefarzt: leichte Analgosedierung fortsetzen, Extubation frühestens am folgenden Tag
- ❑ Begründung CA: dann sind 249h Beatmungszeit überschritten ⇒ höherer DRG-Erlös (ca. 56.000€ statt 24.000€)
- ❑ Medizinisch begründeter Widerspruch der Assistenzärztin ⇒ CA: „ein paar Stunden mehr Beatmung schaden dem Patienten nun auch nicht mehr“; Abteilung benötige Mehrerlös dringend, um Arztstellen zu sichern
- ❑ CA verschweigt monatliche Sitzungen mit Medizincontrolling und Geschäftsführung, die auf Steigerung der Abrechnungserlöse seiner Abteilung drängen...

Quelle: Kai Wehkamp 2015: Ethik als Führungs- und Management-Aufgabe

Ausgangssituation in den KHs

Umstellung auf pauschalisierte Vergütung (DRGs)
mit regulierten Preisen



Zunehmender Kostendruck in den KHs

Ökonomischer Druck

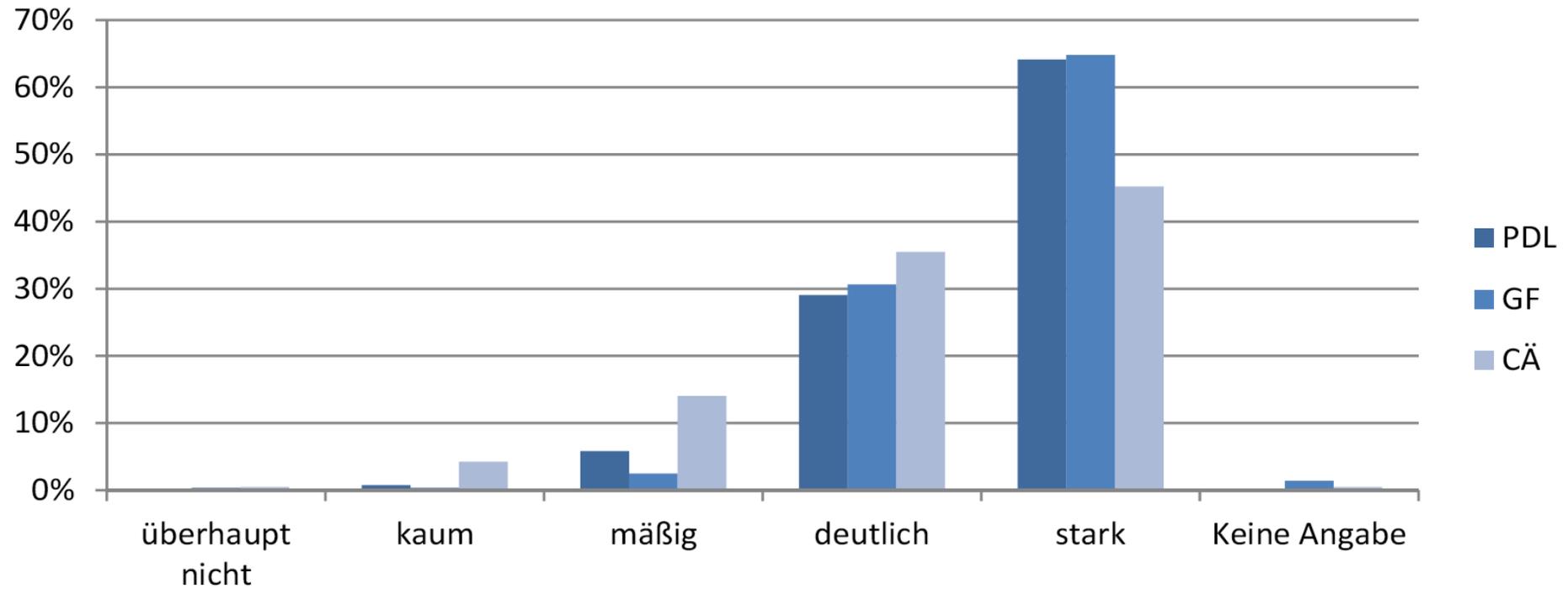
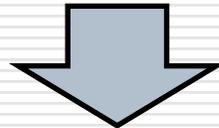


Abbildung 2- wahrgenommene Intensität des wirtschaftlichen Drucks

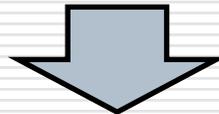
Studie Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus: Rationierung und Überversorgung medizinischer Leistungen im Krankenhaus? (Reifferscheid, Pomorin, Wasem 2014)

Ausgangssituation in den KHs

Umstellung auf pauschalierte Vergütung (DRGs)
mit regulierten Preisen



Zunehmender Kostendruck in den KHs



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

Konflikt: Medizin (Ethik) vs. Ökonomie

- Ordnungspolitische Rahmenbedingungen ⇒ *betriebswirtschaftlicher* Druck in den Unternehmen
- *Ideales* Gesundheitssystem: wirtschaftliche Anreize belohnen *gute* Medizin in *effizienten* Strukturen unter Berücksichtigung von *Verteilungsgerechtigkeit*
- ⇒ Gewinnstreben ist nicht per se ethisch problematisch
- Realität: wirtschaftliche Anreize (insbes. im Vergütungssystem) nicht perfekt ⇒ Fehlanreize
- ⇒ *Überversorgung*: z.B. zu viele Interventionen & Operationen, zu lange Beatmungszeit
- ⇒ *Unterversorgung*: z.B. zu frühe Entlassung, zu geringe Kapazitäten in inprofitablen Bereichen, Einsparungen bei teuren Medikamenten
- ⇒ *Fehlversorgung*: z.B. OP statt konservativer Behandlung
- ⇒ Konflikte zwischen medizinischen & (betriebs-)wirtschaftlichen Interessen

Einschränkung der Patientenversorgung

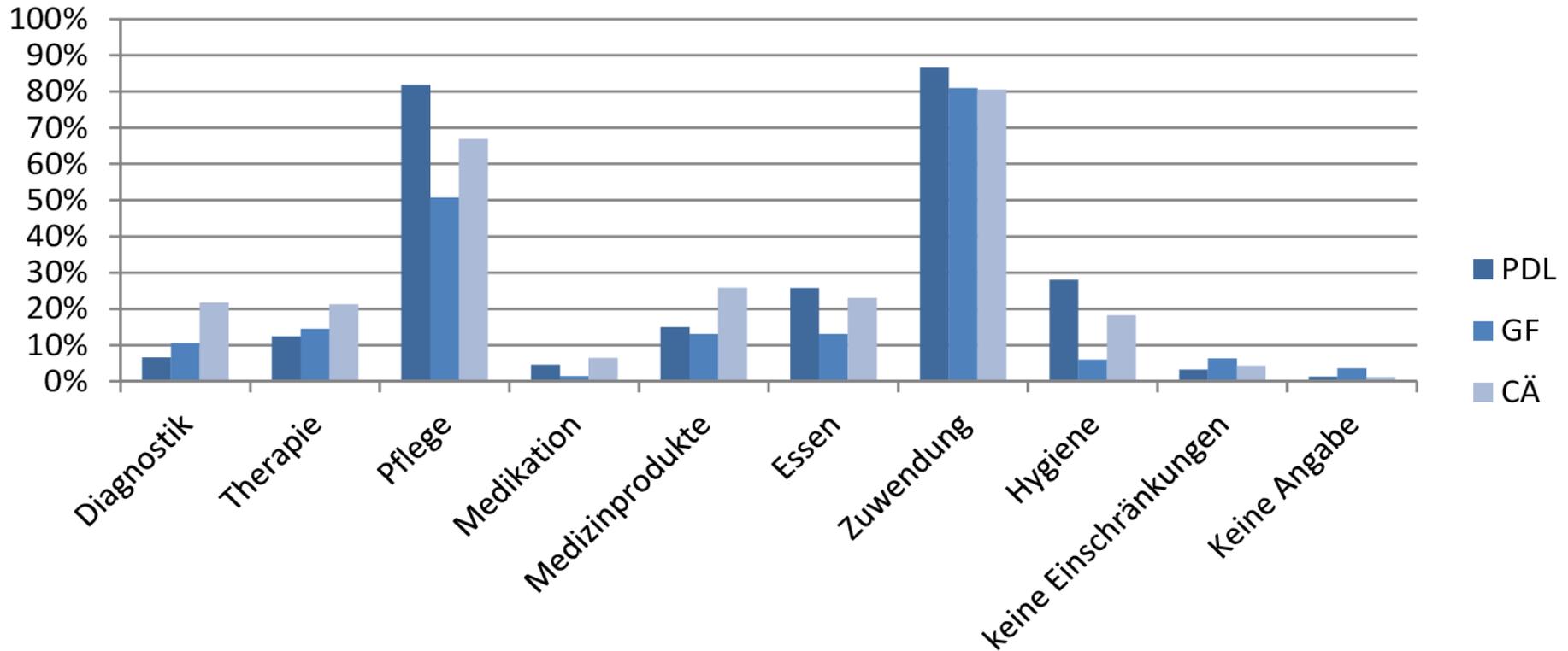


Abbildung 3 – Einschränkungen der Patientenversorgung

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

Folgen der „Ökonomisierung“

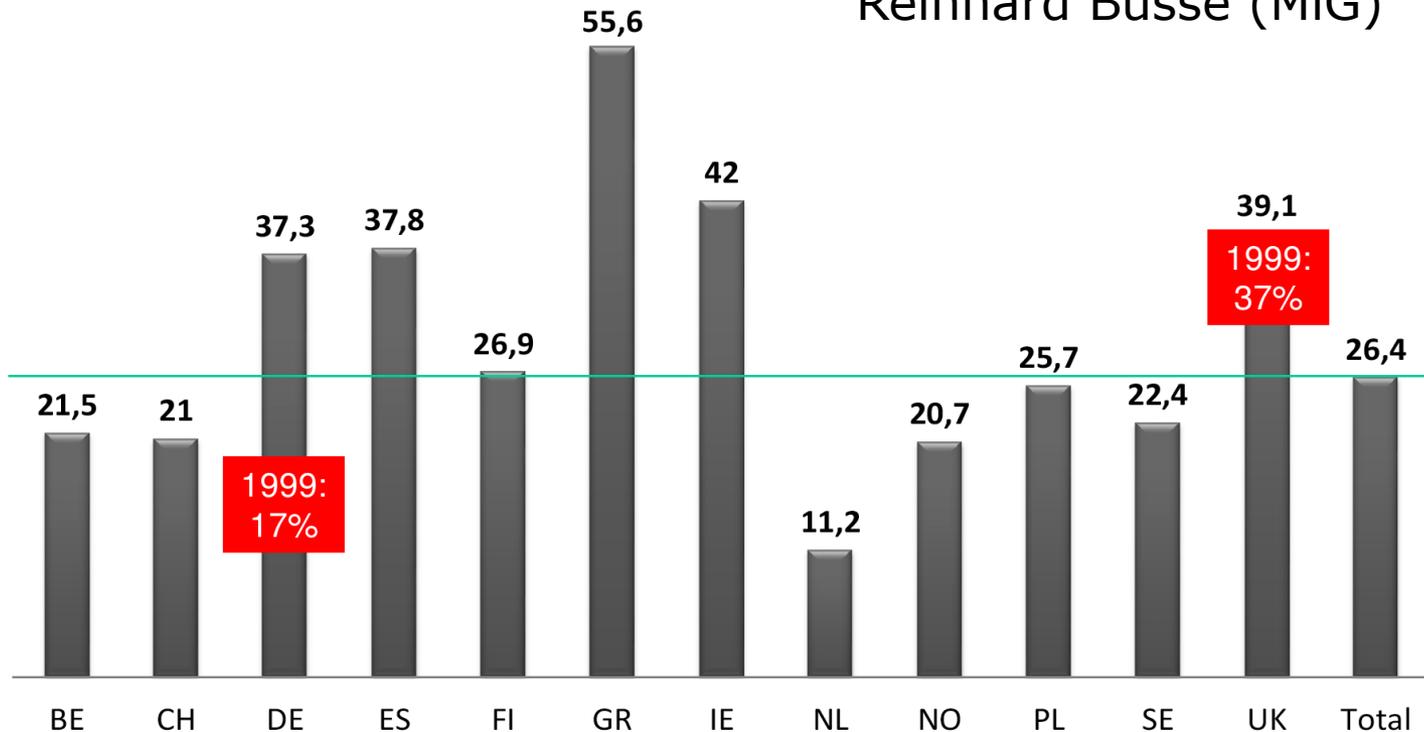
Themenblock: Reaktionen auf den zunehmenden ökonomischen Druck im Krankenhaus

- 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

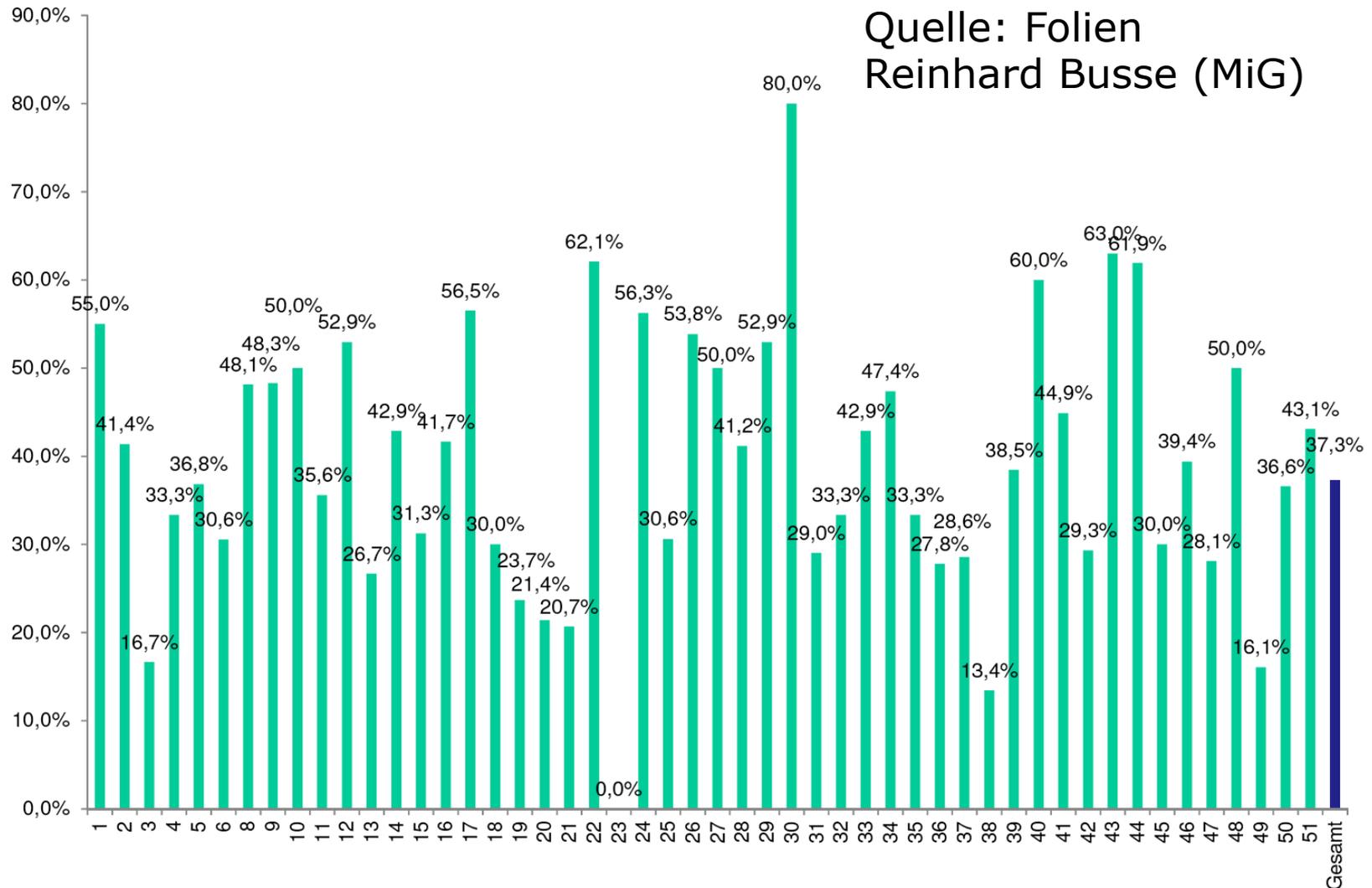
Pflege: Unzufriedenheit mit Arbeitssituation

Quelle: Folien
Reinhard Busse (MiG)

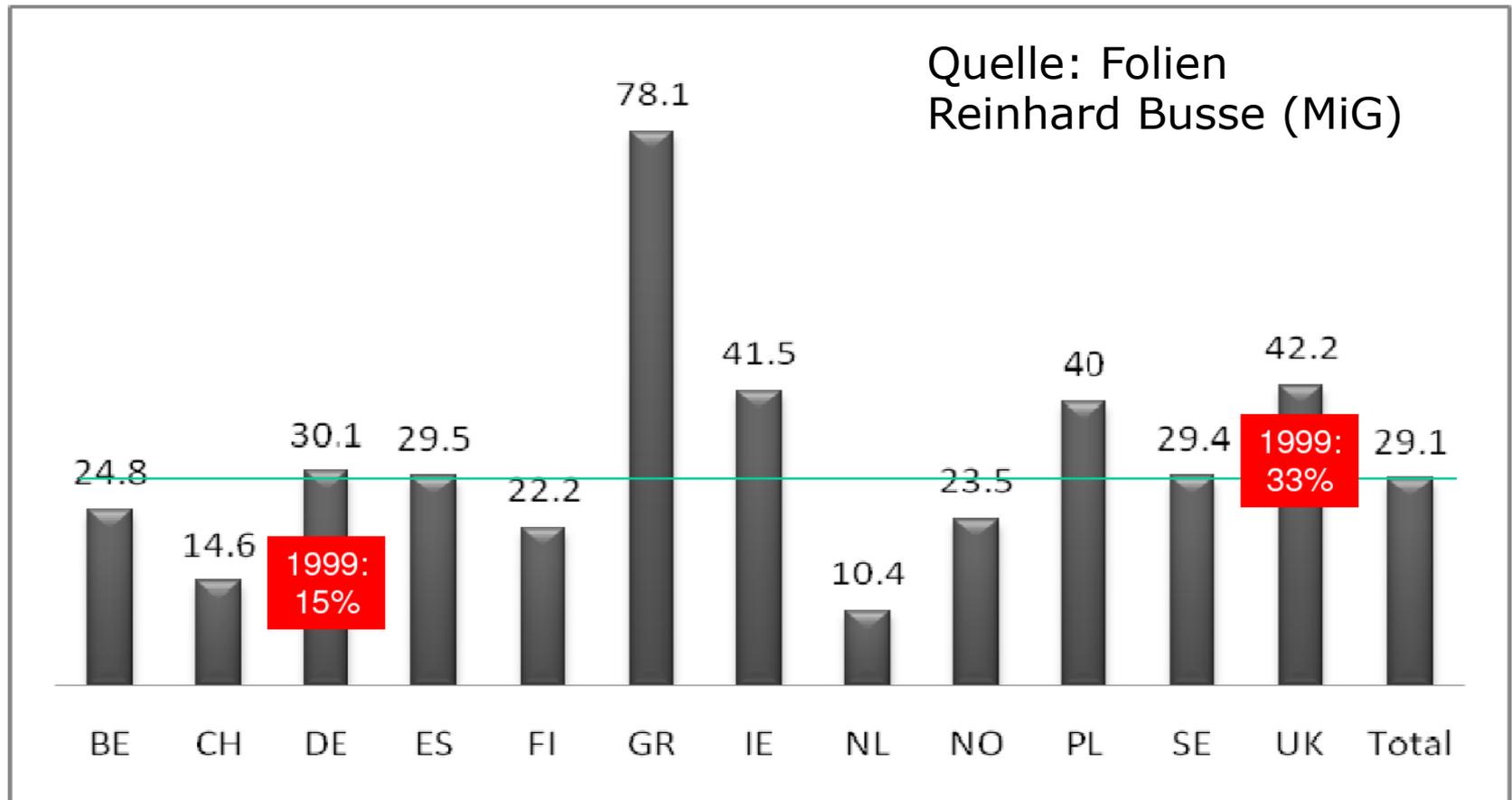


www.RN4CAST.eu

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



Pflege: Emotionale Erschöpfung (Burnout)

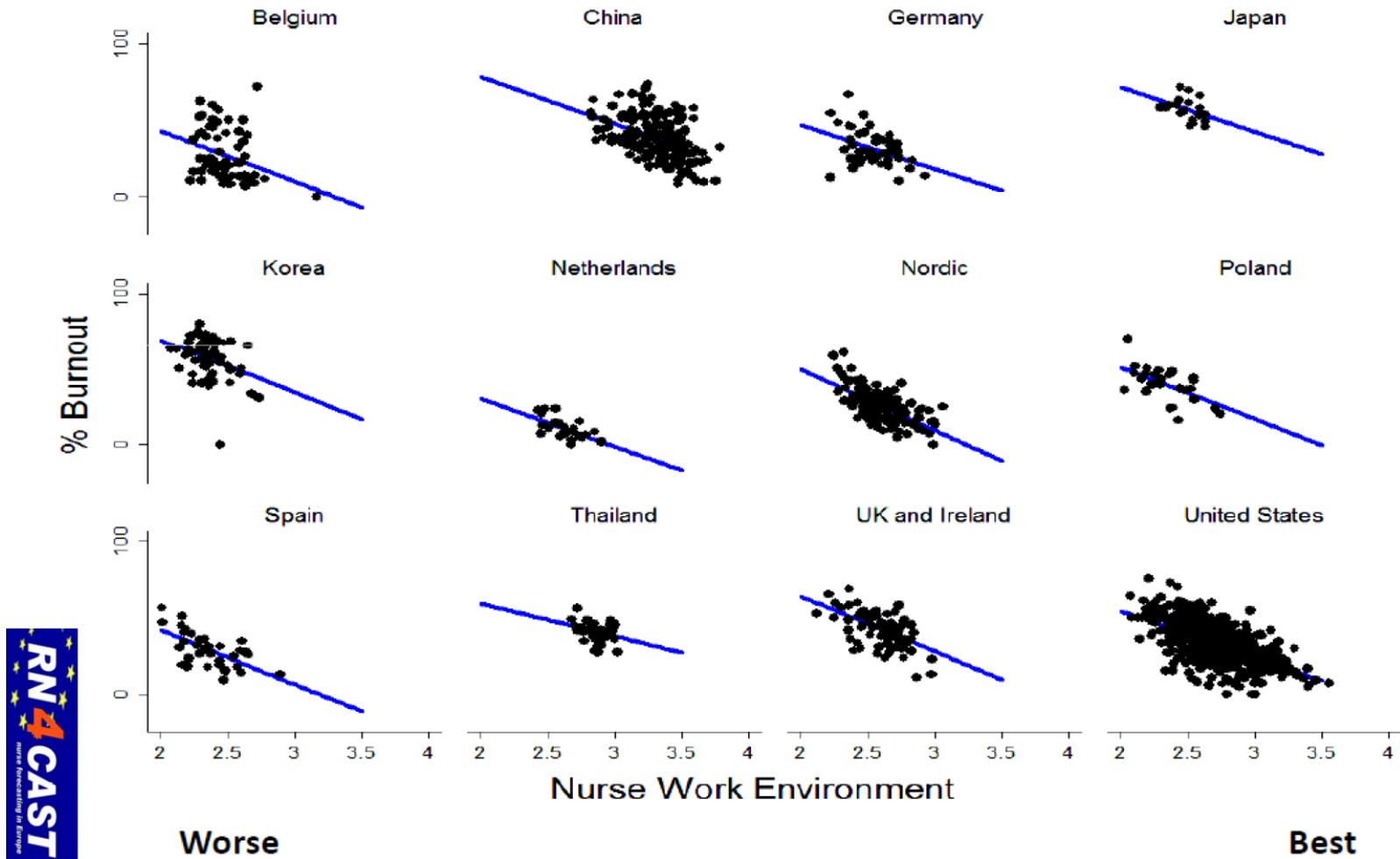


www.RN4CAST.eu

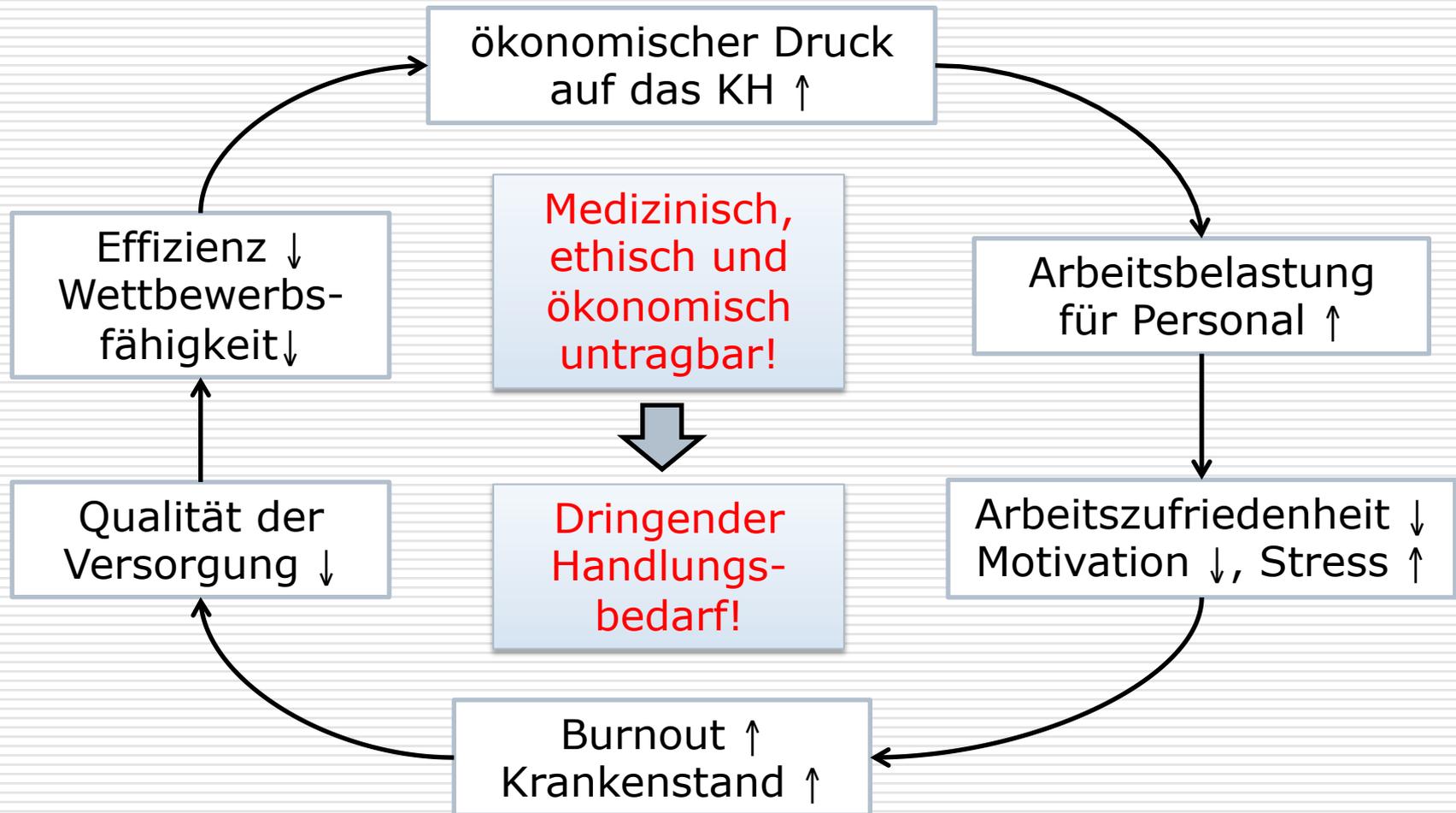
Personalreduktion Pflege: Qualität

- 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 \Rightarrow mehr Burnout!



Zwischenfazit: 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

Ursache: zu viel Ökonomie?

- Kostendruck ist nicht Folge frei wirkender ökonomischer Kräfte, sondern *politischer* Vorgaben! (vgl. R. Strehl)
 - (1) Politischer Grundsatz der Beitragssatzstabilität ⇒ Begrenzung der Gesundheitsausgaben
 - (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 ⇒ schränkt wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der KH ein
 - (4) Überkapazitäten (Landeskrankenhauspolitik)
- ⇒ **Primäre Ursache: Politikversagen, nicht Dominanz ökonomischer Rationalität!**

Lösungsperspektiven

- Problem: Politikversagen schwer zu eliminieren
 - Nachhaltige Gesundheitspolitik ist extrem konfliktträchtig (Demokratieveragen?)
- Lösung: verbesserte Finanzierung der KHs
 - Krankenhausstrukturgesetz 2015
 - Ausreichend?? Neue Probleme??
- Längerfristig: Kostendruck wird durch demographischen Wandel & medizinische Innovationen zunehmen!
 - v.a. durch demographiebedingte Einnahmeverluste!
- ⇒ KHs werden mit ungünstigen finanziellen Rahmenbedingungen leben müssen...
- ⇒ Frage: Welche Handlungsspielräume haben KHs innerhalb dieser ungünstigen Rahmenbedingungen? („Mangelverwaltung“)

Standard-Antwort der Medizinethik

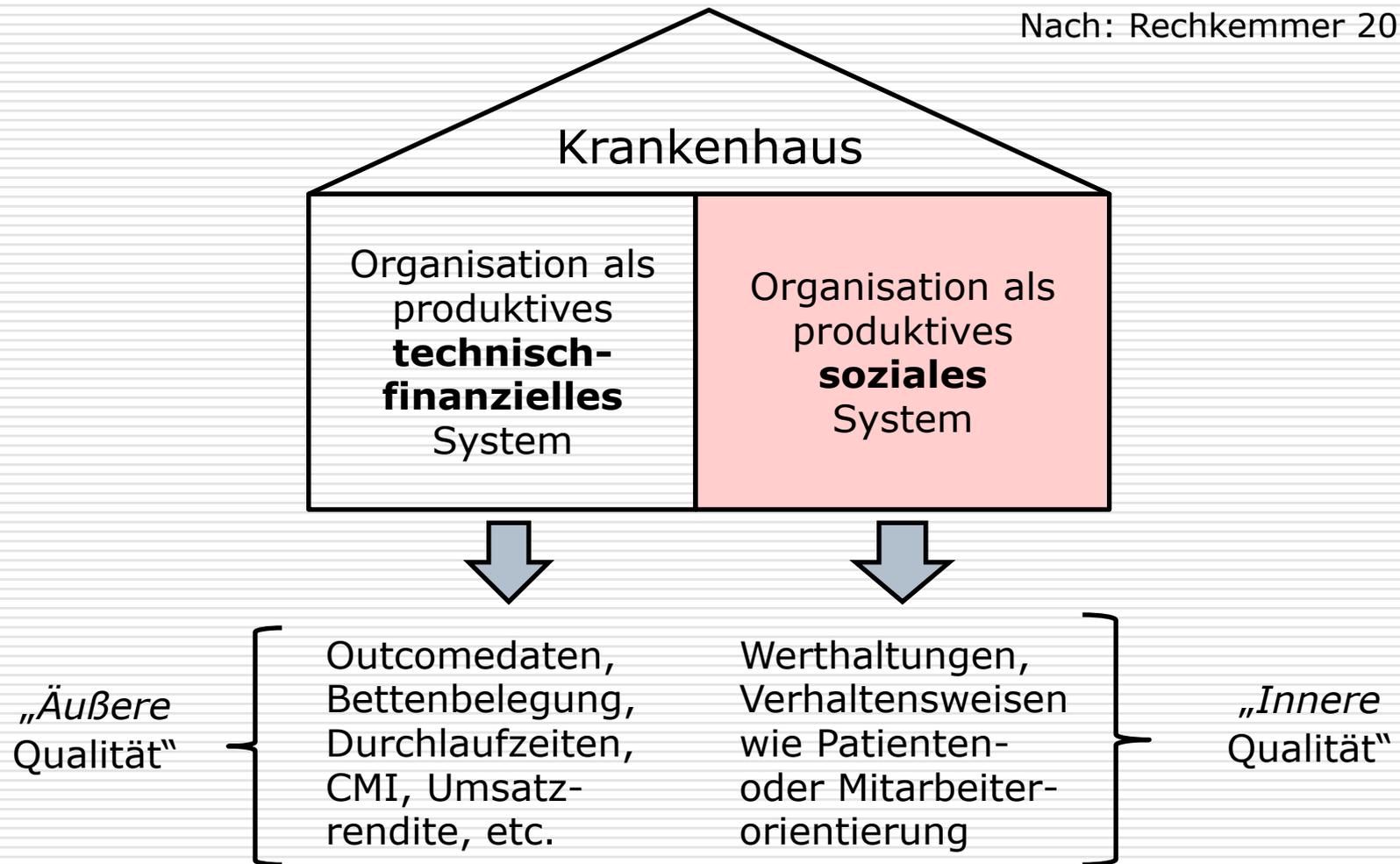
- Kerngedanke: Die Ethik *gegenüber* der Ökonomie stärken
- Probleme:
 - (1) Konzeptionell: Ethik ist *kein* Gegenpol zur Ökonomie
 - Konvergenz durch das ethische Gebot der Nutzenmaximierung
 - Aber auch Spannungsverhältnisse möglich: Effizienz vs. Gerechtigkeit (Versorgungsbedürfnis des einzelnen Patienten)
⇒ *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

- 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, München):
„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]

Lösungsperspektive „Innere Qualität“

Nach: Rechkemmer 2012



Innere Qualität

Umsetzung:

- (1) Klare *Definition* der normativen Vorgaben
 - ⇒ Was macht *innere Qualität* 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!

(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

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: Ethik als Führungsaufgabe

- Umsetzung der normativen Vorgaben: Führungskräfte müssen Werte kommunizieren und vorleben
- ⇒ *Wertekultur* des Unternehmens
- Mögliche Instrumente (Wehkamp 2015)
 - Auswahl ethisch verantwortungsvoll handelnder Führungskräfte & Mitarbeiter
 - gezielte Erarbeitung & Kommunikation von Unternehmenswerten (z.B. Ethik-Kodex)
 - Institutionalisierung von ethischen Surveillance-Systemen, Gesprächszirkeln, unter aktiver Einbeziehung der Führungskräfte
 - Prüfung wichtiger Beschlüsse der Management-Ebene auf Konformität mit Ethik-Standards

(2) Sicherstellung der Umsetzung

- 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. Management Innere Qualität (MiQ) (CGIFOS, Stuttgart)
- *Steuerung*
 - Zielvorgaben
 - Maßnahmen (Transparenz, Klimazirkel, Fortbild., Anreizsysteme...)
 - Wirkungskontrolle durch erneute Mitarbeiterbefragung

	INNERE QUALITÄT „Wir“	ARBEITSKLIMA „Ich“
Definition	<p>Gute Innere Qualität :=</p> <p>Hoher Erfüllungsgrad der kritischen Erfolgsfaktoren einer Organisation als soziales System</p> <ul style="list-style-type: none"> • Werthaltungen • Verhaltensweisen • sonstige Anforderungen <ul style="list-style-type: none"> - Ausstattungsstandards - Patientensicherheit etc. 	<p>Gutes Arbeitsklima :=</p> <p>Hoher Erfüllungsgrad der Vorstellungen und Wünsche von Mitarbeitern hinsichtlich einer idealen Arbeitssituation.</p>
Ziel	<p>Organisationserfolg</p> <p>Optimale Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit, Arbeitszufriedenheit und Motivation</p> <p>Ökonomie und Ethik - zwei Seiten einer Medaille</p>	<p>Hohes Wohlbefinden und gute Arbeitsbedingungen für Mitarbeiter</p> <p>A Selbstzweck (Individualethik)</p> <p>B Organisationserfolg durch vermehrtes Engagement+ und optimale Leistung. These: Höheres Wohlbefinden etc. führt zu mehr Engagement und damit zu mehr Erfolg.*</p>
Steuerung	<p>Makrosteuerung</p> <ul style="list-style-type: none"> • top-down • integriert • hohe Effizienz und Effektivität • hohe Prozessstabilität 	<p>Mikrosteuerung</p> <ul style="list-style-type: none"> • bottom-up • isoliert • geringe Effizienz und Effektivität • geringe Prozessstabilität

Innere Qualität vs. Arbeitsklima

Quelle: Rechkemmer 2012, Abb. 4

Vgl. auch: Rechkemmer 2015 in „Praxisbuch Ethik in der Medizin“ Kapitel II.17

* Der Zusammenhang zwischen gutem „Ich“-Arbeitsklima und Organisationserfolg ist strittig.

Innere Qualität

Zentrale Frage:

Führt bessere innere Qualität zu größerem wirtschaftlichem Erfolg?
⇒ *Zahlt sich Ethik aus??* [Marckmann & Maschmann 2014]

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)

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

Ethik & Ökonomie – auch eine Aufgabe für das Klinische Ethikkomitee?

- Satzung sollte *organisationsethische* Beratung im Klinikum vorsehen (Voraussetzung!)
- Mögliche Handlungsfelder
 - Fortbildung zum Thema
 - Bewusstsein schaffen für hausinterne Herausforderungen
 - Beratung bei Ethik-Ökonomie-Konflikten im Einzelfall ⇒ Identifizierung von relevanten Problemkonstellationen
 - Beratung der Klinikumsleitung bei ethisch relevanten Entscheidungen
 - Unterstützung bei der Entwicklung von Leitlinien
- Aufgabenbereich bislang bei KEKs nicht so gut etabliert wie individuelle ethische Fragestellungen
 - Behutsam an das Thema herantasten
 - ⇒ vertrauensvolles Klima für die heiklen Fragen schaffen
 - ⇒ Kultur des angemessenen Umgangs mit den (vermutlich leider nicht zu eliminierenden) Konflikten zwischen Ethik & Ökonomie

Fazit

- Ob die Ethik am Ende auf der Strecke bleibt, hängt wesentlich von der Führungsqualität im KH ab
- – also vom HELIOS-Spital bzw. den HELIOS-Kliniken (⇒ *Organisationsverantwortung*)! 😊
- ⇒ „**Ethik als Führungs- und Management-Aufgabe**“
(vgl. Wehkamp 2015 in: Praxisbuch Ethik in der Medizin, Kapitel II.18)
- Finanzielle Anreize/Arrangements sind so lange ethisch vertretbar, wie sie nicht den Interessen des Patienten widersprechen
- Schaffen Sie einen Reflexionsraum, um angemessen mit den (unvermeidbaren) Konflikten zwischen Ethik & Ökonomie umzugehen!
 - evtl. unter Einbeziehung des AKE

Zum Schluss...

- Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
- Kontakt: marckmann@lmu.de
- Folien: www.dermedizinethiker.de
- Publikationen:
 - Marckmann G, Maschmann J. Zahlt sich Ethik aus? Notwendigkeit und Perspektiven des Wertemanagements im Krankenhaus. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2014;108(2-3):157-65.
 - Rechkemmer K. Exzellenzinitiative Innere Qualität. Das Krankenhaus 2012(9):879-884.
 - Praxisbuch Ethik in der Medizin (Hrsg. Marckmann), v.a. Kapitel II.15-18
- Interessenkonflikt: Bin (ehrenamtliches) Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des CGIFOS-Instituts in Stuttgart, habe ein Vortragshonorar erhalten