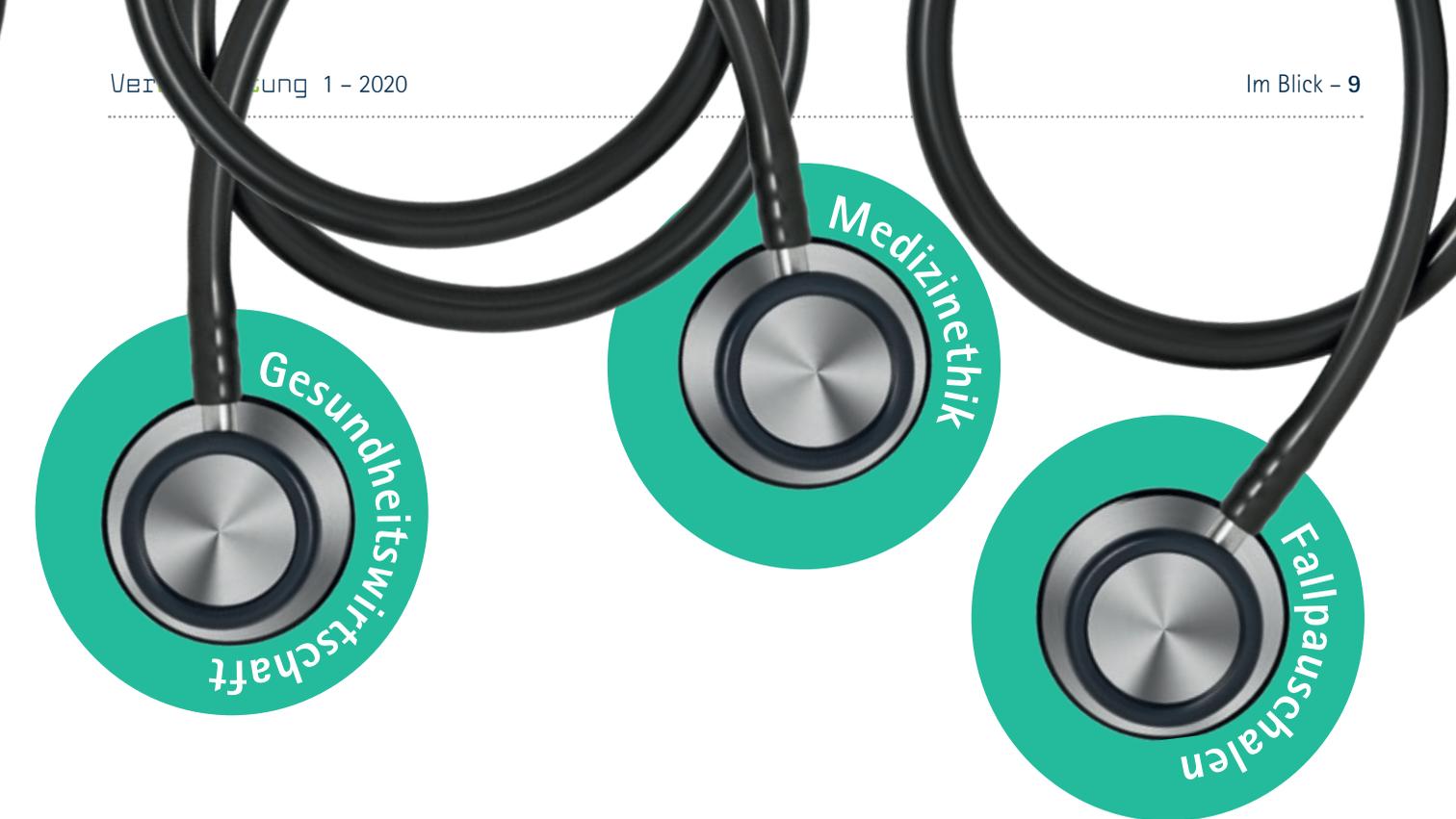


Der Patient ist **kein** Kunde

Warum gewinnorientierte Medizin gefährlich sein kann und sich in unserem
Gesundheitswesen etwas ändern muss

Von Prof. Dr. rer. pol. Dr. med. Karl-Heinz Wehkamp



Gesundheitswirtschaft

Medizinethik

Fallpauschalen

Wer ärztliche Hilfe benötigt und ein Krankenhaus aufsuchen muss, der möchte darauf vertrauen können, dass die Gesamtheit der medizinischen Maßnahmen von der Sorge um seine persönliche Gesundheit bestimmt wird. Zweifel treten auf, wenn der Eindruck entsteht, dem Patienten solle als Kunde etwas verkauft werden, was dem Geschäft dient. Medizin, die im Rahmen eines gewinnorientierten Wirtschaftsunternehmens angeboten und praktiziert wird, steht deshalb leicht im Verdacht, den Patienten für eigene wirtschaftliche Ziele zu benutzen. Eine solche Medizin ist gefährlich, denn ohne Vertrauen zwischen Patient und Arzt fehlen wichtige Informationen für die Wahl der richtigen Behandlung und die Zusammenarbeit im Dienste der Genesung. Dem Vertrauensschutz dienen die medizinische Ethik und die ärztliche Berufsordnung, die ausdrücklich betont, dass es sich bei der ärztlichen Tätigkeit nicht um ein Gewerbe handeln darf.

Während Ethik und Recht die fachliche Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen und

Handlungen zweifelsfrei betonen, ist diese in deutschen Krankenhäusern nachweislich zunehmend eingeschränkt worden. Durch Reformen im Gesundheitssystem zu Beginn des 20. Jahrhunderts, insbesondere durch die Finanzierung der Krankenhäuser durch „Fallpauschalen“ und den gleichzeitigen Rückzug der Bundesländer aus ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionskosten, sind die Krankenhäuser einem marktwirtschaftlichen Wettbewerb unterworfen worden. Ohne dass dies offen thematisiert wurde, ist damit ein Strukturkonflikt entstanden, der auf einem Riss zwischen Krankenhaus und Medizin beruht: Krankenhäuser wurden zu Unternehmen mit notwendiger Gewinnorientierung gemacht, während die Medizin und damit die Ärzte weiterhin Ethik und Recht verpflichtet sein sollen, gleichwohl aber der Letztverantwortung des kaufmännischen Managements unterstellt sind. An diesem Konflikt, der lange Zeit geleugnet und kaum ausgesprochen werden durfte, entzündet sich eine Vielzahl von Folgeproblemen, die für Patienten, Ärzte und Pflegende zunehmend negative Folgen nach sich ziehen. Ohne Zweifel enthält die

Finanzierungsordnung Anreize und Mechanismen, die mit den Grundsätzen guter Medizin und Pflege nicht vereinbar sind.

Der Druck der Fallzahlen

Die Amputation von Fuß oder Bein bei Diabetikern ist nach Aussage eines Diabetes-Spezialisten „in unserem System oft lukrativer als eine langwierige sorgfältige Wundversorgung“ (FA.Z. vom 14. Januar 2020). Wirtschaftlich ist eine Dauerbeatmung attraktiver als die Entwöhnung von der Beatmungsmaschine. Nicht-ärztliche Controller weisen Psychologen an, welche Tests bei Psychatriepatienten zu tun oder zu lassen sind. Ebenso wird Assistenzärzten vom Controlling häufig der Entlassungszeitpunkt von Patienten vorgeschrieben. Unnötige Operationen sind inzwischen vielfach nachgewiesen. Die Zahl der Herzkatheteruntersuchungen und Stents ist in Deutschland unverhältnismäßig hoch. Ärzte berichten, sie seien angewiesen, „etwas zu finden“ („Du musst etwas finden – das ist eine Anordnung – und wenn du nichts findest, sollst du einen noch sensibleren Test machen“). Chefärzte

werden angehalten, Nachbarkliniken „platt zu machen“. Bei der Einstellung von Chefarzten wird diesen die Erwartung vermittelt, ihr ärztliches Personal extrem knapp zu halten. Die Aufzählung solcher Beispiele kann ganze Seiten füllen. Aus der Befragung von Ärzten und Geschäftsführern von Krankenhäusern geht eindeutig hervor, dass es sich nicht um seltene Einzelfälle handelt, sondern um Systemeffekte. Klinikärzte gaben in einer Studie mehrheitlich an, dass sie unter dem Druck stehen, Fallzahlen zu erhöhen, möglichst schwere Fälle zu behandeln und zu dokumentieren („hoher Case-Mix-Index“), sich „kreative Indikationen“ auszudenken und sich etwas einfallen zu lassen im Sinne des „Upgrading“ der dokumentierten Diagnosen.

Die Idee der Gesundheitswirtschaft

Um zu verstehen, wie es dazu kommen konnte, dass betriebswirtschaftliche Ziele des zum „Unternehmen im Krankenhausmarkt“ mutierten Klinikums Einfluss auf Aufnahme, Behandlung und Betreuung sowie die Entlassung von Patienten gewinnen konnten, muss man die Veränderungen betrachten, die nach dem Jahr 2000 im deutschen Gesundheitswesen vorgenommen wurden. Im Kern handelt es sich um eine tiefgreifende Verschiebung von Verantwortlichkeiten.

Das herkömmliche deutsche Gesundheitssystem basierte auf der Verantwortung der Ärzte gegenüber ihrem Patienten. Der Arzt hatte sicherzustellen, dass die Behandlung dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprach. Der Staat verantwortete die hierfür erforderliche Finanzierung. Zwischen Arzt und Staat standen Verwaltungseinheiten, die für die Organisation der medizinischen Versorgung, der Infrastruktur und der Bezahlung verantwortlich waren. In diesem Modell war das Gesundheitswesen ein „Kostenfaktor“, der phasenweise als Last für den Staat angesehen wurde. Gegen Ende des 20. Jahrhunderts galt dieses System – auch angesichts der rapiden Entwicklung medizinischer Potentiale – als zu teuer. Die heute als widerlegt geltende Rede von der „Kostenexplosion“ führte zu Überlegungen zur Eindämmung von Kosten.

Die Reformen des 21. Jahrhunderts basieren auf der Vorstellung, aus einer Last einen

Gewinnfaktor zu machen. Die Idee einer Gesundheitswirtschaft, deren Kern die Krankenhäuser und Arztpraxen seien, wurde geboren. Gemäß einer bestimmten volkswirtschaftlichen Theorie sollte das Gesundheitssystem in einen „Gesundheitsmarkt“ umgewandelt werden, in dem die Teilnehmer um knappe Mittel konkurrieren sollten. Die finanzielle Basis der Kliniken wird fortan nicht mehr vom Staat garantiert, sondern die Kliniken selbst sind nun verantwortlich für ihre Entwicklung und Zukunft. Erstmals können sie insolvent werden. Dazu musste die Verwaltung in ein Management umgewandelt werden. Dieses steht jetzt in der Verantwortung für die wirtschaftliche Existenz des Krankenhauses. Als Konsequenz liegt die Letztverantwortung für das Unternehmen bei der kaufmännischen Leitung (unabhängig davon, ob es sich um einen Verwaltungsbeamten, Betriebswirt, Arzt oder Pfleger handelt).

Die Gesundheitsberufe der unmittelbaren Patientenversorgung unterstehen fortan einer Leitung, die unter der gegebenen Finanzierungsordnung (DRG-Fallpauschalen) Verluste vermeiden und Gewinne erzielen muss. Dazu müssen die medizinischen Versorgungsabläufe möglichst kostengünstig gestaltet werden. Der Hauptkostenfaktor Personal muss dabei möglichst knappgehalten

werden und das Leistungsspektrum des Hauses muss so angelegt sein, dass es im Feld lukrativer Fallpauschalen liegt. Ökonomisch schwache Abteilungen müssen reduziert, geschlossen oder querfinanziert werden. Patienten sind zu selektionieren im Sinne eines optimalen Betriebsergebnisses. Die Behandlungsabläufe ihrerseits sind zu beschleunigen, da die Fallpauschale an die Diagnose und nicht an die Dauer des stationären Aufenthalts gebunden ist. Je mehr Patienten in derselben Zeit behandelt werden umso besser für das Betriebsergebnis.

Es bedarf gar keiner unmittelbaren Einmischung der Leitungsebene in die Gestaltung der Medizin (obwohl dies auch vorkommt), um deren gesamten Charakter zu verändern. Die erforderliche Beschleunigung der Abläufe bei knapper Personaldecke führt zu einer Verdichtung der Arbeit, zu höherer Belastung des Personals, zu höheren Risiken für Patienten. Technisierbare Abläufe werden bevorzugt, zum Nachteil für konservative und betreuungsintensive Medizin und Pflege. Die Medizin wird nach Aussage vieler Ärzte und Pflegekräfte härter, unpersönlicher und ihrer Betreuungsdimension beraubt. Der Zeitdruck wirkt sich negativ auf die Einarbeitung und Ausbildung junger Ärzte aus, da die Hauptlast der schwierigeren



Arbeiten auf die bereits erfahrenen Mitarbeiter geladen wird.

Die Qualitätssicherung als Komplize

Die große Mehrzahl der Ärzte und Pflegenden bestätigt, dass die für den einzelnen Patienten zur Verfügung stehende Zeit reduziert wurde. Auch die Basisleistungen ärztlicher Qualitätssicherung leiden: Für eine sorgfältige Anamnese, körperliche Untersuchung, Aufklärung und Betreuung des Patienten mangelte es an Zeit. Lehrvisiten, Einarbeitung, Fortbildung junger Ärzte sind zu knapp. Die erforderliche regelmäßige Überprüfung des Therapieziels ist nicht immer gewährleistet. Und die Dokumentation nimmt nicht nur viel Zeit, die besser für die Versorgung genutzt werden könnte, sondern sie scheint oft wichtiger zu sein als die Versorgung selbst, weil von der Dokumentation wiederum die Erlöse abhängig sind.

Bemerkenswert ist, dass die parallel zur „Ökonomisierung“ forcierte „Qualitätssicherung“ die oben skizzierten eher negativen Auswirkungen nicht oder nur marginal wahrgenommen hat. In ihrer gegenwärtigen Form scheint sie eher ein Komplize als ein Korrektiv des Veränderungsprozesses zu sein. Die ebenfalls forcierte Versorgungsforschung, deren

Aufgabe die Aufbereitung von Daten zum Zweck der Steuerung durch Politik und Management ist, kann durch ihre Methodenwahl die Erosion „weicher Qualitätsmerkmale“ nicht klar genug erfassen. Da Management sich eher an Messdaten orientiert und häufig über keine qualitativen Erfahrungen aus der Perspektive des „Krankenbetts“ und der dort tätigen Mitarbeiter verfügt, klaffen die Erfahrungswelten der Ärzte und Pflegenden einerseits und derjenigen auf „Entscheidungsebene“ andererseits oft weit auseinander – ein Umstand, der sich in offenen und verdeckten Konflikten, Motivationsverlust, hohen Krankheits- und Kündigungsraten und wachsendem Personalmangel äußert. An dieser Stelle zeigt sich, dass „Ökonomisierung“ bestenfalls kurzfristige Gewinne erzeugt und auf längere Sicht keineswegs wirtschaftlich ist.

Es ist zu betonen, dass auch die „Entscheider“ in Politik und Management die Gewährleistung einer ethischen Medizin und Pflege erwarten. Chefärzte werden für Versorgungsdefizite zur Verantwortung gezogen, auch wenn ihnen die Voraussetzungen für gute Medizin teilweise entzogen werden. Einige Ärzte profitieren freilich von dem System und tragen es aktiv mit. Zunehmend wächst jedoch die Kritik an den genannten Verhältnissen. Die Ärzteschaft erinnert verstärkt an die

ethischen Grundlagen der Medizin, deren Einhaltung gerade die Patienten und die Bevölkerung erwarten. In medialen Kampagnen werden die Fallpauschalen und die Privatkliniken als Verursacher an den Pranger gestellt, obwohl die Probleme heute mehr oder weniger alle Krankenhäuser betreffen und es sich eher um Defizite der „Gouvernementalität“ handelt, also des Führungsstils in Politik und Management. Denn ähnliche Phänomene wie im Gesundheitswesen lassen sich auch in anderen gesellschaftlichen Feldern beobachten, zum Beispiel im Schul- und Hochschulwesen oder bei der Bundeswehr. Einfache Lösungen wird es für die Probleme nicht geben, aber wichtig ist als erster Schritt deren offene Anerkennung. Darauf müsste ein „großer Ratsschlag“ folgen, zu dem alle Beteiligten anzuhören sind und in dem die Gesundheitsökonomie zwar ihren Platz haben soll, aber nicht – wie bislang – als „Gesundheitsexpertin“ hofiert wird.

Prof. Dr. rer. pol. Dr. med. Karl-Heinz Wehkamp studierte Soziologie, Philosophie und Psychoanalyse in Frankfurt am Main und Bremen sowie anschließend Humanmedizin in Würzburg und Lübeck. Es folgte eine klinische Tätigkeit als Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe in Bremen sowie diverse Aufgaben in der Wissenschaft. Er ist Mitglied im SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen. Wehkamp war zudem Vorstandsmitglied der Akademie für Ethik in der Medizin. Seit 1996 ist er freier Klinikberater Ethik-Ökonomie.



Diagnosestellung



Arbeitsverdichtung