Deutsches Ärzteblatt

Datum: 03. November 2017 Medienart: Print
Seite: A 2028 - A 2032 Ressort: Medizin
Auflage: 129.258 Rubrik: Markt & Politik

Thema **ÖKONOMISIERUNG**

Ethische Mangelverwaltung

Der aktuelle Finanzdruck in deutschen Krankenhäusern hat zu besorgniserregenden Entwicklungen in der Patientenversorgung geführt. Die ethischen Grundsätze in der Versorgung sind gefährdet.

Georg Marckmann, Jens Maschmann

Der finanzielle Druck auf die Krankenhäuser in Deutschland ist in den letzten Jahren erheblich gestiegen, wesentlich bedingt durch a) die Umstellung auf ein pauschaliertes Vergütungssystem mittels DRG-Fallpauschalen, b) jahrelang zu geringe Veränderungsraten und c) dysfunktionale duale Finanzierung der Investitionen durch die Bundesländer. Die Krankenhäuser haben auf die veränderten Rahmenbedingungen in der Finanzierung mit den vom Gesetzgeber beabsichtigten Effizienzsteigerungen reagiert: Die durchschnittliche Verweildauer und die Anzahl der Krankenhausbetten ist in den letzten Jahren deutlich gesunken, während die Anzahl der Krankenhausfälle anstieg. Auch die Anzahl der Krankenhäuser geht weiter zurück. Dies bedeutet: Immer mehr Patienten werden in immer kürzerer Zeit in weniger Krankenhäusern behandelt. Die Anzahl der angestellten Ärzte hat im gleichen Zeitraum parallel zur Fallzahlentwicklung zugenommen, während die Anzahl des nichtärztlichen Personals parallel zur Bettenanzahl bis 2007 abnahm und seither wieder leicht ansteigt. Die zunehmende Arbeitsverdichtung belastet zunehmend das Krankenhauspersonal, mindert die Arbeitszufriedenheit und führt zu erhöhtem Krankenstand und mehr Burn-out-Fällen.

Zunehmender Personalabbau und Leistungsverdichtung

Auch an der Patientenversorgung geht der zunehmende finanzielle Druck in den Krankenhäusern nicht spurlos vorüber. In empirischen Studien geben Ärzte an, sie müssten aus Kostengründen auf für Patienten nützliche Leistungen verzichten, was das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten beeinträchtige (1, 2). Zudem berichten sie über eine zunehmende Leistungsverdichtung und Personalabbau, verbunden mit willkürlichen Entscheidungen und Unehrlichkeit gegenüber den Patienten sowie emotionalem Stress, Gewissenskonflikten und Gefühlen der Überforderung (3). Gleichzeitig mehren sich die Hinweise auf betriebswirtschaftlich motivierte Überversorgung, insbesondere im Bereich elektiver Operationen.

Dass diese Entwicklung besorgniserregend ist und einer dringenden Korrektur bedarf, steht eigentlich außer Frage. Insbesondere auch aus ethischer Sicht wurde die „Dominanz ökonomischer Rationalität wiederholt scharf kritisiert. Giovanni Maio warnt beispielsweise vor einer „ökonomischen Überformung der Medizin“ (4), der Deutsche Ethikrat fordert, das Patientenwohl als ethischen Maßstab für das Krankenhaus vermehrt in den Mittelpunkt zu stellen (5). Mit Blick auf mögliche Lösungsansätze erscheint es dabei zunächst sinnvoll zu prüfen, welche Ursachen hinter den Problemen stehen. Die finanziell prekäre Situation der Krankenhäuser ist nämlich nicht auf das freie Wirken ökonomischer Kräfte zurückzuführen, sondern ganz wesentlich auf politische Vorgaben. Dies ist keine neue Erkenntnis, durchgreifende Veränderungen haben sich aber bislang nicht eingestellt – und es ist unklar, ob sie sich irgendwann einstellen werden. Es erscheint deshalb in einem zweiten Schritt ethisch geboten, Strategien zu entwickeln, wie die negativen Auswirkungen der defizitären Krankenhausfinanzierung etwas gelindert werden können – im Sinne einer „ethischen Mangelverwaltung“.

Die deutschen Krankenhäuser operieren nicht in einem freien Markt, sondern in einem hochgradig regulierten Umfeld. Durch verschiedene politische Vorgaben werden ökonomische Gesetzmäßigkeiten außer Kraft gesetzt. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität begrenzt die Gesundheitsausgaben insgesamt, was bei einem steigenden Bedarf durch medizinische Innovationen und die Alterung der Bevölkerung zu einem erheblichen Kostendruck führt. Während sich die Preise bei den Produktionsfaktoren (Arbeitslöhne, Immobilien, Energie, Großgeräte, Arzneimittel et cetera) frei entwickeln, sind die Abgabepreise der Krankenhäuser durch den Basisfallwert reguliert, restriktive Mengenvorgaben schränken zudem die Erlösmöglichkeiten ein. Im Rahmen der dualen Finanzierung sind die Länder ihren Verpflichtungen bei der Investitionsfinanzierung in den letzten Jahren nur unzureichend nachgekommen. Trotz steigender Fallzahlen sind die Investitionsmittel gesunken, sodass die Krankenhäuser notwendige Investitionen systemwidrig auch aus den DRG-Erlösen finanzieren mussten. Gleichzeitig traut sich die Landespolitik nicht, mit einem bedarfsorientierten Krankenhausplan stationäre Überversor-

Deutsches Ärzteblatt

Datum: 03. November 2017 Medienart: Print
Seite: A 2028 - A 2032 Ressort: Medizin
Auflage: 129.258 Rubrik: Markt & Politik

gung durch Schließung oder Umstrukturierung von Krankenhäusern zu reduzieren.

Ordnungspolitische Versäumnisse

Der aktuelle Finanzdruck in den deutschen Krankenhäusern ist deshalb ursächlich nicht auf eine Dominanz ökonomischer Rationalität, sondern auf ein Politikversagen zurückzuführen. Auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser resultiert daraus aber häufig eine Dominanz betriebswirtschaftlicher Vorgaben – mit den oben geschilderten negativen Auswirkungen auf Patienten und Personal.

Die ordnungspolitischen Versäumnisse sind seit Jahren bekannt, ohne dass sich etwas an den Rahmenbedingungen grundsätzlich geändert hätte. Zudem wird der Handlungsdruck aufgrund der sich weiter verschärfenden Finanzsituation der GKV in den kommenden Jahrzehnten durch den demografischen Wandel (insbesondere schwächt der steigende Altenquotient die Einnahmebasis) und medizinische Innovation weiter zunehmen. Obgleich man nicht müde werden sollte, für veränderte regulatorische Rahmenbedingungen zu kämpfen, wird man sich gleichzeitig Strategien überlegen müssen, wie man mit dem anhaltenden finanziellen Druck in den Krankenhäusern in einer ethisch vertretbaren Art und Weise umgehen kann. Allein auf das Politikversagen zu verweisen und keine weiteren Schritte zur Verbesserung der Situation in den Krankenhäusern zu ergreifen, erscheint ethisch – und übrigens auch ökonomisch – unvertretbar. Den Krankenhäusern droht sonst eine fatale Abwärtsspirale: Die zunehmende Arbeitsbelastung mit sinkender Arbeitszufriedenheit, erhöhtem Krankenstand und vermehrtem Burn-out beim Personal hat negative Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung und schwächt damit die Effizienz und Wettbewerbsfähigkeit des Krankenhauses – mit dem Ergebnis eines weiter steigenden finanziellen Drucks.

Angesichts der Dominanz betriebswirtschaftlicher Vorgaben im Krankenhaus wäre es eigentlich naheliegend, die Ethik gegenüber der Ökonomie zu stärken. Dieser Lösungsansatz vermag jedoch weder konzeptionell noch pragmatisch zu überzeugen. Zum einen ist die Ökonomie konzeptionell kein strikter Gegenpol zur Ethik, da es nicht nur ökonomisch, sondern auch ethisch durch die Prinzipien der Nutzenmaximierung und des Nichtschadens geboten ist, den Ressourcenaufwand für ein bestimmtes (Behandlungs-)Ergebnis zu minimieren beziehungsweise mit den verfügbaren Ressourcen die (Behandlungs-)Ergebnisse zu optimieren. Pragmatisch dürfte die Ethik gegenüber der Ökonomie wirkungslos bleiben, da der operative Krankenhausbetrieb einer betriebswirtschaftlichen Logik folgt, in der ethische Grundwerte ohne Weiteres nur eine eingeschränkte Wirkung entfalten können.

Ethische Anforderungen sind gefährdet

Auch wenn sich Ökonomie und Ethik nicht wechselseitig ausschließen, kann dennoch eine Dominanz der Ökonomie – insbesondere in Form betriebswirtschaftlicher Überlegungen – die Erfüllung der ethischen Anforderungen an die Patientenversorgung und das Miteinander im Krankenhaus gefährden. Ethische Vorgaben werden im Krankenhaus folglich nur dann verlässlich berücksichtigt, wenn sie zu einem integralen Bestandteil des Managements werden (6, 16). Mit anderen Worten: Ethik und Ökonomie dürfen auf Ebene des Krankenhauses nicht länger getrennte Sphären bleiben. Viele Krankenhäuser haben erkannt, dass ethische Grundwerte für ihr Unternehmen durchaus eine Relevanz haben. In öffentlichkeitswirksam präsentierten Leitbildern werden zentrale Werte formuliert, die das Verhalten nicht nur gegenüber den Patienten, sondern auch unter den Mitarbeitern „leiten" sollen. Allerdings wird die Erfüllung dieser normativen Vorgaben in der Regel von den Krankenhäusern nicht kontrolliert, sodass sie im operativen Geschäft des Krankenhauses keine nachhaltige Wirkung entfachen können.

Wertemanagement durch Mitarbeiterbefragungen

Ein solches Wertemanagement kann folglich nur dann die negativen Auswirkungen des zunehmenden Kostendrucks verhindern beziehungsweise kompensieren, wenn die Umsetzung der ethischen Vorgaben im Alltag der Patientenversorgung systematisch erfasst und gesteuert wird. Dies ist methodisch nicht einfach, da es sich bei Werten wie Patientenorientierung, Führungsqualität oder sorgsamer Umgang mit Ressourcen um schwer objektivierbare und quantifizierbare Parameter handelt. Da sich die Vorgaben auf das angemessene Verhalten von Menschen beziehen, kann ihre Erfüllung nur von Menschen beurteilt werden. Wiederholte Mitarbeiterbefragungen dürften hier sehr wesentlich sein (7): Wie die Führungsqualität ist, ob Behandlung und Pflege wirklich patientenorientiert gestaltet sind oder ob die personellen und materiellen Ressourcen im Krankenhaus vernünftig eingesetzt werden, kann das Krankenhauspersonal in der Regel am besten beurteilen. Es geht dabei nicht (primär) darum zu erfragen, wie wohl sich die Mitarbeiter an ihrem Arbeitsplatz fühlen, worauf übliche Mitarbeiterbefragungen abzielen. Die Befragungen sollen vielmehr für das (Werte-)Management des Krankenhauses relevante Informationen von den Mitarbeitern ermitteln, die es dann dem Führungspersonal ermöglichen, die Realisierung ethischer Vorgaben im Krankenhaus zu verbessern. Ob die ergriffenen Maßnahmen erfolgreich sind, müssen dann erneut die Mitarbeiter beurteilen. Patientenbefragungen können Mitarbeiterbefragungen nicht ersetzen, da Patienten wesentliche Aspekte eines werteorientierten Managements kaum beurteilen können (fachliche Exzellenz, Führungsqualität, Umgang mit Ressourcen et cetera).

Eine spannende und für die Wirk-

Deutsches Ärzteblatt

Datum: 03. November 2017 Medienart: Print
Seite: A 2028 - A 2032 Ressort: Medizin
Auflage: 129.258 Rubrik: Markt & Politik

samkeit dieser Strategie wichtige Frage ist, ob ein Krankenhaus, das sich im Rahmen eines Wertemanagements um die Realisierung wesentlicher ethischer Vorgaben bemüht, dadurch einen wirtschaftlichen Vorteil hat (6). Konzeptionell spricht einiges dafür: Eine werteorientierte Führung und damit gute „Innere Qualität" (8) des Krankenhauses müsste durch motiviertes Personal und eine stärker patientenorientierte Versorgung die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Krankenhauses stärken. Letztlich ist es aber eine – nach unserem Wissen bislang nicht durch Studien beantwortete – empirische Frage, ob ein konsequentes Wertemanagement auch betriebswirtschaftliche Vorteile für das Krankenhaus mit sich bringt. Studien aus anderen Wirtschaftsbereichen weisen jedoch darauf hin, dass eine „ethikorientierte" Führung, die sich an definierten ethischen Vorgaben orientiert, positive Auswirkungen auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Organisationen hat (9). Die Einführung eines Wertemanagements – dies sei hier ausdrücklich betont – darf aber nicht von den betriebswirtschaftlichen Effekten abhängig gemacht werden, da es um die Realisierung wesentlicher moralischer Verpflichtungen gegenüber den Patienten und dem Krankenhauspersonal geht. Dass dies in vielen Fällen mit einem – auch ökonomisch – vernünftigeren Ressourceneinsatz einhergeht, sei im folgenden Abschnitt exemplarisch erläutert.

Es gibt verschiedene Hinweise, dass eine stärker patientenorientierte Versorgung durchaus Ressourcen einsparen und damit den Kostendruck im Gesundheitswesen etwas reduzieren kann (10). Hierfür (mehr) Verantwortung zu übernehmen, obliegt nicht nur Ärztinnen und Ärzten, die durch die Indikationsstellung und das Gespräch mit dem Patienten wesentlich die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen steuern, sondern auch dem Managementpersonal im Krankenhaus. Dass die Reduzierung von Überversorgung, wie sie beispielsweise mit der Choosing-Wisely-Initative (vgl. die AWMF-Initiative „Gemeinsam Klug Entscheiden") angestrebt wird (11), im Interesse des Patienten und mit Blick auf die Gesundheitsausgaben geboten ist, liegt auf der Hand.

Patientenorientierung steigert Effizienz

Besonders hohe Gesundheitsausgaben entstehen bei schwerkranken Patienten, insbesondere in der letzten Lebensphase. Eine empirische Studie aus den USA weist darauf hin, dass eine klinische Ethikberatung, deren Ziel es ist, die Versorgung bestmöglich auf Willen und Wohlergehen der Patienten abzustimmen, bei auf der Intensivstation versterbenden Patienten den Ressourceneinsatz kurz vor dem Tod signifikant reduzieren kann (12). Einer anderen Studie zufolge kann eine frühzeitige Integration von Palliative Care bei Patienten mit einer metastasierten Tumorerkrankung den Einsatz aggressiver (und damit kostspieliger) Therapien reduzieren, bei gleichzeitig verbesserter Lebensqualität und Lebenserwartung (13). Auch eine bessere Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen mittels umfassender Advance-Care-Planning-Programme (deutsch: Behandlung im Voraus planen) sichert nicht nur die Selbstbestimmung bei Verlust der Entscheidungsfähigkeit (14), sondern kann überdies die Kosten gegen Ende des Lebens reduzieren (15). Diese Einsparungen verbessern aber nicht notwendigerweise direkt die Finanzsituation der Krankenhäuser, da die Einsparungen über die verschiedenen Versorgungssektoren hinweg resultieren. Sie werden aber mittelbar auch den Krankenhäusern zugutekommen, da sie die GKV insgesamt finanziell entlasten.

Die Krankenhäuser sind in der Pflicht

Der zunehmende finanzielle Druck auf die Krankenhäuser in Deutschland ist nicht das Ergebnis frei wirkender ökonomischer Kräfte, sondern gesundheitspolitischer Regulierung. Diese führt auf der Ebene der einzelnen Krankenhäuser jedoch häufig zu einer Dominanz betriebswirtschaftlicher Vorgaben mit negativen Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung und das Personal. Den Erfahrungen der vergangenen Jahre zufolge ist das Politikversagen nur schwer zu eliminieren, zudem wird der finanzielle Druck auf die GKV durch Innovationen und die Demografie weiter steigen. Insofern werden sich die deutschen Krankenhäuser mittelfristig auf einen anhaltenden, vielleicht sogar noch zunehmenden finanziellen Druck einstellen müssen. Angesichts der bedenklichen Auswirkungen auf Patienten und Personal sind die Krankenhäuser in der Pflicht, Maßnahmen zu ergreifen, die zentrale ethische Werte fest in ihrem operativen Geschäft verankern. Dies kann nur gelingen, wenn sie zu einem integralen Bestandteil des Krankenhausmanagements werden, deren Umsetzung durch wiederholte Mitarbeiterbefragungen systematisch erfasst und gesteuert wird. Von der damit gesicherten „Inneren Qualität" der Krankenhäuser werden die Patienten und das Personal gleichermaßen profitieren. Dass sich daraus auch wirtschaftliche Vorteile für die Krankenhäuser ergeben, erscheint naheliegend, ist aber bislang empirisch noch nicht belegt. Angesichts der Bedeutung dieser ethischen Vorgaben für eine humane Patientenversorgung dürfen die Krankenhäuser aber nicht auf den empirischen Nachweis warten.

Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2017; 114 (44): A 2028–32

Anschrift der Verfasser:
Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH
Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Lessingstraße 2, 80336 München
E-Mail: marckmann@lmu.de

Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit4417
oder über QR-Code.

Deutsches Ärzteblatt

Datum: 03. November 2017 Medienart: Print
Seite: A 2028 - A 2032 Ressort: Medizin
Auflage: 129.258 Rubrik: Markt & Politik

Prof. Dr. med. Marckmann, MPH: Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Dr. med. Maschmann: Universitätsklinikum Jena, Medizinischer Vorstand

Ethische Vorgaben werden im Krankenhaus folglich nur dann verlässlich berücksichtigt, wenn sie zu einem integralen Bestandteil des Managements werden.

Die Berücksichtigung ethischer Vorgaben im Management dürfte auch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Krankenhauses steigern.

KOMMENTAR

Dr. med. Susanne Johna,
Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer

Der ökonomische Druck auf die Ärzte bedroht eine gute Patientenversorgung. Um diese Problematik zu ändern, ist ärztlicher Sachverstand gefragt.

Die beiden Autoren beschreiben in ihrem Artikel präzise die Auswirkungen des finanziellen Drucks auf die Patientenversorgung und fordern zu Recht, ethische Prinzipien in ökonomisches Denken zu integrieren. Allerdings wird wohl ein Appell an die kaufmännischen Leitungen von Krankenhäusern, sich mit den ethischen Folgen ihres ökonomischen Handelns zu beschäftigen, überwiegend kein Gehör finden. Sollten sich durch ethisches Verhalten Kosten einsparen lassen, so wird sich das eher auf das Gesundheitssystem als Ganzes beziehen und wohl weniger auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses funktionieren.

Die angesprochenen Mitarbeiterbefragungen sind unbedingt zu fordern. Sie sind wichtige Voraussetzung für eine bipolare Betriebsführung, machen aber nur Sinn, wenn sie nicht nur eine Scheinaktivität sind, sondern aus den Ergebnissen auch tatsächlich Konsequenzen gezogen werden.

Für uns klinisch tätige Ärzte ist der ökonomische Druck täglich spürbar. Impliziter Druck durch Benchmarking oder Zielvorgaben; expliziter Druck, der nicht nur aus der kaufmännischen, sondern manchmal auch aus der ärztlichen Leitungsebene kommt. Druck aufgrund der Arbeitsverdichtung durch Personalabbau und Bürokratieausweitung. Am Ende führt das ökonomische Regime unter dem Diktum „Zeit ist Geld" zu einer Reduktion der ärztlichen Tätigkeit auf das dringend Nötige und Abrechnungsrelevante. Zeit für Gespräche mit Patienten oder Angehörigen, Zeit für kollegialen Austausch und Weiterbildung, Zeit für Zuwendung und Humanität bleiben auf der Strecke. Es ist sogar so, dass leitenden Ärztinnen und Ärzten neben der medizinischen auch die ökonomische Verantwortung für Ihre Abteilung übertragen wird und sich diese somit zu Erfüllungsgehilfen von Personalabbaumaßnahmen in der eigenen Abteilung machen lassen.

Wir als Ärztinnen und Ärzte, die wir seit Langem das Problem erkannt haben, müssen einen grundlegenden Strategiewechsel verfolgen. Wir haben mit Rückendeckung unserer Berufsordnung (Ärztinnen und Ärzte dürfen nämlich hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nicht-Ärzten entgegennehmen) eine ärztliche Haltung zu leben, mit der wir der Verantwortung gegenüber unseren Patienten gerecht werden. Darüber hinaus müssen wir darauf hinwirken, dass in der gesundheitspolitischen Steuerung statt des Fokus auf die Reduktion von Kosten auf die Optimierung von Versorgung im Sinne einer patientenorientierten Medizin gesetzt wird.

Damit ethische Anforderungen an die Patientenversorgung wieder an Bedeutung gewinnen, ist eine stärkere Einbindung von ärztlichem Sachverstand erforderlich sowie die Bereitschaft der Politik, der Forderung nach mehr Qualität in der Patientenversorgung die Forderung

ÖKONOMISIERUNG

Strategiewechsel

Deutsches Ärzteblatt

Datum: 03. November 2017 **Medienart:** Print
Seite: A 2028 - A 2032 **Ressort:** Medizin
Auflage: 129.258 **Rubrik:** Markt & Politik

nach dem dafür in Pflege und Ärzteschaft dringend benötigtem Personal und der notwendigen finanziellen Ausstattung folgen zu lassen.