

Universität Bremen
SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
6. November 2017

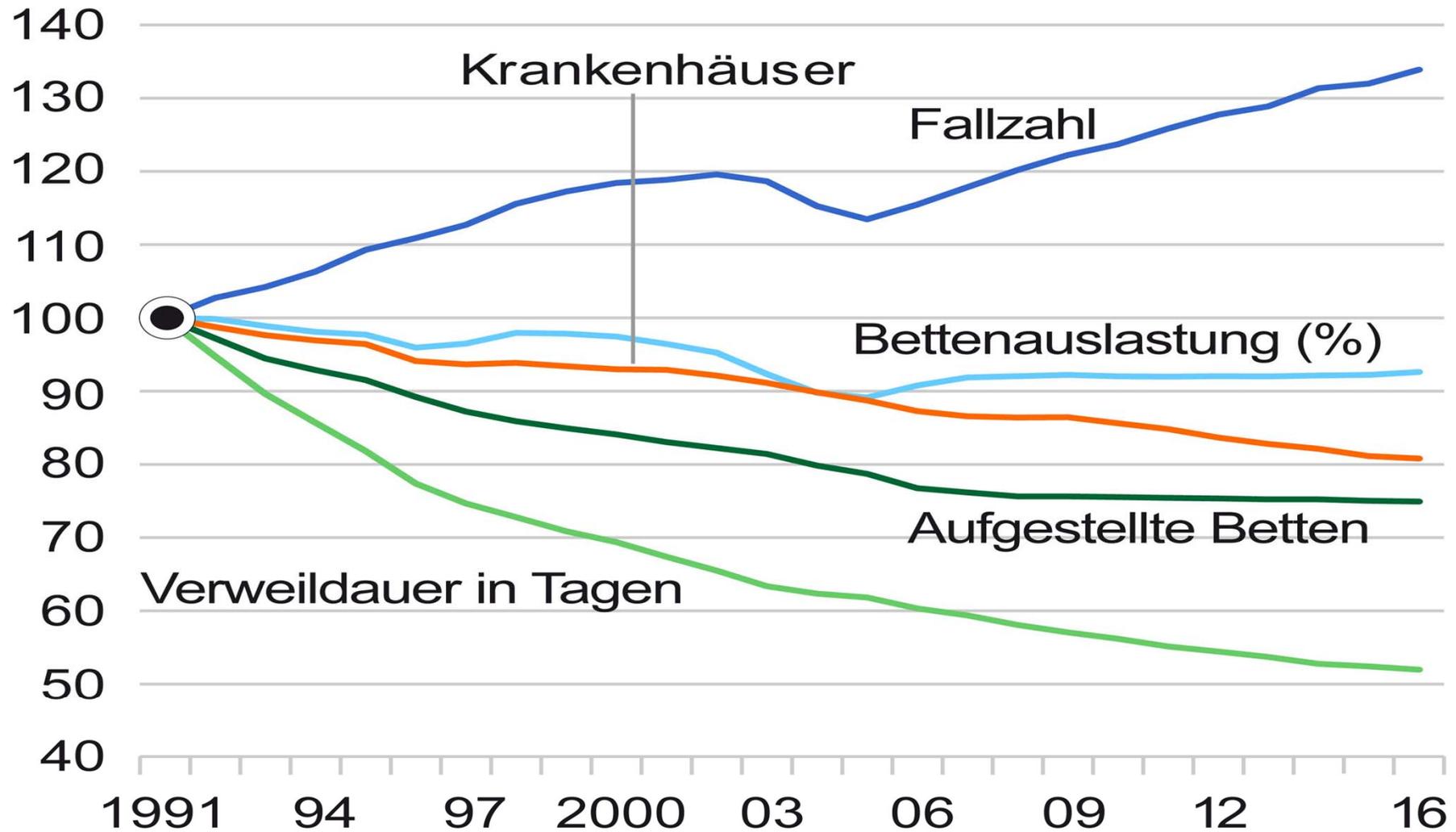
Medizin im Krankenhaus
zwischen
Patientenwohl und Ökonomisierung
– Ärzte und Geschäftsführer im Interview –

Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp
Socium Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen

Prof. Dr. Heinz Naegler
Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin

Krankenhäuser

Index 1991=100



2016 = vorläufiges Ergebnis

©  Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017

Agenda

- Zielsetzung der Studie
- Ökonomisierung – was wird darunter verstanden?
- Material und Methodik
- Ergebnisse
 - stationäre Krankenhausbehandlung unter betriebswirtschaftlichem Einfluss
 - die Folgen
 - Ursachen der Ökonomisierung
- Empfehlungen
- der Nutzen

Agenda

- **Zielsetzung der Studie**
- Ökonomisierung – was wird darunter verstanden?
- Material und Methodik
- Ergebnisse
 - stationäre Krankenhausbehandlung unter betriebswirtschaftlichem Einfluss
 - die Folgen
 - Ursachen der Ökonomisierung
- Empfehlungen
- der Nutzen

Zielsetzung der Studie

Sie fragt danach,

1. ob medizinische Leistungen möglicherweise ohne medizinische Indikation erbracht werden, weil ärztliche Entscheidungen durch betriebswirtschaftliche Vorgaben beeinflusst werden und – wenn diese Frage mit „ja“ beantwortet wird –
2. welche Konsequenzen dieses hat für
 - ↗ den Charakter der Medizin,
 - ↗ die Versorgungspraxis,
 - ↗ den Charakter des Krankenhauses,
 - ↗ die Patienten,
 - ↗ die Rolle des Arztes,
 - ↗ die Belastung und die Beanspruchung der Ärzte,
 - ↗ die Belastung der Krankenkassenbeitragszahler und

Zielsetzung der Studie

Sie fragt danach,

3. welche die Gründe dafür sind.

Eine solche Studie kann nicht das Ziel der Repräsentativität verfolgen. Stattdessen soll sie kritische Phänomene aufzeigen, für Probleme sensibilisieren und Anregungen für Lösungen geben.

Die hier präsentierten Befunde gelten sicher nicht in Bezug auf alle Krankenhäuser. Sie weisen aber auf Defizite hin, die es zum Wohl der Patienten und im Interesse der Krankenhaus-Mitarbeiter zu beseitigen gilt.

Zielsetzung der Studie

Es werden Empfehlungen präsentiert, deren Umsetzen dazu beitragen kann, das Ökonomisieren möglichst vollständig zu verhindern oder doch zumindest zu reduzieren.

Agenda

- Zielsetzung der Studie
- **Ökonomisierung – was wird darunter verstanden?**
- Material und Methodik
- Ergebnisse
 - stationäre Krankenhausbehandlung unter betriebswirtschaftlichem Einfluss
 - die Folgen
 - Ursachen der Ökonomisierung
- Empfehlungen
- der Nutzen

Ökonomisierung – was wird darunter verstanden?

Ökonomisierung ist das Ausrichten patientenbezogener und unternehmerischer Entscheidungen nicht nur an den Individual-Interessen der Patienten (= medizinische Kriterien), sondern auch an den Bedürfnissen anderer Stakeholder (= nicht-medizinische Kriterien).

Andere Stakeholder sind unter anderem die Mitarbeiter, die Gesellschaft, der Krankenhaus-Eigentümer und die Krankenkassen.

Ökonomisierung – was wird darunter verstanden?

Wirtschaftlichkeit ist ein Maß, das uns zeigt, ob ein erwünschtes Krankenhaus-Sachziel (= Behandlung einer vereinbarten Zahl von Patienten) mit dem geringstmöglichen Ressourcen-Einsatz erreicht worden ist.

Ökonomisierung – was wird darunter verstanden?

„Solange betriebswirtschaftliches Denken dazu dient, eine indizierte Maßnahme möglichst wirtschaftlich und effektiv umzusetzen, ist es geboten. Der Rubikon ist überschritten, wenn ökonomisches Denken zur Erlössteigerung die medizinische Indikationsstellung beeinflusst.“*

* U. Wiesing: Chancen und Grenzen der ökonomisierten Chirurgie – Eine ethische Betrachtung, Festvortrag anlässlich der 191. Tagung der Vereinigung nordwestdeutscher Chirurgen am 7. Juni 2013 in Kiel

Agenda

- Zielsetzung der Studie
- Ökonomisierung – was wird darunter verstanden?
- **Material und Methodik**
- Ergebnisse
 - stationäre Krankenhausbehandlung unter betriebswirtschaftlichem Einfluss
 - die Folgen
 - Ursachen der Ökonomisierung
- Empfehlungen
- der Nutzen

Material und Methodik

- 22 explorative Interviews – 5 offene Fragen
- 5 Podiumsdiskussionen in Bremen und Berlin

Teilnehmer: Vertreter der Politik, der Krankenkassen, der Gesundheitswirtschaft
u.a.

- 1 nicht-öffentliche Veranstaltung (Vortrag und Diskussion mit 25 Ärzten)

- 41 qualitative Interviews – leitfadengestützt

20 Ärzte (alle Dienstgrade) und 21 Geschäftsführer

- 10 schriftliche Befragungen

5 Ärzte und 5 Geschäftsführer

Material und Methodik

↗ 3 Fokusgruppen

Teilnehmer: Ärzte , Pflegekräfte, Geschäftsführer, Controller, Klinisches Ethik-Komitee (insgesamt 22 Teilnehmer)

↗ Werkstattgespräch am 26. September 2016

5 Ärzte und 7 Geschäftsführer

➤ Autoren der Studie:

Prof. Dr. Heinz Naegler

Professor für Krankenhausmanagement, Berlin
Langjähriger Direktor verschiedener Krankenhäuser, u.a. Generaldirektor des
Wiener Krankenanstaltenverbundes

Prof. Dr. Dr. Karl Heinz Wehkamp

Professor für Public Health, Management, Ethik , Bremen
Dipl. Sozialwissenschaftler
Facharzt , zehn Jahre Kliniktaetigkeit
Forschungstaetigkeit und Ethikberatung in Kliniken seit 1990

Material und Methodik

↗ **Zusammensetzung der Krankenhäuser nach *Versorgungsstufen***

» Krankenhaus-Konzerne	13
» Maximalversorgung	20
» Schwerpunktversorgung	18
» Grund- und Regelversorgung	8
» Fachkrankenhäuser	4

Krankenhaus-Trägern

» öffentlich-rechtlich	26
» freigemeinnützig	20
» privat	17

Warum qualitatives Verfahren?

- Erfahrung großer Diskrepanz zwischen den Ergebnissen statistischer Qualitätsstudien und dem Erleben der Akteure
- Zweifel an der Reliabilität vieler quantitativer Ansätze, da diese die Indikationsqualität nicht hinreichend erfassen
- Um den Akteuren eine Stimme zu geben (die zumeist im Verdeckten spricht, gerne aber überhört wird)
- Um die „innere Dimension“ der Phänomene zu würdigen

Material und Methodik

Indem die Akteure der Krankenhausarbeit zu Wort kommen, werden

- nicht nur das Beeinflussen ärztlicher Entscheidungen durch äußere Faktoren sichtbar gemacht, sondern auch
- eventuell gegebene organisationale und strukturelle Defizite in der Steuerung der Patientenversorgung, die den Einfluss wirtschaftlicher Interessen auf das Handeln der Ärzte verstärken können.

Agenda

- Zielsetzung der Studie
- Ökonomisierung – was wird darunter verstanden?
- Material und Methodik
- **Ergebnisse**
 - **stationäre Krankenhausbehandlung unter betriebswirtschaftlichem Einfluss**
 - die Folgen
 - Ursachen der Ökonomisierung
- Empfehlungen
- der Nutzen

Ökonomisierung findet statt!

- Es gibt diese „Ökonomisierung“ patientenbezogener Entscheidungen!
- Entscheidungen über Aufnahme, Behandlungsart und Entlassungszeitpunkt würden anders ausfallen...
- Das Phänomen ist „häufig“ , „durchgängig“, „zunehmend“, aber es gibt auch Ausnahmen.
- Die „Grauzone“ der Indikationsstellung wird voll ausgenutzt, manchmal auch überschritten.
- Es kommt zu Verletzungen medizinethischer Grundwerte: Nihil Nocere! Autonomie!...

Auswirkungen auf den Charakter der Medizin

- Die Medizin muss gewinnorientiert denken und handeln.
- Die „Außensteuerung“ der Medizin beeinträchtigt die Binnensteuerung.
- Indikationsstellungen werden modifiziert
- „Die Medizin wird härter“ (unbarmherzig) und aggressiver.
- Vertrauen in die ethische und rechtliche Korrektheit der Medizin schwindet bei Ärzten (!)

Konsequenzen für Versorgungspraxis

- Aufnahme, Behandlungsdauer und Entlassungszeitpunkt von DRG beeinflusst
- „Zuwartende Medizin“ und Selbstheilung haben es schwerer. Die Beschleunigung bevorzugt technische Prozeduren.
- Tendenz zur ökonomischen Benachteiligung konservativer Verfahren.
- „Procedures“ und apparative Maßnahmen zu Lasten medizinischer Basisleistungen: Anamnese, körperliche Untersuchung, persönliche Betreuung, ausreichende Aufklärung
- Reflexion über Ziele der Therapie und Diagnostik unzureichend

Konsequenzen für das Krankenhaus

- Aufnahme von Patienten auch ohne ausreichende Indikation und vorzeitige Entlassung wirtschaftlich lohnend.
- Abweisung „unattraktiver“ und Bevorzugung „lukrativer“ Patienten wirtschaftlich lohnend.
- Betriebswirtschaftlich attraktive Abteilungen werden begünstigt, andere geschlossen
- Hausinterne Verlegungen erfolgen auch nach Kosten- und Abrechnungskriterien
- Qualitätssicherung durch Routinedaten klammert erhebliche Qualitätsmängel aus
- Offizielle Unternehmensgrundsätze werden von Ärzten als „nicht gelebt“ kritisiert bzw. gar nicht ernst genommen

Konsequenzen für Patienten

- Patient wird auch unter betriebswirtschaftlichem Aspekt gesehen und behandelt
- Persönliche Betreuung und Beachtung individueller Aspekte kommen zu kurz.
- Dem Patienten werden eher gewinnbringende Behandlungsverfahren angeboten.
- Auf das ethische Prinzip „nil nocere!“ (keinen Schaden anrichten!) ist kein sicherer Verlass!
- Vertrauen in die gelebte Medizinethik sollte nicht unkritisch sein!

Konsequenzen für Ärzte

- Aus der treuhänderischen Sorgebeziehung wird eine Geschäftsbeziehung zwischen Arzt und Patient.
- Der Chefarzt wird zum wirtschaftlich Verantwortlichen. Oberärzte müssen das oft umsetzen.
- Medizinische Entscheidungsfreiheit eingeengt.

Assistenzarzt): Was meine persönlichen Freiheitsgrade in Bezug auf medizinische Entscheidungen betrifft, so würde ich (nach Schulnoten) schon noch eine 2 geben- das habe ich mir mühevoll erarbeitet- dafür muss man sich sehr behaupten. Beim Chef würde ich realistisch maximal eine 4 , wahrscheinlich eine 5 geben. Das ist sehr realistisch eingeschätzt . .Das ist auch das Dilemma. Der Chef, der eigentlich für den Zusammenhalt einer Abteilung sorgen muss, der ist völlig machtlos, der KANN gar nicht mehr dafür sorgen, dass es der Abteilung gut geht...

Belastungen der Ärzte

- Hohe Arbeitsverdichtung bei kalkulierter Personalverknappung *erzeugt gesundheitliche Risiken.* („Kalkuliert heißt: auf das unbedingt notwendige Maß festgelegt oder finanzierbar.“)
- Beschleunigung der Versorgungsprozesse verlangt Verteilung der Arbeitslast auf Fach- und Oberärzte zu Lasten der Ausbildung und Entscheidungssicherheit von Assistenzärzten.

Belastungen der Ärzte

„Ja und wie! Das ist die zentrale Stellschraube und hier liegt das Hauptproblem. Also jetzt wird's bitter. Eine sehr gute bewährte Kollegin hat hier einen völligen psychischen Zusammenbruch erlitten. Das war sehr beeindruckend – zwei junge Kolleginnen mit Tinnitus und Hörsturz – alles junge Leute – die vierte Kollegin hat eine hypertensive Krise, die wurde intensivpflichtig – die fünfte ist in einer psychosomatischen Kur mit entsprechender Diagnose – das war so die letzten 1,5 Jahre.“; 25.28 „Was mich sehr beschäftigt, ist, dass bei all dem, was da passiert mit dem Personal, psychische und Belastungsfolgen, dass das durch nichts aufgefangen wird, das ist ein Gut, das schonungslos verbraucht wird, das ist nicht in Zahlen ausdrückbar, die Sorgen die man sich macht, die Vorwürfe, die man sich macht, wenn man Leute schlecht behandelt hat, ich wünsche mir was, was, das es zählbar, oder jedenfalls greifbar macht.“; 25.30 „Ich hoffe, dass durch Ihre Studie das fassbar wird, diese unhaltbaren Arbeitssituationen. Es geht rapide bergab gerade ...“).

Ergebnisse

Geschäftsführer und Ärzte

- leben in sehr unterschiedlichen Welten
- haben wenig inhaltlichen Austausch
- stehen sich nicht gleichberechtigt gegenüber (Letztverantwortung des Kaufmanns)
- stehen sich in der Regel eher kritisch und teilweise feindlich gegenüber
- sind nur selten *ein* Healthcare- Team

Ergebnisse

Folgen für die Krankenkassenbeitragszahler

- Unnötig hohe Krankenkassenbeiträge, weil ein Teil der durch diese finanzierten Leistungserlöse für die Finanzierung der Investitionen verwendet werden muss.

Ergebnisse

Folgen für die Krankenkassenbeitragszahler

- Unnötig hohe Krankenkassenbeiträge, weil ein Teil der durch diese finanzierten Leistungserlöse für die Finanzierung der Investitionen verwendet werden muss.
- Wegen der Deckelung der Krankenkassenbeiträge – die Beitragsbemessungsgrenze ist 2018 € 4.425,00 monatlich – werden Arbeitnehmer mit geringem Einkommen relativ stärker belastet als die Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze.

Agenda

- Zielsetzung der Studie
- Ökonomisierung – was wird darunter verstanden?
- Material und Methodik
- **Ergebnisse**
 - stationäre Krankenhausbehandlung unter betriebswirtschaftlichem Einfluss
 - die Folgen
 - **Ursachen der Ökonomisierung**
- Empfehlungen
- der Nutzen

Ergebnisse

Ursachen der Ökonomisierung

- Finanzmittel-Knappheit und ihre Ursachen, u.a.
 - » unzureichende Investitions-Finanzierung
 - » unzureichende Anpassung der Bewertungsrelationen an die Kostenentwicklung
 - » diverse Verlustquellen (Notfall-Ambulanzen, Extremkostenfälle, Überkapazitäten, Renditeerwartungen des Eigentümers u.a.m.)
- Personalbedarfs-Ermittlung
(Zahl der Ärzte ist abhängig von der Höhe der Erlöse und/oder der Zahl der Casemixpunkte)

Ergebnisse

Ursachen der Ökonomisierung

- ↗ Finanzmittel-Knappheit und ihre Ursachen, u.a.
 - » unzureichende Investitions-Finanzierung
 - » unzureichende Anpassung der Bewertungsrelationen an die Kostenentwicklung
 - » diverse Verlustquellen (Notfall-Ambulanzen, Extremkostenfälle, Überkapazitäten, Renditeerwartungen des Eigentümers u.a.m.)
- ↗ Personalbedarfs-Ermittlung
(Zahl der Ärzte ist abhängig von der Höhe der Erlöse und/oder der Zahl der Casemixpunkte)

Ergebnisse

Ursachen der Ökonomisierung

- Finanzmittel-Knappheit und ihre Ursachen, u.a.
 - » unzureichende Investitions-Finanzierung
 - » unzureichende Anpassung der Bewertungsrelationen an die Kostenentwicklung
 - » diverse Verlustquellen (Notfall-Ambulanzen, Extremkostenfälle, Überkapazitäten, Renditeerwartungen des Eigentümers u.a.m.)
- Personalbedarfs-Ermittlung
(Zahl der Ärzte ist abhängig von der Höhe der Erlöse und/oder der Zahl der Casemixpunkte)

Ergebnisse

Ursachen der Ökonomisierung

- Finanzmittel-Knappheit und ihre Ursachen, u.a.
 - » unzureichende Investitions-Finanzierung
 - » unzureichende Anpassung der Bewertungsrelationen an die Kostenentwicklung
 - » diverse Verlustquellen (Notfall-Ambulanzen, Extremkostenfälle, Überkapazitäten, Renditeerwartungen des Eigentümers u.a.m.)
- Personalbedarfs-Ermittlung
(Zahl der Ärzte ist abhängig von der Höhe der Erlöse und/oder der Zahl der Casemixpunkte)

Ergebnisse

- ↗ Methode zur Kalkulation der Bewertungsrelationen
 - » Rationalisierungs-Effekte werden abgeschöpft
 - » Gewinne können nicht durch die Steigerung der Effizienz der Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsprozesse erwirtschaftet werden

Agenda

- Zielsetzung der Studie
- Ökonomisierung – was wird darunter verstanden?
- Material und Methodik
- Ergebnisse
 - stationäre Krankenhausbehandlung unter betriebswirtschaftlichem Einfluss
 - die Folgen
 - Ursachen der Ökonomisierung
- **Empfehlungen**
- der Nutzen

Empfehlungen

Empfehlungen zur Stärkung strikter Patientenorientierung bei ärztlichen Entscheidungen

Zwei Gruppen:

➤ Gruppe 1

Empfehlungen zur Veränderung der
Rahmenbedingungen auf der Makro-Ebene als
Grundlage für die medizinische und wirtschaftliche
Steuerung von Krankenhäusern

als Antwort auf **Finanzierungs-Defizite**

Empfehlungen

Empfehlungen zur Stärkung strikter Patientenorientierung bei ärztlichen Entscheidungen

Zwei Gruppen:

↗ Gruppe 2

Empfehlungen zur medizinischen und
wirtschaftlichen Steuerung von Krankenhäusern

als Antwort auf **Kommunikations-Defizite**

Empfehlungen

Empfehlungen zur Stärkung strikter Patientenorientierung bei ärztlichen Entscheidungen

Zwei Gruppen:

↗ Gruppe 2

Empfehlungen zur medizinischen und wirtschaftlichen Steuerung von Krankenhäusern

als Antwort auf **Kommunikations-Defizite**

Einige dieser Empfehlungen basieren auf best-practice-Beispielen, von denen wir während der Interviews erfahren haben.

Empfehlungen

Empfehlungen zur Veränderung der **Rahmenbedingungen auf der Makro-Ebene** als Grundlage für die medizinische und wirtschaftliche Steuerung von Krankenhäusern

- Investitionskosten-Finanzierung neu ausrichten
- Überkapazitäten beseitigen und verhindern, dass neue geschaffen werden
- Grund- und Regelversorgung neu definieren

Empfehlungen

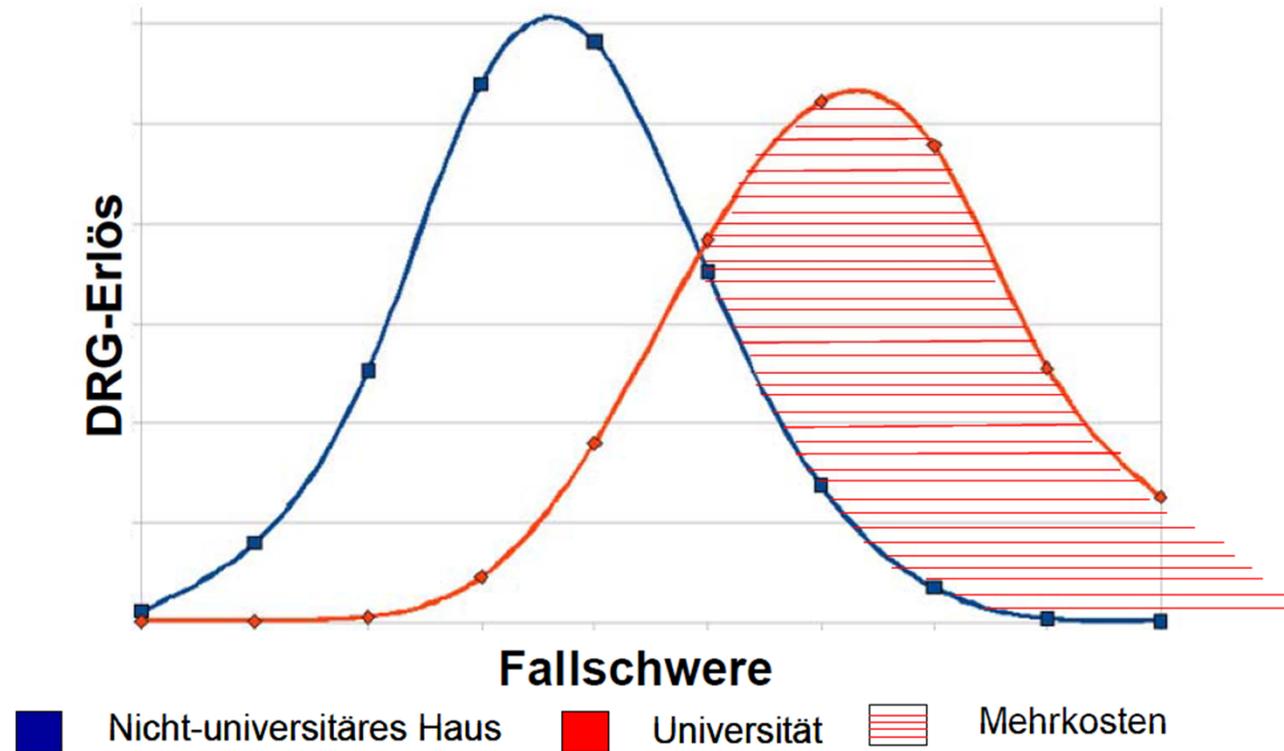
- ↗ Bewertungenrelationen an Kostenstrukturen anpassen
 - » Krankenhäuser benötigen einen Unternehmergewinn – Oder: Durch Rationalisierungsmaßnahmen erwirtschaftete Gewinne nicht vollständig abschöpfen

Empfehlungen

- Bewertungsrelationen an Kostenstrukturen anpassen
 - » Krankenhäuser benötigen einen Unternehmergewinn – Oder: Durch Rationalisierungsmaßnahmen erwirtschaftete Gewinne nicht vollständig abschöpfen
 - » Zur Kalkulation der Bewertungsrelationen
 - » Finanzierung der Extremkostenfälle
 - » Finanzierung der Behandlung alter Patienten
 - » Finanzierung der Behandlung multimorbider Patienten während eines Krankenhaus-Aufenthaltes
- kostendeckende Finanzierung der Notfallambulanzen

Empfehlungen

↗ Finanzierung der Extremkostenfälle



Quelle: A. Tecklenburg: Weiterentwicklung des DRG-Systems, Vortrag anlässlich des 73. Ordentlichen Fakultätentages, Göttingen 2012, Seite 4

Empfehlungen

↗ **kostendeckende Finanzierung der Notfallambulanzen**

- » Erlös pro Fall: € 32,00
- » durchschnittliche Kosten pro Fall: € 120,00
- » Defizit pro Jahr für alle Krankenhäuser: € 1 Mrd.

Quelle: Haas, Chr. et al.: Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse, Gutachten im Auftrag der Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), S. 5

Empfehlungen

- ↗ Priorisierung medizinischer Leistungen
 - » Priorisierung = Festlegen der Vorrangigkeit der Behandlung von zum Beispiel bestimmten Krankheiten, Patienten oder Behandlungsmethoden vor anderen

Empfehlungen

- ↗ Priorisierung medizinischer Leistungen
 - » Kriterien für die Prioritätensetzung und
 - » Regeln für den Prozess der Prioritätensetzung

Empfehlungen

Empfehlungen zur medizinischen und wirtschaftlichen Steuerung von Krankenhäusern

- Empfehlungen zur **medizinischen Steuerung**
 - » Entwicklung und Einführung eines Kodex
 - » Berücksichtigung der G-AEP(= German appropriate evaluation protocol)-Kriterien bei allen Aufnahme-Entscheidungen
 - » Entwicklung und Einführung von Behandlungsleitlinien
 - » Controlling

Empfehlungen

Entwicklung und Einführung eines Kodex

Orientierung für ärztliches Handeln, das der Begrenztheit der Ressourcen Rechnung trägt und ethisch vertretbar ist, und für das Wahrnehmen der Verantwortung gegenüber den Patienten bieten medizinethische Prinzipien

- Prinzip des Wohltuns oder des Nutzens
- Prinzip des Nichtschadens
- Prinzip des Respekts der Patienten-Autonomie
- Prinzip der Gerechtigkeit

Empfehlungen

Entwicklung und Einführung eines Kodex

↗ **Prinzip des Wohltuns oder des Nutzens**

Wenn Maßnahmen unterbleiben, die für Patienten nicht nützlich und damit ineffektiv sind, tut dieses den Patienten gut und reduziert den Ressourceneinsatz.

Empfehlungen

Entwicklung und Einführung eines Kodex

↗ **Prinzip des Nichtschadens**

Das Prinzip des Nichtschadens verlangt von dem Arzt, medizinisch nicht indizierte Maßnahmen zu unterlassen, weil jede Diagnostik und Therapie eine Belastung für die Patienten ist. Der Ressourceneinsatz wird reduziert.

Es verlangt auch den Schutz der Würde des Patienten.

Empfehlungen

Entwicklung und Einführung eines Kodex

↗ **Prinzip des Respekts der Patienten-Autonomie**

- » strikte Beachtung der Selbstbestimmung der Patienten
- » Voraussetzung ist hinreichende Aufklärung über Behandlung und mögliche Alternativen
- » informierte Zustimmung des Patienten zu der vorgesehenen Maßnahme
- » Achtung von Patientenverfügungen und Betreuungsvollmachten.
- » Ausreichende Gesprächs- und Bedenkzeit ist Grundvoraussetzung.

Empfehlungen

Entwicklung und Einführung eines Kodex

↗ Prinzip der Gerechtigkeit

- » Abwägen zwischen dem fraglichen Nutzen einer Maßnahme für einen Patienten A und dem vielleicht höheren Nutzen für einen Patienten B
- » Freisetzen der Ressourcen für die Behandlung des Patienten B
- » Kriterien und Regeln für das Priorisieren werden benötigt
- » Ethikkomitee unterstützt Arzt bei Rationierungs- und Priorisierungsentscheidungen

Empfehlungen

Entwicklung und Einführung eines Kodex

- Damit der Kodex wirksam werden kann, muss er unter Beteiligung von Vertretern aller Hierarchieebenen, Berufsgruppen und Leistungsbereichen krankenhausspezifisch entwickelt werden (Einen Kodex gibt es nicht von der Stange!).

Empfehlungen

Entwicklung und Einführung eines Kodex

- ↗ Damit der Kodex wirksam werden kann, muss die Geschäftsführung alle Ärzte, Pflegekräfte und Vertreter der anderen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen
 - » darüber informieren, was von ihnen erwartet wird,
 - » dafür begeistern, die Regeln des Kodex bei ihrem Handeln zu berücksichtigen und
 - » gegebenenfalls dafür befähigen, Letzteres zu tun.

Empfehlungen

Berücksichtigung der G-AEP(= German appropriate evaluation protocol)-Kriterien bei allen Aufnahme-Entscheidungen

- Der Kriterien-Katalog ist von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen verabschiedet worden und mit Wirkung zum 15. April 2004 in Kraft getreten. Er dient der Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), ob die Norm des § 17 c Abs. 1 KHG i.d.F. des Fallpauschalengesetzes (FPG) eingehalten wird.

Empfehlungen

Empfehlungen zur medizinischen und wirtschaftlichen Steuerung von Krankenhäusern

- ↗ Empfehlungen zur **wirtschaftlichen Steuerung**
 - » Strategische und operative Planung
 - » Führungskonzept
 - » Verantwortung des Chefarztes
 - » Zielvereinbarungen
 - » Mitarbeiterorientierungsgespräche
 - » Bonus-Verträge
 - » Verhalten des Geschäftsführers
 - » Transparenz und Kommunikation
 - » Controlling

Empfehlungen

Operative Planung als Gegenstromverfahren

- Vertreter der obersten Leitungsebene legen die für das nächste Wirtschaftsjahr erwarteten Größen – wie Rendite, Leistungen, Umsatz, Ressourceneinsatz – fest.
- Daraus werden – durch das Controlling – Abteilungs-Budget-Entwürfe entwickelt.
- Die Abteilungs-Budget-Entwürfe werden mit den für deren Umsetzung Verantwortlichen abgestimmt – d.h. gegebenenfalls auch korrigiert.

Empfehlungen

Operative Planung als Gegenstromverfahren (Forts.)

- Danach werden die Abteilungs-Budgets zu dem Wirtschaftsplan zusammengefasst.
- Der Wirtschaftsplan wird durch den Aufsichtsrat festgestellt und ist danach verbindliche Grundlage unternehmerischen und ärztlichen Handelns.

Empfehlungen

Operative Planung als Gegenstromverfahren (Forts.)

- Das **Einbeziehen der Ärzte in die strategische und operative Planung** und damit in die intensive Auseinandersetzen über die künftige Ausrichtung des Krankenhauses und über die erwarteten Ergebnisse werden von den Ärzten als Wertschätzung wahrgenommen. Sie begründet das Vertrauen zwischen Ärzten und Geschäftsführer und ist damit die Voraussetzung für eine gute Medizin.

Empfehlungen

Operative Planung als Gegenstromverfahren (Forts.)

- Das **Einbeziehen der Ärzte in die strategische und operative Planung** und damit die intensive Auseinandersetzen über die künftige Ausrichtung des Krankenhauses und über die erwarteten Ergebnisse werden von den Ärzten als **Wertschätzung** wahrgenommen. Sie begründet das Vertrauen zwischen Ärzten und Geschäftsführer und ist damit die Voraussetzung für eine gute Medizin.

Empfehlungen

Operative Planung als Gegenstromverfahren (Forts.)

- Das **Einbeziehen der Ärzte in die strategische und operative Planung** und damit die intensive Auseinandersetzen über die künftige Ausrichtung des Krankenhauses und über die erwarteten Ergebnisse werden von den Ärzten als **Wertschätzung** wahrgenommen. Sie begründet das **Vertrauen** zwischen Ärzten und Geschäftsführer und ist damit die Voraussetzung für eine gute Medizin.

Empfehlungen

Operative Planung als Gegenstromverfahren (Forts.)

- Das **Einbeziehen der Ärzte in die strategische und operative Planung** und damit die intensive Auseinandersetzen über die künftige Ausrichtung des Krankenhauses und über die erwarteten Ergebnisse werden von den Ärzten als **Wertschätzung** wahrgenommen. Sie begründet das **Vertrauen** zwischen Ärzten und Geschäftsführer und ist damit die Voraussetzung für eine **gute Medizin**.

Empfehlungen

Controlling – Controlling-Leitbild

- Zielsetzung des Controlling
- Bedeutung des Controlling für das Krankenhausmanagement
- Umgang mit Fehlern
- Zusammenarbeit der für das Umsetzen der Abteilungs-Budgets Verantwortlichen und den Mitarbeitern der Controlling-Abteilung

Agenda

- Zielsetzung der Studie
- Ökonomisierung – was wird darunter verstanden?
- Material und Methodik
- Ergebnisse
 - stationäre Krankenhausbehandlung unter betriebswirtschaftlichem Einfluss
 - die Folgen
 - Ursachen der Ökonomisierung
- Empfehlungen
- **der Nutzen**

Der Nutzen

- ↗ Das Umsetzen der Empfehlungen wird dazu führen, dass das Wohl des Patienten als Leitprinzip der Krankenhausmedizin wieder mehr an Bedeutung erhält.

Der Nutzen

- Das Umsetzen der Empfehlungen wird dazu führen, dass das Wohl des Patienten als Leitprinzip der Krankenhausmedizin wieder mehr an Bedeutung erhält.
- Das Umsetzen der Empfehlungen wird dazu führen, dass künftig weniger Patienten unnötigerweise in die stationäre Behandlung aufgenommen und weniger medizinische Leistungen unnötigerweise erbracht werden und dass die Qualität der stationären Behandlung zunimmt.

Der Nutzen

- Die Folge wird sein, dass eine Reihe von Krankenhäusern vom Behandlungsmarkt verschwindet. Das werden vor allem jene sein, deren medizinische und wirtschaftliche Steuerung nach nicht mehr zeitgemäßen Methoden erfolgt.

Der Nutzen

- Die Folge wird sein, dass eine Reihe von Krankenhäusern vom Behandlungsmarkt verschwindet. Das werden vor allem jene sein, deren medizinische und wirtschaftliche Steuerung nach nicht mehr zeitgemäßen Methoden erfolgt.
- Diese Entwicklung ist geboten, um die Fehl-, Über- und Unterversorgung vieler Patienten, die Überlastung der Mitarbeiter und die Fehlallokation der von der Gesellschaft zur Verfügung gestellten Ressourcen reduzieren zu können.

Heinz Naegler
Karl-Heinz Wehkamp

Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung

Krankenhausärzte und
Geschäftsführer im Interview

 Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft