

Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen

DGIM Positionspapier warnt vor Gewinnstreben in der Klinikmedizin

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) beobachtet die Entwicklung der Medizin in Krankenhäusern und Kliniken mit Sorge: Ärzte geraten zunehmend unter den Druck, ihr Handeln einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung des Krankenhauses unterzuordnen. Der materielle und immaterielle Schaden der Ökonomisierung ist beträchtlich. Die DGIM macht in diesem Positionspapier Vorschläge, um diese Entwicklung einzudämmen und Schaden abzuwenden.

Höchste Zeit für eine Wertediskussion!

Das deutsche Gesundheitssystem war und ist immer wieder Gegenstand von Reformbestrebungen, die überwiegend wirtschaftlich orientierte Ziele haben: vor allem die Verbesserung der Systemeffizienz und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Diese Entwicklung ist aufgrund des permanenten medizinisch-wissenschaftlich-technischen Fortschritts eine notwendige Gestaltungsoption. Es ist Aufgabe der Gesundheitspolitik, die gesundheitliche Daseinsvorsorge vor dem Hintergrund begrenzter öffentlicher Finanzmittel in medizinisch notwendiger und ausreichender Weise sicherzustellen. Alle Beteiligten haben sich diesem Verfassungsauftrag zu stellen.

Die DGIM sieht als eine der größten wissenschaftlichen Fachgesellschaften Europas mit größter Sorge die Entwicklung der Medizin in Krankenhäusern und Kliniken: Dort findet eine zunehmende Ökonomisierung der stationären Patientenversorgung statt. Ökonomisierung bedeutet in diesem Zusammenhang: Es wächst der Druck auf die ärztlichen Berufsgruppen, ihr ärztlich-professionelles Handeln einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung bzw. Gewinnmaximierung des Krankenhauses unterzuordnen. Ökonomisierung wird insbesondere dann sichtbar, wenn die aus der gewinnmaximierenden Logik resultierenden Managementmotive höheres Gewicht bekommen als medizinethische professionelle Qualitätsstandards.

Diese Fehlentwicklung nimmt ein bedrohliches Ausmaß an und vergrößert die Gefahr, dass Patienten, Ärzte, Kostenträger und das Gesundheitssystem insgesamt erhebliche Probleme zu bewältigen haben werden (u.a. Ressourcenverschwendungen, Ineffizienzen, Patientengefährdungen).

Der materielle und immaterielle Schaden der Ökonomisierung ist beträchtlich: Heilberufe, der Krankenhausesektor, die Kostenträger und die Gesundheitspolitik sollten ein gemeinsames Inter-

esse daran haben, diese Entwicklung einzudämmen und Schaden abzuwenden.

Medizin in der Zerreißprobe

Steht die betriebswirtschaftliche Optimierung des „Geschäftsmodells Krankenhaus/Stationäre Patientenversorgung“ im Vordergrund, kann die Medizin – insbesondere die Ärzteschaft – ihrem Auftrag nicht mehr vollständig gerecht werden.

Die sich verstärkende und einseitige Fokussierung der Kliniken auf den betriebswirtschaftlichen Erfolg führt dazu, dass fachmedizinische Leistungen, unabhängig von der gesundheitlichen Situation der Patienten, unangemessen ausgeweitet oder reduziert werden. Das aktuelle Vergütungssystem schafft Fehlanreize, sodass sich die Indikationsstellung nicht selten am betriebswirtschaftlichen Vergütungssystem der Fallpauschalen, den DRGs orientiert. Es besteht der Anreiz für Krankenhaussträger und das kaufmännische Krankenhausmanagement, der Bevölkerung vor allem die medizinischen Leistungen anzubieten, mit denen Gewinn erwirtschaftet werden kann. Die kurz- und mittelfristigen Folgen für die Patienten und das Gesundheitssystem sind dramatisch: Gut honorierte, insbesondere chirurgische und interventionelle medizinische Maßnahmen werden ausgeweitet, hingegen nicht-invasive Gebiete und die „sprechende“ Medizin in den Kliniken weiter reduziert.

Viele unverzichtbare medizinische Leistungen sind im DRG-Vergütungsraaster kaum abgebildet. Das widerspricht häufig den Anforderungen an ein wirksames ärztliches Handeln. Wenn Krankenhäuser ihre „Umsätze“ vor allem dadurch optimieren, dass sie mit dem Patienten (technisch) „etwas machen“, aber nicht damit, dass sie sich um die Menschen nach Maßgabe des ärztlich-pflegerischen Berufsethos „kümmern“, wozu vor allem auch das Arzt-Patienten-Gespräch gehört, verschlechtert dies die Behandlungsqualität. Eine leitliniengerechte Patientenversorgung ist daher

Prof. Dr. Petra-Maria Schumm-Draeger

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Irenenstr. 1, 65189 Wiesbaden

Prof. Dr. Klaus Mann

Endokrinologiezentrum Alter Hof, München

Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Irenenstr. 1, 65189 Wiesbaden

Prof. Dr. Ulrich R. Fölsch

Klinik für Innere Medizin I, UKSH – Campus Kiel

Korrespondenz

Prof. Dr. Ulrich R. Fölsch
Klinik für Innere Medizin I
UKSH – Campus Kiel
Schittenhelmstr. 12
24105 Kiel
urfolsch@1med.uni-kiel.de

auf der derzeit praktizierten Basis der DRG-Vergütungen kaum umfassend möglich.

Für ärztliche Führungskräfte in Krankenhäusern werden immer häufiger dienstvertragliche Bonusregelungen eingesetzt, die häufig monetäre Anreize mit betriebswirtschaftlichen Zielvorgaben (u. a. Patientenzahlen, Mengenausweitungen, Kosteneinsparungen und Deckungsbeitragsausweitungen) verbinden. Solche Vorgaben erhöhen den Druck auf ärztliche Führungskräfte, das medizinische Notwendige dem unternehmerisch-wirtschaftlich Gewünschten unterzuordnen. Die Ärzteschaft in den Kliniken wird damit systematisch zwischen den Mühlsteinen „von oben“ bzw. der damit gewünschten einzelbetrieblichen ökonomischen Optimierung (Ökonomisierung) und dem dieser entgegenstehenden medizinisch und ethisch vertretbaren ärztlichen Handlungsprimat zerrieben.

Anders als vermutet verteuert die betriebswirtschaftliche Optimierung des einzelnen Krankenhauses die Ausgaben im Versorgungssystem an sich: Teure Leistungen werden häufiger erbracht als weniger lukrative. Es besteht dadurch auch die Gefahr, dass die Ärzteschaft der Kliniken zukünftig verstärkt gezwungen wird, aus wirtschaftlichen Gründen zwischen „guten Patienten“ (weil ökonomisch vorteilhaften) und „schlechten Patienten“ (weil schlecht vergüteten Behandlungen) zu unterscheiden. Damit wird das verfassungsrechtliche und gesellschaftlich hohe Gut der Gleichheit aller Menschen im Krankheitsfall an der Krankenhauspforte ausgehebelt.

Eine bedenkliche Entwicklung der letzten Jahre ist zudem, dass langjährig klinisch tätige und entsprechend erfahrene leitende Ärzte als ärztliche Abteilungsleitungen praktisch nicht mehr direkt in den Entscheidungsgremien der Krankenhäuser, in Klinikdirektionen und Geschäftsleitungen vertreten sind bzw. dort direkt gehört werden. Inzwischen wird oft ein erhebliches Management- und Ökonomiewissen seitens der kaufmännischen Geschäftsleitungen gegenüber ärztlichen Führungskräften vorausgesetzt, damit diese Ärzte dann den wirtschaftlichen Entscheidern als geeignete Ansprechpartner qualifiziert erscheinen. Das Medizinstudium gilt für eine solche Karriere häufig nicht mehr als ausreichend.

Doch es ist genau dieser medizinische Sachverstand und die Expertise erfahrener ärztlicher Abteilungsleitungen, der in jede auch unternehmerisch geprägte Krankenhausentscheidung unmittelbar einfließen sollte. Nur so können qualitativ angemessene und patientenorientierte medizinische Konzepte weiterentwickelt, die medizinische Weiterbildung systematisch ausgestaltet und sämtliche medizinischen Belange fachkundig entschieden werden. Eine solche multidisziplinäre Führungskultur in Krankenhäusern ist eine wich-

tige organisatorische Präventionsmaßnahme gegen ökonomische Entscheidungen, die den Patienten mittel- und langfristig schaden.

Die Innere Medizin als großes und übergreifendes Fachgebiet mit seinen vielfältigen Schwerpunkten/Teilgebieten wird derzeit in verschiedenen Krankenhäusern aus ökonomischen Gründen aus dem Versorgungsangebot gedrängt, wodurch diese nicht mehr die ganze Breite des Fachgebietes abbilden können. Dies führt zu erheblichen Engpässen in der Patientenversorgung. Diese bedenkliche Entwicklung ignoriert aus einer ökonomisch motivierten Angebotsoptimierung der Krankenhaussträger heraus die medizinischen Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung.

Die fachspezifische Weiterbildung in den Kliniken muss sämtliche Teilgebiete der Inneren Medizin umfassen – nicht nur die „einträglichen“, sondern auch die, die nach dem DRG-/Fallpauschalensystem als nicht ausreichend vergütet angesehen werden. Anderenfalls werden zukünftig nicht mehr alle Teilgebiete der Inneren Medizin in der klinischen Patientenversorgung zur Verfügung stehen können, da die entsprechend ausgebildeten ärztlichen Fachkräfte fehlen!

Erschwerend kommt hinzu, dass im DRG-System die über eine medizinische Patientenversorgung hinaus notwendigen Arbeitszeiten der an der Weiterbildung beteiligten Ärzte und Funktionssträger nicht berücksichtigt sind. Dies gilt ebenso für die Weiterbildung notwendige finanzielle Ausstattung der Kliniken. Die Weiterbildung ist jedoch unabdingbare Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung.

Was muss sich ändern?

Die DGIM warnt davor, dass schon heute eine zunehmend marktwirtschaftliche Orientierung den Krankenhaussektor so stark dominiert, dass eine Werte-orientierte, fürsorgliche und individualisierte Medizin häufig nicht mehr umsetzbar ist. Gewinnmaximierung darf die ethisch-moralische Handlungsfreiheit des Arztes zu keinem Zeitpunkt beeinträchtigen.

Diese Entwicklung hat über die Jahre ein Ausmaß erreicht, das die medizinischen Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung teilweise ignoriert und damit stark gefährdet. Daher sieht die DGIM hier politischen Handlungs- und dringenden Korrekturbedarf!

Die DGIM fordert daher eine zeitnahe Umsetzung der nachfolgend genannten fünf Punkte mit dem Ziel, sowohl die Patientenversorgung als auch die in diesem Zusammenhang essenziell notwendige Weiterbildung von Ärzten in allen Teilgebieten

der Inneren Medizin weiterhin adäquat zu gewährleisten:

1. Regeln des ökonomischen Wettbewerbs dürfen das medizinische Handeln zu keinem Zeitpunkt dominieren. Das Vertrauen von Patienten in ihre behandelnden Ärzte muss bewahrt und ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis als wichtigste Voraussetzung für den Behandlungserfolg erhalten bleiben. Dienstvertragliche „Bonus-Regelungen“ schaffen Fehlanreize und bieten faktisch „Erpressungspotenzial“ gegen Ärzte. Sie stehen aus ethischen Gründen im direkten Widerspruch zum ärztlichen Handeln und sind generell abzulehnen.
2. Die Einengung von Tätigkeitsfeldern in der Inneren Medizin und damit die Einengung der Weiterbildung auf wirtschaftlich ertragreiche Schwerpunkte in Krankenhäusern ist nicht akzeptabel. Essenzielles ärztliches Wissen und Erfahrung in zentralen Bereichen der Medizin gehen verloren, die Behandlungsqualität unserer Patienten verschlechtert sich signifikant. Nur wenn die internistischen Schwerpunkte in ihrer gesamten Breite in der Weiterbildung berücksichtigt sind, kann dieser Entwicklung Einhalt geboten und die Patienten auch in Zukunft angemessen versorgt werden!
3. Die Weiterbildung der Ärzte zum Facharzt für Innere Medizin und aller entsprechenden internistischen Schwerpunkte gehört zur Dienstaufgabe leitender Krankenhausärzte und muss unabhängig vom DRG-System personell und finanziell gewährleistet werden.
4. Es ist zwingend erforderlich, dass unternehmerische Krankenhausentscheidungen immer im ausgewogenen Verhältnis zwischen leitenden Ärzten, kaufmännischen Direktoren und Pflegeleitung getroffen werden, insbesondere wenn hiervon die medizinischen Belange der Patienten, die ihrer verantwortlichen Ärzte sowie die medizinische Weiterbildung betroffen sein könnten.
5. Betriebswirtschaftliche Entscheidungen dürfen nicht zu einer ökonomischen Abhängigkeit führen, die ärztliche Entscheidungen in Diagnostik und Therapie beeinflusst. Krankenhausleitungen dürfen nicht zu einseitigen wirtschaftlichen Sanktionen gegenüber ärztlichen Führungskräften greifen, wenn diese aufgrund der externen Vorgaben des DRG-Vergütungssystems nicht „ausreichend kaufmännisch erfolgreich“ sein können!

DGIM fordert „Medical Corporate Governance-Leitlinie“

Die Gesundheitspolitik muss Prinzipien stärken, die weder falsche Anreize schaffen noch die Auswirkungen der Ökonomisierung wie Überdiagnostik/Übertherapie bei „lukrativen“, bzw.

Unterversorgung bei „nicht-lohnenden“ Versorgungsbereichen begünstigen.

Im Mittelpunkt allen medizinischen Handelns steht der vertrauensbasierte Arzt-Patient-Kontakt, keine ökonomisch getriebene (kurzfristige) Gewinnmaximierung und Renditeoptimierung, von der einige, wenige Kliniken profitieren, unter denen jedoch das Gesamtsystem leidet. Umsatz- und Überschusssteigerungen dürfen nicht das primäre Unternehmensziel stationärer Versorgungseinrichtungen sein. Krankenhäuser bzw. Kliniken sind nicht wie „erwerbswirtschaftliche Unternehmen“ zu führen mit dem primären Ziel einer Gewinnerzielung: Das Gesundheitswesen ist kein Markt, der Patient kein Kunde und das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen. Krankenhäuser sind vielmehr bedarfswirtschaftliche Einrichtungen zur Erfüllung ihres gesellschaftlichen Auftrags der gesundheitlichen Daseinsvorsorge.

Die Gesellschaft wird anerkennen müssen, dass Fortschritte der Medizin und der demografische Wandel auch im Krankenhaussektor kontinuierlich mehr finanzielle Mittel erfordern werden.

Vor diesem Hintergrund schlägt die DGIM vor, einen Ärzte-Klinik-Kodex (Arbeitstitel: Medical Corporate Governance-Leitlinie für den Kliniksektor) als Modellansatz für die Werte-orientierte Integration ärztlichen Handelns im derzeit durch ökonomische Leit- und Erfolgsbilder dominierten Krankenhaussektor zu entwickeln. Die Versorgung kranker und damit auf ärztliche Hilfe angewiesener Menschen ist keine „Dienstleistung“, die „Kunden“ nach Bedarf „verkauft“ wird. Sie ist vielmehr eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei deren Bewältigung für alle Beteiligten stets der kranke Mensch im Mittelpunkt stehen muss. Zur Lösung dieses Ansatzes bedarf es gesundheitspolitischer Entscheidungen, da er durch Ärzte und Kliniken alleine nicht umsetzbar sein wird. Ferner muss hierfür ein Bewusstsein in der Bevölkerung geweckt werden.

Ziel jeder Medizin muss es sein, Menschen vor Krankheiten zu bewahren, ihre Leiden mithilfe der modernen Medizin frühzeitig zu erkennen und professionell zu behandeln. Nachhaltig erfolgreich ist Medizin erst dann, wenn sie einem humanen Anspruch gerecht wird, der Werte wie Solidarität, Respekt und Zuwendung möglich macht. Die heutige Klinikmedizin lässt für diese Werte kaum noch Raum. Wenn sich nicht bald etwas ändert, wird die ungehemmte Ökonomisierung trotz medizinischen Fortschritts zu einem Medizinbetrieb führen, in dem sich keiner mehr gut versorgt fühlt und wo das Vertrauen verloren geht.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Anmerkung

Die Inhalte und Aussagen in diesem Artikel wurden u. a. in einem Workshop erarbeitet, der dankenswerterweise unter der Federführung und Koordination von Herrn Dipl. Kfm. Thomas Kapitza, Germering, im Sommer 2015 zu diesem Problemkreis von der DGIM durchgeführt wurde. Wir sind Frau Anne-Katrin Döbler für die umfassende und sorgfältige Revision des Manuskriptes zu großem Dank verpflichtet.