

**Universität Bremen – Zentrum für Sozialpolitik
Der Senator für Gesundheit der Freien Hansestadt Bremen**

**Symposium
Die Ökonomisierung der Medizin**

20. Juni 2014

**Thema
Ökonomisierung der Medizin
– Ursachen, Instrumente und Folgen –**

Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp, Universität Bremen – Zentrum für Sozialpolitik

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

Agenda

- ↗ Das Projekt „Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus“ – Zielsetzung und Methodik
- ↗ Ökonomisierung – was verstehen wir darunter?
- ↗ Ursachen und Instrumente der Ökonomisierung
- ↗ Folgen der Ökonomisierung

Titel der Studie

- Die Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus
- Anmerkung:
 - Inhalt, Begrifflichkeit und moralische Bewertung der „Ökonomisierung“ werden nicht a priori vorausgesetzt, sondern sind Gegenstand der Untersuchung und somit auch des Ergebnisses

Autoren der Studie

- Heinz Naegler, Prof. Dr. rer.pol.
 - seit 1975 Krankenhausmanagement
 - seit 1998 Entwicklung und Betreuung MBA-Studiengang Health Care Management,
- Karl-H. Wehkamp, Prof. Dr. rer.pol. Dr. med.
 - Sozialwissenschaftler, Facharzt (10 Jahre Krankenhaustätigkeit) , Medizinethiker (AEM)
 - „Ethikprojekte“ an deutschen Krankenhäusern seit 1996: Medizinethik-Ökonomie-Management

Förderung/Interessenkonflikte

- Keine Interessenkonflikte
- Keine Fördermittel

Erkenntnisinteressen

- Wie erleben die Akteure im Krankenhaus die Veränderungsprozesse?
- Wie werden sie beschrieben?
- Wie werden sie benannt?
- Wie werden sie moralisch bewertet?
- *Wie sollten* sie wissenschaftlich beschrieben werden?
- *Wie sollten* sie ethisch eingeschätzt werden?
- Konsequenzen für Praxis, Management, Politik

Leitfragestellungen

- Welche Wirkungen gehen von der ökonomischen Beeinflussung ärztlichen Handelns auf die Qualität der Patientenversorgung aus?
- Wie verändern sich das Krankenhaus, die Medizin, die Versorgungspraxis?
- Wie sollen die Veränderungen medizin- und wirtschaftsethisch bewertet werden?

Drei Dimensionen des Projekts

- Empirische Dimension
- Begrifflich- theoretische Dimension
- Ethische Dimension

Empirie : Methodik

- Sozialwissenschaftlich
- „mixed methods“:
 - qualitative und quantitative Methoden
- Qualitativ: „Grounded Theory“
 - Nutzung *aller* verfügbaren Erkenntnisquellen
 - Leitfadeninterviews
 - Offene Fragen
 - Variable Fragen
 - Keine Festlegung im Vorab
 - Keine statistische Repräsentativität

Empirie: Interviews und Auswertung

- Wenige offene Fragen, Nachfragen, neue Fragen im Zuge des Gesprächs („Spurensuche“)
- Gespräche werden unmittelbar protokolliert, möglichst im Originalton
- Aufbereitung der Protokolle nach 20 Phänomenen (Leitkategorien)
- Mehrstufige Auswertung der Leitkategorien
- Berichterstellung und Diskussion

Empirie: Leitfragen

- In den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Medizin, die Arbeit und Krankenhaus und auch das Gesundheitssystem verändert. Wenn Sie an Ihre Arbeit und Arbeitssituation denken, wie würden Sie die wesentlichen Veränderungen benennen bzw. beschreiben?
- Welche Auswirkungen haben diese Entwicklungen aus Ihrer Sicht und Erfahrung auf die Medizin, die Versorgung der Patienten, die Institution Krankenhaus, das Gesundheitssystem und die Gesellschaft? Bitte nennen Sie Beispiele, die Sie für besonders charakteristisch halten!
- Wie würden Sie diese Entwicklungen bzw. Veränderungen erklären? Also: Warum kam es dazu? Was sind Hintergründe, Ursachen, Interessen?
- Wie bewerten Sie diese Entwicklungen hinsichtlich ihrer moralischen Legitimität?
- Was sollte Ihrer Meinung nach anders laufen?
- Skizzieren Sie aus Ihrer Sicht eine „gute Medizin“, ein „gutes Krankenhaus“ und ein „gutes Krankenhausmanagement“!

Empirie: Mehrstufigkeit

- Stufe 1:
 - 20 Pilotinterviews
 - Verschiedene protokollierte Einzelgespräche
 - Gruppendiskussion der Ergebnisse (14 Ärzte und Pflegekräfte)
 - Symposion Bremen
- Stufe 2: zweite Staffel von Leitfadeninterviews unter Berücksichtigung der Ergebnisse der ersten Stufe
- Stufe 3: quantifizierende Spezifizierung auf Basis von 1 und 2 durch Fragebogen und statistische Auswertung. Höhere Repräsentativität angestrebt.

Empirie: Sample

- 10 Mitglieder des Vorstands / der Krankenhausleitung
- 10 Ärztinnen/Ärzte : Chefarzt, Oberärzte, Assistenzärzte
- 10 Pflegekräfte (noch nicht abgeschlossen)
- Alle Klinikategorien
- Verschiedene medizinische Disziplinen
- Verschiedene Regionen in Deutschland
- Bewusst „offenes“ Verfahren

Empirie: Bias

- Bevorzugt erfahrende Fachkräfte mit langer Berufserfahrung
- Bevorzugt Kliniken der Maximalversorgung und Universitäten
- Bevorzugt Metropolregionen
- Mehr Männer als Frauen
- Ärzte: mehrheitlich Oberärzte/ Oberärztinnen

Empirie: Erfahrungen

- Alle Anfragen nach Bereitschaft zum Interview wurden positiv beantwortet
- Dauer der Interviews: 1- 2,5 Stunden
- Großes Bedürfnis nach Aussprache über das Thema
- Großes Interesse am Ergebnis
- Bereitschaft zu Fortsetzung
- Teilweise heftige emotionale Beteiligung

Agenda

- Das Projekt „Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus“ – Zielsetzung und Methodik
- Ökonomisierung – was verstehen wir darunter?
- Ursachen und Instrumente der Ökonomisierung
- Folgen der Ökonomisierung

Ökonomisieren

= sparen

= rationalisieren

= rationieren

= wirtschaftlich mit Ressourcen umgehen

= ??

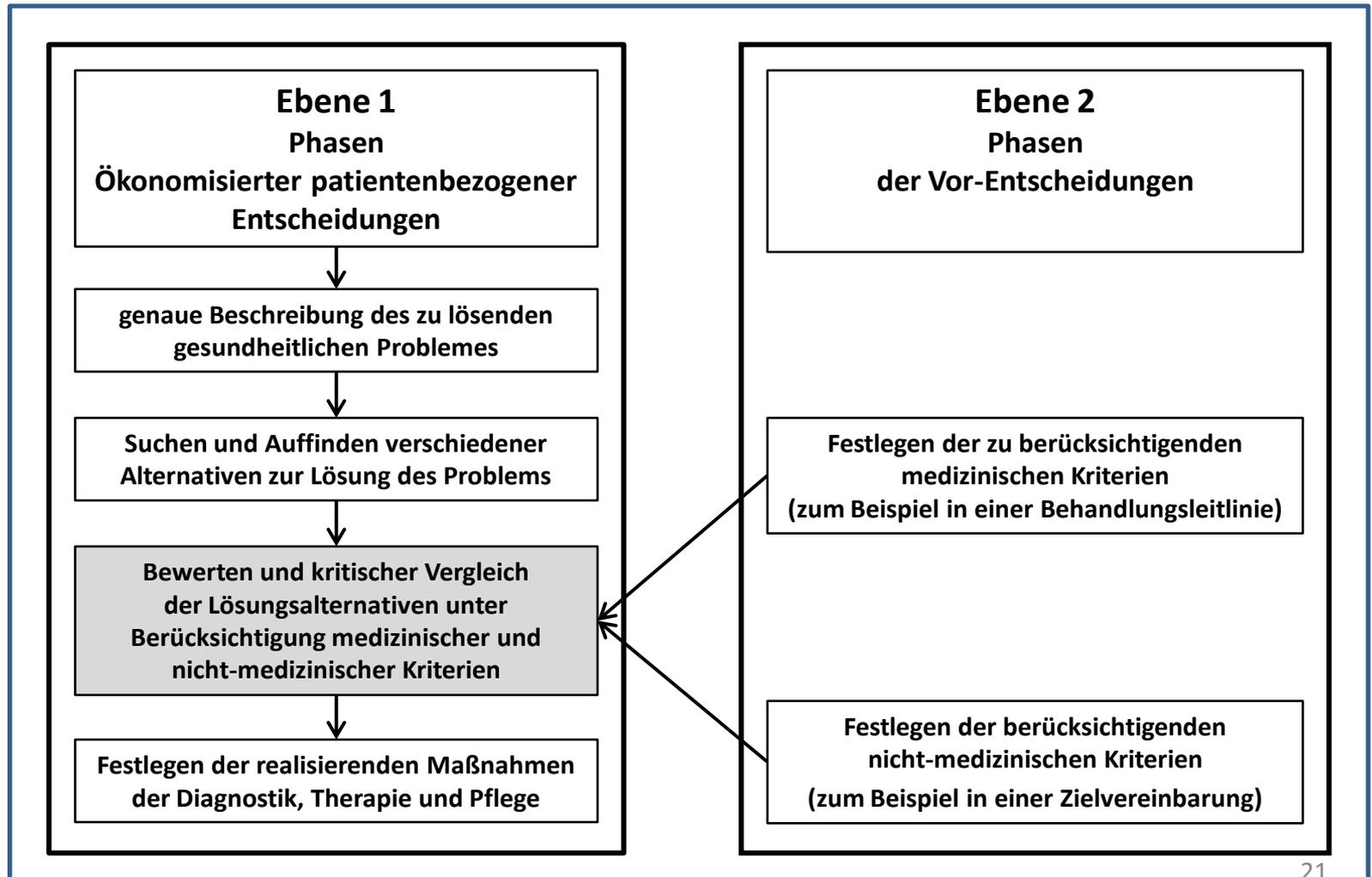
Mit **Ökonomisierung** ist gemeint das Ausrichten patientenbezogener und unternehmerischer Entscheidungen nicht nur an den Individual-Interessen der Patienten (= medizinische Kriterien), sondern auch an den Bedürfnissen anderer Stakeholder (= nicht-medizinische Kriterien).

Nicht nur patientenbezogene und unternehmerische Entscheidungen werden ökonomisiert, sondern auch mitarbeiterbezogene Entscheidungen. Immer mehr wird nur noch danach gefragt, **wie viel Stellen können finanziert werden**, und nicht, **wie viel Stellen werden** auf der Grundlage von Produktivitäts-Kennziffern **benötigt**, um eine geforderte Leistung erbringen zu können.

- Wirkung der Beeinflussung ärztlichen Handelns durch Ökonomie auf Versorgungspraxis steht im Vordergrund der Studie – deshalb deren Titel
- Ärztliches Handeln wird mittelbar aber auch durch ökonomisierte Personalentscheidungen beeinflusst (→ zum Beispiel Personalknappheit)
Deshalb kann dieser Aspekt bei weiteren Betrachtungen nicht ausgeblendet werden.

Ökonomisierung – was verstehen wir darunter?

Ebenen und Phasen ökonomisierter patientenbezogener Entscheidungen



Mit Hilfe der **Ökonomisierung**
patientenbezogener und unternehmerischer
Entscheidungen sollen

↗ Gewinne erwirtschaftet

bzw.

↗ Verluste vermieden

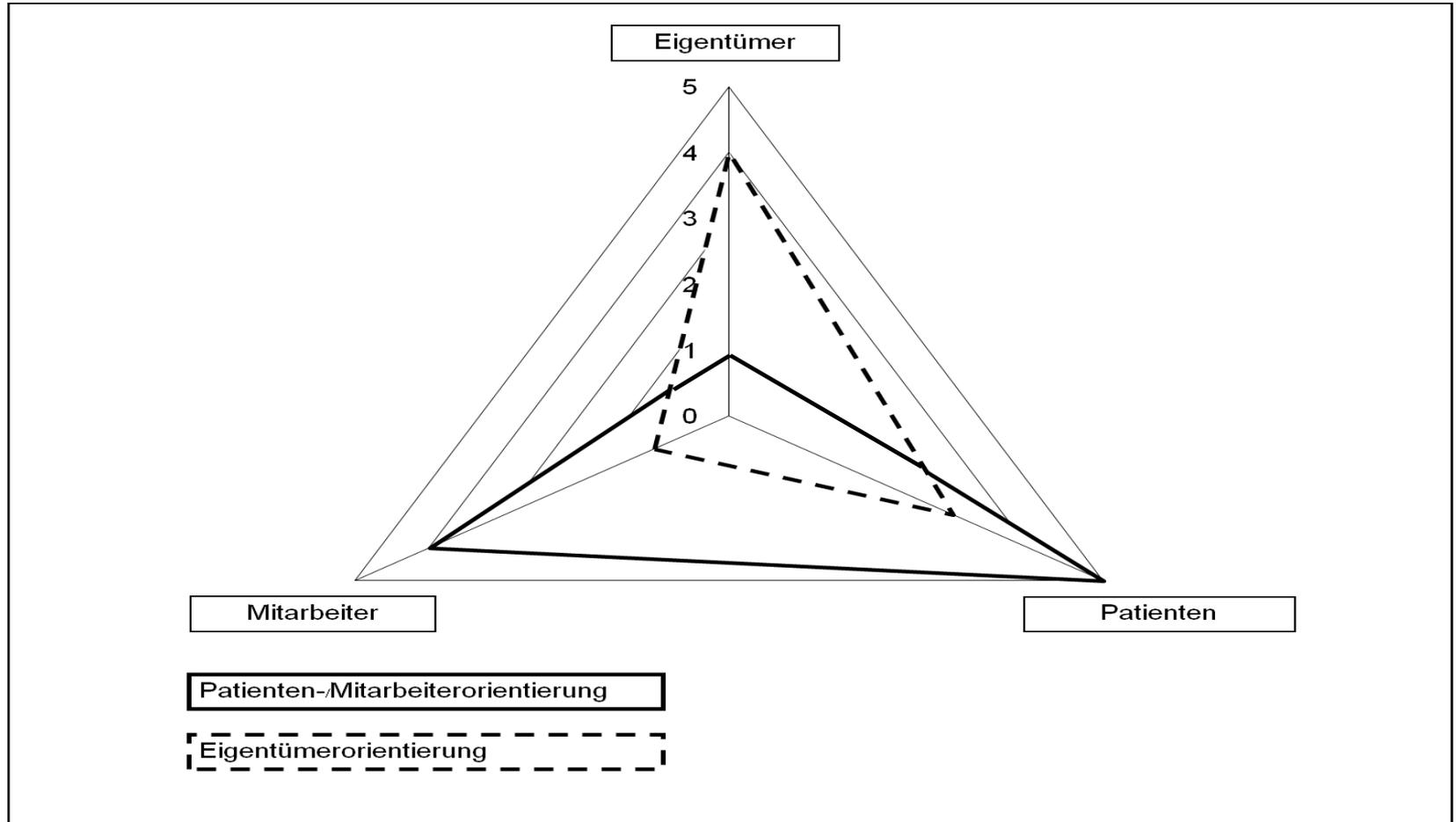
werden.

Das **zentrale**, im Zusammenhang mit der Ökonomisierung der Medizin zu lösende **Problem** ist das Schaffen eines **Ausgleichs** zwischen den **verschiedenen**, als legitim akzeptierten **Interessen**, die bei patientenbezogenen und unternehmerischen Entscheidungen berücksichtigt werden sollen.

Dieser Interessenausgleich ist schwierig, weil die Interessen nicht selten in **Konkurrenz** zueinander stehen und die Interessenten für das **Durchsetzen** ihrer Anliegen mit unterschiedlicher **Stärke** ausgestattet sind.

Ökonomisierung – was verstehen wir darunter?

Die Konkurrenz der Patienten-, Mitarbeiter- und Eigentümerinteressen



Unter **Wirtschaftlichkeit** wird verstanden, ein erwünschtes Krankenhaus-Sachziel (= Behandlung einer vereinbarten Zahl von Patienten) mit dem geringstmöglichen Ressourcen-Einsatz zu erreichen.

Erstes Zwischen-Fazit

Während als Ergebnis **ökonomisierter** patientenbezogener **Entscheidungen** festgelegt wird, **welche Maßnahmen** der Diagnostik, der Therapie und der Pflege realisiert werden sollen, ist **wirtschaftliches Handeln** darauf gerichtet, diese Maßnahmen mit einem **möglichst geringen Mitteleinsatz** zu verwirklichen.

Es gilt aber auch:

Je konsequenter das Gebot der Wirtschaftlichkeit wirksam wird, umso mehr nimmt der Druck auf die Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen ab. Ein Gewinn kann nämlich auch – effiziente Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsprozesse vorausgesetzt – erwirtschaftet werden, ohne dass Grundregeln guter medizinischer Praxis verletzt werden.

Agenda

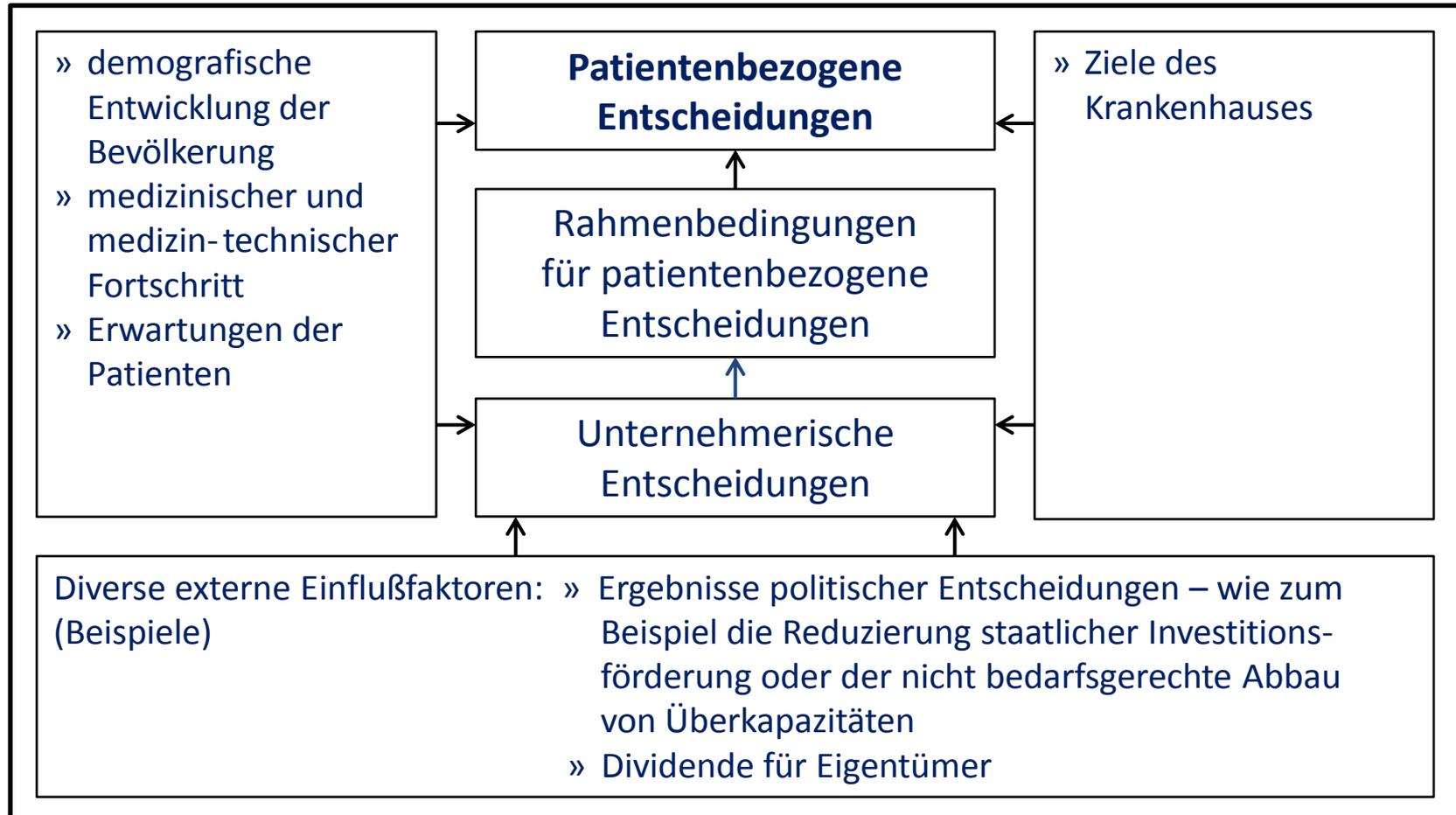
- ↗ Das Projekt „Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus“ – Zielsetzung und Methodik
- ↗ Ökonomisierung – was verstehen wir darunter?
- ↗ Ursachen und Instrumente der Ökonomisierung
- ↗ Folgen der Ökonomisierung

Agenda

- ↗ Faktoren, die ärztliches Handeln beeinflussen
- ↗ Instrumente der Ökonomisierung
- ↗ Zusammenfassung

Faktoren, die ärztliches Handeln beeinflussen

Faktoren, die zusätzlich zu medizinischen Aspekten patientenbezogene Entscheidungen beeinflussen



Faktoren, die ärztliches Handeln beeinflussen

- ↗ Demografische Entwicklung der Bevölkerung
- ↗ Medizinischer und medizin-technischer Fortschritt
- ↗ Erwartungen der Patienten
- ↗ Ergebnisse politischer Entscheidungen
 - » Rückläufige Bereitstellung von Fördermitteln
 - » Bewertungsrelationen des G-DRG-Systems bilden die Kostenstruktur des Krankenhauses nur unzureichend ab
 - » Überkapazitäten und Wettbewerb
 - » Differenz zwischen Veränderungswert und tatsächlicher Kostenentwicklung
- ↗ Ziele des Krankenhauses
- ↗ strukturelle Aspekte der Makro- und Mesoebene
 - » unzureichende ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte
 - » die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und den nachfolgenden Versorgungseinrichtungen ist defizitär
 - » die soziale Struktur der Bevölkerung
 - » angespanntes Verhältnis zwischen den Krankenhäusern . den Krankenkassen und MDK´s
- ↗ Einflüsse auf der Mikroebene
 - » normative Unklarheiten
 - » Personalmangel
 - » das Führungskonzept des Krankenhauses bzw. die Rolle des Krankenhausmanagements und des Controllings

Bereitstellung von Fördermitteln ist rückläufig

- ↗ zwischen 1993 und 2008 wurde das Fördermittel-Volumen von € 3,9 Mrd. auf € 2,7 Mrd. reduziert
- ↗ Investitionsbedarf hat dagegen eher zugenommen
- ↗ Krankenhäuser müssen Investitionen selbst finanzieren
- ↗ sie müssen deshalb **Gewinne erwirtschaften** – mittels
 - » Steigerung der Zahl der Fälle und dadurch der Erlöse und/oder
 - » Senkung der Kosten

Protokoll-Nr. 2.12: Die Krankenhäuser müssen deshalb Gewinne erzielen können, um damit Investitionen finanzieren zu können.

Protokoll-Nr. 4.9: Krankenhäuser ändern ihre strategische Ausrichtung. „Rosinenpickerei“ nimmt zu. Dieses sowohl auf der Ebene des Krankenhauses, indem bestimmte Behandlungs-Angebote aus dem Portfolio des Krankenhauses gestrichen werden. Auf der Abteilungsebene werden bestimmte Leistungen entweder generell oder für einzelne Patienten nicht mehr erbracht.

Faktoren, die ärztliches Handeln beeinflussen

Bereitstellung von Fördermitteln ist rückläufig

- ↗ zwischen 1993 und 2008 wurde das Fördermittel-Volumen von € 3,9 Mrd. auf € 2,7 Mrd. reduziert
- ↗ Investitionsbedarf hat dagegen eher zugenommen
- ↗ Krankenhäuser müssen Investitionen selbst finanzieren
- ↗ sie müssen deshalb **Gewinne erwirtschaften** – mittels
 - » Steigerung der Zahl der Fälle und dadurch der Erlöse und/oder
 - » Senkung der Kosten

Protokoll-Nr. 19.12: [...] Kliniken, die wirtschaftlich arbeiten wollen stoßen alles ab, was wenig Geld bringt, [...]

Protokoll-Nr 8.6: Deshalb (Anm.: – um Gewinne erwirtschaften zu können – HN) wird versucht, die Zahl der operativen Eingriffe zu steigern, vor allem in der Herzchirurgie.

Protokoll-Nr. 13.1: Da werden Ambulanzärzte angewiesen, manche Patienten zur routinemäßigen Abklärung einzuweisen.

Faktoren, die ärztliches Handeln beeinflussen

Bereitstellung von Fördermitteln ist rückläufig

- ↗ zwischen 1993 und 2008 wurde das Fördermittel-Volumen von € 3,9 Mrd. auf € 2,7 Mrd. reduziert
- ↗ Investitionsbedarf hat dagegen eher zugenommen
- ↗ Krankenhäuser müssen Investitionen selbst finanzieren
- ↗ sie müssen deshalb **Gewinne erwirtschaften** – mittels
 - » Steigerung der Zahl der Fälle und dadurch der Erlöse und/oder
 - » Senkung der Kosten

Protokoll-Nr. 15.4: Man spricht darüber, dass die Beatmungspatienten das meiste Geld bringen. Und es hat sich auch herumgesprochen, wie lang einer liegen muss um die DRG zu optimieren. Dafür sorgt schon der Controller.

Frage: Werden die Indikationen auf die DRGs abgestimmt?

Nein, oder „nicht wirklich“, aber dann irgendwie doch.

Bewertungsrelationen des G-DRG-Systems bilden die Kostenstruktur des Krankenhauses nur unzureichend ab

- Im Fallpauschalenkatalog ist für jede Diagnose eine Bewertungsrelation (= Relativgewicht) festgelegt. Sie bestimmt die Höhe des Erlöses pro Behandlungsfall und begrenzt damit die Höhe der Kosten, die pro Behandlungsfall verursacht werden dürfen.

Faktoren, die ärztliches Handeln beeinflussen

Bewertungsrelationen des G-DRG-Systems bilden die Kostenstruktur des Krankenhauses nur unzureichend ab

- ↗ Es gibt Diagnosen, deren Bewertungsrelationen zu gering sind und die fixen und die Vorhalte-Kosten nicht sachgerecht abbilden; die Behandlung dieser Diagnosen führt zu **Verlusten**.
- ↗ Krankenhäuser neigen deshalb dazu, die entstehenden **Verluste** durch das vermehrte Erbringen von Leistungen auszugleichen.

Protokoll-Nr. 11.44: Mangel an elektiven Patienten wird durch Notaufnahmen kompensiert

- ↗ Dabei wird **nicht immer** nach der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung gefragt

Protokoll-Nr. 10.12: Das DRG-System verleitet auch dazu, Eingriffe durchzuführen, deren Indikation medizinisch nicht sichergestellt ist.

Protokoll-Nr. 19.5: Man macht einen noch sensitiveren Troponin-Test und schafft es damit den Indikationsbereich für Herzkatheter noch breiter zu ziehen und kathetert noch mehr und das bringt cash für die Klinik- [...].

Faktoren, die ärztliches Handeln beeinflussen

Bewertungsrelationen des G-DRG-Systems bilden die Kostenstruktur des Krankenhauses nur unzureichend ab

- Es gibt Diagnosen, deren Bewertungsrelationen zu gering sind und die fixen und die Vorhalte-Kosten nicht sachgerecht abbilden; die Behandlung dieser Diagnosen führt zu **Verlusten**.
- Krankenhäuser neigen deshalb dazu, die entstehenden **Verluste** durch das vermehrte Erbringen von Leistungen auszugleichen.

Protokoll-Nr. 11.44: Mangel an elektiven Patienten wird durch Notaufnahmen kompensiert

- Dabei wird **nicht immer** nach der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung gefragt

Protokoll-Nr. 15.3: So Indikationen sind halt dehnbar – man macht nicht unbedingt was kriminelles, aber ohne die Ziffern würde man vielleicht anders entscheiden.“

Faktoren, die ärztliches Handeln beeinflussen

Bewertungsrelationen des G-DRG-Systems bilden die Kostenstruktur des Krankenhauses nur unzureichend ab

- ↗ Es gibt Diagnosen, deren Bewertungsrelationen zu gering sind und die fixen und die Vorhalte-Kosten nicht sachgerecht abbilden; die Behandlung dieser Diagnosen führt zu **Verlusten**.
- ↗ Krankenhäuser neigen deshalb dazu, die entstehenden **Verluste** durch das vermehrte Erbringen von Leistungen auszugleichen.

Protokoll-Nr. 11.44: Mangel an elektiven Patienten wird durch Notaufnahmen kompensiert

- ↗ Dabei wird **immer** nach der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung gefragt

Protokoll-Nr. 6.7: Wenn Krankenhäuser – wie schon gesagt – mehr Patienten mit positivem Deckungsbeitrag behandeln, dann immer nur dann, wenn die medizinische Indikation eindeutig ist. Eine nur ökonomische Indikation wird abgelehnt.

Überkapazitäten

- Deutschland verfügt – so ist verschiedenen Studien zu entnehmen – im internationalen Vergleich über eine sehr hohe Zahl an Krankenhausbetten und über andere Behandlungskapazitäten (Geräte, Personal u.a.m.) in ebenfalls nicht erforderlichem Ausmaß.
- Die Folgen der Überkapazitäten sind hohe Fixkosten, die nur dann nicht zu **Verlusten** führen, wenn eine möglichst große Zahl von Fällen mit jeweils hohem Erlös abgerechnet werden kann.

Protokoll-Nr. 6.2: Die Krankenhäuser sind deshalb gezwungen, Erlöse auf der Basis der Basisfallwerte zu erhöhen. Das tun sie, indem sie versuchen, die Zahl der Fälle zu steigern mit Diagnosen, die einen positiven Deckungsbeitrag erbringen. Sie versuchen außerdem, mehr Patienten und vor allem mehr Wahlleistungspatienten zu behandeln.

Überkapazitäten (2) – Ausbau der Überkapazitäten

- In nahezu allen Interviews wird darauf hingewiesen, dass – weil Gewinne erwirtschaftet werden müssen – in jene Leistungsbereiche investiert wird, in denen Gewinne realisiert werden können.
- Der Ausbau gewinnträchtiger Abteilungen über den Bedarf hinausgehend wird gefördert. Die einen bestimmten Bedarf deckenden, aber eher verlustreichen Abteilungen und Disziplinen verlieren an Betten, Einfluss und Ansehen.

Protokoll-Nr. 8.7 : Die medizinischen Bereiche, in denen Hochleistungsmedizin betrieben wird und die gute Erträge versprechen, werden besonders gefördert.

Protokoll-Nr. 10.2: Das Portfolio wird erweitert, wenn dieses sowohl bedarfsgerecht ist als auch finanziell begründet werden kann. Die Portfolio-Erweiterung setzt auch voraus, dass angenommen werden kann, dass die neuen Leistungen langfristig von der Bevölkerung angenommen werden. Wenn es sich rechnet, wird in neue Geschäftsfelder investiert.

Überkapazitäten (2) – **Ausbau** der Überkapazitäten

- ↗ In nahezu allen Interviews wird darauf hingewiesen, dass – weil Gewinne erwirtschaftet werden müssen – in jene Leistungsbereiche investiert wird, in denen Gewinne realisiert werden können.
- ↗ Der Ausbau gewinnträchtiger Abteilungen über den Bedarf hinausgehend wird gefördert. Die einen bestimmten Bedarf deckenden, aber eher verlustreichen Abteilungen und Disziplinen verlieren an Betten, Einfluss und Ansehen.

Protokoll-Nr. 8.10: Die privaten Krankenhausträger sichern sich die interessanten Fälle. Sie bauen Spezialstrecken auf mit Experten, die auf der Grundlage spezifischer Vereinbarungen entsprechende Leistungen erbringen sollen.

Wie setzt die Geschäftsführung das Befriedigen nicht nur der Patienten-Bedürfnisse, sondern auch das der Anliegen anderer Stakeholder durch?

Mit Hilfe von

- ↗ Normen
- ↗ Zielvereinbarungen
- ↗ Bonusverträgen

(technisch-organisatorische Dimension)

Wie setzt die Geschäftsführung das Befriedigen nicht nur der Patienten-Bedürfnisse, sondern auch das der Anliegen anderer Stakeholder durch?

Durch

↗ Überzeugen

↗ Einsatz von Macht

(soziale Dimension)

Normen

- Die Akteure im Krankenhaus benötigen Festlegungen darüber, welche medizinischen und nicht-medizinischen Kriterien bei unternehmerischen und patientenbezogenen Entscheidungen zu berücksichtigen sind und welches Handeln erlaubt/erwünscht bzw. verboten/unerwünscht ist und.
- Interviewpartner beklagen, dass es diese Normen nicht gibt.

Makro-Ebene:

Protokoll-Nr. 6.12: Die Kosten der stationären Behandlung werden weiter steigen (wegen demografischer und medizin-technischer Entwicklung). Die Gesellschaft muss deshalb entscheiden, ob sie diese Entwicklung durch höhere Steuern und/oder Krankenkassenbeiträge refinanzieren oder auf welche medizinischen Leistungen sie künftig verzichten will.

Protokoll-Nr. 18.22: Die Frage finde ich falsch gestellt: es gibt natürlich eine ökonomische Grenze des medizinisch Machbaren...die Frage ist, wie man diese vermittelt, ob man sich politisch überhaupt damit befasst oder aus Wahltaktik sie vermeidet, [...]

Normen

- Die Akteure im Krankenhaus benötigen Festlegungen darüber, welche medizinischen und nicht-medizinischen Kriterien bei unternehmerischen und patientenbezogenen Entscheidungen zu berücksichtigen sind und welches Handeln erlaubt/erwünscht bzw. verboten/unerwünscht ist und.
- Interviewpartner beklagen, dass es diese Normen nicht gibt.

Makro-Ebene:

Protokoll-Nr. 6.12: Die Kosten der stationären Behandlung werden weiter steigen (wegen demografischer und medizin-technischer Entwicklung). Die Gesellschaft muss deshalb entscheiden, ob sie diese Entwicklung durch höhere Steuern und/oder Krankenkassenbeiträge refinanzieren oder auf welche medizinischen Leistungen sie künftig verzichten will.

Protokoll-Nr. 9.15: Die bisherige Entwicklung des Gesundheitssystems ist deshalb so höchst problematisch, weil schmerzhaft Entscheidungen bisher nicht gefällt worden sind – nämlich die, welche Medizin können bzw. wollen wir uns leisten.

Normen

- Die Akteure im Krankenhaus benötigen Festlegungen darüber, welche medizinischen und nicht-medizinischen Kriterien bei unternehmerischen und patientenbezogenen Entscheidungen zu berücksichtigen sind und welches Handeln erlaubt/erwünscht bzw. verboten/unerwünscht ist und.
- Interviewpartner beklagen, dass es diese Normen nicht gibt.

Makro-Ebene:

Protokoll-Nr. 14.1: Das Problem gilt gesellschaftsweit, nicht nur in unserer Abteilung oder Klinik, dass es Krankheiten gibt, die von Kliniken behandelt werden, weil sie Geld bringen, ohne zu hinterfragen, ob das ganze sinnvoll ist.

Normen

- Die Akteure im Krankenhaus benötigen Festlegungen darüber, welche medizinischen und nicht-medizinischen Kriterien bei unternehmerischen und patientenbezogenen Entscheidungen zu berücksichtigen sind und welches Handeln erlaubt/erwünscht bzw. verboten/unerwünscht ist und.
- Interviewpartner beklagen, dass es diese Normen nicht gibt.

Mikro-Ebene:

- Protokoll-Nr. 3.16: Das Krankenhausmanagement muss die verantwortlichen Akteure rechtzeitig damit vertraut machen, was von Letzteren erwartet wird.
- Protokoll-Nr. 7.7: Allerdings hat das Krankenhausmanagement bisher den Ärzten zu wenig gesagt, was von ihnen erwartet wird.
- Protokoll-Nr. 11.16: Kein Patient darf länger als 6,5 Tage liegen – das wird vom Klinikdirektor festgelegt. Der sagt dem Chef, wie viel Liegetage er pro Patient hat und droht mit Bettenkürzungen.

Normen

- ↗ Die Akteure im Krankenhaus benötigen Festlegungen darüber, welche medizinischen und nicht-medizinischen Kriterien bei unternehmerischen und patientenbezogenen Entscheidungen zu berücksichtigen sind und welches Handeln erlaubt/erwünscht bzw. verboten/unerwünscht ist und.
- ↗ Interviewpartner beklagen, dass es diese Normen nicht gibt.

Mikro-Ebene:

Protokoll-Nr. 8.9: Die Kapiteleigner können ihre eigenen Interessen durchsetzen, weil wegen der Verknappung der staatlichen Fördermittel privates Kapital gebraucht wird.

Zielvereinbarungen

➤ Die Geschäftsführung und der Chefarzt vereinbaren die Ziele, die im Geschäftsjahr erreicht werden sollen.

Welche Ziele?

- **Personal- und Sachkosten**
- **Erlöse**
- **CMI**
- **Deckungsbeitrag**

Nur diese?

- **Behandlungs-Ergebnis-Qualität**
- **Senkung der Komplikations- und/oder Infektionsrate**
- **Zufriedenheit der Patienten und der Mitarbeiter**
- **Senken des Mitarbeiter-Krankenstandes**
-

Oder auch diese?

Zielvereinbarungen

➤ Die Geschäftsführung und der Chefarzt vereinbaren die Ziele, die im Geschäftsjahr erreicht werden sollen.

Protokoll-Nr. 6.8: Die Steuerung des betrieblichen Geschehens erfolgt auf der Grundlage einer Zielvereinbarung. Diese hat den CMI und Kosten zum Gegenstand. Außerdem wird im Zusammenhang mit dem Abschluss einer Zielvereinbarung auch darüber gesprochen, welche Voraussetzungen gegeben sein bzw. noch geschaffen werden müssen, damit die vereinbarten Ziele erreicht werden können.

Protokoll-Nr. 1.15: Mit dem Chefarzt wird ein Abteilungsbudget vereinbart. Der Chefarzt ist rechenschaftspflichtig hinsichtlich des Einhaltens der Kosten.

Protokoll-Nr. 11.40: Chefs unterschreiben Verträge mit Vorgaben über Leistungen. Wenn sie die nicht erfüllen fliegen sie raus. Deshalb übertragen die den Druck auf ihre Mitarbeiter.

Protokoll-Nr. 11.41: [...] der Chirurg muss OP-Zahlen einhalten – was dazu führt, dass Private noch mit 99 am Ileus operiert werden.

Bonusverträge

↗ Mit den Chefärzten werden Bonusverträge abgeschlossen. In diesen wird ein Zuschlag zum Gehalt zugesagt, wenn mindestens vereinbarte Leistungen erbracht werden.

Protokoll-Nr. 18.17: Aber vieles erklärt sich durch die heutigen Knebelverträge für Chefärzte mit erfolgsabhängigen Gehaltsanteilen, da wird man passiv zum Unternehmer..., [...].

Protokoll-Nr. 1.20: Der variable Teil der Chefarzt-Vergütung ist abhängig von dem Realisieren des vereinbarten CMI (= Case Mix Index [HN]).

Protokoll-Nr. 10.14: Jeder Mitarbeiter des Unternehmens erhält eine Erfolgsprämie, die von den erbrachten Leistungen und von einem wirtschaftlichen Ressourcen-Einsatz abhängig ist. Die Kriterien werden konzernweit ermittelt.

Bonusverträge (2)

↗ Mit den Chefärzten werden Bonusverträge abgeschlossen. In diesen wird ein Zuschlag zum Gehalt zugesagt, wenn mindestens vereinbarte Leistungen erbracht werden.

Protokoll-Nr. 3.6: Wenn Ziel- bzw. Bonusvereinbarungen getroffen werden unter anderem mit dem Inhalt, Mehrleistungen zu honorieren, und wenn diese Mehrleistungen ohne ausreichende medizinische Begründung erbracht werden, dann ist dieses abzulehnen.

Protokoll-Nr. 10.24: Eine direkte Kopplung zwischen Einkommen und Eingriffszahl gibt es nicht (mehr). Die Korrektur wurde im Sinne einer langfristigen Strategie vorgenommen, um nicht in den Verdacht zu geraten, falsche Kriterien als Leistungsanreize zugrunde zu legen.

Agenda

- ↗ Das Projekt „Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus“ – Zielsetzung und Methodik
- ↗ Ökonomisierung – was verstehen wir darunter?
- ↗ Ursachen und Instrumente der Ökonomisierung
- ↗ Folgen der Ökonomisierung

Folgen der Ökonomisierung

- Arbeitssituation - Arbeitsbelastung
- Veränderungen des Charakters der Medizin
- Veränderungen der Versorgungspraxis und Auswirkungen auf Patienten
- Der Charakter des Krankenhauses verändert sich
- Veränderungen der Arztrolle
- Investition in gewinnversprechende Leistungsbereiche
- Rationierung
- Gefahr der Entsolidarisierung

Veränderungen der Arbeitssituation als „Kontext“ medizinischer Entscheidungen

- Im Vordergrund:

„unendliche Verdichtung der Arbeit“

- Als Folge von
 - Personalknappheit (absolut und relativ zum Arbeitsvolumen)
 - Rationalisierungsmaßnahmen im Versorgungsablauf
 - Organisation und Dokumentation
 - Externen Überprüfungen und Konflikten (z.B. MDK)
- Mit Auswirkungen auf
 - Versorgungspraxis und Qualität
 - Kooperation und Kultur
 - Individuelle Leistungsfähigkeit und Gesundheit

„Zeitdruck“

- Mehr schwerer kranke Patienten in kürzerer Zeit mit oft knapper Personaldecke
- Abstriche bei medizinischen Basistätigkeiten:
 - Anamnese
 - Sorgfältige körperliche Untersuchung
 - Therapiebeginn VOR Diagnose
 - Konsile
 - Umfassende Behandlung
 - Beobachtung von Krankheitsverlauf
 - Aufklärung
 - Ermittlung des Patientenwillens
 - Gespräche mit Patienten bei Aufnahme und Entlassung
 - Gespräche mit Angehörigen
 -

„Zeitdruck“

- Weniger Teamkommunikation
- Weniger Aufmerksamkeit
- Weniger Fort- und Weiterbildung
- Weniger Supervision für junge Ärzte durch Oberärzte
- Weniger Absprachen zwischen Berufsgruppen
- Weniger Zeit zur Reflexion und Diskussion von Therapiezielen
- Nötigung zu Überstunden
- Gewissenskonflikte und Teamkonflikte
- Gefährdung der Patientensicherheit

Charakter der Medizin verändert sich

- „Die Ärzte sprechen durchgängig von starken ökonomischen Einflussfaktoren auf ihre Entscheidungen.“
- Dies betrifft u.a.
 - Indikationsstellungen und Diagnosen
 - die Wahl therapeutischer Maßnahmen
 - Aufnahme- und Entlassungsmanagement (und Liegezeiten)
 - Zeitpunkt der Behandlung

Charakter der Medizin:

Als „Umwertung nach ökonomischen Gesichtspunkten“ (19) bezeichnet ein Chefarzt die Situation. Ein anderer Arzt spricht von einer „Bewertung der Arbeitsqualität nach Gewinn , wenn es bei den Patienten darauf ankommt, wie viel Geld sie bringen.“(20/1) .

Charakter der Medizin:

- In der Summe führen die indirekten und die direkten ökonomischen Einflüsse zu einer Erosion medizinischer Kerntätigkeiten: Anamnese, gute Diagnostik, Gespräch.
- Damit erfährt die Medizin eine Bevorzugung von technischen Prozeduren und eine weitere Minderung von Kommunikation und Zuwendung.
- Die Medizin wird dadurch ‚oberflächlicher‘, d.h. es wird zunehmend weniger Zeit verwendet um Krankheiten zu verstehen, sodass auch Möglichkeiten der verschiedenen Präventionsstufen ungenutzt bleiben.
- Psychologische und seelsorgerliche Dimensionen werden vermindert. Man „will auch gar nicht mehr verstehen, warum jemand leidet.“ (18/20)

Charakter der Medizin:

- Be- und Verhinderungen medizinisch indizierter Diagnostik oder Therapien durch Controlling, Geschäftsführung und MDK, teils durch Weigerung der Kostenübernahme, teils durch lange Verzögerung der Entscheidungen (auch unter Berufung auf „EBM“- Kriterien) werden erlebt als tendenzielle Machtübernahme im Haus der Medizin durch kaufmännische Leitungen und Krankenkassen.

Charakter der Medizin:

Maßnahmen des Prozessmanagements werden als „oft totale Außensteuerung“ durch Zeitvorgaben erlebt, die eine Beschleunigung der Patientenversorgung zur Folge hat, die ihrerseits weiteren Zeitmangel erzeugt und eine Reihe kritisch bewerteter Phänomene nach sich zieht.

Charakter der Medizin:

„Die Medizin wird härter, oft wird der Mensch nicht als Mensch gesehen, für das Zwischenmenschliche ist eigentlich kein Platz mehr – wie denn auch wenn alles so schnell gehen muss.“ (15)

Veränderungen der Versorgungspraxis

- Die Frage, ob Indikationsstellungen durch wirtschaftliche Aspekte beeinflusst werden, wird von den meisten Ärzten klar bejaht, der Tatbestand als gefährlich und ethisch unakzeptabel bewertet. (13, 14, 15, 16, 17, 18, 20)
- Es gäbe Behandlungen ohne medizinischen Sinn, wegen wirtschaftlicher Gewinne mit dem Ziel der Fallzahlerhöhung.
(13, 20)
- „Unnötig lange Beatmungen“ werden erwähnt, von denen die Rede sei (15).
- Krankheiten würden ausgenutzt um möglichst viel zu machen, auch wenn dies ohne medizinischen Wert sei.
(18)

Veränderungen der Versorgungspraxis

- Folgt man den Aussagen der befragten Ärzte so findet eine kontinuierliche und persönliche Betreuung der Patienten immer weniger statt.
- Anamnesen , Diagnostik , Konsile und persönliche Beratung und Betreuung haben an Gewicht verloren.
- Die Regeln guter medizinischer Arbeit scheinen oft verletzt zu werden: Diagnosen ohne Anamnesen, Therapien ohne Diagnosen, Entlassungen ohne hinreichende Beratung und Betreuung, Behandlungseinwilligungen ohne hinreichende Aufklärung usw.

Veränderungen der Versorgungspraxis

- „Man spricht darüber, dass die Beatmungspatienten das meiste Geld bringen. Und es hat sich auch rumgesprochen, wie lang einer liegen muss um die DRG zu optimieren. Dafür sorgt schon das Controlling.“
- *Frage: „Werden die Indikationen auf die DRGs abgestimmt?“*
- Nein, oder „nicht wirklich“, aber dann irgendwie doch. Man hat die Ziffern und die Dauer ja schon im Hinterkopf und in der Dienstbesprechung geht es auch darum.
- So Indikationen sind halt dehnbar – man macht nicht unbedingt was Kriminelles, aber ohne die Ziffern würde man vielleicht anders entscheiden.“
- ...

Auswirkungen auf Patienten

- Wenn Patienten und ihre Ärzte sich kaum noch gegenseitig persönlich kennen so kann dies für die Vertrauensbildung und die Compliance nicht förderlich sein. Sprachprobleme mit ausländischen Ärzten und Pflegenden erschweren dies.
- „Die Patienten leiden unter zu wenig persönlicher Betreuung durch Ärzte und Pflegende.“ (13 , 14 ,16)
- In einigen Kliniken gibt es quasi keine Stationsärzte mehr, die sich verantwortlich und kontinuierlich um die Patienten kümmern.(18/5) „Es ist weniger Zeit für Patienten für Aufklärungsgespräche, für psychologische und seelsorgerliche Belange vorhanden.“ 13

Auswirkungen auf Patienten

- Eine Oberärztin aus der Pädiatrie nennt Beispiele für unzureichende Untersuchungen der Patienten mit der Folge von Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen zum Nachteil der Kinder. (14)
- Ein Internist verweist auf die Benachteiligung chronisch kranker durch mangelnde Zeit:
- „Die Versorgung der Patienten leidet. Also chronisch Kranke sind die Verlierer- die nicht die Nerven haben und viel Fragebedarf haben, die sind die Verlierer, denn die kann man sich nicht leisten.“ (20)
- ...

Auswirkungen auf Patienten

- Ein Oberarzt der Anästhesie fügt hinzu, dass manche Behandlung eher gedankenlos fortgeführt wird, wobei er offenbar an Intensiv- bzw. Beatmungspatienten denkt: „Aber andererseits ist kaum Zeit für eine wirklich gute medizinische Versorgung, also ich meine dass man gründliche Untersuchungen durchführt und schon gar nicht dass man sich Gedanken macht ob und wie lange das ganze Sinn macht.“ (15)
- Gespräche über das richtige Therapiemaß und ggf. erforderliche Therapiezieländerungen im Sinne der Palliativversorgung seien unter den gegebenen Verhältnissen nur sehr schwer zu führen. „Also Ethik hat da keinen Platz, weil da kein Platz ist für ein Gespräch oder ein ruhiges Nachdenken im Team.“ 15

Auswirkungen auf Patienten

- Risiken durch zu frühe oder zu späte Entlassungen
- Vorenthalten primär indizierter Therapien
- Verzögerung von Therapien
- Unzulänglich durchgeführte Behandlungen durch Mangel an geeignetem Personal
- Keine umfassende medizinische Behandlung durch Konzentration auf Hauptdiagnosen
- „Stückelung“ der Therapien
- Fehler in Medizin und Pflege
- Unpersönlicher Umgang, rohe Umgangsweisen
- ...

Veränderter Charakter des Krankenhauses

- Aspekte der Wirtschaftlichkeit, der Erlösoptimierung und des Marketing prägen zunehmend den Charakter
- Zusammengefasst sprechen die Interviews dafür, dass das Krankenhaus entgegen vielfacher Beteuerungen vom „Patienten im Mittelpunkt“, der eine „ganzheitliche Zuwendung“ erfahre, eher als eine Reparaturanstalt für „schwere Fälle“ anzusehen ist, deren eigene wirtschaftliche Erhaltungsinteressen auch zu Ungunsten des einzelnen Patienten ausschlagen können.

Veränderungen der Arztrolle

- Die Ärzte sehen sich mit der Forderung konfrontiert, im ärztlichen Verhalten und Entscheiden neben der Orientierung am Wohl des Patienten auch wirtschaftliche Interessen des Krankenhauses oder eines Gesundheitsunternehmens zu berücksichtigen
- positives Unternehmertum wird vielfach eingefordert
- Deutlich ist ein Machtverlust der behandelnden Ärzte zu erkennen. Dies zeigt sich bei Einstellungen und Entlassungen von Mitarbeitern, bei Fragen der Therapie oder der Organisation aber auch in den eigenen Verträgen

Veränderungen der Arztrolle

- „Da wird man **passiv zum Unternehmer...**, ein Stück Unternehmertum wird per Vertrag auf die dich übertragen, und dann überträgt sich die Logik des Unternehmens auf den Arzt.“ (18)
- Die Veränderungen im Rollenverständnis vollziehen sich jedoch nicht gradlinig, sondern sind mit Konflikten sowohl beim Einzelnen als auch innerhalb der Mitarbeiterschaft verbunden