

136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
München März 2019

**Medizin zwischen Patientenwohl und
Ökonomisierung –
empirische Ergebnisse und Reaktionen
der Öffentlichkeit**

Prof. Dr.rer.pol. Dr.med. Karl-H. Wehkamp
Universität Bremen

Socium Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Heinz Naegler
Karl-Heinz Wehkamp

Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung

Krankenhausärzte und
Geschäftsführer im Interview

Mit einem Geleitwort
von Georg Marckmann



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Hintergrund:

- Krankenhäuser müssen zur Sicherung ihrer Existenz Gewinne erwirtschaften.
- Der Anstieg der Fallzahlen und des Case-Mix-Indexes lassen vermuten, dass Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Patienten nicht allein von medizinischen, sondern – um Gewinne erwirtschaften zu können – auch von wirtschaftlichen Gesichtspunkten beeinflusst, das heißt ökonomisiert, werden.
- Die Studie untersucht, welche Entwicklungen Ärzte und Geschäftsführer im beruflichen Alltag beobachten.

Material und Methode

- **Qualitative Interviewstudie- ‚Grounded Theory‘**
- **22 Pilot- Interviews** (Geschäftsführer und Ärzte) mit 5 offenen Fragen
- **41 Leitfadeninterviews** (Ärzte, Geschäftsführer)
- **5 Podiumsdiskussionen** (Bremen/Berlin) mit Experten und jeweils ca. 80 Teilnehmern
- 1 nicht öffentliche Diskussion mit 25 Ärzten
- **10 schriftliche Befragungen** zu Zwischenergebnissen (5 Ärzte, 5 GF)
- **3 Fokusgruppen** (Ärzte, Pflegekräfte, Controller, Geschäftsführer)
- 1 Werkstattgespräch (Ärzte, Geschäftsführer)
- Feldstudien an Krankenhäusern
- Befragungen in 12 Bundesländern
- Öffentliche, frei-gemeinnützige, private Krankenhäuser
- Assistenz-, Fach-, Ober- und Chefärzte

Wir sprechen von „Ökonomisierung der Medizin“...

- ...wenn patientenbezogene ärztliche Entscheidungen nicht nach den medizinischen Erfordernissen des jeweiligen Patienten getroffen werden, sondern (auch) nach betriebswirtschaftlichen Interessen eines Krankenhauses (Krankenhausunternehmens),
- ...wenn rationales Verhalten der Geschäftsführungen und Ärzte, bezogen auf die politisch gesetzten Rahmenbedingungen, mit bislang allgemein akzeptierten medizinethischen Werten kollidiert,
- ...wenn Ärzte zu Handlungen genötigt werden, die nach Berufsethos, Recht und öffentlicher Meinung nicht sein dürfen und deshalb auch nicht frei kommuniziert werden,
- ...wenn in der Sprache der „Entscheider“ die Begriffe Medizin, Gesundheitssystem und Gesundheitswirtschaft nicht klar unterschieden werden und das Wertesystem der Wirtschaft zum Leitmodell der Medizin erklärt wird.

Seneca:

„Die größte Niederträchtigkeit eines Arztes besteht darin, sich Arbeit zu verschaffen.“

- Ohne Vertrauen des Patienten zum Arzt , zum Klinikpersonal und zum Krankenhaus insgesamt ist gute Medizin nicht möglich.
- Vertrauen beruht auf der Erfahrung, dass das Wohl des Patienten oberstes Ziel jeglicher medizinischer Maßnahme ist.

Norm: (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte–*

- **Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte**
- (1) Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung.
- Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.
- * – **MBO-Ä 1997** in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt Main

Norm: Große Koalition 2018

- „Für eine sektorenübergreifende Versorgung wollen wir weitere nachhaltige Schritte einleiten, damit sich die Behandlungsverläufe **ausschließlich am medizinisch-pflegerischen Bedarf** der Patientinnen und Patienten ausrichtet.“ *

*zitiert nach Deutsches Ärzteblatt 115, März 2018, S.152

Drei Phänomene als Ausgangspunkt der Studie

- die stetige Zunahme von Klinikeinweisungen (ein Indikator für ein ethisches Problem?)
- die große Diskrepanz zwischen den Ergebnissen statistischer Qualitätsstudien und dem Erleben der Akteure sowie den Erfahrungen vor Ort (Feldstudien)
- Wachsende Unzufriedenheit unter Ärzten, Therapeuten und Pflegenden

Ergebnisse der Studie

- Fast alle angefragten Ärzte wollten sprechen, allerdings aus Sorge von Sanktionen zumeist anonym.
- Die Mehrheit der angefragten Geschäftsführer war zu einem Interview nicht bereit . Begründung: Zeitmangel.
- Die befragten Geschäftsführer geben an, von den Ärzten ethische Korrektheit zu erwarten. Ärzte sehen sich zu Verletzungen genötigt.
- Die beteiligten Geschäftsführer antworten eher normativ, die Ärzte überwiegend empirisch.
- Die Aussagen bzw. Einschätzungen beider Gruppen unterscheiden sich deutlich. Ein Hinweis auf Defizite des Informationsaustauschs und auf Ungleichheit der Macht(?).

Ziele betriebswirtschaftlicher Vorgaben an Ärzte *

- Jahresergebnis
- Gewinn
- Rendite
- Deckungsbeitrag
- Zahl der stationär behandelten Patienten
- Zahl diagnostischer und therapeutischer Leistungen
- Case-Mix-Punkte ; Case-Mix-Punkte/Arzt
- Erlös
- (Personal-)Kosten
- Vorgaben des Fallpauschalenkatalogs, die Verweildauer betreffend

* nach Aussagen der befragten Geschäftsführer und Ärzte

Aufforderungen an Ärzte

- Belegung maximieren (unter Inkaufnahme höherer Risiken für Patienten)
- Fallzahlen und Case-Mix Index steigern
- aufwendige „unlukrative“ Patienten vermeiden
- Notaufnahmen bei Überlastung nicht beim Rettungsdienst als Anlaufstelle abmelden
- Verweildauer nach DRG ausrichten
- „Kreative Indikationen“ stellen (unnötige Behandlungen)
- Auslastung gewinnbringender Geräte, Prozeduren und Einrichtungen (OP, Endoskopie, Intensivseinheiten, Beatmungsplätze, Spezialdiagnostik, Herzkatheter)
- „Fallsplitting“ (Entlassung und Wiederaufnahme von Patienten statt hausinterne Verlegung)
- Patienten an die Klinik binden, auch wenn sie andernorts besser behandelt werden würden

Ergebnis: „Ökonomisierung ärztlicher Entscheidungen 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.
- Ärzte: Es kommt zu Verletzungen medizinethischer Grundwerte: Nihil Nocere! Autonomie!...

Ergebnis: Veränderte Versorgungspraxis

- Aufnahme, Behandlungsdauer, Behandlungstempo 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

Ergebnis: Charakter der Medizin verändert sich

- Die Medizin muss gewinnorientiert denken und handeln.
- Die „Außensteuerung“ der Medizin beeinträchtigt die Binnensteuerung.
- Die Medizin wird schneller, härter (unbarmherzig) und aggressiver.
- Vertrauen in die ethische und rechtliche Korrektheit der Medizin schwindet bei Ärzten (!)
- Die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses verliert an Qualität

Ergebnis: Das Krankenhaus verändert sich

- Betriebswirtschaftlich attraktive Abteilungen werden begünstigt, andere geschlossen
- Hausinterne Verlegungen erfolgen auch nach Kosten- und Abrechnungskriterien
- Offizielle Unternehmensgrundsätze werden von Ärzten als „nicht gelebt“ kritisiert bzw. gar nicht ernst genommen.
- Ausbildungsfunktion leidet

Ergebnis: 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.
- 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.

Ein Facharzt zur Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen

- *„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...“*

Ergebnis: Elementare *medizinische* Qualitätssicherung- weitgehend gefährdet!

- Zuwendung zum Patienten: *defizitär!*
- Sorgfältige Anamnese und körperliche Untersuchung: *fehlt die Zeit!*
- Sorgfältige Aufklärung des Patienten: *oft mangelhaft!*
- Einbeziehen des Patienten in seinen Heilungsprozess- auch durch Verstehen der Hintergründe von Erkrankung und Gesundung): *Wie soll das möglich sein?*
- Unabhängige , reflektierte medizinische Indikationsstellung und regelmäßige Überprüfung des Therapieziels: *eingeschränkt!*
- Beobachtende und wenn möglich zuwartende Behandlung. *Erschwert!*

Zusammenfassung Ergebnis:

- Unsere Studie legt den Schluss nahe, dass in der deutschen Krankenhausmedizin ökonomische Interessen zunehmend medizinische Entscheidungen beeinflussen - zum Nachteil von Patienten und dem medizinischen Personal.
- Das Verhältnis zwischen Geschäftsführungen und Ärzten ist gespannt. Unterschiedliche Werte stoßen meist unvermittelt aufeinander.

Reaktionen der Öffentlichkeit

- Starke positive Resonanz aus der Ärzteschaft
- Kaum Reaktionen seitens der Geschäftsführungen
- Starke Resonanz in Presse, Rundfunk, Fernsehen
- Nur zwei explizit ablehnende Stimmen (DKG: „Das gibt es nicht.“)
- Keine Reaktion seitens der Politik

Hypothesen aus aktuellem Anlass

- Die zunehmende Außensteuerung der Medizin und der Krankenhäuser, zu der eine paradigmatisch und methodisch prinzipiell *beschränkte* Qualitätsforschung verzerrte Datengrundlagen liefert , beeinträchtigt oder zerstört grundlegende Voraussetzungen guter Medizin („medizinischer Qualität“).
- „Qualitätsoffensiven“ erzielen paradoxe Effekte, also das Gegenteil dessen, was dem Namen nach beabsichtigt wird.
- Die Ziele der Gesundheitswirtschaft, des Gesundheitssystems und der Medizin sind nicht identisch, werden aber seitens der Politik zunehmend gleichgesetzt. Dadurch ist eine konsequente Patientenorientierung der Medizin unmöglich geworden..

An die Politik

- Schafft eine Finanzierungsordnung, die Ärzte und Management nicht zwingen, Patienten als „Cash-Cows“ zu missbrauchen!
- Lasst den Patienten Zeit für ihre Heilung, für ihr Teilhabe am Behandlungs- und Heilungsprozess!
- Lasst den Ärzten Zeit für die Basisleistungen guter Medizin
- Spricht nicht von Qualitätsorientierung, während ihr gleichzeitig die Voraussetzungen dafür entzieht.
- Begegnet den Krankenhäusern und den Gesundheitsberufen mit Vertrauen auf ihre Motivation und Fähigkeit zu „guter Versorgung“.
- Reduziert die Außenkontrolle zugunsten interner Qualitätssicherung.

Echte Patientenorientierung setzt medizinische Unabhängigkeit voraus

- Wenn die Ärztinnen und Ärzte ihre medizinischen Entscheidungen ethisch und rechtlich verantworten müssen,
- wenn Patienten nach ihren medizinischen Erfordernissen und ihrem Willen behandelt werden sollen,
- dann muss auch die fachliche Unabhängigkeit im Rahmen der medizinischen Wissenschaft und Ethik geschützt werden.

Fundstellen

- Dtsch Arztebl Int 2017; 114:DOI: 10.3238/arztebl.2017
- Wehkamp KH, Naegler H: The commercialization of patient-related decision making in hospitals—a qualitative study of the perceptions of doctors and Chief Executive Officers.