

Vom Krankenhaus zum kranken Haus?

Klinikalltag zwischen ethischem Anspruch und Kostendruck

Öffentliche Tagung
Mittwoch · 22. Oktober 2014 · 10:00 bis 18:00 Uhr

Deutsches Hygiene-Museum
Lingnerplatz 1
01069 Dresden

Begrüßung	2
Christiane Woopen · Vorsitzende des Deutschen Ethikrates.....	2
I. Veränderungen und Probleme im Krankenhaus	4
Moderation: Thomas Heinemann · Mitglied des Deutschen Ethikrates.....	4
Die ökonomischen und strukturellen Veränderungen des Krankenhauses seit den 1970er-Jahren.....	5
Michael Simon · Hochschule Hannover	5
Berichte aus der Praxis.....	11
Arved Weimann · Klinikum St. Georg Leipzig	11
Meike Friedrichs · Universitätsklinikum Heidelberg	14
Wo liegen die Probleme des Krankenhauses heute?.....	16
Irmtraut Gürkan · Universitätsklinikum Heidelberg	16
Berichte aus der Praxis.....	22
Magdalene Günther · Arbeiterwohlfahrt Gesundheitsdienste	22
Carola Sraier · Unabhängige Patientenberatung Deutschland.....	22
Diskussion mit dem Publikum	25
II. Ethische Herausforderungen im Krankenhausalltag	39
Moderation: Michael Wunder · Mitglied des Deutschen Ethikrates	39
Patientenwohl und Ethos der Heilberufe in Zeiten ökonomisierter Lebenswelten.....	39
Giovanni Maio · Albert-Ludwigs-Universität Freiburg	39
Ethische Auswirkungen einer zunehmend ökonomischen Ausrichtung des Krankenhauses	39
Nikola Biller-Andorno · Universität Zürich	39
Diskussion mit dem Publikum	47
III. Das „gesunde“ Krankenhaus: Zusammenspiel von Ethik und Ökonomie	57
Podiumsdiskussion.....	57
Lutz Stroppe · Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit.....	57
Andrea Lemke · Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau.....	57
Klaus Lieb · Universitätsmedizin Mainz	57
Georg Marckmann · Ludwig-Maximilians-Universität München	57
Elisabeth Steinhagen-Thiessen · Mitglied des Deutschen Ethikrates.....	57
Rüdiger Strehl · Klinikmanager im Ruhestand	57
Moderation: Eckhard Nagel · Mitglied des Deutschen Ethikrates	57
Diskussion mit dem Publikum	72
Schlusswort	83
Thomas Heinemann · Mitglied des Deutschen Ethikrates	83

Begrüßung

Christiane Woopen · Vorsitzende des Deutschen Ethikrates

Sehr geehrte Gäste des Deutschen Ethikrates, verehrte Referentinnen und Referenten, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich begrüße Sie sehr herzlich zur Herbsttagung des Deutschen Ethikrates zum Thema „Vom Krankenhaus zum kranken Haus? Klinikalltag zwischen ethischem Anspruch und Kostendruck“.

Der Deutsche Ethikrat ist dankbar, diese Tagung im Deutschen Hygienemuseum veranstalten zu können, einem Haus, das sich der Darstellung und dem Verständnis des Menschen, seinen Krankheiten, Grundfunktionen und Grenzen widmet. Wir möchten heute darüber sprechen, wie man den Menschen in einem Krankenhaus unter den Bedingungen knapper finanzieller Ressourcen im Gesundheitswesen medizinisch und pflegerisch gut versorgen und in den Mittelpunkt stellen kann und wie es gelingen kann, dass kranke Menschen möglichst gesund aus einem gesunden Haus für Kranke kommen können.

Wenn wir so krank sind, dass wir aus unserem Alltag herausgerissen werden und vielleicht mit großen Sorgen um unsere Gesundheit oder gar unser Leben in ein Krankenhaus müssen, möchten wir uns darauf verlassen können, dass es den Menschen, in deren Hände wir uns begeben, um uns geht, um unsere Heilung, um unser Wohl. Stattdessen lesen wir Schlagzeilen wie jüngst im *Focus*: „Krank aus der Klinik? Schlamperei und finanzieller Druck erhöhen in vielen Krankenhäusern das Risiko für Fehlbehandlungen.“

Schnell wird dann zuweilen das Fallpauschalensystem angeprangert: Es setze falsche Anreize, vergüte nicht leistungsgerecht, mache eine qualitativ gute patientenorientierte Versorgung un-

möglich und das Personal sei ausgebrannt und überfordert. In solchen Vorwürfen scheint mitzuschwingen, dass eine Abschaffung des Systems der DRGs [Diagnosis Related Groups, diagnosebezogene Fallgruppen] schon die Lösung des Problems sei, zumindest zum Teil. Vergessen wird dabei, dass jedes Vergütungssystem spezifische Anreize mit sich bringt – Anreize, für die findige Finanzfachleute im Zusammenarbeit mit Softwareentwicklern nach jeder kleinen Änderung schnell betriebswirtschaftliche Optimierungsstrategien entwerfen.

So ist es vom Prinzip her nur zu begrüßen, wenn die Qualität der Versorgung zu einem Anreiz gemacht wird. Aber auch qualitätsgestützte Vergütungssysteme oder Pay-for-Performance-Modelle können sich als problematisch erweisen, je nachdem, welche Indikatoren man für die Qualität verwendet. Wählt man solche für den Versorgungsprozess, steuert man möglicherweise nur kostensparend und an dem vorbei, was den Patienten interessiert, nämlich seine Gesundheit und seine Lebensqualität. Stellt man demgegenüber bei den Indikatoren das Behandlungsergebnis in den Vordergrund, kann das dazu führen, dass selbst nach Risikoadjustierung solche Patientengruppen benachteiligt oder gar von Versorgung ausgeschlossen werden, bei denen nur mit geringer Wahrscheinlichkeit gute Ergebnisse zu erwarten sind.

Zudem liegt es in der Natur des Handelns eines jeden Arztes, dass er ein bestimmtes Behandlungsergebnis in der Regel nur intendieren, nicht aber garantieren kann. Und wer wird eine Patientenverfügung umsetzen, in der ein Therapieverzicht verlangt wird, wenn er nach der Sterblichkeitsrate bezahlt wird?

Die Entwicklung dieser Qualitätsindikatoren, die Bundesgesundheitsminister Gröhe kürzlich an-

kündigte, obliegt dem G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss]. Dies ist keine einfache Aufgabe und ihre Ausführung alles andere als ethisch neutral. Wünschenswert wäre, dass neben der objektivierbaren Qualität auch Indikatoren der Patientenorientierung Eingang finden.

Wenn sich schon kein anreizfreies Vergütungssystem denken lässt, liegt das Problem dann eher bei denen, die wie Marionetten an den Fäden solcher Vergütungssysteme baumeln, statt sich unbeirrt an ihren ethischen Grundsätzen und am Wohl der Patienten zu orientieren?

In der Studie *Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus* des Lehrstuhls für Medizinmanagements der Uniklinik Duisburg-Essen gaben 45 Prozent der gut 1.400 befragten Chefärzte an, dass sie im Klinikalltag häufig Entscheidungskonflikte zwischen ärztlichen und wirtschaftlichen Zielsetzungen wahrnehmen. Bei den Pflegedienstleitungen sprachen gar 72 Prozent von solchen häufigen Entscheidungskonflikten. Jeder fünfte Chefarzt führt mindestens einmal im Monat eine für den Patienten nützliche Leistung nicht durch oder ersetzt sie durch eine günstigere, aber weniger effektive Maßnahme, und 39 Prozent vertreten tendenziell die Ansicht, dass ökonomische Gründe zu nicht erforderlichen Eingriffen führen; unter den Kardiologen sind es gar 60 Prozent, und diese Eingriffe haben durchaus ihre Risiken.

Müssen Unter- und Überversorgung stattfinden, damit das Krankenhaus überleben kann? Oder treibt die Gier skrupelloser Gewinnmaximierer ihr Unwesen auf Kosten des Solidarsystems und des Patientenwohls? Müsse man sich nur einmal auf die ethischen Grundsätze ärztlichen und pflegerischen Handelns besinnen und schon wären die Probleme gelöst?

So einfach es ist leider nicht. Der Umfang des Anspruchs auf eine gute gesundheitliche Versorgung, den die Gesellschaft solidarisch trägt, steht in einem komplexen Wechselspiel mit dem individuellen Ethos des ärztlichen und pflegerischen Personals sowie den institutionellen Rahmenbedingungen der Versorgung in den Institutionen unseres Gesundheitssystems, darunter als besonderes Sorgenkind derzeit das Krankenhaus. Am Wohl des Patienten kann man sich auf Dauer nur orientieren, wenn es finanzierbar ist, und die immer knappen Ressourcen sind primär nach ethischen Grundsätzen zu verteilen und einzusetzen.

Wie das im Krankenhaus konkret aussehen kann, möchten wir heute mit Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern und mit Ihnen, liebes Publikum, diskutieren. Wir möchten Perspektiven entwickeln, damit die Patienten mit ihren Bedürfnissen im Mittelpunkt der gesundheitlichen Versorgung stehen, die Mitarbeitenden in einem Krankenhaus in ihrer Arbeit zufrieden sind und die Krankenhausverwaltung mit und nicht gegen ihre Ärzte und Pflegenden arbeiten kann. Letztlich wollen wir nicht nur eine qualitätsgestützte, sondern eine patientenorientierte Medizin, denn das solidarisch getragene Gesundheitssystem findet seine rechtliche und moralische Legitimation im Dienst am Menschen. Der Patient ist Zweck der Gesundheitsversorgung, nicht Mittel zur Ertragsmaximierung.

Danken möchte ich abschließend der Arbeitsgruppe des Deutschen Ethikrates, die das Programm unter Leitung von Professor Thomas Heinemann vorbereitet hat, sowie der Geschäftsstelle des Deutschen Ethikrates, für die die Vorbereitung einer Tagung außerhalb Berlins immer eine besondere Herausforderung darstellt, die sie

aber wunderbar gemeistert hat. Herzlichen Dank dafür. Uns allen wünsche ich nun ein informatives und ertragreiches Symposium.

I. Veränderungen und Probleme im Krankenhaus

Moderation: Thomas Heinemann · Mitglied des Deutschen Ethikrates

Meine Damen und Herren, auch ich darf Sie sehr herzlich begrüßen zu unserer Tagung „Vom Krankenhaus zum kranken Haus? Klinikalltag zwischen ethischem Anspruch und Kostendruck“. Mein Name ist Thomas Heinemann, ich bin Arzt (Internist), Philosoph und Mitglied des Deutschen Ethikrates und werde Sie durch die heutige Vormittagssitzung führen.

Wir haben uns mit der Behandlung des Themas der heutigen Tagung fürwahr eine große Aufgabe vorgenommen. Wie soll man mit diesen riesigen Themen- und Problemfeldern zwischen Patientenautonomie, ärztlicher und pflegerischer Verantwortung und verantwortlichem Ressourceneinsatz mit ihren untereinander komplex verwobenen gesundheitspolitischen, ökonomischen, strukturellen, juristischen, sozialen, ethischen und medizinischen Aspekten umgehen?

Angesichts dieser Komplexität hat sich der Ethikrat in der Tat gefragt, ob er sich mit diesem Thema überhaupt befassen soll. Wir haben uns aus drei Gründen dafür entschieden: Erstens sind viele Probleme bei den gegenwärtigen Entwicklungen in den Krankenhäusern ethischer Natur oder haben zumindest ethische Relevanz. Zweitens ist die Ethik im Gesundheitsbereich offenbar nicht in einer Weise institutionalisiert und vertreten, dass sie bei den gegenwärtigen Entwicklungen angemessen berücksichtigt wird bzw. sich hinreichend Beachtung zu verschaffen

vermag, und drittens hat das Problem eine hohe gesellschaftliche Relevanz: Es betrifft nicht nur die Angehörigen der Gesundheitsberufe, sondern vor allem die Patienten und Patientinnen. Und Patient ist potenziell jedes Mitglied unserer Gesellschaft, das kann sehr schnell gehen.

Lassen Sie mich noch einmal zum Titel unserer Veranstaltung zurückkommen. Sie haben vielleicht bemerkt, dass im Ankündigungsflyer der heutigen Veranstaltung im Titel kein Fragezeichen stand und die Frage nach dem „kranken Haus“ somit zu einer Behauptung mutiert war. Das Fragezeichen wurde bei der Drucklegung schlicht vergessen, hierfür bitte ich um Entschuldigung.

Die demonstrative Wiederauferstehung des Fragezeichens gibt mir Gelegenheit, darauf hinzuweisen, dass die Frage nach dem „kranken Haus“ jedenfalls aus unserer Sicht noch nicht endgültig entschieden ist. Zwar erscheint die Situation in deutschen Krankenhäusern auf verschiedenen Ebenen kritisch. Dennoch ist dies nicht die Zeit des Jammerns, sondern die Zeit der Analyse und gegebenenfalls auch die Zeit der Korrektur. Mit diesem Ansinnen möchte sich der Deutsche Ethikrat heute mit dem deutschen Klinikalltag zwischen ethischem Anspruch und Kostendruck beschäftigen.

Das Programm geht in drei Schritten vor. In der ersten Sitzung erfolgt eine Darstellung der Entwicklungen, die zu der heutigen Situation geführt haben, und der gegenwärtigen Probleme aus ökonomischer Sicht. Zudem beleuchten vier Kurzvorträge die Situation der gegenwärtigen Praxis aus der Perspektive von Ärzten, Pflegenden, Krankenhausträgern und Patienten.

Dann folgt in der zweiten Sitzung die Analyse und Beurteilung der dargestellten Situation aus ethischer Perspektive. Untersucht werden dabei

insbesondere die Fragen nach der Wahrung von Patientenwohl und ärztlichem und pflegerischem Ethos unter den gegenwärtigen ökonomischen Bedingungen sowie die Frage, wie sich eine zunehmende ökonomische Ausrichtung des Krankenhauses auf die ethischen Grundlagen der Medizin auswirkt.

In der dritten Sitzung wird die Frage nach möglichen Lösungsansätzen behandelt, die in einer Podiumsdiskussion eruiert werden soll. Dabei werden Sie die Gelegenheit haben, durch Publikumsanwälte Ihre Fragen und Kommentare einzubringen. Bitte beachten Sie dabei, dass die dritte Sitzung vor allem möglichen Lösungsansätzen vorbehalten sein soll. In den ersten beiden Sitzungen können Sie direkt mit den Referentinnen und Referenten diskutieren; wir werden zunächst alle Vorträge anhören und dann diskutieren.

Damit starten wir nun in die Vormittagssitzung. Der Referent des ersten Vortrags, Michael Simon, ist seit 1998 Professor an der Evangelischen Hochschule Hannover und forscht und lehrt dort im Bereich Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik. Herr Professor Simon, wir freuen uns auf Ihren Vortrag.

Die ökonomischen und strukturellen Veränderungen des Krankenhauses seit den 1970er-Jahren

Michael Simon · Hochschule Hannover

(Folie 1)

Vielen Dank für die Vorstellung und für die Einladung zu der heutigen Veranstaltung, die ich als Ehre, aber auch als reizvolle Herausforderung begreife. Mir kommt die Aufgabe zu, zu Beginn der Tagung einen historischen Rückblick bis zu den Siebzigerjahren vorzunehmen. Diese Aufgabenstellung finde ich angemessen, denn wenn

wir uns am heutigen Tag mit diesem Thema beschäftigen, ist ein historischer Rückblick sinnvoll, weil die Probleme, die wir heute diskutieren – so meine These des Vortrags –, nicht erst mit Einführung des DRG-Systems entstanden sind, sondern weiter zurückreichen.

(Folie 2)

Ich habe den Vortrag wie folgt aufgebaut: Zunächst gebe ich einen historischen Rückblick, gegliedert nach Jahrzehnten, wenngleich sich die historischen Eckdaten natürlich nicht an die Null halten. Danach gehe ich auf die gegenwärtigen Entwicklungen ein und auf die Bedeutung der Rahmenbedingungen, die sich in den letzten Jahrzehnten für den Krankenhausbereich geändert haben, und nehme dann die Innenwelt der Krankenhäuser in den Blick. Abschließend gebe ich eine kurze Schlussbetrachtung.

Die Aufgabenstellung, nur eine Analyse zu bieten, werde ich nicht ganz einhalten, denn wenn man den Stoff reduzieren muss (vier Jahrzehnte sind lang), muss man von bestimmten Einschätzungen ausgehen, die einfließen.

(Folie 3)

Zum historischen Rückblick.

(Folie 4)

Wenn man sich die Siebzigerjahre anschaut, sollte man auch kurz den Blick auf die Jahrzehnte davor richten. Die Fünfziger- und Sechzigerjahre waren geprägt von einer Unterfinanzierung der Krankenhäuser in Deutschland; dazu bestand Konsens zwischen allen Akteuren. Die Modernisierung der Krankenhäuser war nicht in dem Maße möglich wie notwendig. Wesentlicher Grund dafür war, dass der Bund keine Gesetzgebungskompetenz für die Krankenhausfinanzierung hatte. Das wurde erst geschaffen durch die erste Große Koalition, die 1969 das Grundgesetz geändert und dem Bund eine Gesetzgebungs-

kompetenz eingeräumt hat. Das ist interessant: Der Bund hat die Kompetenz, Gesetze zu erlassen für „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser“. Das ist keine Nebensächlichkeit, sondern hat programmatischen Charakter. Auf dieser Grundlage baut auch das Krankenhausfinanzierungsgesetz [KHG] auf, das 1972 in Kraft trat.

Wichtig für unsere Diskussion des heutigen Tages ist, dass das Gesetz von bestimmten Grundüberzeugungen getragen war: Die Sicherstellung der und der Finanzierung von Krankenhäusern, die für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig sind, ist Teil staatlicher Daseinsvorsorge und insofern Aufgabe des Sozialstaates.

Der Zweck des Gesetzes steht auch heute noch im Gesetz, wurde aber reduziert und ersetzt durch andere Gesetzesvorschriften. Kern ist aber immer noch der Zweck und die Bestimmung für die staatliche Krankenhauspolitik, die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

(Folie 5)

Das KHG 1972 haben wir immer noch. Es besteht aus mehreren Elementen, von denen viele mittlerweile durch neuere Regelungen ersetzt wurden. Ich finde es aber sinnvoll, das noch einmal in den Blick zu nehmen.

Das KHG schuf ein System der Krankenhausplanung und Finanzierung, das heute im Wesentlichen noch gilt, aber in Teilbereichen in Frage gestellt ist. Zunächst wurde eine staatliche Krankenhausplanung eingeführt; dies müssen die Länder durchführen. Alle in den Plan aufgenommenen Krankenhäuser haben Anspruch auf eine wirtschaftliche Sicherung; so stand es im Gesetz.

Um diese Finanzierung zu gewährleisten, wurde entschieden, dass eine duale Finanzierung eingeführt wird. Diese haben wir als Grundsatz immer noch, sie ist aber faktisch weitgehend ausgehöhlt.

Diese Regelungen sahen vor, dass – eben weil es Teil der staatlichen Daseinsvorsorge zu sein hat – die Vorhaltung von Krankenhäusern, die Investitionen vom Staat aus Steuermitteln und die unmittelbaren Betriebskosten durch die Nutzer bzw. ihre Kostenträger zu finanzieren sind.

Wesentlich war ein Fachbegriff, der mittlerweile nicht mehr die Relevanz hat, weil er abgeschafft wurde, damals aber sehr wichtig war: das sogenannte Selbstkostendeckungsprinzip. Es sah vor, dass die Investitionsförderung und die Nutzerentgelte zusammen die Kosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses zu decken haben, wohl gemerkt: sparsam wirtschaften; das war kein System der Selbstbedienung. Wenn Zweifel bestanden, war die Möglichkeit gegeben und wurde vielfach genutzt, eine externe Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführen.

Auch das System der Pflegesätze hat es schon gegeben. Ich halte es für nicht so zentral für das damalige KHG-System; es war letztlich eine Abschlagszahlung auf das vereinbarte Budget.

(Folie 6)

Dieses System geriet in den Achtzigerjahren zunehmend in die Kritik. Für die folgende Entwicklung ist es wichtig zu bedenken, welche Einflüsse dazu geführt haben, dass sich die Bundespolitik schrittweise vom System des KHG 1972 verabschiedet hat. Einen wesentlichen Einfluss sehe ich in der zunehmenden Rolle von marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonominnen, die sich als Beraterinnen in der wissenschaftlichen Politikberatung zu Wort gemeldet haben und gefragt wurden. Sie sehen hier zwei

Expertengremien, die besonderen Einfluss hatten (das kann man auch anhand von Publikationen und Zitaten rekonstruieren), das ist insbesondere die Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert-Bosch-Stiftung.

Unter dem Einfluss dieser Diskussion ab Anfang der Achtzigerjahre wurde Mitte der Achtzigerjahre bereits eine Reform durchgeführt, weg von dem KHG-System, insbesondere von dem Selbstkostendeckungsprinzip. Es wurde umgestellt auf prospektive Budgets, die auf Grundlage „voraussichtlicher Selbstkosten“ zu vereinbaren waren. Faktisch wurde das alte Selbstkostendeckungsprinzip in der Praxis weitergeführt, aber es war ein erster wichtiger Schritt in Richtung Abkehr vom Pflegesatzsystem hin zu pauschalierten Entgelten, Fallpauschalensystem, wie wir es heute haben. Die sogenannten Sonderentgelte waren Vergütungen nur für die Operationsleistungen im Wesentlichen.

(Folie 7)

Die Fallpauschalen waren in der Diskussion und als Ziel schon vorgegeben. Darauf bezog sich auch die damalige Bundesregierung. Es gibt ein Grundsatzdokument, das ich auch heute noch für empfehlenswert halte. Wenn man da reinschaut, sieht man, dass vieles von dem, was wir heute haben, damals schon als Ziel vorformuliert war. Was da im Einzelnen drinsteht, stelle ich Ihnen gleich vor.

Dieses Dokument bezog sich ausdrücklich auf die wissenschaftliche Politikberatung, und es ist eine Kontinuität an Personen festzumachen: Die Beamten, die damals beim Arbeitsministerium zuständig waren, wechselten später ins Gesundheitsministerium und haben das weiter verfolgt.

Zentrale Inhalte und Ziele waren die Umstellung auf ein diagnosebezogenes Fallpauschalensystem. Damals gab es schon Punkte, die heute

kontrovers diskutiert werden: Interne Wirtschaftlichkeitsanreize sollen gesetzt werden, Chefärzte sollten in die Budgetverantwortung einbezogen werden und es sollten erfolgsabhängige Chefarztverträge vereinbart werden.

(Folie 8)

Diese Entwicklung setzt sich in den Neunzigerjahren fort. Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 war ein expliziter Bruch mit der Traditionslinie des KHG. Ausdrücklich wurde das Selbstkostendeckungsprinzip abgeschafft, eine Budgetdeckung eingeführt und eine Grundsatzentscheidung getroffen, dass das Finanzierungssystem auf ein Fallpauschalensystem umgestellt werden soll.

Dieses haben wir Mitte der Neunzigerjahre in einem ersten Schritt bekommen. Zugleich, und deswegen an dieser Stelle davor, gab es eine Verschärfung der Budgetdeckung: So wurden Löcher gestopft und ein restriktiveres System eingeführt.

1996 wurde ein neues Entgeltsystem eingeführt, das auch Fallpauschalen beinhaltet; Ziel war die vollständige Umstellung.

(Folie 9)

Das gelang bei diesem deutschen Sonderweg nicht, und weil es zu langsam voranging, wurde entschieden, diesen Weg nicht weiterzuverfolgen, sondern ein international bereits eingesetztes DRG-System zu übernehmen und anzupassen. Das erfolgte dann auch. Sie werden es sicherlich wissen: Die Entscheidung fiel auf das australische System; es wurde übernommen, modifiziert und ist mittlerweile das deutsche DRG-System.

Die Schritte sehen Sie hier. 2002 kam das Fallpauschalengesetz, das dies festgeschrieben hat. Es gab eine schrittweise Einführung mit zunächst einer Übungsphase. Ab 2005 gab es die

„Scharfschaltung“ des Systems, das heißt, ab da konnten Überschüsse und Defizite entstehen. Dieser Übergang konnte nicht von einem Tag auf den nächsten erfolgen, sondern schrittweise.

An dieser Stelle ein kurzer Exkurs: Was ich damit aufzeigen will, ist, dass nach und nach der ökonomische Druck auf die Krankenhäuser verschärft wurde; das war politisch gewollt.

Seit 2010 gibt es landesweit einheitliche Preise, die auch auf Bundesebene angepasst wurden. Darauf möchte ich aber nicht weiter eingehen.

(Folie 10, 11)

Die Bedeutung für den Krankenhausbereich möchte ich an ein paar Punkten skizzieren, soweit das in der kurzen Zeit möglich ist. Ich hatte schon angesprochen, dass das politisch durchaus gewollt war. Dahinter stehen unterschiedliche Einschätzungen. Die wesentliche war schon in den Achtzigerjahren, dass in Krankenhäusern Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen, die mobilisiert werden müssen. Daher muss der Druck auf Krankenhäuser erhöht werden, damit sie diese Reserven mobilisieren.

Wenn wir die Entwicklung im Krankenhausbereich verstehen wollen, müssen wir aber noch andere Entwicklungen beachten. Das mag erst einmal nur für die öffentlichen Krankenhäuser relevant erscheinen, wirkt aber auch darüber hinaus. Die öffentlichen Träger – vor allem Kommunen, teilweise auch die Länder – haben sich zunehmend zurückgezogen, weil durch den verschärften ökonomischen Druck das Risiko stieg, dass sie mit eigenen Haushaltsmitteln für Defizite aufkommen müssen. Diese Entwicklung hat in den Neunzigerjahren begonnen, hält aber noch an.

Wesentliche Schritte waren die formale Privatisierung, das heißt, die Rechtsformänderung, vor

allem die Umwandlung des Regiebetriebs (als Teil der öffentlichen Verwaltung) in Richtung einer privaten Rechtsform. Dabei ist die GmbH die häufigste Form.

Mittlerweile haben wir – die letzten Daten sind von 2012 – nur noch knapp 20 Prozent der kommunalen, der öffentlichen Krankenhäuser, aber auch Landeskrankenhäuser in dieser Rechtsform. Die meisten sind in privater Rechtsform.

Der nächste Schritt, der vielfach vollzogen wurde, ist die materielle Privatisierung, der Verkauf. Wir sehen hier die Anteile, die sich geändert haben, den zunehmenden Anteil privater Träger.

Zu beachten ist auch, dass die Investitionsförderung von den Ländern in den letzten Jahrzehnten immer weiter zurückgefahren wurde und daher der ökonomische Druck auf die Krankenhäuser gestiegen ist, die fehlenden Investitionsmittel durch interne Einsparmaßnahmen, also durch Eigenmittel zu beschaffen.

(Folie 12)

Wenn wir in die Innenwelt der Krankenhäuser schauen, so ist meine These und mein Eindruck aus den Praxisberichten (aber es gibt auch zahlreiche Forschungsberichte und Studien, insbesondere qualitative Studien, die einen vertiefenden Einblick ermöglichen), dass mittlerweile – und das ist über Jahrzehnte gewachsen – eine bestimmte Grundstimmung in vielen Krankenhäusern und im Krankenhausbereich insgesamt herrscht. Dabei gilt dies sicher nicht in gleichem Maße für alle Krankenhäuser. Natürlich gibt es Differenzierungen, die bei einer verkürzten Darstellung nicht so berücksichtigt werden können, wie es notwendig ist.

Hinter dieser Stimmung steht die Drohung, dass die Gefahr der Schließung, Insolvenz oder des Verkaufs an private Träger besteht, wenn sich

das Krankenhaus nicht wirtschaftlich trägt. Das wird von vielen Kliniken und der Belegschaft auch als Bedrohung empfunden.

Sie sehen hier Stichworte, die damit seit rund zehn Jahren verbunden sind: Notlagentarifverträge, Gehaltsverzicht, Stellenabbau, Stellenbefristungen usw.

Wichtig ist auch bei dieser Entwicklung, die wir gerade diskutieren, insbesondere die Leitungsstrukturen in den Blick zu nehmen. Wenn von außen der Druck erhöht wird, ist es von Seiten des Krankenhausträgers nötig, auch die Leitungsstrukturen daran anzupassen. Das alte Dreierdirektorium der Achtzigerjahre noch mit dem Verwaltungsleiter (so hieß er in der Regel) findet man heute immer seltener. Um eine Blockade der Entscheidungsfindung zu verhindern und Entscheidungen zu ermöglichen, wurde es ersetzt durch Geschäftsführungsmodelle, bei denen eine Letztentscheidung des zumeist kaufmännischen Geschäftsführers eingeführt wurde.

Gerade für den ärztlichen Bereich ist auch wichtig: Früher war es ein ärztlicher Direktor, der das nebenamtlich, ehrenamtlich gemacht hat. Heute haben wir zunehmend einen hauptamtlichen ärztlichen Direktor, einen neuen Typ des Krankenhausmanagers, der dort entstanden ist. Dahinter steht eine Idee, die in den letzten Jahrzehnten aufgekommen ist, insbesondere in den Neunzigerjahren: Abteilungen sollten zu Profitcentern werden.

Das sind einige Blitzlichter, die die Situation kennzeichnen. Wichtig war auch eine Grundsatzentscheidung in den Achtzigerjahren, dass insbesondere Chefärzte eine sehr wichtige Funktion einnehmen und, so gesehen, zu leitenden Angestellten werden sollten. Diese Diskussion war in den Neunzigerjahren sehr stark. In den letzten Jahren wurde es durchaus kontrovers diskutiert,

und Chefarztverträge wurden zunehmend mit erfolgsabhängigen Bestandteilen versehen.

(Folie 13)

Das Ganze hat dazu geführt, dass eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen im Krankenhausbereich berichtet wurde. Man kann es als Jammern sehen, ich habe aber den Eindruck – und das ist durch unabhängige wissenschaftliche Forschung ausreichend gestützt –, dass sich die Arbeitsbedingungen in vielen Bereichen der Krankenhäuser in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich verschlechtert haben. Insbesondere Stellenabbau ist in weiten Bereichen zu verzeichnen, Arbeitsüberlastung, insbesondere im Pflegedienst, Einkommensverluste usw. Das wirkt auch auf die Entscheidungen, die heute im Mittelpunkt der Diskussion stehen, gerade ärztliche Entscheidungen; die Umwelt im Krankenhaus, die sich verändert hat, wirkt auch darauf.

Für besonders problematisch halte ich eine Entwicklung, die seit mehreren Jahren diskutiert wird: die schleichende Ökonomisierung der Krankenhäuser. Der Begriff Ökonomisierung ist ein Kunstbegriff, ich verstehe darunter: Vordringen ökonomischer Denkweisen und Kalküle in zuvor nicht durch ökonomische Orientierungen geprägte Bereiche, und Umkehr der Zweck-Mittel-Relation, wie eingangs schon angesprochen wurde: War früher Geld Mittel zum Zweck der Patientenversorgung, kippt das zunehmend in die Richtung, dass die Patientenversorgung Mittel zum Zweck der Erlösgenerierung geworden ist oder wird.

Das ist stark vereinfacht und kann kontrovers diskutiert werden. Das Problem sehe ich insbesondere darin, dass durch diesen schleichenden Prozess eine Überformung von ärztlichen Entscheidungen erfolgt; das war schon in den Neunzigerjahren zu verzeichnen. Ich habe Mitte/Ende

der Neunzigerjahre für einen Forschungsbericht fünfzig, sechzig qualitative Interviews in Krankenhäusern geführt. Darunter waren viele Chefärzte, die vieles von dem, wir heute diskutieren, damals schon berichteten, zumindest in den Anfängen.

(Folie 14, 15)

Aus meiner Sicht – das geht über die Beschreibung hinaus, aber das steckt hinter der Auswahl der Punkte, die ich Ihnen vorgestellt habe; was die Ökonomisierung der Krankenhäuser bedeutet, muss man in der wissenschaftlichen Diskussion weiter in den Blick nehmen. Von den Beiträgen her sind wir noch an der Oberfläche; da gibt es noch vieles auszudifferenzieren und zu vertiefen.

Aber man kann sagen, dass wir eine zunehmende Ökonomisierung der Krankenhäuser haben. Das ist der Blick von außen, der mir besonders relevant erscheint. Das wird auch diskutiert, und ich merke es auch im Freundes- und Bekanntenkreis, als ein Kollege, der vor Kurzem im Krankenhaus war, fragte: Was die Ärzte mir da gesagt haben – ist das wirklich medizinisch notwendig oder wollen die nur ihre Fallpauschalen abrechnen? Viele von Ihnen nicken, Sie wissen das. Viele Berichte in den Medien gehen in die Richtung, und wenn man sich die Äußerungen von Patienten und Angehörigen anschaut, habe ich den Eindruck, sind die zunehmend von diesem Misstrauen geprägt. Das halte ich für ein sehr großes Problem für die Gesellschaft und insbesondere für die Krankenhäuser.

Ich habe den Eindruck, wir sind mit einem zunehmenden Vertrauensverlust der Gesellschaft gegenüber Krankenhäusern konfrontiert. Wir haben ihn schon, und wenn die Entwicklung so weitergeht wie bisher, wird er – so meine Befürchtung – weiter zunehmen, mit allen Folgen,

die ich noch nicht zu Ende durchdacht habe, aber die in den Blick genommen werden müssten.

Ich sehe auch insbesondere im ärztlichen Bereich – das ist ein zentraler Punkt, Krankenhäuser – das Problem einer Überformung der ärztlichen Berufsethik und vor allem die Gewöhnung daran. Das ist mein Eindruck aus Gesprächen mit Chefärzten, dass wir hier einen Generationenunterschied beobachten können: Die ältere Generation hat noch alte Chefarztverträge, kennt noch andere Verhältnisse und ist sozialisiert im Krankenhaus. Die Neuen kennen nur dieses System, kommen da rein und werden so sozialisiert. Ich wage es nicht, Prognosen zu formulieren (das wird wahrscheinlich in späteren Vorträgen noch aufgegriffen), was das für die Zukunft der Krankenhäuser und für den Berufsstand der Heilberufe bedeuten kann.

(Folie 16)

Ich komme zum Schluss. Die Bedeutung für politische Entscheidungen geht darüber hinaus. Ich fasse es kurz; das wird im weiteren Verlauf des Tages noch diskutiert. Das ist ein zentrales Problem ist und wird, wie ich weiß, kontrovers diskutiert. Ein zentrales Problem ist die Umwandlung der Krankenhäuser in Wirtschaftsunternehmen. Meine These ist: Das waren sie vorher im KHG-System nicht, sondern soziale Einrichtungen, die sich nicht unbedingt selbst finanzieren mussten, sondern auch Zuschüsse bekamen.

Die Aufgabe steht an, eine Umkehr und Besinnung auf die historischen Wurzeln zu diskutieren. Man kann das weit in die Vergangenheit zurückverfolgen; so weit will ich nicht gehen, aber das Krankenhaus als soziale Einrichtung, was immer das bedeuten mag – vielleicht kommen heute noch einige Beiträge in der Richtung, aber

die Diskussion steht an: Was kann das bedeuten, was sollte es bedeuten in Deutschland?

Mein Eindruck ist: Die Aufgabe steht an, zu diskutieren, was wir für ein System der Krankenhausfinanzierung brauchen. Da sehe ich den zentralen Ansatz. Es sollte ein System sein, dass ärztliche Entscheidungen frei von ökonomischen Kalkülen sein können; eine Abkehr von der Vorstellung, ärztliche Entscheidungen sollten steuerbar sein durch ökonomische Anreize. Es sollte ein System geschaffen werden, das es ermöglicht und nicht bestraft, wenn ärztliche Entscheidungen sich primär am Patientenwohl orientieren. Das mag banal erscheinen, aber das ist durch die Entwicklung der letzten Jahrzehnte zunehmend gefährdet und ich gehe davon aus, dass das auch am heutigen Tag ein Thema ist, das uns weiter begleitet. Insofern hoffe ich, dass ich einen Einblick in die historische Entwicklung geben und den Rahmen setzen konnte. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Thomas Heinemann

Herzlichen Dank für die instruktive Einführung in die historische Entwicklung. Die beiden folgenden Kurzbeiträge kommen aus der Innenwelt des Krankenhauses, von der Sie gesprochen haben, aus der klinischen Praxis im Krankenhaus, nämlich aus ärztlicher und pflegerischer Perspektive.

Die Statement werden von Herrn Professor Arved Weimann und Frau Meike Friedrichs gegeben. Herr Professor Weimann ist seit 1999 Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Klinikum St. Georg in Leipzig und seit 2003 stellvertretender leitender Chefarzt des Klinikums; er wird die ärztliche Sicht vertreten. Frau Friedrichs ist Fachschwester für Onkologie und Krankenschwester an der Universitätsklinik Heidelberg im Bereich Hämatologie, Rheumato-

logie; sie wird zur gegenwärtigen Situation aus der Perspektive der Pflege sprechen.

Berichte aus der Praxis

Arved Weimann · Klinikum St. Georg Leipzig

(Folie 1)

Herzlichen Dank für die Einladung, aus der Praxis berichten zu dürfen. Ich komme aus einem kommunalen Krankenhaus, das seit über 800 Jahren im Dienst der Bürger Leipzigs ist und das sich selbst nicht als krank ansieht, obwohl es Probleme hat. Bei diesem Vortrag bin ich von unserer Geschäftsführung, dem Controlling, der Seelsorge und meinen Kollegen unterstützt worden.

(Folie 2)

Die Ausgangssituation ist klar: Aus Sicht der Ärzte ist das Rationalisierungspotenzial ausgeschöpft, die Priorisierung in den Krankenhäusern nicht angekommen. Die Anspruchshaltung der Patienten steigt, ebenso der Wettbewerb der Krankenhäuser.

(Folie 3)

Das sind Zahlen aus Niedersachsen. 75 Prozent der niedersächsischen Krankenhäuser sind in den roten Zahlen. Dieser Druck pflanzt sich fort auf die Geschäftsführung – nicht nur in Niedersachsen, sondern auch in Sachsen und woanders –, auf die leitenden Ärzte und die Nachfolgenden.

(Folie 4)

Natürlich erwartet man von mir als Chefarzt, dass ich Budgetverantwortung trage, betriebswirtschaftlich denke und handle; viele meiner Kollegen haben Betriebswirtschaft studiert, einen MBA gemacht. Auf das Dilemma der Überforderung ärztlicher Berufsethik haben Sie, Herr Simon, bereits hingewiesen; und die Ärzte haben es noch nicht einmal gemerkt.

(Folie 5)

Wie sieht es aus, wenn ich mir den Patienten aus Sicht eines leitenden Arztes derzeit anschau? Dann haben Sie auf der einen Seite den Patienten als DRG-Fall und die Zielvorgaben des leitenden Arztes mit den ökonomisierten Termini, die wir alle zu beherrschen gelernt haben (erhöhte Anforderungen an das Qualitätsmanagement usw.), und auf der anderen Seite Personalressourcen, die in den letzten Jahren reduziert worden sind, Arbeitszeitverdichtung, Arbeitszeitgesetz und eine Generation, die durchaus die Work-Life-Balance im Auge hat.

(Folie 6)

Wir haben auch gelernt, die Gewinnzone für unsere Patienten im Rahmen der Verweildauer zu steuern. Wir müssen unter der mittleren Verweildauer bleiben, damit wir in der Gewinnzone sind. Wenn wir das nicht schaffen und darüber hinauskommen, ist die Erlöslage für das Krankenhaus zumindest ungewiss.

(Folie 7)

Der Patient wird damit zum Werkstück in einem industriellen Prozess. Dabei haben wir gelernt, dass die Industrialisierung durchaus Vorteile für die Qualität in der Standardisierung hat. Aber das Rad dreht immer schneller, und gleichzeitig haben wir den Anspruch, „humane Medizin zwischen Leistungserbringung und Sorge um den Anderen“ zu realisieren, wie es Herr Maio im Untertitel seines kürzlich erschienenen Buches *Ethik der Gabe* formuliert hat.

(Folie 8)

„Qualität braucht Zeit“, hat Bundespräsident Gauck in der letzten Woche zu Journalisten gesagt. Das gilt nicht nur für Journalisten, sondern auch für viele andere und auch für Mediziner. Wenn wir die Frage stellen: Rationalisierung oder Rationierung?, dann ist die Rationierung

hier sicherlich angekommen. Wir halten unseren Patienten eine wichtige Ressource in der Arzt-Patienten-Beziehung vor.

(Folie 9)

Im DRG-System nicht abgebildet sind besondere Zuwendungen, Kommunikation und Beistand mit dem Patienten und seinen Angehörigen, Beratung und interdisziplinäre Diskussion in Konferenzen.

(Folie 10)

Kürzung der Krankenhausverweildauer heißt, Entlassung zu forcieren, heißt, alleinstehende alte Menschen trotz ambulanter Pflegedienste in die heimische Umgebung zu entlassen. Natürlich müssen sich die Angehörigen kümmern, aber das ist häufig leichter gesagt; sie leben unter Umständen nicht mehr in der Stadt. Es konterkariert den Anspruch an Patientensicherheit – ein nationales Gesundheitsziel – und fördert den Drehtüreffekt, dass die Patienten erneut hereinkommen, sei es mit dieser oder einer anderen Erkrankung.

(Folie 11)

Abrechnungstechnisch ist es günstig, aus einem Fall mehrere zu generieren (so haben mehrere etwas davon), Operationen zweier Fachgebiete nicht synchron, sondern zweizeitig durchzuführen und den Fall optimal abzubilden, auch wenn das eine gewisse Gefahr des Upcodings bedeutet.

(Folie 12)

Im DRG-System werden die Leistungen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK] anhand der Daten von Kalkulationskrankenhäusern – wir selbst gehören auch dazu – jährlich neu bewertet. Dieselbe Leistung kann dann weniger wert sein; man nennt das einen Katalogeffekt. Das ist natürlich ein Anreiz, mehr Leistung zu bringen, um zumindest den Erlös vom Vorjahr wieder hereinzuspielen.

(Folie 13)

Das ist ein extremes Beispiel aus der Ernährungsmedizin, Geriatrie, das ich meinem Kollegen Matthias Pirlich in Berlin verdanke. Es zeigt, wie so eine Abwertung stattfinden kann.

Wir haben in der Fachgesellschaft dafür gekämpft, in den letzten Jahren eine ernährungsmedizinische Begleitung von Problempatienten zu realisieren. Da gibt es gute Daten, die Verweildauer wird gekürzt, das Ergebnis ist besser. Aber das muss man im DRG-System abbilden. Es war bis dato abbildbar, dies ist sicherlich ein extremer Fall, und es ist abgewertet worden. Natürlich sinkt damit auch die Motivation, Patienten ernährungsmedizinisch als Problempatienten zu begleiten.

(Folie 14)

Ein weiteres Dilemma: die Verschiebung schlecht abrechenbarer Fälle in Kliniken mit größerer Expertise. Die Verantwortlichen müssen sich dann für die Überschreitung ihrer Budgets rechtfertigen.

(Folie 15)

In Deutschland wird zu viel operiert? Das wird man besonders den Chirurgen fragen. Eine geringe Zahl an Operationen wird wirtschaftlich nicht belohnt, sondern bestraft, und mehr Operationen werden unter Umständen durch Erhöhung des Relativgewichts sogar belohnt.

(Folie 16)

Für eine chirurgische Klinik ist die Zahl der Operationen ihre Kenngröße, ihre Visitenkarte. Sie deutet ihre ökonomische Leistungsfähigkeit an, die Attraktivität für Einweiser und die Ausstrahlung des Chefarztes, und sie führt zur internen Ressourcenverteilung.

(Folie 17)

Lassen Sie mich ein Beispiel nennen: Ein 82-jähriger Patient mit asymptomatischer Leistenhernie, mäßiger Komorbidität wird vom Hausarzt geschickt zur Frage der Operationsindikation. Der Patient ist selbst völlig offen für eine Operation. Sie können die Operationsindikation vertreten, Sie können aber auch vertreten, zuzuwarten; *watchful waiting* nennen wir das. Wie werden Sie sich entscheiden?

(Folie 18)

Da ist der Operationskorridor. Es gibt kein Richtig oder Falsch, aber das ist schon ein ethisches Dilemma für sich selbst.

(Folie 19)

Mindestmengen zum Erreichen der Erstattungs-fähigkeit von komplexen Operationen sind ein weiterer Anreiz, Indikationen zu strecken.

(Folie 20)

Somit kann aus ärztlicher Sicht durchaus die Frage gestellt werden: Ab welchem Zeitpunkt dient ein solcher Wettbewerb nicht mehr der Qualität, sondern gefährdet die Patientensicherheit?

(Folie 21)

Auch dazu gibt es aktuelle Daten aus Skandinavien, wohin wir ja immer schauen, wenn wir über das Gesundheitssystem diskutieren. Da steigt an einer Klinik mit einer optimal ausgelasteten Bettenstation (95 Prozent Auslastung) die Zahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes oder innerhalb von 30 Tagen versterben; auch die Letalität war erhöht als Notfall in der Nacht, am Wochenende oder Feiertag.

(Folie 22)

Die Stimmung bei den Ärzten ist nicht gut; das wird auch hier ausgedrückt. Dies sind Worte aus der Eröffnungsansprache des Präsidenten der

Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in Leipzig vor wenigen Wochen.

(Folie 23)

Das wird auch deutlich aus dem Kongressmotto für die Chirurgen 2015 in München. Wir spüren den Wertewandel.

(Folie 24)

Diese Umfrage haben wir schon gesehen. Sie ist hochaktuell und hochbrisant und zeigt, wie Chefarzte diese Konflikte im Alltag wahrnehmen; Frau Woopen hat darauf hingewiesen.

(Folie 25)

Zur Arbeitszufriedenheit der Ärzte und der Pflegenden sehen Sie eine Umfrage der Hans-Böckler-Stiftung, die vor wenigen Wochen veröffentlicht wurde. 42,5 Prozent der Ärzte sagen: „Meine Arbeitsbedingungen haben sich in den letzten fünf Jahren auf gar keinen Fall verbessert.“

(Folie 26, 27)

Wie kann man das ausdrücken? Ärzte haben das Gefühl, in einem solchen Jenga-Turm zu sitzen, wo immer ein Klötzchen herausgezogen wird. Sie kitten das von innen und versuchen zu vermeiden, dass das passiert, was keiner möchte.

(Folie 28, 29)

Das pflanzt sich auf die folgende Generation fort. Das DRG-System ist nicht ausbildungsfreundlich, im Gegenteil, es fördert die Umwidmung von Assistenzarztstellen zu Facharztstellen, so dass es sein kann, dass diese Generation die Verantwortung zukünftig nicht mehr übernehmen möchte.

(Folie 30)

Lassen Sie mich schließen mit einem Zitat aus dem letzten Jahrhundert. Carly Seyfarth war der Ärztliche Direktor in unserem Krankenhaus in den Dreißigerjahren, und er hat 1935 ein berner-

kenswertes Buch herausgegeben (damals war Thieme noch in Leipzig), einen Ärztekönigge. Diesen Ärztekönigge hat er mit diesen Worten eingeleitet, denen ich nichts hinzuzufügen habe. Ich hoffe nur, dass es so bleibt, und danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Meike Friedrichs · Universitätsklinikum Heidelberg

Sehr geehrte Damen und Herren, ich danke dem Ethikrat für die Einladung und die Möglichkeit, hier über meine vierzig Jahre Praxiserfahrung als Krankenschwester zu berichten. Meine Ausführungen sind subjektiv. Ich habe 1975 in Krefeld in den Städtischen Kliniken meine Ausbildung angefangen und 1978 beendet. Danach habe ich zwei Jahre in kleineren Krankenhäusern in der Umgebung gearbeitet.

Die Situation damals war so, dass wir keinen Pflegemangel hatten. Die Arbeit unterschied sich sehr von dem, was ich heute mache. Es gab Funktionspflege. Die Stationsschwester hatte den großen Überblick und der Rest hat gearbeitet. Computer gab es nicht, alles wurde handschriftlich auf Pläne geschrieben und in Kurven übertragen. Die Essensversorgung kam aus der Zentralküche in großen Behältern und wurde jedem Patienten auf den Teller geschöpft. Zum Abend hin wurden pro Patient acht Brote geschmiert und Grießbrei gekocht; ich habe es dort im Grießbreikochen bis zur Perfektion gebracht.

Das Verbandsmaterial, zum Beispiel Pflaumentupfer oder Watteträger, wurde in Handarbeit gedreht; es wurden Binden gewickelt und Zellstoff geschnitten. Wenn man sich das heute anhört, war das tiefstes Mittelalter. Aber es war schön und wir hatten noch Zeit für die Patienten. Wir konnten noch Schwätzchen halten und uns mit ihnen beschäftigen.

Danach habe ich zehn Jahre als Nachtwache in Altenheimen gearbeitet. Diese Erlebnisse möchte ich hier nicht kundtun; die waren schon speziell.

1989 habe ich in der Uniklinik Heidelberg in der Rheumatologie und Hämatologie angefangen. Nach zehn Jahren Dauernachtwache war das für mich ein vollkommen neues Feld. Funktionspflege war out, Zimmerpflege war angesagt. Jede Schwester hatte vier bis zehn Patienten zu versorgen, je nach Personaldichte oder Pflegeintensität der Patienten. Für diese Patienten war sie selbst verantwortlich. Es begann mit dem morgendlichen Bettenmachen und endete je nach Arbeitszeit mit der Übergabe an die Nachtwache. Dadurch wurde die Arbeit viel verantwortungsvoller, aber auch anspruchsvoller und anstrengender. Man musste sich um Termine zu Untersuchungen, Blutentnahmen, die Medikamentengabe kümmern, bei den morgendlichen Visiten mitgehen und diese auch selbst ausarbeiten. Das Essen kam inzwischen portioniert aus der Großküche und die Patienten konnten von einem Tag auf den anderen das Menü auswählen. Man war Ansprechpartner für die Patienten, die Angehörigen, den Stationsarzt und die anderen Berufsgruppen, die noch dazugehörten.

Das war für mich eine neue Welt. Die Pflege machte dadurch mehr Spaß und man hatte mehr den Blick auf das Ganze.

In den ersten zwei Jahren in der Hämatologie/Onkologie wurden die Chemotherapien für die jeweiligen Stationen noch selbst gerichtet. Es gab einen speziellen Raum mit einer Berner Box, in dem eine Schwester den ganzen Vormittag damit beschäftigt war, Chemotherapien zu richten und diese an den Stationsarzt weiterzuleiten. Das ist heutzutage undenkbar; heute wird das in der zentralen Herstellung in der Apotheke ge-

macht, und die fertigen Chemotherapien kommen dann etikettiert auf die Station.

Moderne Gerätemedizin und Computer zogen bei uns ein. Als ich nach zweijähriger Babypause wieder arbeiten musste, stand da ein Stationscomputer – erst eine Hassliebe und inzwischen normaler Teil meiner Arbeit. Wenn das System abstürzt, ist die ganze Klinik aufgeschmissen; man kann dann nichts mehr machen. Das kam Gott sei Dank in meiner Zeit nur zwei- bis dreimal vor.

Einige Aufgaben, die früher zum normalen Stationsablauf gehörten, sind jetzt delegiert an Versorgungsassistenten. Sie halten uns durch das Wechseln von Betten oder Auswaschen von Schränken, Medikamenten- und Materialbestellungen den Rücken frei.

2004 zog die medizinische Klinik ins Neuenheimer Feld. Die Bettenzahl der Hämatologie/Rheumatologie verringerte sich von 79 auf ca. 64 Betten. Das hatte zur Folge, dass die Patienten, die stationär aufgenommen werden sollen, nicht mehr ausschließlich in unserer Abteilung, sondern auch in externen Heidelberger Kliniken unterkommen.

Die Liegezeiten auf den Stationen haben sich verkürzt. Dadurch wird die ambulante Pflege in der Tagesklinik, wo ich seit ca. zehn Jahren arbeite, wichtiger. Viele Therapien, die früher stationär verabreicht wurden, laufen nun ambulant. Die Patienten kommen morgens um 8 Uhr in die Tagesklinik und gehen um 18 Uhr wieder nach Hause. Viele Patienten empfinden das als sehr gut, weil sie die meiste Zeit zuhause verbringen können und nicht stationär aufgenommen werden müssen.

Unser Behandlungsspektrum ist sehr breit gefächert, aber das meiste sind Bluttransfusionen und

Verabreichung von Chemotherapien. Haben wir vor dem Umzug ca. 20 Patienten am Tag behandelt haben, sind es nun häufig über 70. Um diesen Tagesdurchschnitt zu schaffen, braucht man eine gute Planung und schnelles Arbeiten. Manchmal ähnelt das, was wir dort machen, Fließbandarbeit, und trotzdem muss man dem Patienten Sicherheit vermitteln und das Gefühl, gut aufgehoben zu sein – eine nicht ganz leichte Aufgabe, die wir aber jeden Tag zu realisieren versuchen.

Zum Abschluss sei festgestellt: Trotz aller Kritik, die ich am Gesundheitssystem habe und an den Abrechnungsformen, mit denen wir jeden Tag konfrontiert sind – denn fünf Minuten pro Patient sind es mindestens immer für die schriftliche Dokumentation der Verabreichung von Therapien; alles muss auch noch in den Computer gegeben werden, das ist bei einem Computer für ein Behandlungszimmer eine nicht leichte Aufgabe – trotz dieser Kritik übe ich meinen Beruf gerne aus und ich hoffe, dass, wenn ich in einigen Jahren in den Ruhestand gehe, eine neue Generation an Gesundheits- und Krankenpflegekräften heranwächst, die diesen anstrengenden und verantwortungsvollen Beruf trotz schlechter Bezahlung und ungünstiger Arbeitszeiten weiterführt. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Thomas Heinemann

Frau Friedrichs und Herr Weimann, herzlichen Dank für diese eindrucksvollen Darstellungen aus der Klinik und dem Krankenhausalltag. Herr Weimann, Sie haben deutlich die Probleme im ärztlichen Bereich dargestellt. Frau Friedrichs, Ihr letzter Satz: Der Beruf macht eigentlich großen Spaß, ich bin dankbar für diesen Beruf usw., das geht wohl auch den meisten Ärzten so. Aber es sind die Bedingungen, die immer enger und

enger werden, und das wird das Problem und die Fragestellung der weiteren Tagung heute sein.

Wo liegen die Probleme des Krankenhauses heute?

Thomas Heinemann

Damit kommen wir zum zweiten Hauptvortrag der Vormittagssitzung. Es geht um die Darstellung der ökonomischen Rahmenbedingungen aus der Sicht des Ökonomen bzw. in diesem Fall einer kaufmännischen Direktorin. Frau Irmtraut Gürkan ist seit 2003 Kaufmännische Direktorin am Universitätsklinikum Heidelberg und wird sich in ihrem Vortrag mit der Frage auseinandersetzen, wo die Probleme des Krankenhauses heute liegen.

Irmtraut Gürkan · Universitätsklinikum Heidelberg

(Folie 1)

Herzlichen Dank für die Einführung. Meine Damen und Herren, Sie haben eben schon von Frau Friedrichs einen Einblick in unser Haus bekommen. Vielen Dank, Frau Friedrichs, Sie können es aus Ihrer Warte viel persönlicher darstellen, als es mir auch nach zwölf Jahren Kaufmännische Direktorin in Heidelberg möglich ist. Ich möchte es trotzdem versuchen. Mein Vortrag soll die Probleme eines Krankenhauses generell darstellen; an der einen oder anderen Stelle werde ich aber auch auf unser Haus zu sprechen kommen.

(Folie 2)

Ich habe folgende Agenda vorbereitet: Ich möchte Sie kurz über relevante Daten unseres Hauses informieren, die aktuellen Herausforderungen und die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser, speziell der Uniklinika darstellen, die Kosten-/ Erlösschere problematisieren, den Investitionsstau, die Sonderlasten der Uniklinika (einige

Stichworte sind schon gefallen), Kompensationsstrategien und Produktivitätssteigerungen, wie wir sie wahrnehmen können, die Wettbewerbssituation und Mengenproblematik, in der wir uns im Krankenhaus bewegen, und zum Schluss einen Blick auf den Arbeitgeber Krankenhaus werfen; vielleicht noch ein kurzes Fazit.

(Folie 3)

Unser Campus liegt, wie Frau Friedrichs schon gesagt hat, im Neuenheimer Feld. Wir sind mit fast allen Kliniken (bis auf die Psychiatrie) umgezogen in einen wunderschönen Campus mit hoher Funktionalität, weil die Gebäude untereinander gut verbunden sind.

(Folie 4)

Wir sind eines der größeren Uniklinika. Wir behandeln jährlich 64.000 Patienten stationär, 53.000 teilstationär. Vor allem in der Chemotherapie finden die Behandlungen als teilstationäre Behandlungen statt. Wir betreiben in unserem Haus fast 2.000 Betten und sind der größte Arbeitgeber in Heidelberg (das hat aber nichts zu sagen; Heidelberg ist klein und hat 150.000 Einwohner). Wir haben 10.000 Beschäftigte ohne unsere Tochterunternehmen.

Der Umsatz liegt bei 925 Millionen Euro. Die größte Einnahmequelle sind die stationären Erlöse mit 487 Millionen Euro. Der Landesförderungsbeitrag für Forschung und Lehre kommt vom Land Baden-Württemberg.

Wir gehören zu den wenigen Häusern, die sich im letzten Jahr zumindest noch in den schwarzen Zahlen befinden; dieses Jahr sieht es etwas anders aus. Der Bilanzgewinn lag letztes Jahr 2,6 Millionen Euro.

Wir haben in den letzten Jahren drei Häuser dazugekauft, aus unterschiedlicher Motivation: zum Teil, weil sie unser Behandlungsspektrum

gut ergänzen und abdecken. Darunter war aber auch ein Haus, das tiefrot war, ein Kreiskrankenhaus mit einer wichtigen Funktion in Südhessen. Ich kann das nicht weiter ausführen, aber nur so viel: Hätten wir es nicht gekauft, wäre es an ein privates Unternehmen gegangen; die waren auf Platz zwei im Wettbewerbsverfahren. Wir haben uns entschieden, das Haus zu kaufen, weil es unser Einzugsgebiet in den südhessischen Raum gut sichert.

(Folie 5)

Zur Leistungsentwicklung im stationären Bereich, seit die DRGs eingeführt wurden. Sie sehen, dass unsere Fallzahlen kaum gestiegen sind. Abgesehen von der Orthopädie, die wir gekauft und in unser Haus integriert haben, haben sich die Fallzahlen kaum gesteigert. Was sich aber gesteigert hat, sind die Case-Mix-Punkte. Wir rechnen nach den DRGs ab; das hängt damit zusammen, dass unser Leistungsspektrum in den letzten Jahren zunehmend komplexer wurde. Unser Case-Mix-Index liegt bei 1,8; die Insider wissen, dass das ziemlich hoch ist. Das hängt damit zusammen, dass wir uns als Universitätsklinikum bewusst verpflichtet haben, die komplexe Patientenbehandlung in unserem Haus durchzuführen, also die große Onkologie, Onkochirurgie, die Transplantationsmedizin, auch Leistungen, die zumindest in den Anfangsjahren der DRGs nicht kostendeckend waren. Wenn die DRGs 2003 für unser Haus scharfgestellt worden wären, hätten wir ein Defizit von 30 Millionen gehabt.

Hat man Ausweichstrategien? Wir haben gesagt: Nein, wir machen das, was unser Auftrag ist, und schauen, auch über Interventionen bis hin zum InEK, dass die Leistungen vernünftig abgebildet werden.

(Folie 6)

Doch auch wir sind im Kanon aller Krankenhäuser in dieser Problematik der Herausforderungen, was wir eigentlich positiv wahrnehmen können. Das Gesundheitswesen, die Krankenhäuser stehen im Fokus der Öffentlichkeit – leider häufig mit negativen Meldungen. Aber wir können immer wieder feststellen, auch im privaten Umfeld: Krankenhaus- und Gesundheitsthemen interessieren alle Menschen gleichermaßen, und die Medizinthemen, die in der letzten Zeit vor allem Versorgungssicherheit und Qualitätsthemen beinhalten, sind von hoher Präsenz.

Wir müssen aber auch sehen, dass wir uns in einem sehr regulierten Markt bewegen, wobei die DRGs nach meinem Dafürhalten inzwischen auch die Hochleistungsmedizin gut abbilden. Unser Problem sind nicht die DRGs, sondern die Kostenschere, die wir in den letzten Jahren hatten, dass die Veränderungsrate, die im letzten Jahr sogar 2,8 Prozent war, nicht 2 Prozent, immer geringer war als die Tarifsteigerung, die Kostensteigerung. Das ist eines der wesentlichen Probleme, unter denen die Krankenhäuser heute leiden.

Der ordnungspolitische Rahmen, in dem wir uns zu bewegen haben, ist inkonsequent. Für die Krankenhäuser gilt das Kartellrecht. Das ist bedauerlich, weil wir damit gute Versorgungsstrukturen kaum abbilden können. Es war für uns sehr schwer, das Krankenhaus in Heppenheim zu kaufen; das hatte uns das Kartellamt zunächst untersagt. Vernünftige Strukturen – ein Krankenhaus der Maximalversorgung in einer guten Vernetzung mit Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung – werden durch das Kartellrecht stark erschwert.

Die Monistik muss kommen. Wir haben heute immer noch die duale Finanzierung; das ist aber eine Friktion. Darauf gehe ich noch ein.

Eines der großen Probleme, wo das Geld im Gesundheitswesen verschüttet wird, ist die sektorierte Krankenhausversorgung, das ist ein teurer Anachronismus, oder wie es der AOK-Vorstandsvorsitzende gesagt hat: ein „anachronistischer Luxus“. Da verschwindet das Geld, das wir viel besser einsetzen können, auch in den Krankenhäusern, um zu entzerren und die Leistungsverdichtung nicht immer weiter anzuschrauben.

Was den Krankenhäusern Sorgen machen muss, ist die demografische Entwicklung. Denn nicht nur unsere Patienten werden älter, sondern auch unsere Mitarbeiter. Die meisten von ihnen halten es nicht durch, bis 65 zu arbeiten, weil die körperliche, nicht nur die psychische Belastung sehr hoch ist. Wenn man weiß, dass die Mitarbeiter ab Jahrgang 1964 arbeiten dürfen, bis sie 67 sind, dann ist das ein Riesenthema, mit dem wir uns intensiv beschäftigen müssen. Wir brauchen organisatorische und strukturelle Anpassungen, dass wir auch die Teams entsprechend zusammensetzen, sodass es nicht nur Junge oder nur Alte sind, sondern dass wir mit gemischten Teams arbeiten.

(Folie 7, 8)

Ein Blick auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser: Wir haben es eben schon für Niedersachsen gesehen; für Baden-Württemberg sieht es nicht ganz so schlimm aus, aber fast.

(Folie 9, 10)

50 Prozent der Krankenhäuser sind in den roten Zahlen; das gilt wohl für alle Bundesländer. Die Ursachen liegen für mein Dafürhalten in dieser Scherenproblematik; auf einen weiteren Punkt gehe ich gleich ein.

(Folie 11)

Den Unikliniken geht es nicht besser; auch sie sind in den letzten Jahren dramatisch abgestürzt: Über 50 Prozent sind in den roten Zahlen, weil sie die gleichen schlechten Rahmenbedingungen haben wie die anderen Krankenhäuser.

(Folie 12, 13)

Schauen wir uns diese Erlös-Kosten-Schere einmal genauer an. Das sind Daten, die der Verband der Uniklinika aufgearbeitet hat, aber sie gelten genauso für alle anderen Krankenhäuser. Sie sehen: Die Veränderungsrate, kumuliert über die letzten elf Jahre, lag bei 111 Prozent, die Tarifsteigerung dagegen bei 131 Prozent. Die Sachkosten sind auch gestiegen, die Inflationsrate war höher als die Veränderungsrate und dieses Delta musste von den Krankenhäusern erwirtschaftet werden. Das ist unsere wirkliche Problematik und ein Ärgernis, dass man die Krankenhäuser gezielt in diese Scherenproblematik hat laufen lassen.

(Folie 14)

Soweit die Problematik aller Krankenhäuser. Die Uniklinika haben weitere Themen und Probleme finanzieller Art zu schultern. Wir haben von dem neuen Gesundheitsminister einen Systemzuschlag Uniklinika gefordert. Da sind wir ziemlich abgebürstet worden; der wird nicht kommen. Aber an dem Thema bleiben wir dran.

Es sind vor allen Dingen acht Sonderaufgaben, die eine Sonderlast der Uniklinika darstellen: Das sind die Extremkostenfälle, die allein bei uns in Heidelberg an unserem Haus 10 Millionen ausmachen, was eine zusätzliche Belastung ist. Es ist der große Ambulanzbereich, die Notfallversorgung, die Innovation, die Zentren, in denen wir auch seltene Erkrankungen behandeln. Das sind im Verbund dieser acht Themen Situationen, die andere Krankenhäuser auch der Ma-

ximalversorgung nicht schultern müssen. Von daher hoffe ich, dass wir langsam Gehör beim Gesundheitsminister finden und von den Wissenschaftsministern unterstützt werden.

(Folie 15)

Wenn man sich das in anderen europäischen Ländern anschaut, die die DRGs eingeführt haben, da ist es nie der Fall, dass die Uniklinika nur über die DRGs finanziert werden, sondern es gibt immer ein Zusatzbudget für die akademischen Komponenten oder die komplexen Gesamtversorgungsaufgaben. Es ist vor allen Dingen – und das fehlt uns in Deutschland – der Konsens, dass die Hochschulmedizin teuer ist und besonders gefördert werden muss. Der Stellenwert der Hochschulmedizin, wie er in Deutschland zum Tragen kommt, ist beschämend in Kenntnis der Aufgaben, die wir wahrnehmen. Da wünschen wir uns einen anderen Respekt, wie es in den Niederlanden oder in Skandinavien der Fall ist.

(Folie 16)

Das andere Thema, was Uniklinika und alle Krankenhäuser betrifft, ist – Professor Simon hat es angesprochen – der Investitionsstau. 1972, als das Krankenhausfinanzierungsgesetz kam, hatten wir die wunderbare Situation, dass die Krankenhäuser nach der dualen Finanzierung ordentlich gefördert wurden. Sie sehen, das hat sich in den Jahren – man kann es von 1972 auftragen, der Trend ist der gleiche. Wir liegen mit unserer Investitionsquote in den Krankenhäusern bei ungefähr 4 Prozent, die volkswirtschaftliche Investitionsquote beträgt knapp 18 Prozent. Man kann nicht verstehen, warum die Krankenhäuser so ausgetrocknet werden.

(Folie 17)

Der AOK-Bundesverband hat das einmal erarbeitet und hat das vor allen Dingen vor dem

Hintergrund gemacht, dass wir in Deutschland faktisch schon die Monistik haben: Über 50 Prozent wird von den Krankenhäusern selbst finanziert, und das ist mit ein Grund, warum Häuser häufig in Schieflage geraten. Wir sehen es in Baden-Württemberg bei den Kollegen im Ulm, die im Moment im Defizit sind, weil sie sich mit Investitionen etwas verhoben haben. Wir haben in Heidelberg inzwischen viele Kliniken mit eigenen Mitteln neu gebaut, wir haben über 200 Millionen Eigenfinanzierung geschultert, und jetzt wird es eng oder man schläft schlechter. Und es ist etwas dran an dem, was uns unsere Mitarbeiter in den Personalversammlungen sagen: Das Geld, was wir für Steine ausgeben, können wir nicht für Mitarbeiter ausgeben.

Auf der anderen Seite: Wenn wir das Geld nicht für die Steine – Innovationen, Investitionen auch in neues Gerät – ausgeben, haben wir irgendwann auch nicht mehr die Patienten. Das heißt, unsere Aufgabe gerade in der Maximalversorgung der Hochleistungsmedizin bedingt, dass wir ausreichende medizintechnische Erneuerungen haben, dass wir aber auch funktionale Stationen haben. Wir haben es gesehen, als die innere Medizin und die Frauenklinik letztes Jahr vom Altklinikum in das neue Klinikum umgezogen sind: Es gibt unglaubliche Produktivitätssprünge in einem funktionalen Neubau. Wenn Sie keine 16-Betten-Stationen mehr haben, sondern 25- oder 30-Betten-Stationen, können Sie natürlich anders wirtschaften und arbeiten.

(Folie 18, 19)

Die Kompensationsstrategien, die wir in den letzten Jahre angewandt haben, sind weitgehend ausgereizt. Outsourcing der Tertiärbereiche – wenn Sie sich allein einmal anschauen, in Heidelberg haben wir über ein Dutzend Firmen ausgegründet; wir haben den ganzen Bereich der

Wirtschaftsbetriebe (Services, Küche, Wäscherei, Steri usw.) in eine eigene GmbH ausgegründet. Warum in eine eigene GmbH? Weil wir den Mitarbeitern dieser GmbH immer noch bessere Konditionen zahlen können, als wenn wir die Leistungen bei externen Unternehmen einkaufen würden.

Wir haben die Sekundärbereiche optimiert, wir haben aus 40 Laboren ein Zentrallabor gemacht, wir haben ein intensives Blutmanagement eingeführt, wir haben die Chemotherapie zentralisiert in der Apotheke, es gibt keine Berner Boxen mehr in den einzelnen Stationen. Wir haben den Einkauf optimiert und haben eine massive Arbeitsverdichtung.

Das heißt, wir haben wirklich vieles gemacht, was wirtschaftlich sinnvoll ist und vertretbar für die Belastung der Mitarbeiter. Aber wir haben eine Arbeitsverdichtung, die sicher den Zenit erreicht hat. Mehr geht nicht.

(Folie 20, 21)

Ein Blick auf unsere Gesamtsituation im Krankenhaus. Ich denke, die Verkürzung der Verweildauer durch die Einführung der DRGs war notwendig. Wir liegen jetzt bei sieben Tagen im Schnitt; wir waren mal bei elf Tagen. Skandinavien liegt bei vier Tagen, ebenso die Niederlande. Wir brauchen gar nicht in die USA schauen; da ist immer noch Luft drin, und wir haben nicht die Betten und die Krankenhäuser im gleichen Maße reduziert wie die Verweildauer. Das heißt, wir haben Überkapazitäten im Krankenhausbereich, und keiner traut sich daran.

(Folie 22)

Das ist mit ein Grund dafür (die Zahlen haben wir schon gesehen): Die Zahl der privaten Träger nimmt zu und die der öffentlichen und freigemeinnützigen ab, aber nicht in dem Maße, wie sich die Verweildauer reduziert.

(Folie 23)

Damit sind wir in einer massiven Wettbewerbssituation unter den Häusern, die wir in der Vergangenheit so nicht gekannt haben. Es gibt kein Regulativ; jeder macht, was er will. Salopp gesagt: Wenn kleineren Krankenhäusern im ländlichen Raum einfällt, dass sie sich auf Wirbelsäulenchirurgie kaprizieren, weil man damit gut Geld verdienen kann, dann gibt es keinen Einhalt.

(Folie 24–26)

Das finde ich bedauerlich, und seit zwei, drei Jahren lesen wir oder es wird problematisiert, dass offensichtlich in Deutschland zu viel operiert wird. Aber die Nachhaltigkeit, sich damit auseinanderzusetzen, ist leider nicht da. Ich als Ökonomin kann und darf es nicht, aber mein Wunsch wäre, dass die Insider es selbst reflektieren und sich damit auseinandersetzen, ob das nun die Fachgesellschaften sind oder die Chefärzterunde, wie auch immer.

(Folie 27)

Denn das, was in der letzten Zeit an Themen durch die Presse auch den potenziellen Patienten nahegebracht wird, finde ich mehr als kritisch und bedauerlich. Das nimmt das Vertrauen in unsere Profession und das Vertrauen in die Krankenhäuser. Es sind nicht die bösen Manager, die das auf den Weg bringen, sondern es ist das System in toto – ob es die Unfähigkeit der Politik ist, die Unfähigkeit und mangelnde Reflexionsfähigkeit der Institutionen, der Fachgesellschaften, wie auch immer.

(Folie 28)

Das war letzte Woche in der Stuttgarter Zeitung: die „Suche nach dem gewinnbringenden Code“. „Medizinethiker und Ärzte warnen vor einem Vertrauensverlust.“

(Folie 29)

Das also ist die kritische Situation, die wir selbstkritisch sehen müssen. Jetzt meine Einschätzung: Jede Krise bringt auch eine Chance, wenn es uns gelingt, selbstkritisch zu sagen: Was können wir denn ändern?

Auf der politischen Ebene, Bund, Länder: Die Ordnungspolitik muss endlich die richtigen Anreize setzen; da sehe ich vor allem die bedarfsorientierte Ressourcenallokation. Wir haben eine extreme Überversorgung in vielen Gebieten; davon spricht keiner. Wir sprechen nur von der Unterversorgung. Wir haben die doppelte Facharztschiene ambulant/stationär; auch darüber spricht keiner ernsthaft; und wir müssen endlich die Monistik bei der Investitionsfinanzierung einführen.

Auf der Krankenhausebene: Wenn jedes Krankenhaus das macht, wofür es zuständig ist und was es kann und was der Bedarf in der Region ist, dann hätten wir die Auswüchse, wie ich sie gerade aus der Presse zitiert habe, nicht, und wenn die Krankenkassen vielleicht etwas mutiger werden und man den Kontrahierungszwang und die Selektivverträge weiter beleuchtet – darauf müssen wir uns einstellen. Soweit die Erwartung, dass sich etwas tut.

(Folie 30)

Noch zwei Worte zum Krankenhaus als Arbeitgeber. Wir haben die Generation Y; sie wird überall erwähnt. Bei uns im Krankenhaus schlägt es aber durch, denn wir müssen registrieren, wir werden vom Arbeitgebermarkt zu einem Arbeitnehmermarkt, und unser Image als attraktiver Arbeitgeber ist mehr als gefährdet.

(Folie 31)

Auf der anderen Seite sehen Sie, wie sich das Gesundheitswesen als wirtschaftlich entscheidender Faktor in Deutschland entwickeln wird:

2030 ist jeder Fünfte im Gesundheitswesen beschäftigt. Dagegen hat die Automobilbranche gerade einmal 750.000 Beschäftigte

(Folie 32)

Jetzt kommt das Bedrohliche: Ab 2014 nimmt die Zahl der Schulabgänger ab.

(Folie 33)

Wenn Sie die Attraktivität der Berufe nachfragen, so steht Gesundheit nicht an erster Stelle. Und wenn Sie unsere jungen Ärzte sehen, selbstbewusst, gut bezahlt, Teilzeit – die 60-Stunden-Woche wollen sie nicht. Das gilt nicht nur für Frauen, sondern genauso für Männer.

(Folie 34)

Die Reaktion, die wir darauf haben, ist, dass man auswandert, ob in die Schweiz oder nach Skandinavien; dort sind einfach andere Arbeitsbedingungen. Ich kenne es selbst aus dem Unispital Basel. Die Arbeitsbedingungen sind dort andere, aber dort ist die DRG doppelt so hoch: Wenn man Investitionspauschale und Währungsdifferenz abzieht, zahlen die Schweizer für einen Krankenhausfall doppelt so viel wie wir.

(Folie 35)

Deswegen mein Fazit:

- Die bestehenden Fehlanreize zu Lasten der Patienten und der Krankenhausmitarbeiter müssen beseitigt werden.
- Ohne nachhaltigen Finanzierungsaufwuchs sowohl zur Deckung der Betriebskosten als auch der Investitionskosten werden die Krankenhäuser ihren Aufgaben nicht mehr nachkommen können.
- Eine „Marktberreinigung“ über Qualitätskriterien ist in Ordnung, aber bitte nicht über die Ertrags-Kosten-Schere.
- Unsere Sorge gilt der Arbeitsplatzattraktivität. Den Arbeitsplatz im Gesundheitswesen und

speziell in Krankenhäusern müssen wir im Auge behalten, sonst haben wir künftig keine Mitarbeiter mehr.

Damit bin ich am Ende. Herzlichen Dank.

Berichte aus der Praxis

Thomas Heinemann

Frau Gürkan, herzlichen Dank, das war nicht nur die Perspektive des Ökonomen, sondern auch des Kaufmännischen Direktors. Sie haben viele Fragen angesprochen, die wir in der Diskussion noch einmal aufgreifen können.

Jetzt kommen erneut zwei Kurzbeiträge, die die Situation aus der Perspektive eines Trägers von Gesundheitsdienstleistung oder -diensten und aus der Sicht von Patienten darstellen wird.

Die erste Perspektive wird Frau Magdalene Günther darstellen. Sie ist seit 2013 Geschäftsführerin der in Hannover beheimateten Arbeiterwohlfahrt Gesundheitsdienste gGmbH, Träger zahlreicher Krankenhäuser, medizinischer Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, Dialysezentren und ambulanter Behandlungszentren.

Die Patientenperspektive wird von Frau Carola Sraier behandelt; sie ist Sprecherin der Bundes-Arbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen. Die BAGP bietet bundesweit in der Regelversorgung unabhängige Patienteninformation und -beratung an und führt diese durch, und da kommt wohl einiges zusammen.

Magdalene Günther · Arbeiterwohlfahrt Gesundheitsdienste

[auf Wunsch von Frau Günther nicht erfasst]

Carola Sraier · Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Ich darf zu Ihnen sprechen als Vertreterin von Patienten; das tue ich, weil ich seit sieben Jahren

in der unabhängigen Patientenberatung arbeite, und zwar in der Beratungsstelle München für Oberbayern. Ich bringe Ihnen nicht nur Berichte von Patienten mit, die in der UPD [unabhängige Patientenberatung Deutschland] arbeiten, sondern auch zwei Berichte von Kollegen, die die Patientenfürsprecher betreuen, und zwar in den Städtischen Kliniken München und in den Asklepios-Kliniken in Hamburg.

Wir haben im Jahr ungefähr 100.000 Beratungen von Klienten, Ratsuchenden, von Versicherten und ihren Angehörigen. Diese 100.000 beziehen sich nicht alle auf den Krankenhausbereich. Der größte Anteil unserer Ratsuchenden möchte sich vielmehr über ihre Kostenträger beschweren, sprich über Krankenversicherungen. Die Problemfelder, die auch im Krankenhausbereich auftreten, betreffen die Patientenrechte und Behandlungsfehlerverdachte.

Sie wissen: Im Februar 2013 ist das Patientenrechtegesetz in Kraft getreten. Es wurde medial stark beworben, und demzufolge hat auch die Wahrnehmung oder Achtsamkeit des Patienten – wird hier mein Recht als Patient gewahrt oder kann ich es überhaupt durchsetzen? – einen höheren Stellenwert für die Patienten bekommen.

Worum geht es in unserer Beratung? Wenn wir zu Patientenrechten beraten, auch im Krankenhaus, geht es darum, dass Patienten schildern, dass es eben nicht möglich ist, Einsicht in ihre Patientenunterlagen und Patientenakten zu bekommen, dass die Unterlagen zum Teil, wenn sie denn vorhanden sind, fehlerhaft sind und keine Bereitschaft besteht, Fehler in den Unterlagen gemeinsam zu korrigieren. Es gibt in Bezug auf die Patientenrechte die Problematik mit den Aufklärungsgesprächen: Im Bürgerlichen Gesetzbuch ist zwar geregelt, wie sie stattzufinden haben, nämlich in einem persönlichen Gespräch

mit dem Patienten, in dem auch die Risiken für einen bevorstehenden Eingriff aufgezeigt werden. Was wir in den Kontakten mit den Ratsuchenden erfahren, ist aber immer noch so, dass ein Formular überreicht wird, das bis zum nächsten Morgen unterschrieben werden muss. Sollte der Patient des Nachts vielleicht doch Angst bekommen, hat er nicht die Möglichkeit, jemanden, der diese Prozedur mit ihm durchführen wird, zu fragen, und wenn er dann sagt: „Ich möchte das Haus jetzt verlassen“, kann es passieren, dass ihm gesagt wird: „Dann müssen Sie die Ausfallkosten für die OP, die für Sie geplant ist, natürlich auch bezahlen.“ Das ist ein großes Ärgernis, was immer noch geäußert wird.

Problematisch aus unserer Sicht sind zwei spezielle Gruppen von Patienten: die Alleinlebenden. Ich arbeite in München; in München leben in fast jedem zweiten Haushalt Alleinlebende, und von diesen sind die meisten in der Altersklasse über 60. Wenn sie ins Krankenhaus gehen, äußern sie in der Regel bei uns große Ängste und Sorgen: Wer sorgt sich um mich, wenn ich mich im Krankenhaus um meine Belange nicht kümmern kann und mich nicht äußern kann? Wer sorgt dann für mich? Das führt sogar so weit, dass Patienten wirklich indizierte Operationen nicht durchführen lassen, weil sie in Sorge sind, dass ihnen dort etwas passieren könnte und niemand auf sie achtet.

Ich möchte kurz die Möglichkeit nutzen, Ihnen zwei Fälle aus der Beratung zu skizzieren. Eine 83-jährige Patientin soll zu einem ambulanten Eingriff, einer Darmspiegelung, in ein Klinikum kommen. Sie soll morgens nüchtern um 7 Uhr in der Klinik sein. Sie wird durch das Haus geführt, um die administrativen Aufgaben zu bewerkstelligen, und wartet und wartet und wartet. Gegen 14 Uhr wird sie dann gespiegelt. Da ist sie schon

relativ schwach. Möglicherweise hat sie Stoffwechselerkrankungen, die es notwendig gemacht hätten, ihr etwas zum Trinken zu reichen, was aber nicht passiert ist. Schon beim ersten Durchgang des Schlaucheführens äußert die Patientin extreme Schmerzen und bittet um den Abbruch der Behandlung. Der Arzt ist aber hochmotiviert, möchte besonders sorgfältig arbeiten und führt diese Prozedur insgesamt dreimal durch. Die Patientin ist dann entsprechend geschwächt und darf sich in einem Ruheraum aufhalten, um zu Kräften zu kommen, denn sie soll die Klinik um 19 Uhr verlassen. Ihre Tochter sagt immer wieder, der Mutter gehe es schlecht; sie ist eigentlich eine resolute Person, die nicht jammert, aber wenn sie trotzdem so starke Schmerzen äußert, dann muss etwas dran sein; könnte bitte jemand nach ihr schauen? Das passiert, kurz bevor man sie erneut darauf hinweisen möchte, dass sie jetzt nach Hause gehen soll, weil ihre Tageszeit vorbei ist. Die dann kommende Ärztin stellt fest, dass eine Notoperation am perforierten Darm notwendig ist.

Das zweite Beispiel ist eine junge Patientin, die an Stöcken zu mir in die Beratung gekommen ist, eine attraktive und eloquente Dame, von der ich nicht behaupten würde, dass sie ihre Interessen im Krankenhaus nicht äußern kann. Sie tappt aber in die gleiche Falle, nämlich sich von einem Belegarzt in einer stationären Einrichtung operieren zu lassen, der die operative Leistung erbringt und auf das Personal des Klinikums zurückgreift. Der Patientin passiert Folgendes:

Nach der Hüftoperation entzündet sich die Operationsnaht; das äußert sie auch mehrfach. Die Reaktion des Pflegepersonals ist so, dass man ihr rät, einfach die Schmerzpumpe höher zu drehen, aber niemand kontrolliert die Patientin. Das Ganze geht drei Tage, das Bein wird dicker und

schmerzhafter. Sie möchte dann einmal zum Duschen gehen. Ihr wird gesagt, ja, das könne sie tun, aber unterstützen könne man sie dabei nicht. Dort bricht sie zusammen, die Narbe reißt auf und entleert sich. Das Ergebnis war nicht fünf Tage Krankenhausbehandlung, sondern vier Wochen, und ein Bein, das mehrfach operiert werden musste. Die Patientin – auch sie allein lebend – war so geschwächt, dass sie eine Anschlussheilbehandlung beantragen wollte. Vonseiten der Klinik wurde ihr gesagt: Wir können hier nichts für Sie tun. Wenn Sie meinen, dass Sie das brauchen, müssen Sie das selbst organisieren. Da sie sehr eloquent und tough war, ist ihr das gelungen und sie durfte zur Anschlussheilbehandlung fahren.

Das Problem ist aus meiner Sicht, dass Patientenbelange in diesem operativen Apparat zunehmend nicht gehört werden. Das ist unsere Wahrnehmung. Auch werden Dinge aus ärztlicher Sicht oft bagatellisiert und es wird so lange abgewartet, bis es nicht mehr geht. Die Gründe können auf organisatorischer Ebene liegen, aber mir wird zunehmend geschildert, dass es auch eine persönliche Ebene ist, dass die Menschen miteinander sich nicht auf Augenhöhe begegnen.

Aber ich möchte Sie nicht so in die Mittagspause und in die anschließende Diskussion entlassen, sondern meine Kollegen, die die direkte Arbeit im Krankenhaus machen und die Patientenfürsprecher in München betreuen, sagen, es gibt einen Trend, dass Veränderungen in Richtung Patientenorientierung geschehen. Wir machen die Arbeit in München seit über zehn Jahren und ich finde es positiv, Ihnen sagen zu können, dass sich im ärztlichen Bereich die Bereitschaft, mit Patientenbeschwerdeführern ins Gespräch zu kommen, erhöht hat. Das freut mich und ich hoffe, dass dieser positive Trend anhält. In den Kli-

niken werden zunehmend Qualitätsverbesserungen umgesetzt, auch im Bereich der Kommunikation, der Dokumentation und in den Organisationsabläufen. Ich hoffe, das wird sich in Zukunft weiter verstärken. Vielen Dank.

Diskussion mit dem Publikum

Thomas Heinemann

Herzlichen Dank für Ihre eindrucksvollen Vorträge aus den verschiedenen Fachrichtungen. Meine Damen und Herren, es ist jetzt an Ihnen, Fragen zu stellen. Ich möchte kurz noch einmal auf den Dreischritt hinweisen: Wir wollen in der Diskussion vor allem die deskriptive Seite behandeln, also die Frage behandeln: Wie stellt sich dieses System dar? Was sind Probleme dieses Systems? Wir wollen nicht schon in Lösungsansätze hineinsteigen; das ist der Podiumsdiskussion heute Nachmittag vorbehalten.

N. N.

Manus [?] ist mein Name, ich bin Krankenhausarzt und gesundheitspolitisch aktiv. Wenn wir die letzten Jahrzehnte betrachten, dann ist eine Gesundheitsreform nach der anderen in immer kürzeren Abständen gekommen. Das Ziel war eigentlich fast immer, die Kosten nicht zu erhöhen, sondern möglichst auf dem gleichen Level zu lassen. Die Politik traut sich nicht, und die Krankenkassen haben auch ihre Interessen. Frau Gürkan, insofern würde ich sagen: Die Krankenkassen werden nicht die monistische Finanzierung übernehmen, sie haben nicht das Geld und das wird im Ausland auch nicht so gemacht. Woher soll das Geld dann kommen? Man kann das irgendwie nur steuerpolitisch sagen; dann gibt es dafür einen Fonds.

Ich stimme Ihnen in fast allen Punkten zu, nicht nur Ihnen, Frau Gürkan, sondern auch anderen,

vor allem in der Analyse; ich habe auch jahrzehntelange Erfahrung.

Zweiter Punkt: Meiner Meinung nach haben wir zu viele Krankenhäuser. Aber: Die Krankenhauslandschaft darf nicht nur von der Politik bestimmt werden. Es muss zum Beispiel eingehen, wenn jemand einen Schlaganfall hat, haben wir eine Stroke Unit. Warum haben wir eine Stroke Unit? Weil dort das qualitative Wissen ist und weil es für den Patienten schnell gehen soll. Dasselbe gilt für den Herzinfarkt. Die Krankenhäuser müssen so verteilt sein, dass jeder Patient in dem vorgegebenen Zeitfenster auch sein Krankenhaus erreichen kann. Trotzdem glaube ich, dass wir Krankenhäuser abbauen können.

Als Nächstes muss man schauen: Was machen die einzelnen Krankenhäuser, wenn dort zu wenig Leistungen durchgeführt werden sollten, die dort auch nicht durchgeführt werden? Man könnte viele weitere Punkte aufnehmen; das möchte ich aber gar nicht, sondern nur eines sagen, obwohl es etwas in Richtung Lösung geht: Ich befürchte, dass die Spirale immer so weitergeht, und das müssen wir durchbrechen. Man müsste einmal in einer bestimmten Region mit einer Uniklinik, einem Großkrankenhaus und einem Kleinkrankenhaus alle Bedingungen, die wir bisher hatten, wegfällen lassen, als Pilotprojekt. Dass es teurer werden wird, das ist wahrscheinlich in Zukunft so, aber man müsste, um ein Übermaß zu verhindern, eine gezielte Qualitätssicherung durchführen mit Qualitätsindikatoren, die nicht nur von der Politik, sondern von Fachleuten bestimmt werden. Dazu gehören unter anderem Qualität der Indikation – darüber spricht kein Mensch – und Ergebnisqualität. Das müsste für diese Häuser gelten, und dann lassen Sie uns anschauen, wie es nach drei Jahren aussieht.

Thomas Heinemann

Herzlichen Dank. Das war eine Frage an Frau Gürkan, vielleicht auch an Frau Günther; in der ersten Frage ging es vor allem um das monistische System, dessen Einführung Sie angemahnt haben. Möchten Sie dazu etwas sagen?

Irmtraut Gürkan

Ja, gerne. Die monistische Finanzierung kann, so wie es die Schweizer gemacht haben – die Schweizer mit ihrem Pragmatismus haben vor zwei Jahren die DRGs eingeführt und pauschal 10 Prozent obendrauf gepackt. Den Kollegen reicht das nicht. Ich sage: Seid froh über die 10 Prozent, ihr könnt immer noch mehr erstreiten. Das kommt über die Versicherung, also in dem System, in dem auch die DRGs gezahlt werden.

Wenn man das von den Krankenkassen erwartet, kann man sie an anderer Stelle entlasten. Es gibt eine Reihe von eigentlich krankenkassenfremden Leistungen, die auch aus anderen Töpfen, aus Steueretats finanziert werden können. Das ist der Weg. Wenn das Ziel klar ist, findet man auch den Weg dazu, wie man die Krankenkassen an anderer Stelle entlasten kann, damit sie diesen Aufschlag zahlen können.

Im Übrigen ist das InEK beauftragt zu rechnen, welche Zuschläge es gegebenenfalls auch spezifiziert auf die Häuser der verschiedenen Versorgungsstufen aufschlagen sollte. In Deutschland dauert das ja immer Jahre, vielleicht bekommen wir nächstes Jahr das Rechenwerk, aber der politische Wille muss da sein, das ist für mich der eigentliche Punkt.

Ich sehe das in Baden-Württemberg. Baden-Württemberg möchte sich von der Einzelfinanzierung nicht verabschieden. Das haben andere Länder schon gemacht, sie haben Pauschalen – nicht ganz die Monistik, aber die Investitionsför-

derung pauschaliert. Baden-Württemberg möchte gern dem einzelnen Landrat sein Krankenhaus finanzieren. Die Frage, warum Einzelförderung und keine Pauschalierung, ist politisch hinterlegt. Da müssen wir gute Argumente haben, die vor allem auch betriebswirtschaftliche Argumente sind, dass nämlich die Geschäftsführung eines Hauses oder das Haus selbst am besten weiß, wo welches Geld für Investitionen eingesetzt werden kann. Das weiß nicht der Landrat oder irgendein anderer Träger. Das müssen wir immer wieder vermitteln und abstellen, aber auch die Investitionsbedürfnisse genereller Art – mit 4 Prozent sind wir jenseits von allem, was sinnvoll ist. Wir brauchen für die Uniklinika 12 bis 15 Prozent; das haben wir über Gutachten schon vor acht Jahren von Professor Oberender ermitteln lassen; wie gesagt, die volkswirtschaftliche Investitionsquote liegt bei 18 Prozent. Ich glaube, wir sind uns einig, dass wir in die Richtung gehen müssen.

Ein Wort noch zum Krankenhausabbau: Das ist den Krankenhäusern durchaus unterschiedlich, je nachdem, ob man davon betroffen sein könnte oder nicht. Ich finde Ihren Vorschlag, dass Sie sagen: Macht doch mal eine Modellregion, wo man sagt, da sind gestufte Versorgungsstrukturen, Unikliniken oder Krankenhaus der Maximalversorgung mit Häusern der Grund- und Regelversorgung drumherum, die aber sehr gut vernetzt zusammenarbeiten. Das ist ja das Entscheidende: dass jeder weiß, was seine Aufgabe ist und gut mit den Partnern in den Häusern der nächsten oder der unteren Versorgungsstufe kooperiert. Das ist das, was wir in Heidelberg machen. Wir haben 30 Verträge mit umliegenden Krankenhäusern und eine enge Abstimmung darüber, welche Patienten zu uns kommen und welche Patienten zum Beispiel mit kleineren onkologischen Eingriffen in den Kooperationshäu-

sern behandelt werden, welche Patienten zurückverlegt werden (zum Beispiel auch mit dezentralen Stroke-Einrichtungen), was vor Ort gemacht und was in der zentralen Maximalversorgungseinheit gemacht wird. Und wenn es der Patientenwille ist, wird der Patient so schnell wie möglich zurückverlegt. Diese Strukturen gibt es, sicher nicht nur bei uns im Heidelberger Raum, sondern in anderen auch. Aber es muss unterstützt werden und darf vor allen Dingen das Kartellrecht nicht unterlaufen.

Herr Kunze

Mein Name ist Kunze. Ich bemühe mich um Gedanken, die diesem System zu mehr Qualität und mehr Patientenorientierung verhelfen könnten. Beginnen möchte ich mit einem Kompliment an alle. Sie haben uns deutlich gezeigt, wo es momentan klemmt – wieso momentan? Ökonomie gab es schon vor hundert Jahren. 1913 gab es die Drohung eines Streiks, und Frau Prüfer-Storcks sagte: hundertjähriger Krieg zwischen Ärzteschaft und allen Leistungserbringern auf der einen Seite und denen, die das bezahlen sollen, auf der anderen Seite; das sind die Kassen. Und die sind gleichgeschaltet; da sehe ich ein Problem.

Dieses Problem können wir nicht lösen, wenn wir von Solidarität reden, die uns zu Einfalt zwingt. Vielfalt ist eigentlich die Chance. Qualitätsoffenheit sollte da sein, nicht Gleichschaltungsbemühen im Kostendämpfungsrahmen, der uns vorgegeben ist, weil wir eine Exportnation sind und die Dämpfung der Lohnzusatzkosten natürlich wichtig ist, damit wir diese Target-Risiken, die Herr Professor Sinn des Ifo-Instituts [Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung] mit 100 Milliarden veranschlagt – ich komme aber zurück auf den Punkt: Wir müssen raus aus der Ideologie der Mangelbewirtschaftung, an die wir

uns gewöhnt haben, und aus dieser Praxis, die eine denormierende und eine deethisierende Wirkung hat.

In der Weimarer Republik gab es einen Justizminister, der von der normativen Kraft des Faktischen sprach. Wir haben das Faktische als ein denormierendes und deethisierendes Element momentan. Von daher war ich dankbar, dass Frau Günther sagte: Gesundheitsversorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und darf nicht nach Kostenlage organisiert werden.

Wir müssen raus aus diesem System und Freiheit schaffen in der Finanzierung. Diese haben wir aber nicht, solange Arbeitgeber und Abnehmer auf der einen Seite exportorientiert sind und Haushaltspolitiker sich auf der anderen Seite gemeinsam dem Bundestag verpflichtet fühlen und sagen oder ihn beeinflussen, dass es nicht mehr kosten darf. Wir müssen als Bürger aktiv werden und sagen, wir wollen gerne mehr zahlen. Wir sollten den Kassen die Freiheit geben, tatsächlich aus diesem Gleichschaltungsrahmen herauszukommen. Könnten Sie das aufnehmen in Ihrer Diskussion?

Magdalene Günther

Natürlich geht es um Qualität und wir müssen raus aus dem Kostendruck, aber wenn wir ehrlich sind, müssen wir uns die grundsätzliche Frage stellen: Was ist uns die Gesundheitsversorgung unserer Bürgerinnen und Bürger wert?

[Zwischenruf, unverständlich]

Uns allen, die wir dazu beitragen, aus Steuermitteln oder aus dem solidarfinanzierten System.

Die zweite Frage ist: Mit den dann zur Verfügung stehenden Mitteln müssen wir auch im Rahmen unserer Verantwortung für die Patienten – denn das sind nicht unsere Mittel, sondern Mittel, die irgendjemand eingezahlt hat – absolut ef-

fizient arbeiten, und dafür muss ein System geschaffen werden, dass wir das auch können. Wir haben viel zu viele Leerkosten, Doppelkosten im Rahmen der intersektoralen Versorgung, weil jeder sein Kästchen macht: die KV [Kassenärztliche Vereinigung], die Rehabilitationsbereiche, die Pflegebereiche, die Krankenhäuser. Wir haben so viele Doppelvorkaltungen, wie sie die Nachbarländer überhaupt nicht haben. Das Problem müssen wir lösen. Warum können private Träger mit ihren Krankenhäusern – man könnte böse sagen: Die suchen sich immer die Sahneschnittchen heraus und öffentlich-rechtliche, freigemeinnützige haben die anderen Krankenhäuser. Das ist nicht das Problem. Alle privaten Träger haben so viel Kapital, dass sie grundsätzlich bei Übernahme eines Krankenhauses neue Strukturen schaffen und neu bauen. Diese Möglichkeit haben die meisten öffentlich-rechtlichen kommunalen Träger und freigemeinnützige Träger nicht, und eigentlich sind sie auch gar nicht dafür verantwortlich, sondern verantwortlich ist die duale Finanzierung. Wenn wir Krankenhäuser auf einem modernen Niveau hätten, so wie Industrie und Wirtschaft arbeitet, könnten wir Krankenhäuser viel wirtschaftlicher arbeiten und die Mittel wirklich für die Patientenversorgung auf einem hohen Qualitätsniveau einsetzen. Das ist das Grundproblem, was wir haben.

Michael Wunder

Michael Wunder, Mitglied des Deutschen Ethikrates. Ich bin beeindruckt bis etwas niedergeschlagen über das, was Sie aufgeführt haben, und kann dem, obwohl ich auch am Krankenhaus arbeite, nicht widersprechen.

Ich habe zwei Fragen: Ich sehe einen gewissen Widerspruch oder zumindest eine Unaufgelöstheit. Herr Simon, Sie haben zu Recht davon gesprochen und wurden auch unterstützt von ärztli-

cher Seite, dass ärztliches Handeln im Krankenhaus von ökonomischem Zwang freigehalten werden muss. Mich würde die ökonomische Bewertung dieser Aussage und vor allem das Wie interessieren. Vielleicht stimmen wir schnell überein: Ja, das ist ein wichtiges Ziel, ich persönlich würde es absolut unterstützen, aber das große Fragezeichen ist ja: wie. Da bitte ich um Ausführungen.

Meine zweite Frage betrifft einen Spiegelstrich bei Ihnen, Frau Günther. Der hat mich aufmerksam gemacht, aber Sie haben leider in der Kürze der Zeit nicht mehr erwähnt. Das stand in der Aufzählung der Anforderungen, die Sie erfüllen müssen und die zu einer immer größeren Deckungslücke im Krankenhaus führen; neben Dokumentationspflichten stand dort auch Transplantationsbeauftragte. Das würde mich interessieren. Ist das eine zusätzliche Aufgabe, die auch ökonomisch ins Gewicht fällt? Wie tut sie das und was wäre die Lösung? Ich frage das vor dem Hintergrund – das ist zwar ein anderes Spielfeld, aber eines, das für uns alle sehr wichtig ist.

Magdalene Günther

Ich danke Ihnen, dass Sie das noch einmal angesprochen haben. Wir als Transplantationszentrum sind im Rahmen der Ökonomie besonderen Problemen ausgesetzt. Ausgelöst durch den Transplantationsskandal in Göttingen, geht im Transplantationsbereich die Spendebereitschaft zurück. Das ist nicht nur durch diesen Transplantationsskandal, sondern das ist ein systembedingter Fehler. Alle Krankenhäuser müssen Transplantationsbeauftragte vorhalten, nämlich im Rahmen der Organspende bei einem Verstorbenen mit den Angehörigen reden, aufklären für Organspende, insbesondere im Bereich Lebendspende. Für diese Transplantationsbeauftragten gibt es ein Minimum an Finanzierung, weil ir-

gendwann einmal jemand ausgewertet hat, wie viele Minuten die eigentlich für diese Tätigkeit nehmen. Das ist falsch. Transplantationsbeauftragte müssen im Rahmen ihrer Aufgabe – der Pflicht zur Aufklärung, Beratung und Betreuung der Angehörigen in diesem schwierigen Fall – von der normalen Stationsversorgung freigestellt werden. Wenn wir das nicht machen, bedingt es weniger Spendebereitschaft gerade in diesen Zeiten. Wir brauchen Aufklärung von Patienten und Angehörigen. Das ist ein unethischer Ansatz, den wir da haben, aus ökonomischen Gründen Angehörige, Patienten, Bevölkerung während ihres Krankenhausaufenthaltes in einer besonderen Situation – auch das Werben um Lebendspende. Deutschland ist das Land mit der fast niedrigsten Lebendspendenrate in Europa. Woher kommt denn das? Gerade im Bereich Transplantation darf nicht aus ökonomischen Gründen ein Spenderückgang erreicht werden.

Arved Weimann

Darf ich es kurz kommentieren? Ich bin Mitglied der Lebendspendekommission in Sachsen. Das ist ein hochsensibles Thema, das uns natürlich an den Rand führt. Die Mitarbeiter in den Transplantationszentren sind hochmotiviert und leiden unter dem Transplantationsskandal. Es ist zu einfach, das auf ein ökonomisches Problem zu reduzieren.

Thomas Heinemann

Das war auch nicht die Absicht, aber es hat ökonomische Hintergründe, und das war damit angesprochen.

Frank Erbguth

Mein Name ist Frank Erbguth, ich bin Chefarzt der Neurologischen Klinik in Nürnberg, bin betriebswirtschaftlich erfahrungsgeschult und Vorsitzender des dortigen Ethikforums.

Wir haben die Runde der Deskription und ich möchte gern, Herr Simon, einen Teil aufgreifen, den Sie mit dem Stichwort Katalogeffekt erwähnt haben. Ich finde es vernünftig; Patientenorientierung und ökonomisches Handeln gehören zusammen, ressourcenschonend umzugehen ist auch ethisch. Doch wenn ich meinen ökonomischen Mikrokosmos bediene, muss ich immer die Referenzmatrix des InEK vor Augen haben, und das, was wir betriebswirtschaftlich anfangs vernünftig tun, nämlich in den grünen Bereich zu geraten, damit stricke ich an dem Strick, an dem ich mich selbst aufknüpfe. Das ist quasi eine systemimmanente Bodenbildungssuche: Mit wie wenig Ressourcen, wie billig auch immer, kann ich diese Leistung anbieten?

Das ist ein Systemteil, der extrem problematisch ist, denn gleichzeitig Sorge ich – ich habe etwa 2.000 Schlaganfallpatienten – jedes Jahr für die Verschlechterung der Preise, die ich selbst bekomme. Das ist ein wesentlich pointierteres Problem, das man einfach mal nennen muss.

Michael Simon

Den Katalogeffekt, den Sie angesprochen haben, hat jemand anderes erwähnt; daher möchte ich die Frage weitergeben, aber darauf eingehen, was Sie ansprechen. Wir konnten in den Vorträgen aufgrund der begrenzten Zeit nur bestimmte Schwerpunkte setzen. Aber das, was Sie ansprechen, ist ein sehr wichtiger Punkt: die Kalkulationsmethodik für die DRGs. Das InEK, das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, ist das Institut, das jährlich den Fallpauschalenkatalog auf Grundlage von Istkostendaten neu kalkuliert. Wenn man einmal ins Details geht – wo liegen die Probleme? –, ist aus meiner Sicht die Logik ein zentraler Bereich. Denn es werden Istkosten erhoben, diese zu Durchschnittswerten gerechnet und diese Durchschnittswerte als Preis

vorgegeben. Die Istkosten als Durchschnittswert haben aber eine teilweise hohe Varianz. Das versucht das InEK durch Splitting von Fallgruppen zu reduzieren, indem man sagt, man muss es aufteilen, dann ist die Kostenhomogenität besser.

Das Problem, was ich sehe und was Sie ansprechen, ist: Wie wirkt das in den Kliniken? Vielfach ist zu beobachten, dass die InEK-Kosten-
daten als Referenzwert genommen und auf einzelne Kostenarten heruntergebrochen werden: ärztlicher Dienst, Personalkosten, Pflegedienst-Personalkosten. Dann werden diese Werte, die ja im Internet zu sehen sind, als Orientierungswert genommen. Nur wird dabei übersehen, dass das Werte sind, darauf weist das InEK auch hin – die Kostenmobilität [?] besteht nur bei den Fallkosten insgesamt, nicht bei den einzelnen Kostenarten. Da gibt es hohe unbekannte Varianzen. Das verstärkt das, was ich gesagt habe, den ökonomischen Druck. Da gibt es viele Baustellen, wo man schauen müsste, wodurch die Probleme, die wir diskutieren, verursacht werden. Es gibt nicht nur eine Ursache, sondern viele verschiedene.

Einen Punkt möchte ich noch kurz ansprechen, weil der hier mitschwingt. Ich habe ihn nicht in meinem Vortrag gehabt, das habe ich eben gemerkt, aber es ist wichtig, ihn anzusprechen.

Es wird gegenwärtig diskutiert, wir haben Probleme im Krankenhausbereich, wir haben Wirtschaftlichkeitsreserven, es wird zu viel ausgegeben, es entstehen zu hohe Kosten. Ich möchte im historischen Rückblick auf eines hinweisen: Die Ausgaben für Krankenhäuser – nicht in absoluten Zahlen, Euro oder D-Mark, sondern in Prozent des Bruttoinlandsproduktes – sind seit Mitte der Siebzigerjahre in Deutschland (frühere alte Bundesrepublik, vereintes Deutschland) konstant. Wir haben nicht das, was früher als Kostenexplosion diskutiert wurde. Das ist meine

These, und das kann man auch an Veröffentlichungen in der Fachdiskussion zeigen. Das DRG-System wurde nicht eingeführt, um Kosten zu senken, sondern (ich hatte es auf der Folie kurz erwähnt) um umzuverteilen, die Mittel leistungsgerechter zu verteilen.

Das möchte ich nicht vertiefen, aber noch einmal meine These: Das Problem ist nicht die Kostenentwicklung im Krankenhaus insgesamt, sondern das System wurde aus anderen Ursachen eingeführt. Man könnte dies vertiefen, aber nicht die Kostenentwicklung der Krankenhäuser; ich glaube, das ist wichtig. Das spricht nicht dagegen, dass man in Bereichen durchaus sparen kann, keine Frage, sondern hier geht es um die Verteilung zwischen den Krankenhäusern, und das macht vielen Krankenhäusern Probleme. Das ist auch der Erklärungsansatz, dass immer wieder darauf verwiesen wird: Ja, aber es gibt auch Kliniken, die schreiben grüne Zahlen, Überschüsse. In der Tat, die gibt es. Von daher sollte man nicht pauschal die Kostenentwicklung in den Blick nehmen.

Arved Weimann

Zum Katalogeffekt hatte ich ein sicherlich kras-
ses Beispiel aus der Ernährungsmedizin genannt. Sie haben völlig recht, Sie sind selber Kalkulationskrankenhaus und das, was Sie heute mehr kodieren, wird morgen abgewertet. Das ist das, was ich eigentlich zeigen wollte. In diesem DRG-System wird schon genau geschaut, und wenn sich eine gewisse Kodierung frequenzmäßig erhöht, wird kritisch beim InEK geschaut: Ist das etwas, dem wir nachgehen müssen, was wirklich so abgebildet werden muss? Oder ist das etwas, was abgewertet werden muss? Das ist das Beispiel, das Sie nannten. Das zeigt auch die Kuriosität dieses Systems, wo auf der einen Seite Lücken ausgebaut und genutzt werden und an

der anderen Stelle nach einem Jahr jemand kommt und sagt: So geht das aber nicht weiter und jetzt werten wir das ab. Das ist ein Spiel, das den Ernst unserer Situation konterkariert.

Irmtraut Gürkan

Ich möchte das gern etwas abschwächen und kommentieren. Aus meinem Blickwinkel ist das DRG-System, wie es in Deutschland weiterentwickelt wurde, ein wirklich lernendes System. Wir sind von 600 Fallpauschalen auf jetzt 1.200 Fallpauschalen gekommen, und das InEK bemüht sich von Jahr zu Jahr, sachgerecht zu differenzieren. Wir hatten in den ersten Jahren die Situation, dass die Leistungen der Grund- und Regelversorgung überfinanziert waren. Kleine Häuser haben gute Gewinne eingefahren, und die großen Häuser, nicht nur die Uniklinika, waren in extremer Schieflage. Das hat sich in der Zwischenzeit relativiert. Es gibt sicher noch den ein oder anderen Bereich, wo die Daten nicht stimmig sind.

Wir kritisieren auch, dass Innovationen, neue Leistungen erst mit einem Zeitverzug von zwei Jahren zum Einsatz kommen. Aber wir sollten auch so fair sein und akzeptieren, dass da, wo sich die Kostensituation anders darstellt (in der Hämatologie ist es zum Beispiel so, dass die autologen und die allogenen Knochenmarktransplantationen etwas abgewertet wurden), auch der Bereich, wo viele Häuser dem Vernehmen nach gut Geld mit verdienen, nämlich mit der Kardiologie, den Stents und TAVIs [Transcatheter Aortic Valve Implantation], auch die sind sachgerecht abgewertet worden. Natürlich passt uns das nicht. Wir freuen uns, wenn wir Margen haben. Aber wir brauchen das Geld dafür an anderer Stelle. Zum Beispiel wird die Gefäßchirurgie mit den teuren Stents hoffentlich in den nächsten Jahren besser dastehen; sie ist heute defizitär.

Ich möchte das gern noch einmal vor dem Kontext Ihrer Frage beleuchten, die ökonomische Verantwortung des Arztes oder Chefarztes: Für mich hat er mit einer ökonomischen Verantwortung. Aber die Indikationsstellung – darauf war eingangs schon hingewiesen worden – darf nicht unter ökonomischen Prinzipien erfolgen. Da müssen sich die Ökonomen oder Kaufleute, die Geschäftsführer zurückhalten.

Ich möchte das an einem Beispiel aus diesem Jahr beleuchten. Die DRGs sind im Bereich der Intensivmedizin noch einmal modifiziert worden. Wir werden dieses Jahr 1.000 Case-Mix-Punkte weniger haben, weil wir kürzere Beatmungszeiten haben. Es gibt einen heißen Bereich in der Neonatologie: Je länger die Kinder liegen, desto höher ist die DRG. Das ist ganz kritisch, und wenn wir da nicht alle miteinander ethisch arbeiten, haben wir Fehlanreize, die nicht sachgerecht sind und auch den Patienten nicht gut bekommen. Unsere Ärzte müssen da alle Kompetenz haben, zu sagen: Ich mache das, was medizinisch angemessen ist, und wir freuen uns, wenn unsere Beatmungsleistungen so viel besser werden, dass der Patient früher von dem Atmungsgerät abgenommen werden kann und nicht nur einen Tag bleibt, damit wir eine höhere Vergütung haben.

Auf der anderen Seite – das wissen Sie sicher – haben wir auch beim Produkteinsatz viel Ermessensspielraum, wo wir auf die Mitwirkung des Arztes, Chefarztes, Oberarztes angewiesen sind. Wir haben dieses Jahr unsere Implantate harmonisiert und haben den hohen Freiheitsgrad: Jeder kauft da, wo er gerne kaufen will. Es gibt drei große Anbieter. Das haben wir reduziert und haben jetzt auf 80 Prozent einen Anbieter. Damit haben wir 600.000 Euro gespart, ohne dass damit

ein Qualitätsverlust oder eine Arbeitsverdichtung verbunden ist.

Das sind Effekte, die wir noch längst nicht ausgeschöpft haben und wo auch nicht alle Krankenhäuser gleich gut unterwegs sind. Die Häuser in privater Trägerschaft fahren ein anderes Regime und haben vielleicht auch diese Freiheitsgrade früher eingedämmt als wir Häuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft. Die sind da weiter. Das finde ich in Ordnung und an dieser Stelle sage ich, da ist wirtschaftliches Handeln auch ethisches Handeln.

Arved Weimann

Ich bin prinzipiell der Ansicht von Frau Gürkan, aber ich denke, dass man bei dieser ethischen Verantwortung als Arzt so und so entscheiden kann, und der Patient selbst ist auch willens zur Operation. Damit möchte ich nur deutlich machen: In diesem System hängen die Ressourcen Ihrer Klinik – die Operationskapazitäten, das Personal, Ihre Slots, um in den OP zu kommen – von Ihrer Leistung ab. Und Sie sind gebiast, immer an der Seite der Operation entlangzugehen, auch wenn diese vertretbar ist. Es ist klar, dass wir nichts machen, was wir nicht für ethisch vertretbar halten. Aber es ist es angesprochen worden und der Transplantationsskandal hat es uns vor Augen geführt, dass es Anreize gibt, die man kritisch diskutieren muss. Das wollte ich an einem einfachen Beispiel deutlich machen.

Thomas Heinemann

Das ist sicherlich ein Bereich, den man im Auge behalten muss. Dann darf ich Sie jetzt am Mikrofon bitten.

Dirk Holstein

Dirk Holstein mein Name, ich bin Justiziar bei einem privaten Krankenhausträger. Meine Frage zielt am ehesten in Richtung von Professor Si-

mon. Sie hatten als wesentliches Problem die zunehmende Ökonomisierung in der Gesundheitsbranche erkannt; das würde ich auch unterschreiben wollen. Man kann mittlerweile schon fast von einem kleinen Industriezweig sprechen. Sie haben „schleichend“ gesagt; inwieweit das Ganze noch schleichend ist, da bin ich mir nicht mehr so sicher bei den vielen Vorträgen, die ich gehört habe. Wir sind sicher noch nicht an der Spitze angekommen, auch wenn ich wie gesagt selbst bei einem privaten Träger tätig bin.

Meine Frage: Wenn wir mehr finanzieren, die DRGs erhöhen, monistisch finanzieren usw., dann kommen wir aus der Problematik der zunehmenden Ökonomisierung nicht mehr heraus. Sie ist fortgeschritten, sie ist angestoßen und wenn wir beim jetzigen Prinzip dieser vielen Trägerschaften, auch der privaten Trägerschaft – ich glaube, wir sind nicht die Einzigen, die versuchen, ökonomisch zu arbeiten, sondern das tun alle, möglicherweise in gleicher Art und Weise sogar; wir versuchen alle ökonomisch zu arbeiten – kommen wir ohne einen Systemwechsel (zum Beispiel hin zu einer Verstaatlichung des Gesundheitswesens) überhaupt aus der Ökonomisierung heraus? Lässt sich dieses Problem lösen oder brauchen wir einen Systemwechsel? Das wäre meine Frage.

Michael Simon

Ich denke, da bewegen wir uns in dem Teil, der heute Nachmittag diskutiert wird. Daher möchte ich mich da zurückhalten und kann auch kein Rezept bieten. Ich habe versucht, allgemeine Grundsätze aufzuzeigen. Ich habe konkrete Vorstellungen, weiß aber nicht, ob es angemessen ist, sie jetzt zu formulieren?

Thomas Heinemann

Sollen wir das auf heute Nachmittag verschieben? Das ist eine sehr wichtige Frage, die Sie

gestellt haben, und sie kommt auf die Liste, die wir in der Nachmittagssitzung beantworten wollen.

Heinz Naegler

Mein Name ist Heinz Naegler, ich war viele Jahre im Krankenhausmanagement tätig. Ich würde gern eine Frage stellen, aber mir fehlt der Gesprächspartner auf dem Podium. Ich würde nämlich den Vertreter der Politik fragen, wann endlich die Konsequenzen gezogen werden aus all dem, was wir heute gehört haben, wann die Rahmenbedingungen verbessert werden, damit gute Medizin betrieben werden kann. Weil ich die Frage nicht stellen kann, möchte ich gern die Berichte aus der Praxis kurz ergänzen.

Dabei beziehe ich mich auf zwanzig Interviews, die ich mit einem Kollegen in der jüngsten Vergangenheit mit Ärzten und Geschäftsführern durchgeführt habe. Sie stellen genau das dar, was wir heute gehört haben, mit einigen Ergänzungen. Was mir wichtig ist, jetzt zu ergänzen, ist: Die Mitarbeiter und vor allen Dingen die Ärzte in den Krankenhäusern müssen vielfach Dinge tun, die mit ihrem Berufsethos nicht vereinbar sind, und die Mitarbeiter leiden unter erheblichem emotionalem Stress. Da müssen wir versuchen zu helfen.

Thomas Heinemann

Das ist ebenfalls ein wichtiger Punkt, den wir in der zweiten Sitzung heute besprechen werden, wenn es um ethische Fragen geht. Das ist sicher eines der Kernprobleme.

Eckhard Nagel

Zuerst einmal möchte ich mich bei allen Vortragenden bedanken für den gelungenen Überblick über die Veränderungssituation von Krankenhaus als Sozialeinrichtung hin zu einem Wirtschaftsunternehmen, von der Gesundheitsversor-

gung zur Gesundheitswirtschaft. Das ist das, was Krankenhäuser offensichtlich darstellt, und das ist gerade in der von Ihnen, Frau Friedrichs, dargelegten Situation der Veränderung der Arbeitswelt plastisch nachvollzogen worden, mit allen positiven Aspekten, die das unter Umständen auch hat.

Ich habe eine Frage an Frau Gürkan und Frau Günther. Sie haben beide gesagt, wenn wir von 2.000 auf 1.500 Krankenhäuser kommen, ist das Problem der Konkurrenz weg, weil dann eine adäquate Situation der Versorgung da wäre. Das mag ein politisches Problem sein, aber habe ich das richtig verstanden?

Meine zweite Frage ist: Frau Gürkan, Sie haben kritisiert, dass das Kartellrecht bei Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus – und die eindrucksvolle Entwicklung des Universitätsklinikums Heidelberg zeigt ja, dass Sie wirklich ein Wirtschaftsfaktor sind – unter Umständen Schwierigkeiten in sich birgt. Wenn wir einmal auf die privaten Anbieter schauen, würden Sie sagen, da wollen wir kein Kartellrecht haben? Denn da ist es ja manchmal vielleicht auch hilfreich für eine bestimmte Region. Das wäre die eine Frage.

Frau Günthers Darstellung, die soziale Einrichtung AWO kann über Sektorengrenzen hinweg agieren – ist das die Alternative, dass man in einer sozialen Einrichtung verschiedene Strukturen zusammenführt? Also ambulante, stationäre Einrichtungen, wie Sie das getan haben für eine Region, das wäre die regionale Versorgung, so wie Sie sie darstellen, und die hochleistungsmedizinische Versorgung, so wie das Universitätsklinikum Heidelberg mit der möglichen Ausdehnung auf andere Kliniken es darstellt, ein Lösungsweg, um die Versorgung zu realisieren?

Eine kurze Frage an Herrn Professor Weimann: Von Frau Gürkan ist der Insider angesprochen

worden, der Mediziner, der Entscheidungen treffen soll. Kann er das in der Konkurrenzsituation zum Beispiel eines Trägers, wie das des Heiligen St. Georg?

Irmtraut Gürkan

Ich fange einmal mit der Zahl der Krankenhäuser an. Als Mitarbeiterin in einem Krankenhaus werde ich mich hüten zu sagen, es dürfen statt 2.000 nur 1.500 sein. Meine Aussage war: Es gibt offenkundig Unterversorgung und Überversorgung; das gilt für den ambulanten wie für den stationären Bereich. Wenn man sich die verschiedenen Regionen anschaut (ich habe da Südhessen mit dem Ballungsgebiet Frankfurt – Wiesbaden – Offenbach mit fünf Maximalversorgungshäusern), dann steht man davor und kann nur den Kopf schütteln, und da ist nicht die Ultima Ratio, was jetzt gemacht wird, jeder private Konzern bekommt eines dieser Maximalversorgungshäuser ab. Aber es ist nicht meine Aufgabe, darüber zu befinden.

Ich habe nichts gegen Wettbewerb, aber er muss anders gestartet werden und muss sich in Qualitätsthemen niederschlagen. Ich bedaure, dass wir heute noch die Fiktion der Krankenhausplanung haben, aber sie offensichtlich nicht wirkt. Wir haben immerhin Strukturparameter wie Mindestmengen oder Zuständigkeiten und wenn jedes kleine Krankenhaus machen kann, was es will – wenn die Hüften gut bezahlt werden, dann machen wir Hüften, oder wir machen Wirbelsäulen, auch wenn die ganze Infrastruktur nicht dazu passt –, dann finde ich das bedauerlich.

Deswegen ist für mich der Weg, den wir in unserer Region in der Tat versuchen, dass wir abgestuft entsprechend unserem Versorgungsauftrag die Behandlungsangebote miteinander besprechen. Jetzt haben wir mit der Situation, dass wir das Kreiskrankenhaus in Heppenheim gekauft

haben, quasi ideale Bedingungen. Wir haben eine kleine Stroke-Einheit eingerichtet, aber Patienten mit komplexen Strokes, die auch noch neurochirurgisch behandelt werden können, kommen nach Heidelberg. Oder die Kardiologie: Die Kardiologie macht, was sie kann, auch Stents, aber Patienten, die größere Interventionen haben, kommen nach Heidelberg, und die herzchirurgischen Patienten sowieso. In dieser Art stelle ich mir die Versorgungsstruktur vor.

Das geht auch über Trägergrenzen hinweg. Das muss nicht alles in einer Trägerschaft sein, wobei es bei uns jetzt in der Situation so war, und deswegen habe ich das Kartellamt angesprochen. Hätte das Kartellamt sich nicht noch bewegen lassen und wir hätten den Zuschlag nicht bekommen, wäre das Krankenhaus an einen der privaten Konzerne gegangen, und dann wäre natürlich diese Art der engen Kooperation nicht möglich gewesen. Deswegen denke ich: Das Primat für die Entscheidung eines Trägerwechsels sollte das medizinische Versorgungskonzept in der Region sein und nicht die Frage, ob die Anteile bezogen auf die verschiedenen Trägertypen stimmen. Da sehe ich sehr wohl eine Aufgabe auch der Sozialministerien oder der Regierungspräsidien (je nachdem, wer zuständig ist), dass sie sich da strukturbildend sinnvoll einbringen. Das vermisse ich ein bisschen.

Magdalene Günther

Herr Nagel, die Frage, wie viele Krankenhäuser wir brauchen, kann ich nicht beantworten. Es kann sein, dass es ein paar weniger sind. Deutlich ist, dass Krankenhäuser mit unter 100 Betten nicht so wirtschaftlich arbeiten können wie Häuser mit 500 Betten; das ist ein ökonomisches System. Aber es geht nicht nur um die Ökonomie, sondern um die Gesundheitsversorgung, und wir brauchen in der Tat eine Umverteilung

der Krankenhäuser. Es wird überversorgte Gebiete geben, gerade in Ballungszentren. Wenn ich ansehe, was gerade in Hannover los ist: Da ist ein Riesenwettbewerb zwischen den Krankenhäusern. Es wird keiner unterversorgt, wenn es ein Krankenhaus weniger gäbe. Das darf man als Krankenhausträger natürlich nicht sagen, aber wenn wir heute über Gesundheitsversorgung sprechen, ist das ein Punkt.

Aber genauso gibt es unterversorgte Gebiete im ländlichen Bereich, wo naturgemäß kleine Krankenhäuser sind; keine Universitätsklinik ist in Hannoversch-Münden, im ländlichen Bereich, sondern die haben eine ganz andere Versorgungsaufgabe, und auch dem müssen wir nachkommen. Im Grunde genommen geht es um die Gesamtversorgung in einer Gesundheitsregion, in einem größeren Bereich, im ländlichen und städtischen Bereich, wo alle Akteure zusammenarbeiten. Nur wenn wir das hinbekommen, können wir die Frage der Anzahl der Krankenhäuser in den einzelnen Bereichen durch die Verteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung besser beantworten.

Zur Frage des Kartells: Ich glaube, wir sind uns darüber einig, dass es in Deutschland eine Pluralität in der Krankenhausträgerschaft geben soll zwischen privaten, öffentlich-rechtlichen und freigemeinnützigen, und manchmal hat das auch etwas mit Kartellrecht zu tun.

Arved Weimann

Ich nehme zunächst das Stichwort Gesundheitsregionen auf. Da müssen wir etwas differenzieren. Sie haben das Beispiel Hannoversch-Münden aus der ländlichen Region gebracht; ich komme aus Leipzig, einer Stadt, in der der Wettbewerb stark ausgeprägt ist. Das ist in Heidelberg etwas anders. Sie haben ein hervorragendes Modell für eine Gesundheitsregion entwickelt.

Wenn man dann aber nach Westen schaut, kommt der nächste Wettbewerber, den Sie ja in Ihrer Fakultät integriert haben; Herr Lorenz aus Mannheim sitzt da vorn. Da ist vielleicht manches wieder etwas schwieriger. Sonst, nach Norden und Osten, ist es vorzüglich, wie Sie das gelöst haben.

Ist in einer Stadt mit hohem Wettbewerb der Chefarzt ein guter Berater des Geschäftsführers oder in meinem Fall der Geschäftsführerin? Ja, das muss er sein, das wird er auch sein. Er muss natürlich betriebswirtschaftliche Kenntnisse mitbringen, und die beiden müssen sich gut verstehen.

Ich möchte noch einmal deutlich machen, dass in einer Region mit hohem Wettbewerb auch der betriebswirtschaftlich und trotz allem auch ethisch bewusst agierende Chefarzt immer an der Operation entlanggeht. Das wird man von ihm erwarten, und wenn Sie einen Chefarzt haben, der sich in einem Korridor bewegt, wo Sie sowohl das eine wie das andere machen können (ich hatte das Beispiel genannt), werden Sie im Einzelfall Ihrer Geschäftsführerin klarmachen können, dass Sie das vielleicht anders entschieden haben und mit dem Patienten auch herausgearbeitet haben und vor seinem persönlichen Hintergrund für die beste Entscheidung halten. Wenn Sie diese Entscheidung immer wieder so treffen, wird das Ihre Zahlen beeinflussen. Das ist das Dilemma, auf das ich noch einmal hinweisen möchte. Aber in der fachlichen, sachlichen Geräteausstattung, in den strukturellen Entwicklungen müssen Sie als Chefarzt ein betriebswirtschaftlich geschulter Berater Ihrer Direktorin sein, und das können Sie auch sein.

Michael Brehms

Michael Brehms, zuständig für Krankenhausseelsorge der Nordkirche. Wie ist es zu rechtfertigen?

tigen, dass private Klinikbetreiber mit meinen Krankenkassenbeiträgen Gewinne erwirtschaften?

Michael Simon

Das ist eine Diskussion, die durchaus kontrovers geführt wird. Es gibt einen Grundsatz, nicht nur im Krankenhausbereich, sondern generell im Bereich der sozialen Sicherung in Deutschland, dass es eine Trägervielfalt geben soll – die drei Gruppen wurden angesprochen – und dass alle Zugang haben. Die privaten Krankenhausträger müssen mit den gleichen Preisen wie öffentlich-rechtliche Träger arbeiten, und wenn sie mit den gleichen Preisen Gewinne erwirtschaften, wäre es eine Diskussion, unter welchen Bedingungen sie das schaffen. Das wird kontrovers diskutiert, aber rechtlich zulässig und moralisch sehe ich keinen Grund, der dagegen spricht. Entscheidend wäre die Frage: Wie schaffen sie das?

Das ist eine Frage, die nicht nur Privaten zu stellen ist, sondern auch anderen Trägern, weil die Veränderungen, die ich angesprochen habe und die hier vorgestellt wurden – Verschlechterung von Arbeitsbedingungen, insbesondere Kosteneinsparung – nicht nur bei Privaten zu beobachten sind. Daher tendiere ich dazu, eher trägerunabhängig – wobei es da sicher Unterschiede in der Systemkonstruktion gibt. Man kann nur vermuten, wo es mehr Einsparungen gegeben hat. Die Zahlen, die dazu publiziert werden, sind in der Regel nicht ausreichend mit Objektivität hinterlegt.

Thomas Heinemann

Ja. Wobei die Frage war, ob sie das überhaupt dürfen sollen. Das müssen wir uns auch auf die Fragenliste stellen.

Silja Vöneky

Herzlichen Dank für die Beiträge, die eindrucksvoll die verschiedenen Aspekte gezeigt haben. Mein Name ist Silja Vöneky, Mitglied des Deutschen Ethikrates und ich komme von der Universität Freiburg.

Ich habe eine Bemerkung und eine kurze Frage. Die Ökonomisierung hat in den letzten Jahren auch Vorteile gebracht; das wurde auf dem Podium auch schon gesagt. Eine kleine Anekdote dazu: Ich habe in meiner Schulzeit ein Praktikum an einem großen deutschen Krankenhaus absolviert und durfte als Krankenschwesterhelferin (so hieß es, glaube ich) auch Medikamente an Patienten austeilen. Einmal lief das schief, aber der Patient hat es zum Glück gemerkt. Das wäre heutzutage nicht mehr möglich, auch aus haftungsrechtlichen Gründen. Insofern glaube ich, dass die Ökonomisierung und die Professionalisierung des Krankenhauses auch Vorteile hatten. Das war übrigens Mitte der Achtzigerjahre.

Meine Frage an Sie alle: Wenn wir uns einig sind und wenn die Patienten und Ärzte sich einig sind, dass die Ökonomisierung mittlerweile einen Stand erreicht hat, der nicht weiter getrieben werden soll, wer sind aus Ihrer Sicht die zentralen Akteure, die ein Interesse daran haben, das System, wie es jetzt ist, beizubehalten? Ist es das Parlament? Sind es lokale Politiker, sind es Kliniken in privater Trägerschaft oder doch letztlich wir alle als Steuerzahler? Denn wir werden irgendwann wahrscheinlich Patienten sein, aber hoffentlich eine so kurze Zeit in unserem Leben, dass wir doch nicht so viel Geld für eine Verbesserung der Umstände einsetzen wollen? Das würde mich von allen interessieren.

Irmtraut Gürkan

Sie haben die Antwort schon teilweise gegeben. Einmal sind wir alle Steuerzahler und wollen

keine höheren Krankenkassenbeiträge zahlen. Zur Frage, was angemessen ist: Da schaut man jetzt nicht nur nach Deutschland, sondern auch auf den weltweiten Vergleich. Da stehen wir auf Platz drei oder vier in den OECD-Zahlen. Unser Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttonationalprodukt ist relativ hoch. Das ist aber nur ein Aspekt.

Der andere ist: Wie weit blockieren wir uns im System gegenseitig? Ich hatte gesagt, dass ich diese extreme Sektorisierung in Deutschland und den Graben zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich sehr bedaure und dass der nicht zugeschüttet wird. Das könnten die Politiker, aber die Kraft haben sie nur, wenn sie wissen, dass sie mit dem System klarkommen. Wir haben ein starkes Lobbying im Gesundheitswesen, vor allen Dingen bei den niedergelassenen Ärzten.

Diese Sektorisierung und der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist fünfzig Jahre alt, und alle anderen Monopolstrukturen – ob Post, Bahn oder sonst was – sind in den letzten Jahren aufgeknüpft worden. Aber an den Sicherstellungsauftrag im ambulanten Bereich geht keiner so recht dran, es sei denn, es kommt die Kraft des Faktischen: Wenn Sie in Greifswald keinen niedergelassenen Arzt mehr finden, dann darf die Uniklinik das über MVZ [Medizinisches Versorgungszentrum] mit richten. Aber ansonsten kommen wir nicht daran. Das ist nur ein Beispiel; ich glaube, innerhalb des Systems blockieren wir uns in großen Bereichen selbst. Mehr Reflexion und Selbstkritik wäre meine Antwort.

Christiane Woopen

Ich habe eine Frage an Frau Gürkan und eine an Herrn Weimann; wenn andere etwas dazu sagen möchten, natürlich auch gern. Die erste Frage

richtet sich auf die institutionelle Ebene, die Sie auch angesprochen haben als Lösungsstrategien, aber ich bleibe einmal bei der Problemanalyse. Wie viel Planungssicherheit haben Sie eigentlich nach vorne? Im niedergelassenen Bereich ist das durchaus ein Problem, wenn man nicht weiß, was man für dieses Quartal irgendwann einmal erhalten wird. Auch im Krankenhaus ist es problematisch, so wie Sie dargestellt haben, dass Entscheidungen, die andere treffen (beispielsweise über Tariferhöhungen), von Ihnen erwirtschaftet werden müssen. Wie geht man mit dieser Planungsunsicherheit um?

Dann möchte ich auf die individuelle Ebene wechseln. Herr Weimann, Sie sprachen immer von dem Dilemma. Das verstehe ich sehr gut, aber mir reicht das noch nicht. Denn mir leuchtet nicht ein, wie man sich als Arzt – das war ich auch einmal – fühlt, wenn man einen Patienten einer Operation unterzieht, die mit Risiken verbunden ist, ohne dass er das eigentlich müsste. Wenn 60 Prozent der Kardiologen und etwas weniger der Orthopäden und Unfallchirurgen sagen, sie stellen die Indikationen aus ökonomischen Gründen, dann finde ich das skandalös. Sie haben die Analyse heute Morgen nicht skandalisierend gemacht und daran möchte ich jetzt auch nichts ändern, aber an der Schärfe dieses Befundes dürfen wir nicht vorbeischaun!

Ich sehe durchaus die Lähmung, die den Einzelnen befällt angesichts dieser – ich möchte gerne auch auf das Marionettenbild zurückkommen, aber auch fragen, wie viele Möglichkeiten man denn als einzelner Arzt oder Pflegekraft hat, sich von diesen Marionettenfäden zu befreien und zu sagen: so nicht mit mir, diese Zielvereinbarung nicht mit mir.

Irmtraut Gürkan

Ihre Frage nach der Planungssicherheit: Die haben wir nicht. Wobei ich das gern relativieren möchte: Wir sind eine Branche im Gesundheitswesen wie andere Branchen auch, und eine absolute Planungssicherheit gibt es nirgends. Darauf müssen wir uns einstellen, das schaffen wir auch. Wir müssen zum Beispiel einen Wirtschaftsplan für das kommende Jahr festlegen, und da wissen wir noch nicht, wie die Tarifsteigerungen im ärztlichen Dienst sein werden. Diese Unsicherheit müssen wir einkalkulieren. Der wesentliche Unterschied zu anderen Branchen, die Gewinne machen, ist, dass wir, wenn wir eine schwarze Null anstreben, nicht den Puffer haben, zu sagen: Dann sind es eben statt 3 Prozent Rendite nur 2 Prozent, weil wir auf der Null-Linie fahren. Damit ist natürlich die Spannung im Haus ungebührlich groß und hoch, und deshalb muss es da einen Puffer geben, den wir in der Vergangenheit nie hatten. Das gilt aber für das Gesamtsystem.

Arved Weimann

Bei den Zielvereinbarungen hat sich in den letzten anderthalb Jahren viel geändert. Grund ist der Transplantationsskandal. Soweit ich das beurteilen kann, sind die Zielvereinbarungen ausschließlich qualitativer Natur. Es gibt Empfehlungen der Bundesärztekammer, zusammen mit der deutschen Krankenhausgesellschaft, die jede Form von Zielvereinbarungen durchgegangen ist und im Ärzteblatt in mehreren Folgen dargelegt hat, was eine abschließbare Vereinbarung ist und was nicht. Ich kann Ihnen versichern, dass keine Operationszielzahlen mehr dabei sind. Das ist das eine.

Das andere ist eine Grunddiskussion in der Indikationsstellung zwischen Arzt und Patient, und ich habe bewusst den Fall genommen, wo der

Hausarzt den Patienten schickt; der Patient selbst ist aufgeschlossen und lässt sich das durchaus machen. Und dann ist die Frage: Wie erarbeite ich das mit dem? Das Dilemma ist, dass ich im Prinzip immer gebiast bin, trotz allem. Aber natürlich wird eine Indikation, die nicht vertretbar ist, auch nicht gestellt; das ist klar. Und bei einem Patienten mit hoher Komorbidität wird man sicherlich im Einzelfall so entscheiden, dass man das nicht machen wird. Das ist ein Bereich, der in die grundärztliche Indikationsstellung hineingeht und wo gerade die heutige Tagung wichtig ist, um deutlich zu machen, wie sensibel wir in diesem Bereich agieren müssen und wie empfindlich das ist. Aber ich kann Ihnen versichern, dass ich zu den Ärzten gehöre, die eher weniger operieren als zu viel.

Meike Friedrichs

Ich arbeite seit 25 Jahren in der Onkologie und sehe auch für mich das Problem, dass teilweise – es gibt Therapien, die müssen gemacht werden, keine Frage. Es gibt Patienten, die mit geschwollenem Hals und Lymphknoten kommen, die keine Luft mehr bekommen; da bin ich die Letzte zu sagen, der braucht nichts mehr. Aber wir wissen, die Menschen werden immer älter, das heißt, wir behandeln inzwischen auch Patienten, die die achtzig Jahre schon weit überschritten haben. Manche sind fit und werden auch wieder gesund, aber bei manchen habe ich kein gutes Gefühl, wenn ich sie an die Chemotherapie hänge, weil ich genau weiß, dass sie nicht mehr geheilt werden. Ich bin kein Doktor, aber für meine Ansicht ist da nichts Positives mehr; dem geht es nach der Chemotherapie schon wieder schlechter, und es wäre vielleicht besser zu sagen, er kann noch fünf, bis acht Wochen ohne Schmerzen leben und die Therapie ändert an dieser Situation nichts. Da sind mir sind als Schwester die Hände gebunden, weil ich die Ausführende bin.

Das ist schwierig und wird immer schwieriger, weil sich die Therapien und die Krankheiten ändern. Ich bin schon an Grenzsituationen gekommen, wo ich zum Doktor gegangen bin und gesagt habe: Wissen wir noch, was wir da tun? Aber wie gesagt, als Krankenschwester hat man wenig Einfluss. Man muss es entweder so nehmen, wie es ist, oder man hört auf, da zu arbeiten.

Thomas Heinemann

Das war ein wichtiger Hinweis. Ob die Hände wirklich gebunden sind, ist eine andere Frage; das betrifft die Diskussionsstrukturen, die in den einzelnen Häusern und Abteilungen bestehen.

Ich darf Ihnen zunächst herzlich danken. Sie haben uns in eindrucksvoller Weise diesen ersten Aufschlag gemacht und uns dargelegt, wo die Probleme im Gesundheitssystem liegen. Es gibt jetzt ein Mittagessen und danach treffen wir uns wieder um 14 Uhr. Vielen Dank.

II. Ethische Herausforderungen im Krankenhausalltag

Moderation: Michael Wunder · Mitglied des Deutschen Ethikrates

[liegt nicht als Audiomaterial vor]

Patientenwohl und Ethos der Heilberufe in Zeiten ökonomisierter Lebenswelten

Giovanni Maio · Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

[auf Wunsch von Herrn Maio nicht erfasst]

Michael Wunder

Herzlichen Dank, Giovanni Maio, für diesen ethischen Ausblick auf die Folgen des ökonomischen Tribunals, aber auch für den anschließen-

den Ausgleich zwischen den ökonomischen und medizinethischen Aspekten. Wir werden in der Diskussion nach dem nächsten Beitrag sicher darauf zurückkommen.

Ich darf Ihnen jetzt unsere zweite Referentin ankündigen, Frau Prof. Dr. Nikola Biller-Andorno. Sie ist Inhaberin des Lehrstuhls für biomedizinische Ethik in Zürich, Visiting Professor in der Division of Medical Ethics an der Harvard Medical School und Mitglied in zahlreichen weiteren bioethischen Gremien und Instituten. Wir werfen mit ihr einen Blick auf die Versorgungsqualität, die Versorgungsgerechtigkeit und auf die Ebene der Beeinflussung klinischer Entscheidungen durch ökonomische Bedingungen oder Vorgaben. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

Ethische Auswirkungen einer zunehmend ökonomischen Ausrichtung des Krankenhauses

Nikola Biller-Andorno · Universität Zürich

(Folie 1)

Herzlichen Dank für die Einladung. Zu Beginn möchte ich dem Deutschen Ethikrat zu dieser ebenso zeitgemäßen wie wichtigen Veranstaltung gratulieren. Ich freue mich, dass ich dazu beitragen kann.

Meine Perspektive ist geprägt durch die Erfahrungen, die ich im letzten Jahrzehnt in der Schweiz sammeln durfte, wobei ich die Diskussion in Deutschland mit Interesse verfolgt habe. Wir werden sicher Parallelen zwischen den Ländern finden können.

(Folie 2)

Ich möchte einsteigen mit der provokativen Frage: Medizin und Ökonomie – wo ist das Problem? In der Schweiz sieht man das eher unauf-

geregt. Es ist das Land mit der zweithöchsten Lebensqualität weltweit, nur japanische Frauen und isländische Männer werden älter. Gemäß dem International Health Policy Survey, den der Commonwealth Fund im Jahr 2013 durchgeführt hat, bezeichnen 87 Prozent der Schweizer ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. 53 Prozent denken, dass das Gesundheitswesen in der Schweiz gut funktioniert und allenfalls kleine Änderungen notwendig seien. Zudem haben alle in der Schweiz lebenden Personen Zugang zur sozialen Krankenversicherung, die ein großzügiges, umfangreiches Leistungspaket bietet.

Ein Wermutstropfen sind die hohen Gesundheitskosten mit 11,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Aber auch da war in den letzten Jahren kein dramatischer Anstieg zu verzeichnen.

(Folie 3)

Man könnte sagen: Gut, Qualität hat ihren Preis, aber es ist doch schön, wenn der Gesundheitsmarkt floriert, das schafft Arbeitsplätze, und vielleicht sind wir lieber im Gesundheitsmarkt stark als in irgendwelchen anderen, zweifelhaften Industrien; es ist doch eigentlich alles bestens.

Aber das Alpenpanorama wird doch durch einige Gewitterwolken getrübt. Man fragt sich auch in der Schweiz: Bekommen wir denn für die vielen Franken, die wir investieren, das heraus, was sie wert sind? Investieren wir hier richtig? Wie sicher sind wir uns, dass wir wirklich Qualität bekommen für das, was wir bezahlen? Wie steht es um die Daten, die uns zur Verfügung stehen, und um Transparenz? Haben wir hinreichend Benchmarks, wie steht es um die Vergleichbarkeit? Die Studie des Commonwealth Fund hat gezeigt, dass in der Schweiz in diesem Bereich Nachholbedarf besteht.

Schließlich treibt auch die Schweizer die Frage nach der Nachhaltigkeit um: Werden wir uns in den nächsten Jahren und Jahrzehnten unser Gesundheitssystem mit diesem umfassenden Anspruch noch leisten können?

(Folie 4)

Entsprechend haben die Akademien der Schweiz in der letzten Zeit eine Arbeitsgruppe zum Thema gegründet. Diese hat eine Roadmap verfasst, in der Maßnahmen zur Gewährleistung der Nachhaltigkeit skizziert werden.

Wenn man in der Sprache des Schweizer Krankenversicherungsgesetzes denkt, ist das Versorgungsziel und das Solidaritätsziel weitgehend erreicht, aber man ringt noch mit dem Kostendämpfungsziel.

Mit Blick auf den hohen Anteil der Kosten im stationären Bereich wurde daher vor einigen Jahren entschieden, in der gesamten Schweiz DRGs einzuführen; das erfolgte zum Januar 2012. Diese Vergütungsform ist nicht abhängig vom tatsächlichen Aufwand bei der Behandlung und setzt damit einen Anreiz für das Spital (ich zitiere einen in der Schweiz renommierten Gesundheitsökonom), „die Behandlung im Interesse betriebswirtschaftlicher Effizienz mit möglichst geringem Ressourcenverbrauch durchzuführen“.

Wenn man die Botschaft zu den entsprechenden Revisionen des KVG [Krankenversicherungsgesetz] liest, wird klar: Eines der expliziten Ziele ist die Dämpfung der Kosten im Gesundheitswesen.

Man hat auch in anderen Bereichen, im ambulanten Sektor versucht Maßnahmen zu ergreifen, doch gemerkt, dass das politisch derzeit schwer durchsetzbar ist; Stichwort Managed Care, eine Vorlage, die mehrfach vom Schweizer Stimmvolk abgelehnt worden ist.

Das heißt, selbst in der Schweiz werden in einer relativ entspannten wirtschaftlichen Situation die Schrauben angezogen. Wenn man als Nicht-Ökonom und unbedarfte Ethikerin die Zeitung aufschlägt und schaut, wie über Spitäler berichtet wird, dann ist es so, wie auch die Vorredner bereits beschrieben haben: Das Spital schreibt wieder schwarze Zahlen und das Patientenvolumen hat zugenommen. Das ist das, was ich von den Spitälern in meiner Region mitnehme, was dort Positives passiert ist; wo man als Laie gedacht hätte, vielleicht steht eher darin, wie zufrieden die Patienten waren oder welche neuen therapeutischen Möglichkeiten es gibt.

(Folie 5)

Was die DRG-Einführung betrifft, so gab es auch in der Schweiz warnende Stimmen. Es gab sogar ein Manifest von skeptischen Ärzten. Aber das vorläufige Fazit 2014, das sich in den öffentlichen Leitmedien derzeit breit macht, ist: DRGs sind ein Erfolg; es gibt keine blutigen Entlassungen, sprich keine drastischen, unmittelbar sichtbaren Einbußen in der Qualität.

(Folie 6)

Soll es das schon gewesen sein? Klar ist, dass eine zunehmend ökonomische Ausrichtung natürlich Spannungsfelder erzeugt, nicht nur verursacht durch DRGs, sondern insgesamt durch die Ausrichtung auf Ökonomie, Erlöse usw.

Entsprechend hat die Zentrale Ethikkommission der SAMW [Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften], die sich seit Jahren mit dem Verhältnis von Medizin und Ökonomie befasst, jetzt ein Positionspapier verabschiedet, das heute in der Schweizerischen Ärztezeitung online geschaltet wurde. Dieses Papier ist ab heute auch auf der Webseite der SAMW zugänglich, und ich hatte die Ehre, die Federführung für die Abfassung dieses Papiers zu übernehmen.

(Folie 7)

Wir haben in diesem Papier unter anderem Problemfelder im klinischen Alltag aufgezeigt. Sie sehen hier etliche Topoi, die am Vormittag bereits angesprochen worden sind. Einer der Bereiche sind die Qualitätseinbußen durch eine fehlgeleitete Effizienzsteigerung. Man denkt sich: Was drei Pflegende können, können zwei motivierte Pflegende auch, aber bisweilen führt das zu Abstrichen in der Qualität.

(Folie 8)

Wir haben uns die Mühe gemacht und das in diesem Bericht durch Fallvignetten hinterlegt; das sind alles reale Fälle. Der Fall, der die Problematik der Qualitätseinbußen illustriert, ist folgender: Eine 72-jährige Patientin musste nach einem Sturz an der Hüfte operiert werden und befindet sich jetzt postoperativ im Krankenhaus. Sie soll mobilisiert werden, um Druckstellen und einer Lungenentzündung vorzubeugen. Weil sie aber unsicher und schwindelanfällig ist, braucht es dazu eben zwei Pflegende. Im Alltag ist man sehr beschäftigt und findet immer weniger die Möglichkeit, zwei zusammenzutrommeln, um Frau B aus dem Bett zu holen oder zu mobilisieren. Frau B sagt: „Ja, ihr holt mich gar nicht mehr raus, jetzt liege ich schon den ganzen Tag“, und die Pflegende, von der diese Vignette stammt, hat in der Situation geantwortet: „Ich habe im Moment einfach keine Zeit für Sie, einfach keine Zeit.“ Und die Pflegende denkt für sich: Was bist du für eine Person, dass du eine Patientin einfach im Bett liegen lässt! Das ist ethisch nicht vertretbar. Wenn die Frau jetzt eine Lungenentzündung bekommt, weil ich sie habe liegen lassen! Aber es ging nicht anders, und sie geht unzufrieden heim und denkt: Ich bin nie so gewesen. Vor vielen Jahren habe ich mit Freuden den Beruf gelernt, und heute bin ich so weit.

Was in diesem Fall aufscheint: Es geht nicht nur um Qualitätseinbußen, sondern es geht darüber hinaus, dass das Fürsorgemodell ausgehöhlt wird, dass die Zuwendung – der Anspruch, den die Pflegende wahrnimmt, und die Zuwendung, die sie gern möglich machen würde – aus strukturellen Gründen nicht mehr realistisch erscheint. Das führt zu einem Verlust der intrinsischen Motivation, zu diesem: Ich habe den Beruf mit Freuden gelernt und habe mich voll engagieren wollen, aber so macht es keinen Spaß mehr.

Ein zweiter Fall betrifft eine hochbetagte Patientin, 93 Jahre. Sie kam mit Brustschmerzen in ein Zentrumsspital. Dort wurde eine Koronarangiografie durchgeführt, die keine wesentliche Pathologie gezeigt hat. Man hat dann einen AV-Block zweiten Grades festgestellt und einen Herzschrittmacher implantiert. Dann kam es zu Komplikationen; man musste den Brustraum eröffnen. Die Frau kam auf die Intensivstation und wurde dann drei Tage, nachdem sie die Intensivstation wieder verlassen hatte, wegen Bettenmangels, so die offizielle Begründung, aus dem Spital nach Hause entlassen. Einige Tage später wurde sie vom Hausarzt einer anderen Klinik wieder zugewiesen wegen Schmerzen im Bereich der Brustnarbe und völliger Entkräftung.

Wir können diesen Fall hier nicht abschließend diskutieren oder fragen, was die Beweggründe waren, aber es wirft die Frage auf, ob man bei dieser Form der Behandlung allein das Wohl der Patientin im Auge hatte, ob man ihre Präferenzen respektiert hat und sich wirklich an dem orientiert hat, was für sie in dieser Situation die besten Optionen waren. Interessenskonflikte, von denen man sicher mehrere in dieser Behandlungssequenz ausmachen kann, können sowohl zu Unterversorgung als auch zu Überversorgung führen.

Eine weitere Fallvignette, die ich nur skizzieren kann, betrifft eine Patientin, die pikanterweise die Mutter eines renommierten Kliniklers war. Sie ist gestürzt und musste an der Hüfte operiert werden. Man hat sie übers Wochenende zur Beobachtung im Spital gelassen. Sie hatte keine Kopfschmerzen, keine Bewusstseinsstrübung usw., aber am Montag hat man sich entschieden, vielleicht doch ein CT [Computertomographie] zu machen. Dabei hat man festgestellt, dass sie eine Anämie hat. Der Assistenzarzt wurde zu ihr geschickt, um ihr anzukündigen, dass man jetzt noch eine Gastroskopie und eine Kolonoskopie anschließen müsse. Daraufhin sagte die Patientin, sie wisse seit Langem, dass sie eine Anämie habe, nehme entsprechend Vitamin-B12-Präparate und warum frage man sie nicht danach?

In diesem Fall hatte man eine informierte Patientin, die sich gewehrt hat und bestimmte Untersuchungen abgelehnt hat, was wahrscheinlich eher der Einzelfall ist. Die Konsequenz bei der Patientin und der gesamten Familie war ein absoluter Vertrauensverlust in dieses Spital. Die Pointe in diesem Fall war, dass der junge Assistenzarzt, der darauf angesprochen wurde, treuherzig sagte: Wir sind halt angewiesen, möglichst viele Zusatzuntersuchungen zu machen.

Ich würde es für schlecht erfunden halten, wenn es nicht die Betroffenen gewesen wären, die diesen Fall unmittelbar artikuliert haben.

(Folie 9)

Wenn das Ökonomische die Alltagskultur der Medizin zu sehr durchdringt, kann es sie damit verändern. Das haben schon vor fünf Jahren Pamela Hartzband und Jerome Groopman, Internisten in Harvard, so formuliert:

“Many physicians we know are so alienated and angered by the relentless pricing of their day that they wind up having no desire to do more than the minimum required for the financial bottom line.”

Das heißt im Prinzip: Wenn man mir dauernd aufdrängt, mich am Ökonomischen zu orientieren, dann spiele ich dieses Spiel irgendwann mit, aber eigentlich habe ich mich innerlich verabschiedet. Wenn ihr dauernd sagt, ihr wollt das von mir haben, mache ich es, aber mit dem Herzen bin ich nicht mehr dabei.

(Folie 10)

Damit wird das Ziel der Medizin aber pervertiert. Was ist das Ziel der Medizin? Für unseren Bericht haben wir uns das sogenannte Triple Aim als Modell genommen, das auch die amerikanische Gesetzgebung zum Affordable Care Act beeinflusst hat. Es geht darum, drei Parameter zu integrieren: die Qualität, die individuelle Patientenerfahrung; die Fairness, Zugangsgerechtigkeit und Zuwendung zu adäquaten Prioritäten auf der Bevölkerungsebene gedacht; und die Kosten.

In der Schweiz wurden wir uns nicht einig, dass man die Kosten im Gesundheitswesen senken sollte, aber wir wurden uns einig, dass man die Effizienz steigern und Nachhaltigkeit gewährleisten möchte.

(Folie 11)

Natürlich braucht es Kostenbewusstsein und ein Gefühl der *good stewardship*, auch aufseiten der Ärzteschaft für knappe Ressourcen. Aber wenn man dies zu sehr akzentuiert, können Versorgungsqualität und -gerechtigkeit beeinträchtigt werden (wie wir gerade anhand der Fallvignetten gesehen haben). Deshalb ist es wichtig, eine Art von Früherkennung zu betreiben. Wenn wir davon ausgehen, dass jedes Vergütungssystem im Krankenhaus ein lernendes System ist, müssen wir möglichst früh verstehen, wo etwas falsch läuft. In jedem System wird etwas falsch laufen, aber man muss versuchen, auszubalancieren und große Probleme rechtzeitig anzugehen.

Die Wahrnehmung der Ärzte und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe kann als eine Art Sinitel dienen, eine Art Früherkennungsmöglichkeit. Denn das sind die Leute, die quasi an der Front arbeiten. Vielfach wird ihnen die Rolle eines Schutzwalls zugeschrieben: Es wird schon nichts passieren, denn wir haben ja unsere Ärzte oder Pflegenden mit ihrem Berufsethos. Doch wenn man Ärzte, Pflegenden und Angehörige anderer Gesundheitsberufe als Schutzwall gegen mögliche negative Erscheinungen abhebt, dann sollte man sich auch die Mühe machen, ihre Erfahrungen abzuholen.

(Folie 12, 13)

Genau das haben wir getan im Rahmen eines größeren Forschungsprojektes, das vom Schweizerischen Nationalfonds gefördert wurde (das Gesamtprojekt war noch wesentlich umfangreicher). Es ging uns darum, Konsequenzen der DRG-Einführung um den Einführungszeitpunkt herum in der Schweiz zu erfassen. Ich werde Ihnen jetzt von einem Subprojekt berichten, weil ich persönlich darin involviert war.

(Folie 14)

Bei diesem Projekt ging es darum, wie Ärzte die ethischen Fragen im Zuge der Einführung der DRG wahrnehmen. Ich entschuldige mich, dass die nächsten Folien auf Englisch sind; das ist deswegen, weil wir diese Studie auf Englisch zusammengefasst haben und im englischsprachigen Journal publizieren werden.

(Folie 15)

Wir hatten ein Sample von etwa 800 Ärzten mit einem Rücklauf von 47 Prozent. Das ist nicht brillant, aber respektabel und viel Mühe erarbeitet.

(Folie 16)

Die durchschnittliche klinische Erfahrung lag bei den Ärzten bei zehn Jahren. Einige Ärzte kannten bereits DRGs, manche aus Deutschland, andere aus Kantonen in der Schweiz, wo das bereits genutzt wird.

(Folie 17)

Es war ein breites Spektrum an medizinischen Disziplinen und Hierarchiestufen im Krankenhaus vertreten. Es gab einen leichten Bias zugunsten öffentlicher Spitäler; die Verteilung wäre eigentlich mehr zwei Drittel – ein Drittel.

(Folie 18)

Der Fragebogen musste auf Deutsch und Französisch gestaltet werden. Ich kann nicht auf Einzelheiten des Fragebogens eingehen, werde aber gleich auf Highlights aus den verschiedenen Bereichen zu sprechen kommen.

(Folie 19)

Der erste Bereich war allgemein: Wie wird die Versorgungsqualität in der eigenen Abteilung wahrgenommen? Die meisten sagen: gut oder sehr gut.

(Folie 20)

Wir haben gefragt: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit in den letzten sechs Monaten gewesen? Auch hier sagt die Mehrzahl: Ich bin zufrieden oder sogar sehr zufrieden. 15 Prozent sind nicht zufrieden.

(Folie 21)

Wenn man irgendeinen Trend absehen kann (die Studie wurde in der zweiten Jahreshälfte 2012 durchgeführt), dann war es eher eine Verschlechterung: Entweder ist nichts passiert oder eher eine Verschlechterung.

(Folie 22)

Jetzt die erwartbaren Ergebnisse mit Blick auf: Was ist mit eurem Arbeitsalltag passiert? Man muss mehr Zeit für Administratives aufwenden; insgesamt werden mehr Überstunden gemacht, und für das eigentlich Wichtige bleibt weniger Zeit, das heißt für Kommunikation im Team, Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, Zeit für eigene Fortbildungen und Zeit für Fortbildung von jüngeren Kollegen.

(Folie 23)

Was wir aus unserer Perspektive gefragt haben und was uns als Medizinethiker besonders interessiert hat, war, ob eigentlich bestimmte Formen der Über- und Unterversorgung wahrgenommen werden. Das sind keine harten Zahlen; wir konnten nicht zeigen, dass sich die Verweildauer in Spitälern verkürzt hat oder nicht. Das sind subjektive Wahrnehmungen, aber wir denken, sie sind wertvoll.

Zum Beispiel gab es die Frage: Haben Sie in den letzten sechs Monaten folgende Situation in Ihrem Spital erlebt? Wir haben bewusst nicht gefragt: Waren Sie individuell involviert? Das wollten wir offenlassen.

Zum einen wurde gefragt: (1) Wurde eine Maßnahme aus Kostengründen nicht durchgeführt oder durch eine billigere und schlechtere ersetzt? Man sollte eigentlich meinen, dass man in der Schweiz sagt: Nein, das gibt es bei uns nicht. Aber mitnichten: Nur 36 Prozent sagen, das habe ich in den letzten sechs Monaten nicht gesehen.

Ebenso wurde gefragt, (2) ob eine risikoreichere Option gewählt oder (3) ob aus Kostengründen ein medizinisches Verfahren durchgeführt wurde, obwohl es medizinisch nicht notwendig war, also der Aspekt der Überversorgung. Auch hier sagte uns nur die Hälfte – ich finde, das ist nur die Hälfte, und da möchte ich Frau Wopen

Recht geben mit ihrem Statement von heute Vormittag. Ich finde, das ist ein Befund, dass uns nur die Hälfte der Schweizer Mediziner in diesem Sample bestätigt, dass sie in ihrem eigenen Umfeld so etwas nicht sehen.

(Folie 24)

Gefragt wurde auch, (4) ob man sich durch das Management in einer Entscheidung beeinflusst gefühlt hat und anders entschieden hätte, wenn man selbst aufgrund von medizinischem Sachverstand hätte entscheiden können.

(5) Behandelt man mehr Patienten, als man eigentlich tun kann, mit der angemessenen Versorgungsqualität? Also die Frage: Rationalisieren wir noch oder rationieren wir schon? Hier sagen uns die meisten: Ja, das erlebe ich, das ist Teil meines Alltags.

(6) Wurden bestimmte Patienten nicht ins Krankenhaus aufgenommen, weil sie ein finanzielles Risiko darstellen? Wenn Sie das in der Diskussion ansprechen, heißt es immer: Das gibt es nicht bei uns. Aber wenn Sie nachfragen mit Fragebögen, dann sagen ein Drittel: Das sehe ich bisweilen.

(7) Oder werden Patienten zu früh entlassen? Stichwort blutige Entlassungen; diese Leute waren vielleicht nicht blutend, aber werden Frühentlassungen in der Wahrnehmung der Ärzte gesehen?

(Folie 25)

(8) Werden Patienten wegen der unteren Grenzverweildauer vielleicht nicht rechtzeitig entlassen? (9) Werden Patienten stationär aufgenommen, obwohl man auch ambulant etwas hätte machen können, was eigentlich der Logik der DRGs zuwiderläuft? (10) Auch die Frage des Case Splittings – all das sind Phänomene, von denen die Schweizer Ärzte in unserer Stichprobe

uns sagen: Ja, das sind Dinge, die sehe ich, wengleich nicht sehr häufig, aber das existiert (in einer entspannten ökonomischen Situation, muss man dazu sagen).

(Folie 26)

Auf der anderen Seite haben wir gefragt: Wie ist es mit der Steigerung der Effizienz? Bei den gängigen Dimensionen (verbesserte Koordination zwischen diagnostischen und therapeutischen Interventionen, Entlassungsmanagement, Kooperation innerhalb des Behandlungsteams, patientenorientierte Versorgung) und in der Annahme, dass eine Versorgung, die sich an den Bedürfnissen der Patienten orientiert, auch die effizientere ist, konnten wir feststellen, dass man, wenn man Veränderungen gesehen hat, eher eine Verschlechterung wahrgenommen hat. Das heißt, das positive Potenzial hat sich bislang nicht erfüllt.

(Folie 27)

Dann haben wir uns gefragt, inwiefern Ärzte die gängigen Elemente ihres Berufsethos eigentlich in ihrer klinischen Praxis realisieren können. Wir haben hier ein Destillat aus Standesordnung, Ärztegelöbnis usw. der gängigen Regeln, nach denen ein Arzt agieren sollte: (A) Das Wohl meines Patienten leitet meine Handlungen oder (B) als Arzt behandle ich meine Patienten gemäß dem höchsten gegenwärtig verfügbaren medizinischen Standard. Wenn man an die Situation der Schweiz denkt, würde man denken: Ja, das passiert natürlich in der Schweiz. Aber auch hier sagen die meisten: Das kann ich wenn, nur mit Einschränkungen realisieren.

Diese Abweichungen von den Möglichkeiten, berufsethische Prinzipien uneingeschränkt zu implementieren, sind das, worauf man genauer schauen muss. Man bräuchte qualitative Studien und vielleicht noch nuanciertere quantitative

Studien, um besser erfassen zu können, was hier eigentlich passiert.

(Folie 28)

Hier ist eine weitere Säule des ärztlichen Ethos: (G) Als Arzt behandle ich all meine Patienten mit gleicher Umsicht, widme mich also allen in gleichem Maße. Hier sagen uns nur knapp die Hälfte: Das kann ich umsetzen, und etwa die Hälfte sagt: Das kann ich nur eingeschränkt umsetzen. Ich frage mich: Woher kommt diese Einschränkung, wenn es doch bei uns offiziell keine Rosinenpickerei usw. gibt?

(Folie 29)

Als letztes empirisches Element haben wir noch gefragt: Wo wärt ihr gerne als Ärzte, wenn man davon ausgeht, ihr müsst abwägen einerseits zwischen den Interessen und dem Wohlbefinden des Patienten und andererseits den ökonomischen Interessen des Spitals? Wir sehen: Die Ärzte würden gerne ihren Schwerpunkt auf der Seite des Patientenwohls setzen, was wir uns alle – sowohl als Patienten als auch als im Gesundheitswesen Tätige – wünschen, aber in der Realität sind sie eigentlich in der Mitte.

Wir dachten uns, dass so etwas in ähnlicher Form ein guter Indikator sein könnte. Es kann zwei Informationen geben: Zum einen tut sich da eine Lücke auf, was die Quelle von Frustrationen der Leistungserbringer sein kann, und zum anderen verschieben sich Wertungen. Vielleicht werden Ärzte in zehn, zwanzig, dreißig Jahren sagen: Nein, es ist für mich völlig okay in der Mitte, das sind gleichgewichtige Anforderungen, ich muss da nicht irgendeine Gewichtung setzen.

Ich denke, das sind sehr wichtige Informationen, die auch in den gesellschaftlichen Diskurs zurückgespeist werden.

(Folie 30)

Wir haben gesehen: Insgesamt ist der Level der Zufriedenheit und der Versorgungsqualität, wie sie beurteilt wird, hoch. Es gibt aber Themen, die es sich lohnt anzuschauen, und das positive Potenzial des DRGs im Bereich Effizienzsteigerung wurde bislang nicht erfüllt.

(Folie 31)

Abschließend die Frage: Was sind mögliche Ansatzpunkte für eine gelungene Integration? Es ist eine Illusion zu denken, man könnte Anreize vermeiden. Das ist nicht möglich. Aber man muss die Anreize auf das genuine Ziel ausrichten, auf die Mission, auf das Leitbild der jeweiligen Institution, und man muss die Rahmenbedingungen entsprechend gestalten.

Insbesondere muss es Ärzten möglich sein, ihrer moralischen Verantwortung gerecht zu werden, denn sie sind diejenigen, die Patienten suboptimal behandeln. Aus dieser moralischen Verantwortung kommt man nicht heraus. Das können Sie nicht aufs Management oder sonst wen abwälzen.

Wenn wir in letzter Zeit schon so datenorientiert sind, brauchen wir als Ausgleich Daten, die abholen, wie diejenigen, die die Leistungen erbringen, eigentlich diesen Prozess erleben. Haben sie den Eindruck, sie können unter diesen Bedingungen ein guter Arzt sein, oder können sie es nicht?

Diese Rahmenbedingungen haben wir ausgearbeitet in einem gemeinsamen Papier mit Tom Lee, der als Vice President von Partners Health-Care, dem Zusammenschluss von Mass General und dem Brigham & Women's Hospital in Boston tätig war. Wir haben versucht, eine gemeinsame Perspektive zwischen Ethik und Management zu finden. Diese Rahmenbedingungen helfen nicht nur, Anreize ethisch verantwortbarer zu

machen, sondern sind auch gute Unternehmensstrategien.

(Folie 32)

Das Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat sich einige dieser Punkte in Form von Empfehlungen zu eigen gemacht. So wie sie sich lesen, wirken sie generisch. Schauen Sie einmal in dieses Positionspapier hinein; wir haben da konkrete Hinweise, die ich nur andeuten kann:

(1) Es ist wichtig, Patienten aktiv einzubeziehen. Im Augenblick existiert in der Schweiz ja das Stichwort: *less is more*. Den Patienten muss klar sein: Nicht die maximale Versorgung ist die beste, sondern eine optimale, und das muss man in einem Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem Arzt erarbeiten. Ich glaube auch, dass man zum Beispiel die Frage einer guten psychosozialen Betreuung als Qualitätsparameter erarbeiten könnte, wenn man die subjektiven Patientenerfahrungen ordentlich erheben würde. Das macht Mühe, das ist Arbeit, aber es würde sich lohnen, wenn einem diese Dimension wirklich so wichtig ist, dass man sagt: Wenn der Verwaltungsrat sich bespricht, wollen wir die Zahlen auf dem Tisch haben und nicht nur das Patientenvolumen oder die ökonomischen Kennziffern.

(2) Es ist wichtig, in Spitälern eine Kultur zu schaffen, in der man eben Offenheit und kritische Reflexion fördern kann. Ein konkretes Beispiel: Wir hatten uns gedacht, warum nicht so etwas wie Tumor-Boards einrichten? Das hat sich durchgesetzt als Einrichtung, interdisziplinär gedacht. Das sind schwierige Entscheide, da geht es um viel für einen Patienten, warum nicht Entscheide, wo es zum Beispiel um bestimmte Algorithmen oder Pathways geht, wie man den ökonomischen Bezug hat, warum nicht auch ein

Team zusammensetzen, in dem auch Ärzte und Pflegende usw. involviert sind? Man kann da ein gemeinsames Gremium schaffen, sodass diese Abläufe nicht allein vom Management beschlossen werden, sondern auch diejenigen aktiv einbezogen werden, die unter diesen Bedingungen arbeiten.

(3) Die stetige Verbesserung von Vergütungs- und Anreizstrukturen ist klar, aber man braucht entsprechende Daten, nicht nur Anekdoten, um zu wissen, was sich wie auf die Qualität auswirkt. Da muss man nuanciert hinschauen.

(4) Damit das Ganze auch Zähne hat, hat es keinen Sinn zu sagen: Ja, wir erheben irgendwie ein paar Daten, sondern wenn es darum geht, zum Beispiel in der Zertifizierung bestimmte Parameter zu definieren, wäre es wichtig zu fragen: Habt ihr denn entsprechende Gefäße, wo diese Art von Offenheit und kritischer Reflexion gefördert wird? (5) Erhebt ihr irgendwelche Daten zum Vorliegen von Interessenskonflikten eurer Leistungserbringer? Da könnte man gut bestimmte Parameter erarbeiten, um diese Zertifizierungsprozesse als einen guten Anker nutzbar zu machen, um Gesundheitseinrichtungen an ihre ursprünglichen Ziele zurückzubinden.

Man kann die zunehmende ökonomische Ausrichtung der Spitäler bedauern und beklagen, aber zugleich bieten sich uns derzeit enorme Gestaltungsmöglichkeiten, und diese sollten wir nutzen. Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Diskussion mit dem Publikum

Michael Wunder

Herzlichen Dank, vor allem für die Befunderhebung aus der Schweiz, die einiges gut grundiert. Wir haben jetzt eine halbe Stunde Zeit für eine

Diskussion mit dem Publikum, aber auch untereinander.

Gertrud Greif-Higer

Mein Name ist Greif-Higer, Universitätsmedizin in Mainz. Herr Maio, ich habe bei Ihnen eine Bemerkung gehört, die auch heute Morgen schon mehrfach angeklungen ist, vor allem bei Frau Gürkan, die ich gerne etwas zuspitzen möchte.

Ich habe gehört, dass es politische Zielsetzungen geben könnte (zum Beispiel Umorganisationen im Krankenhauswesen, die Schließung von Krankenhäusern, die Mobilisierung von Rationalisierungsreserven), bei deren Durchsetzung möglicherweise die politische Verantwortung nicht ganz in dem Maße wahrgenommen wurde, wie sie hätte sein sollen, sondern Instrumente der Ökonomie als Steuerungselemente gebraucht oder missbraucht wurden, ohne das klar zu thematisieren. Das führt zu diesem scheinbaren Gegeneinander von Ökonomie und Medizin, das nicht nur unnötig, sondern katastrophal ist, denn wenn man ein gesundes Krankenhauswesen haben will, geht nur ein Miteinander.

Da frage ich Sie: a) Habe ich das richtig gehört? Möglicherweise auch in dieser Schärfe? b) Wer sind denn die politischen Institutionen, die dafür eigentlich verantwortlich sind und an die wir das Wort richten sollten? Und c) wissen die um diese Verantwortung und reagieren sie bereits darauf?

Giovanni Maio

Ich danke Ihnen für diese Rückfrage, die ich eindeutig mit Ja beantworten muss. Die Einführung der DRGs ist ökonomisch motiviert mit dem Ziel, auf dem Boden ökonomischer Daten eine Flurbereinigung vorzunehmen, obwohl einen solchen Verdrängungswettbewerb zu verhängen nicht automatisch zur Verbesserung der Versorgung führt. Im Grunde war es eine Verschleie-

rungstaktik, von Optimierung der Qualität zu sprechen, aber ein Dekret der Einsparung zu verordnen, ohne es als Einsparung zu deklarieren. Das finde ich nicht richtig, und deswegen muss die Politik selbst ihre Verantwortung stärker im Anspruch nehmen und auch manchmal unangenehme Entscheidungen fällen, aber die Versorgungsnotwendigkeit als Maßstab für solche Entscheidungen heranzuziehen und nicht ökonomische Zahlen.

Das heißt, wir müssen die Frage, wo welches Haus stehen soll, strukturell in der Weise lösen, dass wir fragen: Was braucht die Bevölkerung? Ortsnahe Versorgung wäre wichtig, ebenso die Grundversorgung. Wir können nicht allein anhand der Zahlen die Häuser hinauswerfen, die keine schwarzen Zahlen schreiben, denn das geht auf Kosten der kleinen Häuser, die einen wichtigen Versorgungsauftrag haben. Deshalb sind das genuin politische Zielsetzungen.

Michael Wunder

Auch aus der Schweiz haben wir gehört, dass die DRG-Einführung diesen Hintergrund hatte.

Nikola Biller-Andorno

Den Hintergrund wohl, aber nicht die gleiche Schärfe. Das Instrument wird nicht mit dem gleichen Nachdruck eingesetzt im Sinne Verdrängung oder Einsparung, sondern man bemüht sich um Kostendämpfung und im ersten Schritt darum, eine Vergleichbarkeit von Kosten herzustellen. Mehr Transparenz und mehr Verständnis ist an sich nicht verkehrt. Die Herausforderung aber ist, das mit ernsthaften Bemühungen um Qualität, mehr Transparenz und Wissen um Qualität zu koppeln, um negative Entscheidungen zu vermeiden.

Michael Wunder

Gut. Wir kommen vielleicht auf die politische Verantwortung noch zurück, denn das war auch Teil der Frage.

Ilhan Ilkic

Ilhan Ilkic, Mitglied des Deutschen Ethikrates. Meine Frage geht an Herrn Maio, Sie haben in Ihrem Vortrag auf der einen Seite von der Einzigartigkeit des Patienten gesprochen und auf der anderen Seite von Fallpauschalen, DRG, Handeln, ökonomisierte Medizin. Die Frage ist, ob diese Gegensätze für Sie kategorische Gegensätze sind, die nie vereinbar sind. Wenn nicht, wie sollte die ethisch angemessene Vereinbarung der Kriterien dieser Gegensätze aussehen?

Meine zweite Frage ist eine Verständnisfrage: Sie haben vom phänomenologischen und hermeneutischen Ansatz im ärztlichen Handeln und Entscheiden gesprochen. Wie soll das konkret aussehen? Können Sie das etwas differenzierter darstellen?

Giovanni Maio

Ich habe versucht darzulegen, dass wir von Polarisierungen abkommen müssen insofern, als wir sagen, wir brauchen nur noch Hermeneutik und Verstehen und Zuwendung und alles ist dadurch gelöst. Das kann nicht die Zielsetzung sein, weil wir ohne Strukturen und ohne Rationalität im Sinne der Vernünftigkeit des Einsatzes keine gute Medizin gestalten können.

Was ich versucht habe darzulegen, ist, dass wir durch die Ökonomisierung ein Übergewicht des Strukturfunktionalistischen haben in der Weise, dass wir glauben, wir könnten die Qualität der Versorgung allein auf dem Boden algorithmischen Denkens (was ein mechanistisches Denkmodell impliziert) erwirken. Wir brauchen beides. Nehmen Sie zum Beispiel die Indikation:

Die Indikation können wir nicht anhand von Röntgenbildern oder reinen objektiven Daten stellen, so wie es die Krankenkassen gerne hätten, sondern für die Indikationsstellung brauchen wir die Verbindung der harten Fakten, ohne die man nichts entscheiden kann, mit dem konkreten Patienten, mit dem ich zu sprechen habe, um die Lebenswelt zu realisieren, um zu erkennen, was seine Erwartungen und Hoffnungen usw. sind, aber auch um zu erkennen, was daraus wird, wenn ich operiere. Wir müssen eine Brücke zwischen dem Algorithmischen und dem Hermeneutischen schlagen und dürfen uns nicht allein zu einer Seite hin bewegen.

Die Problematik besteht darin, dass das, was nicht algorithmisch abbildbar, messbar und in Zahlen übergießbar ist, letzten Endes abgewertet wird. Darunter leiden die Heilberufe, weil sie sagen: Ich habe mich so engagiert, ich habe meinen Kollegen angerufen, ich habe in Gesprächen, die rein informeller Natur sind, durch Umsicht, Erfahrung und persönliches Engagement eine gute Lösung für den Patienten gefunden, und jetzt werde ich von der Krankenkasse sanktioniert, weil ich scheinbar zu viel investiert habe, obwohl das notwendig war. Deswegen kritisiere ich die Rückführung der medizinischen Rationalität auf eine reine Zweckrationalität und betone die Notwendigkeit einer Ergänzung, aber nicht als alleinige Lösung des Problems.

Michael Wunder

Ich habe eine Zusatzfrage zur Präzisierung: von einer neuen Ergänzung oder einer Reaktualisierung eines alten Medizinthemas?

Giovanni Maio

Natürlich, Sie können eine gute Medizin ohne bestimmte Grundhaltungen wie zum Beispiel der Haltung der Geduld, der Haltung des Ausharren-Wollens, der Haltung, dass ich dem anderen Lo-

yalität schuldig bin – ich bin dem anderen Loyalität schuldig, deswegen kann ich nicht annehmen, dass der Arzt die Fronten wechselt und je nach ökonomischem Anreiz möglicherweise etwas empfiehlt, was nicht dem Patienten dient, sondern dem ökonomischen Prinzip. Das ist verstörend, denn das ist eine Haltung, die man von einem professionellen Helfer nicht erwarten darf. Deshalb dürfen die Anreize so nicht sein.

Michael Wunder

Es handelt sich um unvereinnahmbare Grundtugenden der Medizin, die mit der Ökonomie nicht zu messen sind.

Giovanni Maio

Ja, und es handelt sich um Fehlanreize, die die Instrumente legen, die revidiert werden müssen.

Nikola Biller-Andorno

Man wird sich schnell einig werden, dass man sagt: Natürlich brauchen wir dieses andere noch dazu, aber die große Herausforderung ist: Wie bekommt man die Gewichtung verändert in einem System, in dem im Augenblick die Erfolgsparameter danach ausgerichtet sind, dieses System immer wieder zu bestätigen? Eine Möglichkeit, die man explorieren sollte, ist die Frage: Kann man nicht auch (obwohl das erst einmal kontraintuitiv klingt) Bereiche wie Empathie oder Geduld für Qualitätsmessungen operationalisieren? Ich glaube, wir legen das vorschnell beiseite, weil wir denken, das ist zu komplex und zu nuanciert, aber wenn man zum Beispiel Patienten fragt: Würden Sie diesen Arzt weiterempfehlen?, da fließt viel von dieser Ganzheit ineinander: Wie gut kommen sein technisches Können und seine Kenntnisse zusammen mit seiner Kommunikationsfähigkeit und mit seinem Verständnis meiner persönlichen Situation? Wenn wir diese Parameter stärken würden, hät-

ten wir diese Zahlen, die im Augenblick so wichtig sind, um Handlungen folgen zu lassen, hätten ein reichhaltigeres Bild auf der quantitativen Ebene. Sicher nicht der einzige Ansatzpunkt, aber einer, den wir intensiver anschauen sollten.

Giovanni Maio

Ich kenne einen Geschäftsführer, der auf die Idee gekommen ist, die Oberärzte danach zu bezahlen, wie sehr die Patienten ihm attestieren, dass sie sich von ihm verstanden fühlten. Natürlich lässt sich das operationalisieren, aber das bedeutet nicht, dass wir am Ende auch das messen können, was in der Realität von Relevanz ist.

Michael Wunder

Es bleibt etwas offen, aber es ist interessant, an dieser Stelle die Ethik genauer beim Wort zu nehmen.

Thomas Heinemann

Thomas Heinemann, Deutscher Ethikrat. Ich habe an beide Referenten eine Frage. Das ärztliche Ethos ist einer der Zentralbegriffe, mit denen wir operieren. Die zentralen Vorwürfe, die aus ärztlicher und pflegerischer Sicht in die Öffentlichkeit gelangen, sind: Wir können das, was wir gelernt haben, hier nicht mehr anwenden; wir können auch das, mit dem wir zu diesem Beruf angetreten sind, nicht mehr anwenden.

Jetzt stellt sich mir die Frage und die möchte ich an Sie beide weitergeben: Können wir denn noch von einem Ethos in dem Sinne ausgehen? Also von einem allen Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen gleichermaßen klaren und auch gelebten Ethos, also einem Kodex bestimmter Normen? Stehen alle noch dahinter?

Ich mache einmal eine eckige Klammer auf: Wir haben gerade die Suizidassistenten-debatte in Deutschland; da hört man mittlerweile auch von Ärzten ganz Unterschiedliches, obwohl man

eigentlich sagen würde, es gehört zum Kernbestand der ärztlichen Profession zu sagen: Nein, in bestimmten Fällen nicht. Eckige Klammer zu.

Ich möchte jetzt nicht in diese Debatte einsteigen, sondern nur die Frage stellen: Können wir von diesen Konstanten, die wir in dieser Diskussion dauernd unterstellen, wirklich noch ausgehen?

Giovanni Maio

Nein, ich unterstelle keine Konstante.

Nikola Biller-Andorno

Ich denke auch, dass wir nicht von Konstanten ausgehen dürfen. Was geeignete Standards sind, muss immer wieder neu ausgehandelt werden; das zeigt sich in der Frage nach ärztlicher Suizidbeihilfe. Der Standards müssen wir uns fortwährend vergewissern, sie können sich über die Zeit ändern. Nicht alles ist in Stein gemeißelt. Es ist durchaus denkbar, dass in fünfzig Jahren, dass sich Ärzte zunehmend als Angestellte in einem Unternehmen wahrnehmen, und dann sagt man: Ich mache Dienst nach Vorschrift, und das ist, was die Vorschriften uns sagen.

Ob wir das uns wünschen oder nicht, ist eine andere Frage. Wenn wir es nicht wollen, müssen wir rechtzeitig Gegenmaßnahmen ergreifen und aktiv werden. Ich denke nicht, dass wir auf lange Sicht darauf vertrauen können, dass Ärzte schon gegen die Ökonomisierung halten werden. Ich sehe im Augenblick eine Tendenz, dass man sagt: Es wird schon nichts passieren, denn unsere Ärzte machen so etwas nicht. Im Augenblick ist es so. Im Augenblick gibt es keine blutigen Entlassungen, obwohl es der Logik im Prinzip widerspricht. Man kann sich streiten, sind die Strafpunkte für die Rehospitalisationen hoch genug usw., aber im Prinzip ist das System auf Sparen am Patienten ausgelegt.

Wir dürfen nicht zu unbedarft darauf vertrauen, dass dieses Bollwerk nicht irgendwann bröckelt. Im Augenblick haben wir Situationen, wo die Ärzte sagen: Dann kompensiere ich halt mit Überstunden, dann gebe ich halt den Extra-Anreiz, dann halte ich den Interessenkonflikt aus, dann riskiere ich, dass ich einen Rüffel von der Abteilungsleitung bekomme. Aber man kann nicht davon ausgehen, dass dies das Gros sein wird und dass es auf Dauer bestehen wird.

Giovanni Maio

Ich meine auch, es gibt kein Ethos, das man einfach umreißen kann und in Stein meißeln kann, sondern das muss rückgebunden sein an die Bedürfnisse der Patienten. Die Medizin ist vielfältig: Es gibt starke Patienten, die Ärzte als Informationsgeber und Experten für irgendeine Sache brauchen. Aber es gibt – und das wird die Zukunft der Medizin sein – komplex, schwer und chronisch kranke Patienten, die in einer schwachen Position sind. Und in dieser Position der Angewiesenheit sind sie in einer solchen Schutzbedürftigkeit, dass man sie nicht willentlich in ein System treten lassen darf, in dem sich die professionellen Helfer möglicherweise nicht loyal mit ihren Interessen zeigen.

Insofern, wenn wir die schwachen Patient nehmen, müssen wir die Heilberufe darin unterstützen, dass sie ihre Unabdingbarkeit, mit der sie das Wohl des Patienten an oberste Stelle setzen, auch tatsächlich leben dürfen, aber auch Anreize haben, die es ihnen nicht erschweren, so zu leben. Insofern dürfen wir nicht fragen: Wie denken Ärzte?, sondern müssen fragen: Was braucht der Patient? Vor allem der schwache, angewiesene Patient. Er darf nicht in ein System kommen, wo er auf der Hut sein muss und wo die Ärzte möglicherweise seine Not nur missbrauchen, um

Erlöse zu erzielen. Das ist etwas, was zu Recht verstört und was nicht sein darf.

Michael Wunder

Noch einmal kurz zur Verdeutlichung des Fragehintergrundes: Ich habe es so verstanden und das wäre eine Frage an Ihre Schweizer Untersuchung, können wir denn von einem festen Bestand ethischer Grundüberzeugungen ausgehen? Sie haben solche Grundüberzeugungen abgefragt, aber nicht gefragt, ob die Ärzte, die geantwortet haben: „kann ich gar nicht verwirklichen“, auch hinter den Überzeugungen standen.

Nikola Biller-Andorno

Doch, das haben wir gemacht. Genau weil wir dachten, wir können nicht voraussetzen, dass alle Elemente des ärztlichen Ethos von allen wirklich getragen werden, haben wir gefragt: Wie wichtig findet ihr das? Und wir haben in der Tat Nuancierungen gefunden: Zum Beispiel wurde die psychosoziale Berücksichtigung dieser Befindlichkeiten als etwas weniger wichtig betrachtet. Oder das Gebot einer kosteneffektiven Medizin, das in der Schweizer Standesordnung für die Ärzte steht, wurde auch gewürdigt, aber auch als etwas weniger wichtig.

Herr Kunze

Vor dem Hintergrund dieser Fragen möchte ich auf die eingangs gestellte Frage zurückkommen: Wer entscheidet aus welchen Gründen? Es wird hier meist gesagt: man oder wir sollten entscheiden. Nun sind wir aber in einer pluralen Gesellschaft und haben nicht immer dieselben Überzeugungen. Daher stellt sich mir die Frage: Warum nur eine Medizin vor dem Hintergrund einer selbstverständlich hohen ärztlichen Ethik?

Wenn nun das ökonomische Tribunal angeblich den Ärzten keine Zeit gibt und auch keine Freiheit, sich ethisch zu verhandeln und ihren Be-

handlungsvertrag voll zu erfüllen, und keine Zeit für die Fürsorge, dann stellt sich doch die Frage, ob das Triple-Aim-Spiel als ein offenes Spiel organisiert werden könnte dadurch, dass wir nicht einem System unterworfen werden, einem Anbieterkollektiv, das kartellistisch auf gemeinsam und einheitlich festgelegt ist, sondern dass es Alternativen gibt, Vielfalt. Insofern plädiere ich für Freiheit im Austesten, was denn erfolgreicher ist; Zuwendung kann vielleicht auch beim Gesundwerden helfen.

Nikola Biller-Andorno

Das geschieht natürlich in Deutschland wie auch in der Schweiz. Der Zuspruch, den die Komplementärmedizin erfährt, ist sicher diesem Bedürfnis nach Zuwendung, Zeit und einem bestimmten Rahmen geschuldet. Gerade in der Schweiz wird viel Wert auf diese Wahlfreiheit gelegt. Jeder kann mit Zusatzversicherungen auch diesen Bereich vollumfänglich abdecken.

Aber Ihre Frage erinnert uns auch daran, in wessen Namen all das passiert. Das sind natürlich die Patienten, also diese Doppelrolle von uns, als Bürger: Wir sind einerseits Prämienzahler, zahlen die monatliche Krankenkassenprämie (und weil es sich um eine Einheitsprämie handelt, ist man sich bewusst, wie hoch die jeweils ist), und sind andererseits Patient. Von daher muss die Frage: Wie steht es um die Qualität unserer Versorgung? wieder an die Bürger als Prämienzahler und potenzielle oder faktische Patienten zurückgespeist werden, damit man auch da Entscheidungen treffen kann: Wie viel und wofür wollen wir zahlen, welche Art von Gesundheitssystem möchten wir und was ist uns wichtig?

Eckard Nagel

Wenn ich es richtig verstanden habe, sind Ihre beiden Vorträge ein Stück weit von der Vormittagssession weggegangen. Da war die Ökonomie

bereit, sich von der Ethik beraten zu lassen und keinen unüberwindbaren Widerspruch festzustellen. Bei Ihnen, Herr Maio, habe ich jetzt diesen unüberwindbaren Widerspruch festgestellt, wenn ich Ihre Ausführungen richtig interpretiere. Wenn man Rentabilität ausschließen muss, dann heißt das Abschaffung der DRGs und keine privaten Anbieter im deutschen Krankenhausbereich, weil man das mit Rentabilität verbindet. Habe ich das so richtig verstanden?

Frau Biller-Andorno, Ihre Untersuchung ist eine tolle Untersuchung und zeigt, dass Sie in der Schweiz in besonders guten Verhältnissen leben, denn wenn eine große Gruppe von über die Hälfte auf Fragen wie: Ist für meine Entscheidung immer die Krankheit der Patienten führend? antwortet: nicht immer, aber fast immer, dann ist das etwas, wo diese ethischen Werte, die Sie formuliert haben, auch eingehalten werden können.

Meine Frage ist: Was ist der Beitrag der ethischen Ausrichtung der Heilberufe im Hinblick auf die Realität der Wirtschaftlichkeit, in der wir uns bewegen müssen, aus der wir auch nicht herauskommen? (das haben wir jedenfalls heute Morgen gesagt) Im Moment sehe ich da einen tiefen Graben, der nicht überwunden werden kann, und das wäre eine Situation, wo Ethik und Ökonomie tatsächlich im Widerspruch aneinander vorbeilaufen.

Nikola Biller-Andorno

Es ist wichtig, dass sich auch die Gemeinschaft der Ärztinnen und Ärzte rückversichern kann: Was sind eigentlich unsere Werte, die wir teilen, wo nehmen wir vielleicht einen Wandel wahr? Aber es besteht die Möglichkeit zur kritischen Reflexion, und darum möchten wir auch gern diese Ergebnisse in die Ärzteschaft zurückspeisen, damit man sehen kann, was ist uns wichtig

und warum möchten wir das? Es ist wichtig, das gemeinsam im öffentlichen Diskurs anzusehen.

Der erste Teil der Frage hat noch darauf gezielt, dass wir unterscheiden müssen zwischen Kommerzialisierung, warum es darum geht, auch privaten Gewinn zu erzeugen, und einer Ökonomisierung, die zuerst einmal nur bedeutet: Wir möchten die Effizienz steigern. Da müssen wir aufpassen. Eine überschießende Ökonomisierung führt dazu, dass wir das eigentliche Ziel verfehlen und damit maximal ineffizient werden.

Michael Wunder

Aber die Interpretation von Herrn Nagel – das war so halb voll, halb leer, das Glas, mit Ihren Antworten. Sind Sie d'accord mit der Interpretation von Herrn Nagel?

Nikola Biller-Andorno

Dass Ökonomie und Medizin im Widerspruch stehen?

Michael Wunder

Nein, Ihre Befragungen haben gezeigt, dass auch eine Reihe von Ärzten natürlich nicht ökonomisch beeinflusste Entscheidungen patientenorientiert trifft, und Sie haben so interpretiert: Was ist denn mit den anderen, die Nein gesagt haben? Das sind auch 40 Prozent, und er sagt: Ja, aber schauen Sie einmal auf die andere Seite.

Nikola Biller-Andorno

Das ist die Frage nach den Erwartungen. Ich denke, wenn wir sagen: Wir haben so ein teures System (die Schweiz hat eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt und die Schweizer sind stolz auf ihre exzellente Qualität), dann hätte ich mir in diesem Kontext mehr erwartet.

Giovanni Maio

Die Rentabilität ist eine gefährliche Konzeption, denn auf diese Weise müsste man sagen, dass die

Hilfe kein Selbstzweck, sondern nur dann gut ist, wenn ich dadurch gute Rendite erziele. Das ist natürlich eine Umkehrung der Zielsetzung. Insofern müssen wir uns vergegenwärtigen: Je mehr die Medizin in Rentabilitätskalkülen zu denken lernt, desto mehr wird sie sich zuallererst von den Schwächsten verabschieden. Der Preis des Rentabilitätskalküls ist die Ignorierung der vermeintlich aussichtslosen Fälle. Das heißt, wir marginalisieren damit bestimmte Patientengruppen, nämlich die, die komplexe Erkrankungen haben, die chronisch krank sind, bei denen man nicht durch einen Handgriff sofort alles lösen kann. Das geht auf Kosten der chronisch Kranken, die genau diese Zuwendung brauchen, eine andere Form von Rationalität.

Alle Studien belegen, dass bei den meisten Therapien der Wirkfaktor die Beziehungsqualität ist. Das möchte man nur nicht anerkennen, und daher ist die Durchrationalisierung eine Verflachung der Therapie und irrational insofern, als man damit dem eigentlichen Wirkfaktor keinen Anreiz gibt. Deswegen habe ich in meinem Vortrag für die Änderung der Anreize ...

Michael Wunder

Entschuldigung, ich glaube, der Kern der Frage an Sie war ein anderer, nämlich ob Sie dem Vormittag folgend sagen: Die Ökonomie kann von der Ethik lernen und es kann ein Zusammengeben, oder ob Sie sagen: Die Ökonomie muss sich im Krankenhaus grundsätzlich ändern, sonst kommen wir nicht weiter.

Giovanni Maio

Grundsätzlich und ursprünglich ist die Ökonomie ein ethisches Fach. Wir haben heute eine Engführung des ökonomischen Denkens auf das reine Effizienz kalkül, was der Ökonomie im eigentlichen Sinne – Bewirtschaftung des Hauses zum Wohle des Menschen – nicht gerecht wird.

Und die Ethik ist eine Disziplin der Reflexion, der Reflexion auf die Grundlagen unserer Urteilsbildung. Insofern ist der Anspruch der Ethik nicht, hier eine Handreichung zu geben, sondern die Dinge so zu beleuchten, dass sie in ihrer tiefen Dimension auch in ihren Spannungsfeldern erkannt werden.

Frank Erbguth

Frank Erpguth, Neurologe aus Nürnberg. Zur Methodik des halb leeren Glases: Der Gegenstand, den Sie abfragen, ist nicht unkontaminiert von einer politischen Bewertung, und er ist ein wichtiges Instrument zur Validierung der Frage, inwieweit die handlungsleitenden Motive von Ärzten durch Ökonomie korrumpiert sind; das ist jetzt wertend. Aber inwieweit ist denn das gefühlte Beeinflusstsein unabhängig von dem Kontext, in dem sich Ärzte wahrnehmen (wir hatten das Bild von den Marionetten) und antworten, im Sinne einer Self-fulfilling nicht Prophecy, aber Answer-Kultur?

Ich habe in der eigenen Abteilung das Problem, dass ich völlig erschrocken bin und dann mit den Mitarbeitern gesprochen habe und die sagen: Na ja, das wird doch überall diskutiert, dass wir nach ökonomischen Prinzipien handeln. Dann habe ich gesagt: Wo war das bitte konkret? Dann wusste es keiner. Das ist letztlich eine methodische Frage.

Christiane Woopen

Ich bin etwas unglücklich über die Bestimmung des Verhältnisses zwischen Ethik und Ökonomie. Ich war im Laufe Ihres Vortrags, Herr Maio, erleichtert, als Sie zwischen Wirtschaftlichkeit und Erlösorientierung unterschieden haben und eben gesagt haben: Wirtschaftlichkeit gehört zur genuin ethischen Verantwortung des ärztlichen Handelns, auch des pflegerischen wahrscheinlich, denn immerhin werden da – das

dürfen wir nicht vergessen – solidarisch aufgebraute Gelder ausgegeben. Dann aber verschwamm ja das im Laufe des weiteren Vortrags zumindest in meiner Wahrnehmung. Deshalb möchte ich diese Frage gerne noch einmal stellen dahin, dass plötzlich fast jede Form von Erlösorientierung, Prozessoptimierung oder Rentabilitätsbewertung ein Kontrapunkt zu jeder Form von ethischer Orientierung sei, und das ist mir definitiv zu scharf.

Wenn Ökonomie ein Fach der Ethik ist – okay, das kann man beleuchten, das war bei Aristoteles so. Jedenfalls liegt mir daran, zu sagen, dass auch die Ethik eine Disziplin ist, die dazu da ist, notwendige Unterscheidungen sauber zu treffen und die normativen Funktionen, die etwas hat, sauber herauszuarbeiten.

Dabei ist mir eine zweite Unterscheidung sehr wichtig, die bei der psychosozialen Rationierung noch nicht genau genug auseinandergelassen wurde. Das eine ist die Zeit, die man hat, um sich mit einem Patienten zu befassen, und das andere ist die Empathie, das Einfühlungsvermögen, die Zuwendung zum Patienten. Das hängt nicht notwendigerweise miteinander zusammen. Ein Arzt kann sich dreißig Minuten mit einem Patienten unterhalten und der Patient fühlt sich nicht wahrgenommen. Ein Arzt kann sich fünf Minuten unterhalten und der Patient ist hochglücklich und fühlt sich sehr gut empathisch wahrgenommen und entsprechend begleitet.

Wollen wir Vergütungssysteme wirklich so ausrichten, dass wir Persönlichkeitsmerkmale bewerten und vergüten? Das halte ich für einen gefährlichen Weg. Ich halte es für den richtigen Weg, patientenorientierte und patientenberichtete Outcome-Parameter zu nehmen, die aber an bestimmten Strukturen oder Prozessen ansetzen.

Giovanni Maio

Das ist ein Missverständnis meiner Thesen, denn mit Zeit meine ich nicht, dass wir sagen: Jetzt müssen alle viel mehr Zeit haben, sondern damit meine ich: Wir müssen wegkommen von dem durchgetakteten System, damit die Heilberufe selbst bestimmen können, wo wir Zeit brauchen, um der Individualität des Patienten gerecht zu werden. Die Heilberufe leiden darunter, dass sie nicht mehr selbst entscheiden können: Hier muss ich mehr Zeit haben, dort geht es schneller, sondern das Eingeengtsein ist das Problem. Sie können, ohne dass sie diese Entscheidung frei wählen können, keine Atmosphäre schaffen, in der der Patient das Gefühl hat, als Mensch anerkannt zu werden, der als Individuum und nicht nach einem Schema behandelt werden möchte.

Die Wirtschaftlichkeit habe ich von der Erlösorientierung im Sinne des Profitdenkens differenziert, weil das unterschiedliche Konzeptionen sind. Wenn ich sage, wir müssen den Heilberufen Raum geben, damit sie ihre Fürsorgeationalität zur Geltung bringen können, weil das etwas ist, was der Patient von den Heilberufen erwartet, bedeutet das nicht, dass ich jegliche Wirtschaftlichkeitsaspekte für unerheblich erachte. Ich meine nur, dass der Patient selbst nicht zur Steigerung der Erlöse benutzt werden möchte. Das ist ein legitimes Interesse der Patienten, dass sie nicht für eine Erlösorientierung benutzt werden wollen. Deshalb habe ich dieses Diktat der Maximierung der Erlöse kritisiert, weil das eine Benutzung des Patienten darstellt.

Deswegen müssen wir eher dahin, zu fragen: Wie kann der Mensch mit seinen Erwartungen an die Medizin in den Mittelpunkt gestellt werden? Er erwartet vom Arzt, dass er nicht verschwendet; kein vernünftiger Mensch würde das erwarten. Aber er erwartet zugleich von ihm,

dass er nur das ihm Zutragliche empfiehlt, und das kann er in aller Freiheit nur dann, wenn der Arzt diese Entscheidung auch strukturell frei fällen kann und nicht durch äußere Rahmenbedingungen so geknebelt ist, dass er eine so freie Entscheidung nicht mehr vor dem Krankenhaus verantworten kann. Deshalb kritisiere ich das Rentabilitätskalkül in der Medizin.

Michael Wunder

Danke, das war eine Richtigstellung Ihrer Begriffsverwendung. Wir geben damit einen ganzen Komplex – die Unterscheidung von Erlösorientierung und Wirtschaftlichkeit – an das Schlusspodium, denn das ist eine Hintergrundfrage, die für unsere Zukunftsfragen sehr wichtig ist.

Vielen Dank, Herr Maio. Wir haben etwas überzogen; Sie müssen gehen, so war es vereinbart.

Nikola Biller-Andorno

Ich reagiere gerne noch auf die methodische Nachfrage: Können Ärzte gemäß den ethischen Standards arbeiten, die sie für wichtig erachten? Sehr wichtig ist der Hinweis auf die Grenzen. In welchem Kontext werden Ärzte gefragt? Das ist eine relevante Frage. Haben wir vielleicht in der Studie einen Bias? Wir haben einen Rücklauf von 47 Prozent – möglicherweise. Ist das kontextabhängig? Absolut. Wir werden eine überarbeitete Studie übrigens auch in Deutschland und in den USA durchführen und hoffen auf diese Weise die Rolle des Kontextes noch besser zu verstehen. Und muss so etwas ergänzt werden durch Qualitatives, durch Nachfragen, wie Sie es getan haben? Das haben wir auch vor, indem wir Ärzte in der Schweiz zu Bonuszahlungen in qualitativer Hinsicht befragen. Da kann man verstehen, wie dieses halb volle, halb leere Glas zu interpretieren ist.

Man muss diese Ergebnisse durchaus im Kontext sehen mit den anderen Fragen, die wir gestellt haben, konkret: Nehmen Sie bestimmte Formen von Über- und Unterversorgung, von Rosinenpickerei wahr? Diese Frage stand nicht isoliert im Raume.

Als Schlusskommentar: Es ist wichtig, die Wahrnehmung von Ärzten abzuholen. Das ist aber nur ein Ansatz, den man wählen muss. Die wichtigsten Fragen von Governance im Bereich Management sind: Wie setze ich bestimmte Anreize, bestimmte Vergütungssysteme durch? Schaffe ich eine Kultur von einem Top-down-Management, wo die Leute nur bewertet werden und sich anhand bestimmter Parameter zu bewähren haben? Oder möchte ich auch hören, was die Leute über diese Parameter denken? Dann diese Bewegung im Augenblick, die darauf zielt, patientenrelevante Parameter zu entwickeln, Outcome-Parameter, die nicht allein prozess- und strukturorientiert sind, sondern auch Outcome-orientiert, aber aus Sicht der Patienten: Was ist einem Patienten wirklich wichtig als Ergebnis? Sicher nicht, dass er nur lang mit dem Arzt zu tun hatte, sondern dass auf seine genuinen Bedürfnisse wirklich eingegangen wurde. In dem Bereich haben wir ein großes Entwicklungspotenzial, um die Patientenperspektive noch systematischer und besser ausgearbeitet einbringen zu können.

Michael Wunder

Sie haben zum Schluss eine Frage, die sich mir gestellt hätte, im Nebensatz beantwortet, denn Sie haben auf Ihrer Schlussfolie geschrieben: Wir brauchen Anreizsysteme; „andere“ habe ich ergänzt, andere Anreizsysteme als bisher, und Ihr Plädoyer geht dahin, die psychosozialen Faktoren und die Faktoren der Patientenzufriedenheit als Outcome-Faktoren in dieses Anreiz-

system hineinzunehmen oder, zugespitzter formuliert, dafür Anreize zu schaffen. Das ist fast ein Gegengewicht, obwohl es auch ein ökonomisch durchstrukturierter Gedanke sein kann, zu den bisherigen Anreizen. Habe ich das so richtig verstanden und wäre das auch Ihr Änderungsvorschlag, womit wir gleichzeitig einen Link zum nächsten Podium hätten?

Nikola Biller-Andorno

Fast. Ich plädiere für bessere Anreizsysteme. Das heißt zum einen, dass sie besser an die Ziele gekoppelt sind, die die Gesundheitseinrichtungen oder das gesamte Gesundheitswesen verfolgen. Und ich plädiere für Anreizsysteme, die so aufgebaut sind, dass sie als lernende Systeme fungieren können. Anreizsysteme sind immer Baustellen. Es gibt kein perfektes System. Jedes System führt dazu, dass es gewisse Verzerrungen und Perversitäten in Führungszeichen gibt. Wir müssen diese verstehen, die Ursachen angehen können und die Systeme feinadjustieren können. Das ist die Herausforderung.

Michael Wunder

Herzlichen Dank. Nach einer Pause gibt es hier das Schlusspodium mit Ihren Fragen, die Sie auf die Zettel geschrieben haben. Bitte geben Sie sie ab, dann können wir sie sortieren und zu einer guten Schlussdiskussion kommen. Vielen Dank.

**III. Das „gesunde“ Krankenhaus:
Zusammenspiel von Ethik und
Ökonomie**

Podiumsdiskussion

**Lutz Stroppe · Staatssekretär im
Bundesministerium für Gesundheit**

**Andrea Lemke · Evangelisches
Waldkrankenhaus Spandau**

Klaus Lieb · Universitätsmedizin Mainz

**Georg Marckmann · Ludwig-Maximilians-
Universität München**

**Elisabeth Steinhagen-Thiessen · Mitglied des
Deutschen Ethikrates**

**Rüdiger Strehl · Klinikmanager im
Ruhestand**

**Moderation: Eckhard Nagel · Mitglied des
Deutschen Ethikrates**

Nach der Diskussion um das Krankenhaus als mit einem Fragezeichen versehenes Krankenhaus kommen wir jetzt zur Diskussion über das gesunde Krankenhaus. Der Deutsche Ethikrat hat mit großer Zielgenauigkeit das Hygienemuseum gewählt, um diese Debatte zu führen. Wenn Sie im Treppenaufgang auf der einen oder anderen Seite hochgegangen sind, haben Sie das Spannungsverhältnis zwischen Ökonomie und Ethik im Kontext der Gesundheit schon an den Fenstern lesen können, wenn es da heißt: „Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen“ oder „Kein Reichtum gleicht dir, o Gesundheit“. Da sind die Zusammenhänge schon erkannt. Johann Wolfgang von Goethe hat auf diesem Fenster nachvollziehbar beschrieben, dass es letztendlich nicht um das Gesundsein geht, sondern um den Kontext des Gesundwerdens, also des Krankenhauses, mit seinem schönen Spruch: Was ist das höchste Gut auf Erden: gesund sein? Nein, ge-

sund werden. In diesem Kontext wollen wir jetzt auf das gesunde Krankenhaus schauen unter dem Kontext des Zusammenspiels von Ethik und Ökonomie.

Mit mir auf dem Podium sitzen Herr Lutz Stroppe, Staatssekretär des Bundesministeriums für Gesundheit; die Politik ist heute schon verschiedentlich angesprochen worden. Insofern sind wir dankbar, dass Sie sich die Zeit genommen haben, zu uns zu kommen.

Andrea Lemke zu meiner Rechten ist Pflegedirektorin. Das Thema Pflege, der Pflegeberuf, die Veränderungen der Pflege im Kontext der Veränderung der Zielkriterien und der Anreizsysteme sind angesprochen worden. Sie ist als Pflegedirektorin im Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau tätig.

Frau Professorin Elisabeth Steinhagen-Thiessen sitzt auf dem Podium als Mitglied des Deutschen Ethikrates, aber auch als jemand, der über eine lange Geschichte der Krankenhausdirektorin oder der leitenden Chefärztin verfügt, und zwar in einem Bereich, wo sich Pflege, medizinischer Fortschritt und Versorgung des Patienten eng miteinander entwickelt haben, nämlich im Bereich der Geriatrie an der Charité in Berlin.

Zu meiner Rechten ist Professor Georg Marckmann als derjenige, der als Professor für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München den Studierenden nicht nur beibringen soll, sondern sie auch fragen soll im Kontext des Generationszyklus, was ihre Werteorientierungen sind. Diese haben wir heute in der Veränderung schon verschiedentlich angesprochen.

Herr Rüdiger Strehl ist jemand, der wahrscheinlich wie kaum ein anderer hier im Saal die Veränderungen des Krankenhauses von einer – so

die These – vermeintlich sozialen Einrichtung hin zu einem Wirtschaftsbetrieb in den zurückliegenden Jahrzehnten in Deutschland besonders mitverfolgt und mitbestimmt hat, und insofern auch jemand, der uns bestens Auskunft geben kann über die Frage, wie wir zu einem gesunden Krankenhaus kommen.

Das gilt auch für Herrn Professor Klaus Lieb, der aus Sicht des Klinikers, als Leiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Universitätsklinikum in Mainz diese Veränderungskontexte für eine spezifische Patientengruppe und einen bestimmten Bereich in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mitverfolgt.

Die Vorstellung dieser Diskussionsrunde ist auf der einen Seite, dass wir zunächst die Anregungen, Thesen und Fragestellungen, die im Laufe der beiden vorherigen Sitzungen aufgeworfen wurden, hier besprechen wollen und dass sich dann unsere Anwälte des Publikums – hier vorne sitzen sie – einschalten werden, die Ihre Fragen aufgearbeitet haben und noch aufarbeiten werden.

Ich möchte gern mit der ersten Frage an Frau Professorin Steinhagen-Thiessen beginnen: Ich habe darauf hingewiesen, dass Sie das Krankenhaus in den letzten Jahren in verschiedensten Konstellationen erlebt, Institutionen aufgebaut und Veränderungen initiiert haben. Wenn Sie heute gehört haben, dass die Ärztinnen und Ärzte, also die Insider, eine besondere Verantwortung haben im Kontext des Spiegels Ethik und Ökonomie, wo würden Sie die Möglichkeit der Einflussnahme dieser Insider als besonders relevant sehen, dazu beizutragen, dass es in dieser Entwicklung eine gesunde Perspektive gibt?

Elisabeth Steinhagen-Thiessen

Wir haben heute Morgen schon ein sehr gutes Beispiel aus Niedersachsen gehört, wie man ein

abgestuftes Versorgungssystem in die Fläche bringen kann, damit möglichst viele Patienten, die es nötig haben, versorgt werden. Da ist klar geworden: Natürlich brauchen wir das Krankenhaus, wir brauchen die Maximalversorgung, wir brauchen kleine Einrichtungen, wir brauchen jede Menge komplementäre Einrichtungen. Wir haben das alles, aber wir müssen miteinander arbeiten und funktionieren, das muss ineinandergehen und darf nicht mit Zeitverlusten oder irgendwelchen anderen Verlusten einhergehen, die sich negativ auf den Patienten auswirken. Das ist ein wichtiger Ansatz. Wir haben viel in Deutschland, von der Universitätsklinik bis zum betreuten Wohnen, zur Sozialstation usw. Wenn es uns gelingt, hier eine bessere Vernetzung zu machen, sodass der Patient gar nicht merkt, ob da etwas von der Krankenkasse, von der Pflegeversicherung oder was weiß ich bezahlt wird – so muss es meines Erachtens sein, und so kann man es auch machen, denn wir werden nicht die Betonmauern zwischen ambulanter und stationärer Medizin einreißen können, was ich am liebsten tun würde. Aber das ist nicht so einfach.

Eckard Nagel

Die Frage, sehr geehrter Herr Staatssekretär, dürfen wir an Sie weitergeben, denn die Betonmauer der Sektionen ambulant und stationär wurde verschiedentlich angesprochen als eines der Probleme, warum die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in Deutschland nach wie vor zu wünschen übrig lässt.

Damit ist die Frage verbunden, inwieweit die Finanzierungssituation, die duale Finanzierung, eigentlich noch eine Zukunft hat. Hier wurde festgehalten, dass eine monistische Finanzierung – also die Verantwortung in den Bereich der Krankenkassen bzw. auch der Krankenhäuser zu delegieren – der Weg sein müsse, um den Inves-

titionsstau und andere Probleme zu überkommen und die Schere zu schließen, die sich auftut zwischen der Refinanzierung über DRGs heute und den Anforderungen (Preissteigerung, Entwicklung im Bereich der Arbeitnehmerkosten), weil sich die Krankenhäuser im Hinblick auf finanzielle Probleme sonst immer stärker auf den Patienten fokussieren müssten. Also die Frage an die Politik – nicht dass Sie uns jetzt eine Antwort geben könnten, wie Betonmauern leicht einzureißen sind, aber welche Strategie der jetzigen Bundesregierung in diesem Kontext besteht.

Lutz Stroppe

Mit diesen Fragen haben Sie den Bogen über das gesamte Feld gespannt: von der sektorübergreifenden Versorgung über die Frage Trennung ambulant – stationär bis hin zur Frage der dualen Finanzierung, mit Integration von DRGs, vielleicht noch mit der Quersubventionierung. Da sind wir in sehr vielen Bereichen, und daher lassen Sie mich nur einige Anmerkungen machen.

Ich halte es für richtig, dass wir uns stärker der Frage der sektorübergreifenden Versorgung stellen. Es gibt Ansätze dafür, auch im SGB V, aber die sind kaum genutzt worden, weil sie wenig praktikabel und umsetzbar sind. Deswegen werden wir uns im Zuge des Versorgungsstärkungsgesetzes dieser Frage widmen und versuchen, einen Schritt voranzukommen. Denn es ist vollkommen richtig, was Sie gesagt haben: Der Patient oder der zu Pflegenden darf nicht spüren, ob das jetzt eine Abrechnung ist, die über die GKV [Gesetzliche Krankenversicherung] läuft oder über die Pflegeversicherung, sondern er muss die Versorgung bekommen, die er benötigt, und das auf einem guten qualitativen Niveau. Man muss natürlich diskutieren, wie man das im Einzelfall ausgestalten kann [Zwischenruf, unverständlich] – Kernphysik ist es nicht, nein, wahrlich nicht.

Die andere Frage, die Sie stellen, halte ich für noch komplizierter: Das ist die Frage Trennung von ambulanter und stationärer Betreuung. Denn wenn wir die Trennung aufrechterhalten, so wie sie über viele Jahre gewachsen ist, werden wir unterschiedliche Probleme nicht lösen können. Wir werden weder die Probleme der Finanzierung im Krankenhaus lösen können, noch werden wir demografische Probleme im ländlichen Raum lösen oder andere Fragen damit vernünftig angehen können.

Deswegen: All das, was wir im Krankenhausbereich diskutieren auf der einen Seite über die Schließung von Krankenhäusern – wenn Sie Niedersachsen gesagt haben, die große Zahl in Niedersachsen von Krankenhäusern mit unter 100 oder unter 150 Betten und alle Probleme, die sich daran anschließen – wenn ein solches Krankenhaus in einer Region ist, in der gleichzeitig ein Facharztmangel existiert und das Krankenhaus noch der einzige Anlaufpunkt dafür ist, dann müssen wir auch fragen: Können wir dieses Krankenhaus schließen oder ist das für den Versorgungsauftrag notwendig, auch im ambulanten Bereich? Und wie kann es dann dafür genutzt werden? Da stehen wir mit einem Mal vor ganz anderen Fragestellungen, und das müssen wir mitdiskutieren.

Ich lebe seit über zwanzig Jahren in Berlin. Wenn Sie am Wochenende in Berlin krank sind und meinen, Sie müssen zum Arzt gehen, und Sie setzen sich in ein modernes Auto und machen Ihr Navigationsgerät an, dann sehen Sie rechts und links die Krankenhäuser aufblitzen. Am Wochenende gibt es aber in der ambulanten Versorgung von der KV nur wenige Stellen, und wenn Sie dort hingehen, warten Sie Stunden über Stunden. Deswegen läuft alles in die Krankenhäuser und in die Notfallaufnahme. Dafür

müssen wir Lösungen finden. Ich kann den Patienten ja nicht vorschreiben: Du musst aber, weil das jetzt ambulant ist, zur KV-Stelle und kannst nicht ins Krankenhaus gehen. Also müssen wir für diese Notfallaufnahmen und für die Versorgung entsprechende Angebote finden und versuchen, das auch finanziell so zu untermauern, dass es handhabbar wird.

Sie haben alle diese Fragen angesprochen; wir werden – ich habe gerade so Spaßhaft gesagt, falls ich als Staatssekretär einmal in die Rolle käme, für 2.000 Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland die Krankenhausplanung zu übernehmen, dann würde ich mir das genau überlegen. Duale Finanzierung hat auch etwas mit der Aufgabe der Länder zu tun, Krankenhausplanung zu übernehmen. Gleichzeitig sage ich, und das sagen wir auch in der Arbeitsgruppe Bund-Länder: Es kann nicht sein, dass aus den Finanzen der GKV, die über DRGs und andere Wege der Versorgungssicherstellung in die Krankenhäuser fließen, eine Quersubventionierung stattfindet für die Investitionsausgaben und dadurch dann das, was am Bett geschieht, in der Pflege reduziert wird. Dann ist die Konsequenz auch klar: Der Chefarzt wird nicht abgeschafft werden, die Ärzte werden nicht abgeschafft werden, weil ich die für eine gute Versorgung benötige. Also werde ich sehen, wie ich zum Beispiel in der Nacht im Pflegebereich etwas tun kann, um dort die Kosten entsprechend zu senken. Dann werden Stationen zusammengefasst, das Pflegepersonal wird reduziert, und dann sind wir genau bei der Frage Ethik und Ökonomie. Man muss es zusammen denken, aber dann muss ich auch die Quersubventionierung stoppen.

Wir haben in den letzten Jahren zusätzlich für Personal 1,3 Milliarden in den Krankenhausbereich gesteckt. Aber wenn wir ehrlich sind, wis-

sen wir jetzt, zwei Jahre nach Ende des Programms, nicht, ob diese Stellen überhaupt noch existieren oder ob die schon wieder abgeschafft sind. Deswegen: Wenn wir jetzt ein neues Programm machen, werden wir uns genau überlegen, wie wir es so gestalten können, dass die Pflege bleibt und das Geld hinterher nicht für andere Dinge benutzt wird.

Eckard Nagel

Diese Fragen sind heute in verschiedenster Art und Weise in den Vorträgen angeklungen, und wir sind dankbar, dass Sie dazu Stellung nehmen. Wir werden in der weiteren Diskussion noch vertiefter auf den ein oder anderen Bereich eingehen.

Frau Lemke, Frau Friedrichs hat heute Morgen als Darstellung ihres eigenen Werdegangs den einer Krankenschwester reflektiert von der Zeit, wo man den Zellstoff noch selbst geschnitten und die Matratzen auf dem Balkon gewaschen hat, bis hin zu einer modernen onkologischen Versorgung, so wie wir das heute in der jeweiligen Fachentwicklung kennen. Ist diese Fachspezialisierung, die angeklungen ist, etwas, was sich im Kontext auch mit ethischen und ökonomischen Herausforderungen positiv entwickelt? Oder würden Sie sagen, dass eine immer weitere Differenzierung und eine Beschränkung des jeweiligen Aufgabenfeldes für den Bereich der Pflege zu einer Verminderung der Beziehung zum Patienten führt und damit direkt in dieses Spannungsfeld, das heute angesprochen worden ist, hineinwirkt?

Andrea Lemke

Es ist beides. Der ökonomischen Ausrichtung folgt die weitere Differenzierung im Aufgabenprofil, das heißt, auch im Qualifikationsprofil der Pflege in den Kliniken. Wozu führt das? Unser initiales Ziel war natürlich nicht, die Pflege zu

entlassen; das wird gern als Argumentation vorgeschoben. Ziel war es, aus höheren Lohngruppen in eine Lohnspreizung nach unten zu gehen.

Was sehen wir im pflegerischen Alltag? Natürlich können Sie es fragmentieren – denken Sie an Taylor – und die Prozesse aufspalten, bis jeder nur noch einen kleinen Part übernimmt. Das bedeutet aber genau das, was Sie gesagt haben. An der Stelle, wo ich nicht mehr mit den Patienten ins Gespräch komme darüber, was er morgen essen möchte, wofür ich mich im Zweifel als Pflegekraft auch nicht entscheide, weil gleichzeitig der OP anruft und meine Handlungspriorität dann woanders liegt, bedeutet das, dass ich weniger Gelegenheit habe, das Beziehungsgeschehen auszuüben, was in der Pflege ja essenzieller Bestandteil der täglichen Arbeit ist. Es hat also beides. Es folgt einer bestimmten ökonomischen Logik und einer Ressourcenschonung, der wir uns ja nicht verschließen können und auch nicht wollen, aber man muss an der Stelle schauen, wo diese Ausdifferenzierung ihre Grenzen findet.

Eckard Nagel

Aber hat es einen direkten Einfluss auch auf die Frage, wie attraktiv der Beruf in den letzten Jahren geworden ist? Denn das klang an: dass die Attraktivität des Berufs eine wesentliche Grundvoraussetzung ist, um auch in Zukunft genügend Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu haben, die in diesem Bereich arbeiten.

Andrea Lemke

Ich habe den Vortrag von Frau Friedrichs heute Morgen leider nicht gehört, aber die Attraktivität des Berufs ist nach wie vor nicht so schlecht. Wir malen das manchmal schwärzer, als es ist. Wenn ich mir die Bewerbungszahlen bei uns in der Krankenpflegeschule anschau, so sind die zurückgegangen, aber in allen Bereichen. Dennoch müssen wir schauen, wie wir junge Men-

schen für einen aus meiner Sicht nach wie vor hochattraktiven Beruf gewinnen, der ein breites Spektrum an Entwicklungsmöglichkeiten bietet, trotz aller vernünftigen Kritik daran.

Die wesentliche Situation für die Kliniken ist die bessere Ausgestaltung der personellen Besetzung. Das ist das, was die Menschen am meisten umtreibt, wenn Sie Mitarbeiterbefragungen machen, wenn Sie junge oder ältere Mitarbeiter befragen, die länger oder noch nicht so lange in der Pflege sind: Sie gehen nicht in die Pflege, weil sie glauben, reich zu werden, das ist klar, sondern sie gehen in die Pflege, weil sie glauben, in einem Beziehungsgeschehen oder einem sozialen Beruf helfend, unterstützend und beratend tätig werden zu können. Wenn sie das nicht mehr können – und das können sie zum Teil nicht mehr in den Kliniken –, verliert dieser Beruf an Attraktivität.

Eckard Nagel

Herr Professor Lieb, auch für Ärztinnen und Ärzte gilt, dass die Veränderung des Anforderungsprofils zu einer Veränderung der inhaltlichen Orientierung für die Ärzteschaft führt. Das klang heute in den Vormittagsvorträgen schon an, und gerade in der Diskussion über die ethischen Anforderungsprofile kam die Wertorientierung ärztlichen Handelns, das ärztliche Ethos zum Tragen. Wie stark ist dieses aus Ihrer klinischen Sicht verändert durch die ökonomischen Anforderungen, die heute angeklungen sind? Ist es etwas, was wie eine Spirale nach oben läuft, oder gibt es Anknüpfungspunkte, an denen man sich und auch die junge Generation festhalten kann?

Klaus Lieb

Von Herrn Maio und Frau Biller-Andorno haben wir heute gehört, dass sich die Orientierung der Ärzte verändert hat. Wir kämpfen in verschiede-

nen Initiativen dafür, einen Kulturwandel einzuleiten, und für diesen Kulturwandel hat sich der Begriff Interessenkonflikt wirksam gemacht. Ich möchte kurz sagen, was ich damit meine.

Wir gehen davon aus, dass es ein primäres Interesse gibt, das Beste für den Patienten zu tun; das steht schon im hippokratischen Eid. Wir haben auch gehört, dass die ethische Grundorientierung zwischen Ärzten sicher unterschiedlich ist. Aber für den Patienten das Beste zu tun ist sicher das Primärinteresse. Dann gibt es eine Vielzahl von Sekundärinteressen; das können ökonomische Interessen sein, Interessen, bestimmte Therapieverfahren in den Vordergrund zu rücken, Pharmaindustriekontakte, Überzeugungen oder ideologische Vorstellungen. Es hat sich bewährt, diesen Interessenkonflikt einzuführen: Diese Sekundärinteressen sind erst einmal nicht schlecht, bedingen aber eine Risikokonstellation, nämlich dass das Primärinteresse dadurch beeinflusst wird oder werden kann. Es besteht also ein Risiko.

Wir haben in den Diskussionen gerade im Kontext Pharmaindustrie und Einflüsse auf das ärztliche Handeln gesehen, dass diese Definitionen, indem wir das aus einer Schmutzdecke holen – nicht: Das sind irgendwie Sekundärinteressen, die sind ganz schrecklich, sondern: Die sind primär nicht problematisch, aber sie erhöhen das Risiko, dass das primäre Handeln des Arztes unangemessen beeinflusst wird. Diese Diskussion hat dazu geführt, dass man sich auf allen Ebenen, Bundesärztekammer usw., viel kritischer mit dem Thema auseinandersetzt. Es gibt jetzt einen Vorstoß gegen den Korruptionsstrafatbestand, der nur einen kleinen Teil davon regeln wird, aber wir haben viele Sekundärinteressen, die das Primärinteresse beeinflussen, und wir sind dabei, einen Kulturwandel einzuleiten.

Eckard Nagel

Herr Marckmann, das Thema Überformung der ärztlichen Berufsethik – das, was Professor Lieber gerade angesprochen hat – war heute Morgen Thema in der Darstellung der Situation, wie es sich im Krankenhaus durch das Spannungsfeld ökonomische Orientierung, Wirtschaftlichkeit und Ethik entwickelt hat. Wo holt man die jungen Studierenden ab? Gibt es bei ihnen noch einen einheitlichen Wertekanon, der sich dann wandelt, sobald sie in die klinische Ausbildung gehen? Oder aber ist ein heterogener Wertekanon nicht ohnehin schon Charakteristikum der jungen, nachwachsenden Medizinergeneration, sodass es noch wichtiger wird, vielleicht im Krankenhaus Orientierung zu geben?

Georg Marckmann

Zunächst muss man sich fragen, ob es eine Überformung des ärztlichen Ethos ist. Auch in der Ethik gibt es das Gebot, verantwortungsvoll mit begrenzten Ressourcen umzugehen (nicht mit finanziellen Ressourcen, sondern generell), sodass es ethisch geboten ist, die Gesundheitsversorgung effizient zu betreiben.

Ich glaube aber, dass dieser Wert sehr dominiert und andere Werte hinunterzufallen drohen. Da ist jetzt Ihre Frage: Gibt es so etwas wie einen einheitlichen und verbindlichen Wertekanon? Es gibt klar definierte ethische Verpflichtungen, die wir gegenüber den Patienten haben: nämlich das Wohlergehen des Patienten bestmöglich zu fördern, ihm nach Möglichkeit nicht zu schaden, seine Autonomie zu respektieren, aber auch Verpflichtungen, die über den einzelnen Patienten hinausgehen; das wären Gerechtigkeitsverpflichtungen. Das sind relativ allgemeine ethische Orientierungen, die auch unter den Studierenden nicht wesentlich kontrovers sind.

Die Herausforderung besteht darin, diese Orientierungen für den Krankenhausbetrieb zu konkretisieren, also die Wertebasis explizit zu definieren. Das passiert häufig in Form von Leitbildern. Nur: Diese Leitbilder werden schön nach außen getragen, aber wer kümmert sich darum, ob diese Werte auch tatsächlich die Praxis leiten und wirklich gelebt werden? Das wäre meine These, um nach vorn zu schauen: Wir müssen sicherstellen, dass diese Grundwerte wie Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung (ein respektvoller Umgang mit den Mitarbeitern hat viel mit Führungsqualität auch zu tun), der Umgang mit Angehörigen und der Umgang mit begrenzten Ressourcen ein integraler Bestandteil des Krankenhausmanagements werden. Diese Werte fallen hinten runter in dem normalen operativen Controlling, das wird nicht erfasst.

Jetzt kann man fragen, wie das erfassen werden soll; das sind weiche Faktoren. Da möchte ich aufgreifen, was Frau Biller-Andorno angedeutet hat: Wenn es weiche Faktoren sind, die viel damit zu tun haben, wie wir Menschen miteinander umgehen, muss man den Menschen selbst fragen, wie diese weichen Faktoren realisiert sind. Ich glaube, dass es keine Alternative gibt, als das über Mitarbeiterbefragungen herauszubekommen. Das ist wichtig. Es gibt viele Mitarbeiterbefragungen, die so Wohlfühlbefragungen sind, also wie fühlen Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz usw. Darum geht es nicht. Es geht darum, von den Mitarbeitern zu erfragen, wie diese zentralen Werte für die Gesundheitsversorgung im operativen Geschäft umgesetzt werden. Da reicht nicht eine Befragung, sondern man braucht eine Befragung, man hat einen Befund, muss den transparent machen, das Management muss darauf reagieren und dann muss man eine erneute Befragung machen, um zu schauen, ob sich tatsächlich etwas verändert hat. Die Ethik wird dann nicht

der Ökonomie entgegengestellt, sondern wird ein integraler Bestandteil der letztendlich auch ökonomischen Ausrichtung des Klinikums.

Die spannende Frage ist: Was hat das für Auswirkungen? Wird so ein Klinikum weniger oder mehr wettbewerbsfähig sein? Es gibt meines Wissens dazu keine empirischen Studien, aber es gibt empirische Studien aus dem nichtmedizinischen Bereich. Dort hat man geschaut, ob eine ethikorientierte Führung – also eine Führung, die sich an klar definierten ethischen Werten orientiert – die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit von Unternehmen fördert. Das Interessante ist: Das tut sie. Das kann man sich auch gut vorstellen, weil die intrinsische Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gefördert wird. Die werden mit ihrer intrinsischen Motivation aufgenommen; das hat einen Wert im Unternehmen, und motivierte Mitarbeiter, die wissen, dass das Unternehmen hinter den Werten steht, die die Mitarbeiter vertreten, sind auch leistungswilliger und leistungsfähiger. Eine gute Führungsqualität hat viel mit der Leistungsfähigkeit und möglicherweise wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zu tun. Ob das im Gesundheitswesen so ist, müsste man ausprobieren. Wenn es sich nicht rechnet, mehr Ethik zu praktizieren, müsste man regulieren. Das wäre die Alternative.

Eckard Nagel

Herr Strehl, ich nehme an, dass Sie im Universitätsklinikum Tübingen, das Sie ja lange geleitet haben, die Leitbilddiskussion mitgemacht und vielleicht sogar ein Leitbild initiiert haben. War das getragen von dieser Werteorientierung und ist das, was Herr Marckmann gerade vorgeschlagen hat, etwas, was im Verband der Universitätsklinik in Deutschland Gegenstand der Diskussion ist und zum Umgang zwischen den ökonomischen Rahmenbedingungen und der Entwick-

lung der Universitätsklinik herangezogen wird? Oder konzentriert man sich auf andere Zielsetzungen im Umgang mit den ökonomischen Herausforderungen?

Rüdiger Strehl

Nein, ich persönlich habe mich nicht damit beschäftigt. Ich habe das vor zwanzig Jahren in Amerika kennengelernt. Wenn man nach Baltimore, Massachusetts oder San Francisco kam, sah man diese Leitbilder. Aber in den Gesprächen mit Mitarbeitern hat man oft mitbekommen, dass die eigentlichen Probleme dadurch wenig tangiert wurden.

Wir sollten uns schon die Frage stellen, die wir ja heute hier zum Thema haben, Ökonomisierung als Phänomen, was nicht wegzudiskutieren ist, was zweifelsohne einen zunehmend beherrschenden Einfluss gewonnen hat. Wenn man sich damit genauer befasst, muss man meines Erachtens großen Wert darauf legen, zu analysieren, woran diese Ökonomisierung liegt und wie man differenziert. Heute Morgen kam da einiges an Belegen. Heute Nachmittag hatte ich Schwierigkeiten, das bei den beiden Kollegen von der Ethik wiederzuerkennen.

Nun bin ich der Auffassung, das kranke Krankenhaus wird seine Krankheit nur los, wenn man die Krankheit von der Genese her diagnostiziert hat. Die Genese führt zurück auf eine kranke Gesundheitspolitik. Ich glaube nicht, dass die Ökonomisierung im Krankenhaus verursacht wird, sondern dass sie durch die Gesundheitspolitik verursacht wird. Deshalb ist es ratsamer, dass man, bevor man die zweifellos vorhandenen unethischen Auswirkungen der Ökonomisierung diskutiert, die Frage stellt, was eigentlich die ökonomische Ursache der Ökonomisierung ist. Da ist meine These relativ frech: Es ist die Missachtung der Ökonomie, die Unökonomie, die die

Gesundheitspolitik in diese Branche hineingebracht hat.

Das möchte ich an drei Dingen festmachen, die nichts mit Wirtschaftlichkeit zu tun haben, sondern mit eklatanten Regelversetzungen gegen das ökonomische Prinzip. Das Erste ist die genannte Budgetierung mit der Maßgabe, dass Sie Faktorpreissteigerungen nicht über Ihren Abgabepreis weitergeben können. Das ist eine Verletzung einer ökonomischen Basisregelung, die es nirgendwo in der Industrie gibt, auch nicht, wenn Sie eine Würstchenbude betreiben. Wenn Ihre Würstchenbude eine höhere Standmiete erfordert, dann müssen Sie diese Kosten weitergeben oder Ihre Würstchenbude wirtschaftlicher betreiben.

Viele Krankenhäuser haben versucht, diesen unökonomischen Mechanismus, dass Faktorpreissteigerungen (Ärzte zum Teil um 80, 90 Prozent innerhalb von fünf Jahren durch den Marburger Bund) nicht mehr abwälzbar waren auf die Abgabepreise an die Kassen – die Gesundheitspolitik hat es sich immer einfach gemacht und gesagt: Wir regulieren die Kassenfinanzen, die Branche und versuchen, dort ein Gleichgewicht herzustellen. Aber wie es den Ärzten in der Praxis oder den Krankenhäusern vor Ort geht, interessiert sie nicht.

Das zweite Problem, wo ich eine eklatante ökonomische Regelverletzung sehe und insofern auch eine Ökonomisierung unschöner Art, ist im dualen Finanzierungssystem die Missachtung der Investitionsbedürfnisse. Die Länder haben ihre Beiträge für die Investitionsfinanzierung von 4,7 Milliarden auf um die 2,3 oder 2,4 Milliarden reduziert, und alle Bundespolitiker, mit denen man diskutiert – von Herrn Spahn bis hin zu den Linken –, zeigen immer auf die Länder, ändern aber nichts an den Zuständigkeiten. Sie lassen

die Krankenhäuser mit ihrer Investitionsfinanzierungslücke allein.

Das dritte Problem sind die unzweifelhaft vorhandenen Überkapazitäten im deutschen Krankenhauswesen. Diese Kosten dafür müssen wir in den Häusern oder die Ärzte in den Praxen erwirtschaften, weil das Leerkosten sind. Diese Leerkosten können Sie nur abbauen, indem Sie – ich habe in meinem Berufsleben zwei große Krankenhausfusionen gemacht: in Berlin, Virchow-Krankenhaus mit Klinikum Charlottenburg, und im Süden drei Kreiskliniken in Zollerndorf. Da müssen Sie anfangen und dann dauert es fünf bis acht Jahre, ehe Sie ernten können. Wenn Sie aber nicht säen in der Krankenhausplanungspolitik, können Sie auch nie ernten.

Diese drei Regelverletzungen des ökonomischen Prinzips, diese Unökonomie des Gesundheitswesens, ist die eigentliche Infektionsquelle, das Virus oder eben ein Bakterium. Wenn Sie daran nichts ändern, werden Sie auch nichts bewegen. Ich selbst war über dreißig Jahre in dieser Szene aktiv, ich habe ungefähr fünfzehn Gesundheitsreformen größerer und mittlerer Art erlebt, alle sind gescheitert. Alle haben ihre Ziele nicht erreicht. Ich frage mich, wie oft die Politik noch so eine Reform anfangen will, ohne sich die Frage zu stellen, warum sie nicht klappen.

Georg Marckmann

Es ist primär die Politik gefragt. Herr Strehl, ich bin ganz bei Ihnen, dass man nach Möglichkeit, um im medizinischen Bild zu bleiben, eine kausale Therapie machen sollte. Die Frage ist aber: Was machen Sie mit einem Patienten, wenn Sie merken, dass Sie die kausale Therapie nicht realisieren können? Das ist ja im Moment der Fall. Müssen Sie dann nicht wenigstens symptomatisch behandeln oder lassen Sie den Patienten,

also das Krankenhaus, in Schmerzen liegen? Das würde ich vermuten.

Mein Ansatz, das Wertemanagement zu fördern, ist etwas, was versucht, die Defizite kompensieren. Ich glaube, wir müssen auf beiden Ebenen ansetzen. Wir müssen die Systemfehler beheben. Das können wir allein aber nicht, weder Sie als Klinikmanager noch ich als Ethiker, noch jemand als Chefarzt, sondern das müssen wir an die Politik adressieren. Doch solange das nicht bewerkstelligt ist, können wir nicht zuschauen, wie sich die Zustände in den Kliniken immer weiter verschlechtern.

Rüdiger Strehl

Das ist richtig, Herr Marckmann und wir haben das nicht als Leitbild verkauft, sondern wir haben die Rolle des Arztes aus der *Pest* von Camus nach oben gehalten und gesagt, abends wird gestorben und morgens treten wir wieder an und kämpfen dagegen.

Aber ich sage, wenn Sie das Krankenhaus gesund machen wollen, müssen Sie an diesen drei Hebeln ansetzen. Mit allem anderen (zum Beispiel der Kostendruck wegen der Alterung der Gesellschaft, das hat Imtraud Gürkan vorhin gezeigt, gleiche Fälle, mehr Erträge) haben wir kein Wirtschaftsführungsproblem. Aber mit diesen drei Regelverletzungen der Basisökonomie – Betriebswirtschaftslehre erstes und zweites Semester – haben wir große Probleme.

Eckard Nagel

Herr Staatssekretär, die Frage geht in Ihre Richtung, in Richtung Politik: Regelverletzung, diagnostizierte Symptome und eine mögliche kausale Therapie, nämlich Ihr Krankenhausstärkungsgesetz, von dem Sie gesprochen haben, so zu konzipieren, dass solche erkennbaren Symptome tatsächlich geheilt werden. Liegt das in der Mög-

lichkeit der Politik? Oder ist der Verweis auf die Politik etwas, was zwar nachvollziehbar ist, aber am Ende doch nicht hilft, weil Politik – Herr Strehle hat's gesagt – nach fünfzehn verschiedenen Gesetzgebungsverfahren doch nicht in der Lage ist, etwas zu ändern? Gibt es eine gewisse Machtlosigkeit? Denn das ist ja etwas, was man in der Diskussion mittlerweile empfindet: Wir reden alle davon; sehenden Auges erkennt man die Symptome, aber getan wird scheinbar nichts. Kann man darauf hoffen, dass Veränderungen stattfinden?

Lutz Stroppe

Ich möchte erst einmal der Grundthese von Herrn Strehl widersprechen, dass der Zustand des einzelnen Krankenhauses die Politik überhaupt nicht interessiert und deswegen auch nicht die drei Kardinalfehler. Das ist falsch, denn wenn das so wäre, müssten wir nicht hier zusammensitzen und darüber sprechen, und dann gäbe es auch nicht immer wieder an den einzelnen Punkten die Diskussion.

Dann finde ich den Begriff der Politik interessant; die Politik muss das richten. Nehmen wir einmal ein Kreiskrankenhaus: Was ist da Politik? Da ist der Landrat, da sind die Leute, die Menschen, die dort wohnen, die in einem niedersächsischen Kreis – ich selbst komme aus Braunschweig, deswegen kann ich Niedersachsen in den Mund nehmen, ohne jemandem damit wehzutun. Wenn das irgendwo im Braunschweiger Land ist, sind da die Bürger, die sagen: Ich möchte aber dieses Krankenhaus behalten, ich möchte nicht (wie heute die Deutsche Krankenhausgesellschaft gesagt hat) in einer halben Stunde irgendwo sein, sondern ich möchte in fünf bis zehn Minuten in einem Krankenhaus sein. Dann ist da der Landrat oder sonst wer, der sagt: Ich erhalte das Krankenhaus. Was ist da

Politik, was ist da Zuständigkeit? Das wird sehr deutlich für eine bestimmte Art und Weise argumentiert.

Wenn ich dann weitergehe, kann ich auch die Frage stellen: Weitergabe von Tarifabschlüssen eins zu eins in das System hinein; da sind wir bei den Kosten, die weitergegeben werden. Das ist ein interessantes Modell, dass die Krankenhäuser Tarifvereinbarungen aushandeln und ein Dritter bezahlt das einfach so und überweist das Geld dafür. Dann habe ich plötzlich auch eine andere Voraussetzung dafür, dann in bestimmten Verhandlungen vorzugehen. Also wir sind da an einigen sehr komplizierten Stellschrauben, das gebe ich gerne zu, und darüber müssen wir nachdenken.

Ich möchte auch die andere Seite einmal sagen, Sie haben das ja für Baden-Württemberg erlebt und mitbekommen. Wir sind hier in Sachsen, da gilt das in ähnlicher Art und Weise. Sie haben gerade Berlin angesprochen. Wenn man sich ansieht, wie die Bettenentwicklung in Berlin, Sachsen und Baden-Württemberg in den letzten Jahren gewesen ist, dann haben wir es hier mit drei Ländern zu tun, die ihre Hausaufgaben gemacht haben, die genau geschaut haben, wir müssen Krankenhausplanung ernst nehmen, eine Reduzierung herstellen und damit auch eine Finanzierung. Es gibt andere Bundesländer, die das nicht so getan haben. Niedersachsen kann in der ein oder anderen Ecke noch überlegen, ob das System so, wie es ist, gut ist. Nordrhein-Westfalen ist sicherlich ähnlich.

Nun die Forderung zu stellen oder zu sagen: Politik, richte das bitte, gäbe es die Möglichkeit, dass der Bund sagt, wir nehmen irgendeinen Betrag X in die Hand und sagen, jetzt fangen wir an und schließen die Krankenhäuser und gestalten das um, weil ja Plätze gebraucht werden. Es ist

ja nicht so, dass nicht für andere Dinge auch Plätze benötigt werden. Nur dann kommen wir schnell in eine Schieflage hinein, was die einzelnen Länder angeht. Daher muss man das im Gesamtkonzept überlegen.

Aber eine Konsequenz aus der Situation wird es sein, dass wir im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die zurzeit tagt, überlegen, wie können wir einen Fonds gestalten, der zu einer Umwandlung und Weiterentwicklung von Krankenhäusern, die eine Überkapazität in einigen Bereichen bieten, in andere Einrichtungen führen kann? Dafür muss man Geld bereitstellen und der Bund muss gegebenenfalls, wenn die Verhandlungen es ergeben, oder die GKV dafür Geld zur Verfügung stellen, aber gleichzeitig die Länder, um in diesem Bereich eine Überkapazität hinzubekommen.

Ich möchte ein zweites Beispiel sagen, woran wir arbeiten, um direkt darauf einzugehen. Es gibt das Dreieck, das Sie ansprechen, von Effizienz, Qualität und auf der anderen Seite Solidargemeinschaft oder ethischen Grundsätzen, die gewahrt werden müssen, weil auch die Frage der Finanzierung dabei steht. Wenn ich das einhalten will und mehr Personen an den Betten haben möchte, muss der Bund überlegen, wie er es machen kann, dass wieder zusätzlich Pflegepersonal eingestellt wird. Wenn er das überlegt, wäre aus meiner Sicht die Konsequenz, dass es angebunden werden muss an die Frage, was die Länder eigentlich in die Krankenhäuser investieren, damit nicht diese Quersubventionierung erfolgt, sondern dass Investitionen erfolgen. Das könnte eine Antwort auf die Frage sein, dass die Länder gezwungen werden, ihrer Verantwortung im Bereich Investitionen nachzukommen und diese aufzunehmen. Damit kommt man in einigen Be-

reichen voran, aber das ist ein schwieriger Prozess.

Man kann sagen: Warum machen Sie es nicht einfach: Der Bund gibt das vor und dann läuft es? Wir haben ein föderales System: Das, was wir als Bundesgesetz in solchen Dingen, auch in Finanzierungsfragen beschließen, muss durch den Bundesrat in der Zustimmung laufen, weil es die Länder betrifft. Wenn die Bundesländer dem nicht zustimmen, können wir nichts machen, und wenn wir es erst einmal auf der Ebene der Ministerpräsidenten haben, diskutieren wir nicht über Krankenhäuser oder Krankenhausfinanzierung, sondern über Umsatzsteuerpunkte, die hinterher die Länder bekommen und dafür ausgeben, was sie für richtig halten.

Deswegen ist mein Interesse, das sehr nah bei den Krankenhäusern zu halten und Mittel und Wege zu finden, ein System aufzubauen, sowohl was die Investitionen als auch andere Finanzierungen angeht, das tatsächlich bei den Krankenhäusern ankommt. Wir haben noch zwei Sitzungen, im Dezember und im November. Ich weiß nicht, ob das in allen Punkten gelingen wird, aber unser Ziel ist es, diesen engen Zusammenhang zu halten.

Eckard Nagel

Dann nehmen wir im Hinblick auf die Diagnose mit, dass, wie auch Herr Strehl im Hinblick auf die ökonomischen Notwendigkeiten gesagt hat, Veränderungsmaßnahmen erkannt sind, aber die Komplexität der Bund-Länder-Zuständigkeit es nicht einfach macht (wie schon in den Jahren zuvor), dass entsprechende Lösungen gefunden werden, aber dass therapeutische Maßnahmen auf dem Wege sind.

Klaus Lieb

Ich kann die Diskussion gut nachvollziehen. Herr Strehl, was Sie als gesundes Krankenhaus verstehen, ist, dass es finanziell gesund dasteht. So könnte man sagen, dass Frau Gürkan eine perfekte gesunde Universitätsklinik hat, weil sie finanziell gesund dasteht. Das ist aber die Frage, die wir uns stellen: Ist wirklich das Krankenhaus gesund in dem Sinne, dass die Patientenorientierung von den Helfenden in der Klinik wirklich realisiert werden kann? Man kann natürlich sagen: Wir brauchen mehr Geld; mit Geld – das ist immer eine schnelle Forderung – kann ich es richten. Aber wie auch Herr Marckmann gesagt hat: Wir brauchen ein Rückgrat und eine Haltung von Chefarzten, die sagen, wir gehen diesen Weg und kämpfen auch für solche Veränderungen, die möglicherweise im Sekundärschluss ökonomisch sind.

In meiner Klinik haben wir zum Beispiel eine klare Regelung, wie wir mit der Pharmaindustrie umgehen. Wir wissen, dass durch die Kontakte mit der Pharmaindustrie die große Gefahr besteht, dass durch die Medikamente, die eingesetzt werden – etwa 40 Prozent der neuen Medikamente haben keinen Zusatznutzen, sondern sind nur teuer –, hohe Kosten entstehen und der Patient nicht unbedingt das beste Medikament bekommt. Wir haben klare Regeln aufgestellt: Wir arbeiten wissenschaftlich zusammen, aber lassen keinen Pharmavertreter auf Station. Wir haben klare Regeln, wie wir damit umgehen, und dadurch haben wir eine Haltung, sind also unabhängig in unserer Meinungsbildung und in unserer Verordnung von Medikamenten und haben einen ökonomischen Nutzen. Wir bekommen über so eine Haltung, die sich auf die Assistenzärzte fortsetzt, eine Veränderung der Einstellung und einen ökonomischen Nutzen: Wir haben nämlich geringere Arzneimittelkosten, weil wir

nicht die hochpreisigen ohne Zusatznutzen verordnen.

Ein anderes Beispiel: Wenn man sagt, wir müssen etwas für die alternde Gesellschaft tun, kann es sinnvoll sein, ein Demenzkonzept im Krankenhaus einzurichten. Wenn Sie sich um Demenzpatienten oder alte Menschen kümmern, können Sie andere Bereiche dadurch entlasten, die dann wieder ihre Hochleistungsmedizin machen können. So hatte ich auch Herrn Marckmann verstanden: Man kann durch kluge und pfiffige Projekte wirklich einen Kulturwandel in den Kliniken bewirken, der nachher ökonomische Auswirkungen hat, also nicht nur mehr fordern, sondern auch mehr machen.

Eckard Nagel

Frau Steinhagen, Sie sind angesprochen worden im gleichen Kontext wie Herr Lieb, zum Thema Insider. Jetzt haben wir gesagt: Zu den Symptomen gehört auch, dass ein Verlust an Therapiefreiheit, einer der grundlegenden Aspekte in der Arzt-Patienten-Beziehung, eine Konsequenz, ein Symptom einer stärkeren Ökonomisierung in den Kliniken sein könnte. Erleben Sie das so und ist die Weitergabe der inneren Haltung, die Herr Lieb gerade angesprochen hat, etwas, mit dem man dieser Situation begegnen kann und trotzdem den Aspekt der Freiheit der Therapie für den einzelnen Patienten wahren kann im Kontext der Anforderungen, die Sie auch ökonomisch haben?

Elisabeth Steinhagen-Thiessen

Natürlich dreht sich viel um die DRGs, natürlich dreht sich ganz viel um die Frage: Beahlt das die Krankenkasse? Jeder von uns, der im Krankenhaus arbeitet, kennt doch die Antwort: Dafür sind wir nicht zuständig. Vorgestern wurde mir gesagt – wir hatten eine Patientin von einer Intermediärstation, und es ist so Usus, dass unse-

re Schwestern auf die Intensivstation gehen und auf die Intermediärstation, die Patienten dort abholen und eine kurze Übergabe von Schwester zu Schwester haben. Da musste ich mir anhören: Dafür sind wir nicht zuständig. Da sind wir hingekommen, und das ist furchtbar. Ich glaube, wir brauchen eine ganz andere Kultur auf den Stationen.

Dadurch, dass ich ja eine Station für Geriatrie habe, haben wir schon eine andere Struktur und ein anderes Setting. Wir fangen morgens an mit einer Teambesprechung, wo alle, die auf der Station arbeiten, etwas zu dem Patienten sagen. Wir machen entsprechend auch andere Teambesprechungen, aber wir arbeiten viel, viel mehr zusammen. Mir ist es gar nicht oft so bewusst, aber wir haben wieder einen Rotanden aus einer anderen Abteilung, der erst gar nicht zu uns wollte und hinterher sagte: Oh, das ist ja toll hier; das ist ja ganz menschlich, wie es hier zugeht. Das ist doch blamabel, dass man sich so etwas anhören muss.

Wir haben verloren, so vernünftig und gut miteinander zu arbeiten, es sollen ja nicht die Therapeuten die Arbeit für die Ärzte und Schwestern machen, weil die so schlecht besetzt sind. Das ist eine falsche Solidarität. Aber die enge Zusammenarbeit haben wir auf den Stationen komplett verloren. Das geht nicht, weil wir nur noch schauen: Was muss ich dokumentieren? Ach ja, das muss ich noch, was ich eben am Patienten gemacht habe; ich flitze zur Kurve oder zum Computer, trage das ein usw. Und dann darf man nicht vergessen, dass wir in diesem Moment doch den Patienten im Mittelpunkt haben, wie wir immer alle sagen. Ich frage mich manchmal: Wo ist denn hier der Mittelpunkt? Der Patient spielt keine Rolle mehr. Das geht überhaupt nicht.

Und wenn wir bestimmte Teambesprechungen machen, wo wir Ziele besprechen, wo ein Patient jetzt unserer Meinung nach hin entlassen werden soll und er hat etwas anderes usw., dann muss man das gemeinsam mit dem Patienten und den Angehörigen besprechen. Ich lüge mir nichts in die Tasche, aber das erfordert Personal und das erfordert Zeit. Aber diese Art des Umgangs müssen wir wiedergewinnen.

Eckard Nagel

Aber wir nehmen zur Kenntnis, dass Sie gegensteuern und in der Lage sind, in Ihrem Team gegenzusteuern. Frau Lemke, sind Sie auch in der Lage, als Pflegedirektorin in den Herausforderungen des Alltags gegenzusteuern? Oder müssen Rahmenbedingungen, so wie sie gerade auch von Herrn Staatssekretär Stroppe angesprochen worden sind, erst einmal auf den Weg kommen, damit Sie wieder mehr Luft zum Atmen bekommen?

Andrea Lemke

Ich muss noch einmal auf dieses Leitbild kommen. Wir formulieren es bei uns in der Klinik immer hinten mit *d*; wir könnten es auch mit *gh* im Sinne des englischen *light* machen [lacht]. Es wird fast noch grotesker und noch merkwürdiger, wenn Sie die Leitbilder überall auszuhängen haben und die Menschen doch wissen, dass der Alltag anders aussieht.

Vielleicht noch einmal ein kleines Stück zurück: Die Konfliktlinie der pflegerischen Handlungslogik verfolgt nicht die ökonomische Logik. Wir sind initial darauf ausgerichtet, den Patienten ganzheitlich in den Blick zu nehmen und die individuellen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Das geht mit der fragmentierten Arbeitsweise, die wir uns innerhalb der Fallpauschalen mühsam angeeignet haben – wir haben gelernt, nach klinischen Pfaden zu arbeiten, unsere Dokumentation da-

rauf auszurichten, unsere Varianzbögen ordentlich auszufüllen, die Varianzen zu analysieren und zu wissen, warum bestimmte Patienten einfach vom Pfad abweichen. Das wissen wir alles. Aber wenn wir auf einer Station mit zwei Mitarbeitern für 32 Patienten pro Woche 70 Patienten durchschleusen bei einer Verweildauer von 2,4 Tagen, dann können Sie nicht individualisieren, weil Sie Mühe haben, sich die Namen zu merken.

Ich sage das nicht im Sinne einer Resignation, gar nicht. Wir müssen kluge Lösungen entwickeln, wir können nicht darauf warten, dass die Politik uns eine Lösung beschert. Wenn ich das tun würde, wäre ich überbezahlt, da bräuchte ich da nicht zu sitzen. Dann bräuchten die Kliniken auch keine Pflegedirektoren. Wir brauchen intelligente Organisationssysteme. Wir werden bei mir in der Klinik damit anfangen, die Bezugspflege einzuführen als vielleicht eine Möglichkeit, den Kontakt zum Patienten über die Prozessverantwortung sicherzustellen. Das wird kein einfacher Weg sein; es gibt Kliniken, die machen das schon. Es gibt viele Stolpersteine. Das ist auch kein Königsweg. Es gibt keinen Königsweg, sonst würden wir hier nicht sitzen. Sie müssen mit vielen kleinen Maßnahmen gegensteuern. Es gibt Möglichkeiten, gegenzusteuern; es wäre ja furchtbar, wenn es keine gäbe, dann könnte man ja seinen Beruf gar nicht machen. Aber es ist mühsam.

Deutlich sagen muss man auch, dass es geprägt ist von einem internen Verteilungskampf. Kliniken leben dauerhaft in dem Spagat und in der Diskrepanz des internen Verteilungskampfes: Wo gehen die knappen Ressourcen hin?

Letztendlich ist es so: Die Decke ist immer zu kurz; entweder ist die Brust kalt oder das Knie. Sie müssen sich mit Ihren Kollegen darüber aus-

einandersetzen, welches Knie in dieser Woche oder in der nächsten Woche wichtiger ist. Das mag sich flapsig anhören, aber letztendlich geht es manchmal zu wie auf dem Basar.

Eckard Nagel

Darf ich nachfragen, Frau Lemke: Sind es tatsächlich die ökonomischen Rahmenbedingungen, die die Decke zu kurz werden lassen? Wenn man einmal die Strukturen betrachtet, so wurde oder wird eine Behandlung nach Standards ja häufig als Sicherung der Qualität gesehen und sollte primär im Sinne des Patienten sein, positiv gesehen. Wenn Sie sagen, wir können das nur noch so machen, weil die Rahmenbedingungen so eng sind, bekommt das einen negativen Ausdruck. Wo ist die Verhältnismäßigkeit? Was ist tatsächlich ökonomisch bedingt, weil nur noch zwei Schwestern da sind für 32 Patienten, und was hat das mit dem Versuch zu tun, über Standardisierung individuell die beste Qualität anzubieten?

Andrea Lemke

Der ökonomische Druck setzt auch Innovationen frei. Das wissen alle, die viele Jahre in den Kliniken zu Hause sind. Wir wollen gar nicht das System, das wir vor zwanzig Jahren hatten, das will niemand. Natürlich setzt das Innovation frei, es setzt Rationalisierungspotenziale frei, und man kann gleichzeitig die Qualität erhöhen. Ja, das können Sie tun, Sie können gleichzeitig die Qualität erhöhen. Das haben wir in den deutschen Kliniken bewiesen. Wir haben das geschafft. Wir haben die erste Studie von Kienbaum 2008 gehabt; bereits 2008 hieß es: Die deutschen Pflegekräfte sind die produktivsten fast weltweit, wir versorgen mit den Mitarbeitern so viele Fälle wie kaum ein anderes Land; ich glaube, mit uns nur noch Spanien und Polen, das hat die letzte OECD-Studie eindrücklich bestä-

tigt. Wir sprechen fast schon von einer ungesunden Effizienz. Wir sind an einem Punkt, wo die Qualität auf einem sehr guten Level ist.

Ich bin gespannt auf den Referentenentwurf der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, wie wir denn mit qualitätsorientierten Merkmalen hoffentlich eine zukünftige Krankenhausplanung hinbekommen. Wir sind gespannt auf den Referentenentwurf, der vielleicht im Dezember zur Diskussion vorliegt.

Nein, ich glaube nicht, dass die ökonomischen Rahmenbedingungen nur etwas Negatives haben, gar nicht. Wie gesagt, keiner von uns wünscht sich das Selbstkostendeckungsprinzip zurück. Wir sind nur mittlerweile an einem Punkt, wo wir schauen müssen, dass wir die Grenzen nicht noch weiter aufmachen, denn ich glaube, da lässt sich aus der Zitrone nicht mehr viel holen.

Georg Marckmann

Die Frage, was ökonomischer Druck für das ärztliche Ethos bedeutet, ist mehrfach thematisiert worden. Giovanni Maio hat das auch ausführlich dargestellt. Ich möchte anmerken, dass die Ärzte ein ambivalentes Verhältnis zum Geld haben. Sie haben Angst ums Geld, wenn es um den eigenen Verdienst geht, und sie haben Angst vor dem Geld, wenn es um die finanziellen Auswirkungen ihres Handelns geht, zum Beispiel für das Gesundheitswesen oder die Klinik. Aus ethischer Sicht besteht die zentrale Forderung, verantwortungsbewusst mit begrenzt verfügbaren, solidarisch aufgebrachten Ressourcen umzugehen, und die Person, die zentral über die Inanspruchnahme von Ressourcen entscheidet, ist die Ärztin oder der Arzt. Ich glaube, dass dieses System unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen – Innovationen, demografischer Wandel – keine Zukunft hat, wenn nicht auch von ärztlicher Seite mehr Verantwortung über-

nommen wird für den vernünftigen Umgang mit begrenzt verfügbaren Ressourcen. Nicht Verantwortung für das finanzielle Wohl des Klinikums, finanzielle Verantwortung für das Wohl der Krankenkassen, sondern für den vernünftigen Umgang mit Ressourcen. Die Ärzte lassen sich auch korrumpieren durch diese finanziellen Anreize. Überversorgung wurde angesprochen; sie funktioniert nur, wenn Ärzte ihre Indikationsstellung manipulieren, sonst nicht.

Es gibt jetzt diese Choosing-Wisely-Initiative, wo Fachgesellschaften sagen: Wir identifizieren fünf Beispiele, wo man sagt, das ist nicht mehr medizinisch indiziert, sondern ein klarer Fall von Überversorgung. Solche Initiativen wünsche ich mir, zum einen auf der Ebene der medizinischen Fachgesellschaften, also der organisierten Ärzteschaft, aber auch im Einzelfall. Dort müssen wir uns als Ärzte und Ärztinnen gegenseitig den Rücken stärken.

Diskussion mit dem Publikum

Eckard Nagel

Die Vorbildfunktion der Berufsgruppen innerhalb des Krankenhauses im Kontext mit Entscheidungskriterien können wir auf jeden Fall als Teil der Therapie festhalten. Nun weiten wir unseren Blick zu den Anwälten des Publikums und möchten gern Ihre Fragen in die Diskussion einbeziehen.

Publikumsanwältin (Katrin Amunts)

Ich möchte damit beginnen, ein Feld zu adressieren, das vielleicht besonders sensibel ist: Es geht um die Psychiatrie. Sensibel vielleicht auch deshalb, weil dort jetzt Fallpauschalen eingeführt werden. Eine ZuhörerIn merkte an, es sei ein wenig still geworden um dieses Gebiet, aber es sei doch sehr wichtig, gerade hier kritisch zu beleuchten, ob die Fallpauschalen in der Psychia-

trie, die immer eine Sonderstellung hatte, dazu führen können, dass unethisch psychiatrisch gearbeitet wird. Es wurde befürchtet, dass sich die Atmosphäre verschlechtern wird, dass die Beziehungsgeflechte, die in diesem Bereich hochfragil sind, als Risikofaktoren zusätzlich eingehen und dass Druck entsteht, mehr Diagnosen zu stellen, als unbedingt notwendig wären; Stichwort Modediagnosen. Professor Lieb wäre vielleicht der erste Adressat.

Klaus Lieb

Vielen Dank für die Frage. Es ist gut, dass Herr Stroppe da sitzt, denn vielen ist vielleicht nicht klar, dass in der Psychiatrie und Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie die DRGs vor vielen Jahren mit gutem Grund nicht eingeführt wurden, denn vor allem in der Psychiatrie sind Patienten, die schwerkrank sind, also psychotische schizophrene Patienten oder alte demente Patienten, die nicht in der Lage sind, ihre Rechte in irgendeiner Form durchzusetzen, besonderen Schutz und Fürsorge des Arztes brauchen. In dieser Situation ist es besonders wichtig, dass hier keine Sekundärinteressen ökonomischer Art eine Rolle spielen.

Wir haben mehrfach darauf hingewiesen und ich halte es für eine Fehlentwicklung, dass wir insbesondere für die Schwerbetroffenen und auch die, die gegen ihren Willen behandelt werden usw., einen ökonomischen Druck mit einbauen und damit eine letzte Möglichkeit der ökonomisch freien Patientenfürsorge verlieren. Das finde ich problematisch und ich hätte mir gewünscht, dass Alternativprojekte eher gefördert werden, zum Beispiel Regionalbudget. Das kann man natürlich eher in ländlichen Regionen machen, wo zum Beispiel für eine bestimmte Versorgung einer bestimmten Bevölkerungsgröße ein Regionalbudget zur Verfügung gestellt wird

und die Kliniken und ambulanten Versorger können bestimmen, welche Mittel sie wo wie einsetzen. Das funktioniert im norddeutschen Raum zum Teil sehr gut und ich hätte mir gewünscht, dass da etwas gemacht wird. Ich halte es für eine Fehlentwicklung, dass dort die DRGs kommen sollen.

Lutz Stroppe

Das System ist begonnen worden; wir haben im April die Verhandlungen zu einzelnen Bereichen gehabt, und der Deutsche Bundestag hat entschieden, dass das System, wenn diese Entscheidung nicht gekommen wäre, in zwei Jahren durchgängig und in der gesamten Fläche eingeführt worden wäre, und vorgeschlagen, dass es jetzt zwei Jahre als Probelauf verlängert wird.

Wir wollen diese zwei Jahre nutzen, um Folgendes zu machen: Wir haben Fachgesellschaften usw. aufgefordert, uns die Erfahrungen, die bisher mit dem System gemacht worden sind, darzustellen. Wir rechnen damit, dass wir fünfzehn unterschiedliche Berichte dieser Häuser bekommen werden.

Interessant ist, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft uns mitgeteilt hat, dass sie den Termin, den wir für Oktober gesetzt hatten, nicht halten kann, sondern den Bericht erst im Frühjahr nächsten Jahres senden will. Wenn man zwei Jahre Zeit hat und erst ein halbes Jahr später den Bericht bekommt, wird alles äußerst schwierig; deshalb werden wir darauf nicht warten können.

Wir werden anhand dieser Berichte zwei Diskussionen führen: einmal eine Diskussion grundsätzlicher Art: Gehen wir auf dem Weg weiter oder gehen wir auf Parallelmodelle, die im norddeutschen Raum auch von Lauterbach und anderen intensiv diskutiert werden? Es gibt da ein Papier aus diesem Bereich, das uns jetzt vorliegt,

das einen Umstieg des Modells vorschlägt. Wir wollen uns die Zeit nehmen, diese Frage grundsätzlich zu diskutieren und zu entscheiden, ob wir rausgehen oder im System bleiben. Wenn wir uns entscheiden, im System zu bleiben, wollen wir im zweiten Schritt diskutieren, ob und wo es Notwendigkeiten zur Umsteuerung und Umgestaltung gibt. Damit sind wir bei einem wichtigen Punkt: der Frage der Diagnosefähigkeit in diesem Bereich. Das ist ein Punkt, der mich ein Stück weit umgetrieben hat, als ich angefangen habe, die Diskussion zu führen. Inwieweit muss ich auch in diesem speziellen Bereich verlangen, dass Diagnosen gestellt werden und dass diese auch eine Verbindlichkeit haben und dass ich das dann machen kann?

Das wird einer der wesentlichen Punkte sein, die wir diskutieren müssen. Das ist eine intensive und fachlich anspruchsvolle Diskussion, und wir können am Ende dieser Diskussion sehen, dass wir zu einer Entscheidung kommen. Also wir gehen jetzt noch zwei Jahre einen Zwischenschritt und werden in diesen zwei Jahren eine intensive fachliche Diskussion führen, ob es zur Einführung kommt oder nicht.

Elisabeth Steinhagen-Thiessen

Ich möchte gerne etwas aus Sicht der Geriatrie sagen. Natürlich, Psychiatrie und Geriatrie ist nicht dasselbe, aber in der Geriatrie haben wir chronisch kranke Patienten, die Krankheiten bis an ihr Lebensende haben, eine Menge an Funktionsverlusten und die multimorbide sind. Sie haben nicht *eine* Diagnose, sondern mehrere gleichzeitig, die behandelt werden müssen, und im DRG-Verfahren bekommt man immer nur eine behandelt.

Des Weiteren brauchen geriatrische Patienten länger im Krankenhaus. Das DRG-System ist angelegt für eine kurze Verweildauer oder mit

dem Ziel einer kurzen Verweildauer. Der geriatrische Patient ist somit in vielen seiner Charakteristika diametral entgegengesetzt zu dem, was das DRG-System will. 2002 war der Beschluss, Psychiatrie: keine DRGs, Geriatrie: keine DRGs.

Ich bin dann nach Bonn gefahren und habe versucht, dort im BMG [Bundesministerium für Gesundheit] zu überzeugen, dass wir auf jeden Fall DRGs haben wollen, und wir haben sie bekommen. Wir haben über vier Jahre begleitet, wie sie gestrickt werden sollen usw. Dazu kann ich Ihnen sagen: Wir haben ein gutes System für die DRGs in der Geriatrie gefunden, indem wir zum Beispiel genau charakterisieren, was für OPS [Operationen- und Prozedurenschlüssel], zum Beispiel Therapieeinheiten der Patient bekommt, damit nicht jemand auf die Idee kommen könnte, die Alten sind ein wunderbares Sparpotenzial, da machen wir mal ein bisschen Billigmedizin. Das läuft nicht, sondern da ist genau festgelegt für eine Woche, wie viele Therapien der Patient mindestens haben muss neben der ärztlichen Akutversorgung. Wie viel Krankengymnastik, wie viel Ergotherapie, wie viel Sprach- und Schlucktherapie usw. und wie viele Sozialarbeiter, das ist genau festgelegt für 14 Tage, für 21 Tage usw. Dabei kann es nicht passieren, dass ein geriatrischer Patient nicht das bekommt, was er braucht, denn er selbst kann das oft nicht einfordern. Ich kann das nicht im Einzelnen ausführen, aber glauben Sie mir: Die Geriatrie rechnet sich im DRG-System, salopp gesagt. Wir haben darüber viele Vorteile bekommen, gerade was die Qualität angeht, und ich glaube, das hat das Fach noch aufgewertet.

Rüdiger Strehl

Zu Herrn Stroppe: Ich bin verwundert darüber, dass Sie jetzt nach drei oder vier Jahren wieder zur Leitung durch Diagnosen zurückkommen.

Das war ja immer die Position der Krankenkassen. Die Schwierigkeit, die die Psychiatrie und Psychotherapie ausgemacht hat, ist, dass wir ein und dieselbe Diagnose haben, aber fünf bis sieben verschiedene Therapieangebote: Einzeltherapie, Gruppentherapie, medikamentöse Therapie, Psychoanalyse usw. Ich war drei Jahre in schmerzensgeldpflichtigen Gremien mit dieser Thematik befasst; eigentlich war allen Beteiligten klar, dass es kein diagnoseorientiertes System für die Psychiatrie und Psychotherapie geben kann.

Eckard Nagel

Lieber Herr Schockenhoff, ich hoffe nicht, dass jede Frage so viel Diskussion auslöst, dann kommen wir nicht zu sehr vielen mehr.

Publikumsanwalt (Eberhard Schockenhoff)

Viele Fragen gruppieren sich um die beiden Themen Gewinnorientierung, das neue Paradigma, und die Verantwortung der Gesellschaft, des Staates; wer sind eigentlich die Verantwortungsträger?

Zunächst zur Gewinnorientierung. Eine Frage befasst sich mit der Genese der Krankheit des Krankenhauses und ist wohl an Herrn Strehl gerichtet. Sie fragt nicht, was falsch gelaufen ist, sondern wer die heutige Situation verursacht hat. Wer war Mitläufer dieser Entwicklung und wo waren damals die mahnenden Stimmen, die heutigen kritischen Stimmen?

Eine andere Frage stellt die Legitimität dieses Systems infrage, dass also Gesundheitsversorgung, die sich aus Mitteln speist, die von den Versicherten angespart und eingebracht werden, die Gewinne aus dem System abschöpft. Es wird nicht die Frage gestellt, dass man wirtschaftlich arbeiten muss, aber dass Gewinne aus dem System hervorgehen, ob man dort nicht gesetzlich

vorschreiben müsste, dass die Gewinne auch wieder ins System zurückfließen.

Dann wird gefragt, ob ein Gesundheitskonzern, der an der Börse DAX-notiert ist und eine Rendite von 10 Prozent für die Aktionäre erwartet, ob das rechnerisch überhaupt gehen kann, dass dort nicht all die Probleme des Krankenhauses, die hier angesprochen wurden, auftauchen.

Eine Stimme fragt, ob dieses Gesundshrumpfen der Zahl der Krankenhäuser von 2.000 auf 1.500 rein rechnerisch wirklich bedeutet, dass das Geld auch bei den verbleibenden 1.500 bleibt oder ob nicht doch Geld abgezogen wird und woandershin verschwindet.

Rüdiger Strehl

Ich kann es kurz machen: In den dreißig Jahren, unter anderem zwölf Jahre Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft, habe ich erlebt, wie eine Gemengelage von Bundes-, Landespolitikern und Selbstverwaltungsvertretern, also Ärzteschaft, Kassen und Krankenhausgesellschaft, an diesen Problemen gescheitert ist, und zwar aus einem einfachen Grund: Jeder hat immer nur versucht, seine Interessen wahrzunehmen, und es gibt keine Agentur. Machen Sie zum Beispiel einmal Brainstorming mit Eskimos in einem Iglu, wie man Entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen organisiert. Keiner käme auf die Struktur, die wir haben.

Lutz Stroppe

Herr Strehl, wir sind ziemlich nahe beieinander. Ich habe im Januar angefangen, intensiver in diesem Bereich zu arbeiten, und ich habe zwei Sätze mit auf den Weg bekommen. Erstens: Der Patient steht im Mittelpunkt, und zweitens: Das Gesundheitswesen ist ein Haifischbecken.

Rüdiger Strehl

Der erste Satz geht noch einen Satz weiter: Da stört er am meisten.

Lutz Stroppe

Höchstwahrscheinlich, aber das ist das Bild, das wir vorfinden. Die Frage Reduzierung der Krankenhäuser von 2.000 auf 1.500 – das sind sicherlich gegriffene Zahlen, da muss man sich im Einzelfall ansehen, ob das gesamte Geld im System bleibt. Da würde ich anknüpfen. Ich sehe zum Beispiel, dass im Bereich Investitionskosten, auch wenn das weniger Krankenhäuser sind, insgesamt die Mittel hochgefahren werden müssen. Denn auch wenn es 1.500 oder weniger als 2.000 sind, so reicht mit 2,3 bis 2,7 Milliarden die Investitionskraft nicht aus, um sich die notwendigen Dinge zu leisten. Das müssen deutlich über 3 Milliarden Euro sein; andere Berechnungen sprechen von 6 Milliarden Euro, die zur Verfügung gestellt werden müssen, um die notwendigen Investitionen in Krankenhäusern durchzuführen.

Der zweite Teil ist das, was tatsächlich über die DRGs und anderes abgerechnet wird. Da sind wir im System drin, dass das Geld im System bleibt, wenn wir eine geringere Auslastung haben, was auch damit zusammenhängt, wenn die Auslastung dann auf andere Krankenhäuser konzentriert wird. Von daher sehe ich eine Notwendigkeit, die Investitionen hier weiter zu erhöhen.

Ein Aspekt, den wir noch diskutieren müssen: Ich bin zu Finanzfragen und Fragen wie Qualität, Ethik und Ökonomisierung nicht gekommen, um das Spannungsverhältnis herzustellen. Denn das hängt eng zusammen mit der gesamten Frage, Qualität einzurichten. All das, was mit Pay for Performance gesagt wird, halte ich für übertrieben, denn das von heute auf morgen einzuführen führt in die Irre. Ich halte es aber für eine richti-

ge Konsequenz, wenigstens zu beginnen, Qualitätsstandards einzuführen, festzulegen, zu definieren und auch dahin zu kommen, zu sagen, dass, wenn ein Krankenhaus in diesen Bereichen keine Qualität leistet, das Konsequenzen haben muss für die Krankenhausplanung. Deswegen werden wir dazu im Dezember noch keinen Referentenentwurf vorlegen, aber ein Eckpunktepapier, wo solche Dinge durchleuchtet werden, und im nächsten Jahr dann den Referentenentwurf. Das sind wichtige Punkte; deswegen ist Mengensteuerung zum Beispiel auch in der Frage Reduzierung von Krankenhäusern eine Sache, die sehr wichtig wird.

Die Gewinnmaximierung ist ein Feld, wozu wir uns intensiv weiter Gedanken machen müssen, weil ich eine Gewinnerwartung von 10 Prozent für diesen Bereich der Krankenhäuser nicht für etwas halte, was man vertreten kann und was auch nicht angemessen ist. Deswegen diskutieren wir zurzeit intensiv über Paragraph 1 in der Krankenhausfinanzierung, wo auch privaten Krankenhäusern ein gewisser Vorrang eingeräumt wird, wie wir damit umgehen und ob wir es in der Art und Weise, wie er besteht, belassen wollen.

Eckard Nagel

Wir können festhalten, dass Rentabilität und Wirtschaftlichkeit – das ist mehrfach Thema gewesen – auch ein politisches Thema ist und nicht einfach unter der Maßgabe der freien wirtschaftlichen Entfaltung in unterschiedlichen Bereichen abgedeckt ist.

Lutz Stroppe

Ich glaube, der Politik, der Bundesregierung, dem Bundesgesundheitsministerium ist es bewusst, dass wir hier Beitragsmittel verwalten, und das ist der entscheidende Punkt: Es ist nicht einmal Steuergeld, sondern es sind Beitragsmit-

tel für eine bestimmte Aufgabe in einer Sozialversicherung. Diese Bindung muss auch in den Entscheidungen vollkommen klar werden.

Eckard Nagel

Das ist ein wichtiger Punkt, vielen Dank.

Klaus Lieb

Meine Analyse der Krankheit des Gesundheitssystems ist eher, dass es ein Bereich ist, wo so viel Lobbyismus und so unterschiedliche Interessen aufeinanderprallen – die deutsche Krankenhausesellschaft sagt, wir brauchen dies, und die KV sagt, wir brauchen jenes –, aber es gibt keine unabhängige Stelle, kein unabhängiges Gremium. Und das würde ich fördern, dass ein unabhängiges Gremium – das kann wissenschaftlich, das kann mit Praktikern sein usw. – sinnvolle Vorschläge zum Patientenwohl aufstellt, wie ein Gesundheitssystem arbeiten kann. Das hört sich sozialromantisch an, Herr Stroppe, aber diese Unabhängigkeit ...

Lutz Stroppe

[ohne Mikro] ... nach Adorno und Habermas wissen wir, dass es wissenschaftlich [...] Interessen gibt, und deswegen bin ich da vorsichtig.

Klaus Lieb

Es ist klar, dass niemand frei von Interessen ist. Aber ich glaube, es gibt sehr wohl Möglichkeiten. Der Ethikrat ist ein Gremium, das das Patientenwohl im Blick hat; er könnte zum Beispiel so ein Gremium sein. Da könnten andere mitarbeiten, solche Vorschläge zu entwickeln, und sie könnten zu einer Leitschnur werden, wie das Gesundheitswesen umgestaltet wird. Sonst habe ich den Eindruck, das ist ein Flickwerk, das durch Lobbyismus in die eine oder andere Richtung springt.

Publikumsanwältin (Katrin Amunts)

Der nächste Komplex ist an die von Ihnen gerichtet, die sich in der Ausbildung engagieren, und zwar sowohl in der pflegerischen als auch in der ärztlichen Ausbildung. Es wurde darauf hingewiesen, dass wiederum zum Beispiel in der Psychiatrie die Belastung immens ist, dass zum Beispiel Pflegekräfte nur Dreiviertelstellen ausüben, weil sie auf ganzen Stellen nicht mehr die Möglichkeit hätten, zu regenerieren.

Eine andere Stimme fragt, wie man jungen Ärzten schon während des Medizinstudiums helfen kann, mit dieser Balance zwischen ökonomischem Druck einerseits und ethischer Verantwortung, Berufsethos umzugehen. Wie kann man darauf hinwirken? Was muss geändert werden, damit Persönlichkeiten ausgebildet werden, die jede auf ihrer Ebene an der Stelle, wo sie arbeitet, versuchen können, dieses System zu beeinflussen?

Andrea Lemke

Die Teilzeitquote bei den Mitarbeitern in der Pflege ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen, das ist so. Viele berichten, dass sie lieber drei Viertel arbeiten, um eine längere Phase der Regeneration zu haben. Aber wie immer: Da, wo Licht ist, ist auch Schatten, und darüber gibt es keine Aussagen. Wir haben seit der Zeit, wo man auf 450-Euro-Basis fast steuerfrei einen Nebenjob ausüben kann, auch die Situation in den Kliniken, dass sehr viele Mitarbeiter in der Pflege in ihrem ersten Arbeitsfeld drei Viertel arbeiten und dann nebenbei bei Zeitarbeitsfirmen arbeiten, weil das manchmal finanziell lukrativ ist. Denn je knapper das Gut Pflegekraft wird, umso höher wird der Preis; das ist nicht anders als auf dem Zitronen- oder Eiermarkt. Da ist der Arbeitsmarkt nicht viel anders, und auch das ist häufig eine Begründung dafür, am eigentlichen

Arbeitsplatz nur drei Viertel zu arbeiten. Es gibt beides.

Publikumsanwältin (Katrin Amunts)

Wenn ich auf die Frage noch einmal zurückkommen darf: Es gibt ja schon Personen, Pfleger, die es unter dieser Last aus diesen Gründen vorziehen, eine Dreiviertelstelle zu machen. Wie kann man denn oder sehen Sie die Notwendigkeit, in den Pflegeberufen Ausbildungsinhalte auf diese sich verändernde Situation anzupassen?

Andrea Lemke

Ich spreche jetzt einmal für den Deutschen Pflegerat und für die Menschen, die sich damit beschäftigen, wie Pflege zukünftig ausgestaltet werden soll. Wir hoffen sehr – jetzt muss ich noch einmal die Politik anschauen –, dass wir endlich etwas auf den Weg bekommen zu einer gemeinsamen generalistischen Ausbildung. Alle Punkte, die wir angesprochen haben: Demenz im Krankenhaus, Teilung der Sozialgesetzbücher, wir müssen die pflegerische Ausbildung zusammenfassen, Pflege findet von der Phase pränatal bis zur letzten Phase Geriatrie statt, Sterben, Palliativmedizin; die Trennung in Altenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege macht für eine Zukunftsorientierung keinen Sinn – das muss attraktiver werden, denn wir haben in den stationären Alteneinrichtungen hochbetagte, multimorbide Patienten, die einer behandlungspflegerischen Kompetenz bedürfen, genauso, wie wir zunehmend Demenzerkrankte in den Krankenhäusern haben. Wir haben gerade festgestellt, dass sich in so einem Produktionsbetrieb wie einer Kardiologie kaum die Mitarbeiter zurechtfinden, geschweige denn die demenzerkrankten Patienten. Mit der Reform und dem Anfassen der pflegerischen Ausbildung setzen wir jetzt auf die Politik. Darauf haben wir schon in der letzten

Regierungskoalition gewartet; da ist nichts gekommen. Wir hoffen, das attraktiver zu machen.

Lutz Stroppe

Ich wollte vorhin schon fast dazwischenrufen, als Sie Ihren ersten Beitrag gemacht haben. Da haben Sie von Spezialisierung und Differenzierung gesprochen und ich wollte dazwischenrufen, dass wir gerade in der Pflegeberufausbildung Generalisierung haben müssen, um den unterschiedlichen Ansprüchen Genüge zu leisten.

Ich kann eins zu eins unterschreiben, was Sie zur Entwicklung der Pflegeberufausbildung gesagt haben. Stand ist, dass wir jetzt im November mit einem ersten Vorschlag mit den Ländern für eine Zusammenfassung der drei Pflegeberufe Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Altenpflege diskutieren werden. Wir hoffen, dass wir den Entwurf im nächsten Jahr ins parlamentarische Verfahren bringen.

Ich habe in dieser Diskussion einen großen Wunsch, weil ich weiß, dass das gerade aus dem Bereich der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege unterstützt und vorgebracht wird. Ich sehe aber, dass zurzeit in der Altenpflege ein gewisser Widerstand dagegen entsteht, weil die Befürchtung da ist, dass, wenn man das zusammenfasst, mit einem Mal die anderen beiden Bereiche viel attraktiver als die Altenpflege sind. Deswegen ist mein Wunsch, dass wir – alle, die daran beteiligt sind – gemeinsam daran arbeiten, um das so ausgestalten, dass die einzelnen Berufsgruppen attraktiv bleiben, dass alle auf dem Weg, auf den letzten Metern mitgenommen werden. Denn ich halte es für ganz wichtig, dass wir zu dieser generalisierten Ausbildung kommen, um bei den Problemen, die wir im Bereich der stationären Altenpflege und im Krankenhausbereich haben, zu guten Lösungen zu kommen. Da

müssen wir in den nächsten Monaten auch öffentlich viel Überzeugungsarbeit leisten, um auf dem Stand zu bleiben, den wir vor zwei Jahren schon einmal erreicht haben.

Georg Marckmann

Das ist eine Herausforderung. Wir sitzen hier und diskutieren kontrovers, wie die beiden Dimensionen Ökonomie und Ethik zusammenzubringen sind. Wenn ich die Medizinstudierenden unterrichte über Entscheidungen am Lebensende, kann ich ihnen genau sagen, wie so eine Entscheidung abzulaufen hat. Das fehlt im Bereich des Spannungsverhältnisses von Ethik und Ökonomie. In der begrenzten Zeit, die wir zur Verfügung haben – wir haben im Mittel zwanzig Stunden über das gesamte Studium, die wir unterrichten; da kann man nicht viel ausrichten – versuche ich sie vor allem zu sensibilisieren. Ich glaube, dass man eine reflektierte Haltung gewinnt, wenn man auf diese Probleme hinweist. Ich versuche auch, weil das meine persönliche Überzeugung ist, sie anzuregen, darüber nachzudenken, ob nicht auch der Umgang mit begrenzten Ressourcen ein integraler Bestandteil des ärztlichen Ethos sein sollte und was das konkret heißt, aber das gebe ich mehr als Frage in die Runde hinein. Das wesentliche Lernen erfolgt über die Vorbildfunktion. Sie lernen, wie sich Oberärzte und Chefärzte verhalten und mit diesen Fragen umgehen. Wenn man die Studierenden vorbereiten will, angemessen damit umzugehen, dann läuft viel über die Vorbildfunktion. Letztlich ist das wieder eine Führungsaufgabe.

Klaus Lieb

Kurz zur Psychiatrie, weil da auch die Frage angeklungen ist. Wir haben deutschlandweit etwa 10 Prozent der Patienten, die in psychiatrische Kliniken aufgenommen werden, bei denen Zwangsmaßnahmen ausgeübt werden müssen

aus Eigen- oder Fremdgefährdung. Das ist eine hohe Belastung für die Pflegenden, und insofern kann ich die Frage nachvollziehen.

Dazu kommt, dass die Pflegenden älter werden – das ist auch ein Problem – und weniger diese Ressourcen haben. Das ist ein zentraler Punkt, dass das gesamte Team und die Klinikleitung, diese Leute an der Front, mit den häufig gefährlichen Patienten auch eine Polizeifunktion übernehmen müssen und sehr belastet sind.

Der andere Punkt ist die Herausforderung bei einem Kulturwandel von Medizinstudenten, dass die Dinge nicht nur im Kopf ankommen, sondern auch in die Handlung übergehen. Wenn Sie Medizinstudenten irgendeine Policy unterschreiben lassen, dass Ökonomisierung nicht gut ist, werden sie alles unterschreiben und nachher genauso handeln wie alle anderen Ärzte.

Wir haben das bei der Frage, wie Medizinstudenten den Einfluss der Pharmaindustrie bewerten, genauso gesehen, exakt wie bei den Ärzten. Wir haben gerade ein Projekt der Stiftung Volkswagen, wo wir genau das machen: Wir entwickeln ein Curriculum zur Sensibilisierung und schauen, wie wir das Handeln auch der Medizinstudierenden am Patienten in der Aufklärung verändern können.

Elisabeth Steinhagen-Thiessen

Ich möchte als Hochschullehrerin gern etwas zu den Medizinstudenten sagen. Erstens glaube ich nicht, dass ein Einserrabitur ein Garant dafür ist, dass aus diesem Menschen ein guter Arzt wird – nein, ich habe auch kein gutes System, was ich dagegensetzen kann.

Dennoch haben viele Universitäten in der Zwischenzeit begonnen, Modellstudiengänge auf den Weg zu bringen. Wir hatten in Berlin eine Zeit lang parallel das normale Studium und den Mo-

dellstudiengang. Wenn wir neue Ärzte eingestellt haben, kann ich Ihnen sofort sagen: Das ist einer von denen, die im Modellstudiengang waren, und das ist einer, der im Normalstudiengang war. Die Leute aus dem Modellstudiengang haben viel mehr Praxis, einen guten Zugang zu den Patienten, und die anderen sind erst einmal abwartend, auf Distanz. Sie haben ein etwas besseres theoretisches Wissen, in den Klausuren usw. war das später alles gleich.

Aber wenn ich sehe, wie meine chirurgischen Kollegen manchmal zur Lehre hetzen, oder es steht da schon eine Gruppe von Studenten und wartet, dann hat das natürlich etwas mit Zeitdruck zu tun. Wir müssen viel Lehre machen, das ist auch wichtig, aber wir müssen auch die Zeit dafür haben, und das ist oft zu knapp bemessen. An dieser Stelle hat das auch etwas mit Wertevorstellung von uns zu tun, denn die Medizinstudenten sind unser Kapital für die Zukunft. Und das ist ein wertvolles Kapital und deshalb müssen wir guten Unterricht machen und sie vorbildlich zu allem mitnehmen.

In Berlin ist es so, dass wir drei Standorte haben. Die Studenten haben überhaupt keine Heimat: Einen Tag sind sie in Steglitz, einen Tag in Mitte oder am selben Tag noch in Virchow. So etwas geht nicht. Sie müssen irgendwo fest angebunden sein. Da gäbe es eine Menge zu verbessern.

Aber es bringt mir großen Spaß, Studenten zu unterrichten, denn das sind manchmal tolle junge Leute und sie haben gute Kommentare im Gruppenunterricht, in den Vorlesungen usw. Aber da ist noch einiges an Schätzen zu heben, was wir noch nicht gehoben haben.

Lutz Stroppe

Es ist gerade gesagt worden: Weder die Eins noch die Drei ist Garant dafür, ein guter Mediziner zu sein. Das sehe ich auch so. Ich wünsche

mir eigentlich nur eins: dass die Universitäten endlich einmal die Möglichkeiten nutzen, die sie haben. Dass ein Teil der Plätze immer noch über die ZVS [Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen] nach der Note vergeben wird, ist so, wie es ist. Aber ich kann nicht nachvollziehen, dass die Universitäten, die die Möglichkeit haben, eigene Kriterien zu entwickeln und festzulegen, trotzdem nach dem Notendurchschnitt gehen. Diese Arbeit sollten sie machen, und dann würde man eventuell zu Veränderungen kommen.

Eckard Nagel

Das ist ein wichtiger Hinweis, dass die politischen Rahmenbedingungen sicherlich weiter sind als die Praxis.

Publikumsanwalt (Eberhard Schockenhoff)

Wir haben noch einige Fragen, die sich um die beiden Pole drehen: Wie verhält sich die politische Verantwortung des Staates oder politischer Verantwortungsträger zur Eigenverantwortung der Bürger? Wobei Eigenverantwortung nicht finanzielle Eigenverantwortung meint, sondern Verantwortung für die eigene Gesundheit, das eigene Gesundheitsbewusstsein.

Da wird einmal bedauert, dass in der Gesundheitspolitik eigentlich nur die Krankenkassen wirklich starke Akteure seien, während die Bürger, die Krankenhäuser und die Patienten keine gleich starke Lobby hätten, die öffentlich auftreten und Druck ausüben könne. In einer Frage wird gefordert, dass der Staat eine Eingriffspflicht beim ethischen Versagen anderer Akteure habe. Das ist eine starke Erwartung und eine Aufsichtspflicht auch über die privaten Krankenkassen. Das ist natürlich richtig, aber wie weit die zu gehen habe.

Auf der anderen Seite hohe Eigenverantwortung: Gefragt wird, was das Krankenhaus selbst tun kann, um die Gesundheit seiner Mitarbeiter, vor allem der Ärzte und im Pflegedienst, langfristig zu fördern.

Eckard Nagel

Derjenige, der als Sprecher der deutschen Krankenhausgesellschaft etwas dazu sagen könnte, Herr Strehl, ist leider aus zeitlichen Gründen gerade gegangen. Insofern darf ich die Frage der Aufsichtspflicht des Staates über die Selbstverwaltung an Herrn Stroppe weitergeben. Ist es in unseren Verfassungskontexten überhaupt denkbar und sinnvoll, dass der Staat in die Selbstverwaltung eingreift? Das erscheint mir etwas kontradiktorisch.

Lutz Stroppe

Der Staat hat natürlich die Aufsichtspflicht über die Selbstverwaltung. Das kann man in den verschiedenen Punkten lesen, weil Sie das vorhin so schön angesprochen haben, dass es ein gewisses Eigeninteresse an den Gehältern der Ärzte gibt. Ich erinnere nur an die Frage, was der Vorsitzende der KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] in Deutschland verdienen soll und wo da eine gewisse Grenze angelegt ist? Das schauen wir uns in dem Bereich an, genauso wie wir uns nach einer Gesetzesänderung auch ansehen, wie die Gehälter von den Krankenversicherungsvorständen aussehen. So gibt es auch über die einzelnen Entscheidungen eine Aufsichtsfunktion bis hin zum Gemeinsamen Bundesausschuss. Da sind wir schon mit im Geschäft. Aber es gibt auch eine Grenze. Deswegen ist die Selbstverwaltung das regulierende Instrument der unterschiedlichen Interessen, die daran beteiligt sind. Wir gehen in unserer Grundlage auch unserer Gesellschaft von dem Kampf unterschiedlicher Interessen aus, der zum Ergebnis kommen muss.

Deswegen sind die Krankenhäuser über die deutsche Krankenhausgesellschaft auch sehr stark in diesen Interessensgegensätzen drin.

Ich möchte in dem Zusammenhang einen Punkt hervorheben, und ich glaube, darauf zielt das stark ab. Vorhin wurde von Mitarbeiterbefragungen gesprochen. Ja, Mitarbeiterumfragen sind richtig, aber wenn es um die Qualität in Krankenhäusern geht, dann geht es meiner Ansicht nach auch um eine Befragung von Patientinnen und Patienten. Sie müssen dabei eine große Rolle spielen. Ich verstehe nicht, dass es immer noch die Attitüde gibt auch in einigen Bereichen der Ärzte, die sagen: Der Patient hat doch gar keine Ahnung, wie gut die Operation gewesen ist oder ob das Medikament das richtige war; wie soll er mich da bewerten? Das ist eine Attitüde, die in die falsche Richtung geht. Deswegen sind wir der Auffassung, wenn wir über Qualität in Krankenhäusern sprechen – wir sprechen heute nur über Krankenhäuser, aber die Qualität in der ambulanten Versorgung ist genauso ein Thema – , müssen wir intensiv besprechen – da gebe ich Ihnen Recht, dass wir in den letzten Jahren in den Krankenhäusern schon viel zur Qualitätsentwicklung getan haben, aber müssen noch mehr tun und uns auch den ambulanten Bereich anschauen. Wenn wir in den stationären Bereich gehen und uns das ansehen, muss die Meinung der Patienten und eine Befragung eine große Rolle spielen.

Dazu gehört auch, dass die Berichte, die über Qualität in Krankenhäusern erstellt werden, veröffentlicht werden und für die Patientinnen und Patienten, aber auch verständlich sind. Was habe ich davon, wenn die deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Krankenversicherungen Berichte schreiben und ich die nicht nachvollziehen kann, weil sie in einer Sprache geschrieben sind,

die ein Patient nicht nachvollziehen kann und sich damit auch kein Bild über ein Krankenhaus machen kann? Das gehört zusammen und hieran sollten wir in Zukunft arbeiten. Dass wir die Patienten stärken, wird auch ein Teil sein, den wir uns in der Qualitätsentwicklung der Krankenhäuser vornehmen.

Publikumsanwalt (Eberhard Schockenhoff)

Wir haben noch eine Frage, die sich vielleicht gut als Abschlussfrage eignet. Ich lese sie vor: Ich habe den Eindruck, dass die organisierte ethische Reflexion in den vergangenen Jahren unter dem Druck von Effizienz und Rationierung leidet. Die Anzahl ethischer Fallbesprechungen scheint mir rückläufig. Nicht, weil es keine ethische Bedenken mehr gibt, sondern weil Bedenkenträger Sorge haben, das Tempo zu bremsen und den Betrieb zu stören. Hat die Ethik im Gesundheitswesen ihren Zenit überschritten?

Eckard Nagel

Die Frage stellen wir an den Lehrstuhlinhaber für Ethik in der Medizin, Herrn Marckmann.

Georg Marckmann

Nein, sie hat ihn noch nicht erreicht. Ich glaube schon, dass sich die Ethik unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen schwertut, und zwar auf der konkreten operativen Ebene, nicht wir als professionelle Ethiker, die dafür bezahlt werden, dass sie ethisch reflektieren, sondern die ethische Reflexion der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Wenn wir versuchen, Projekte in der Richtung anzustoßen, dann sagen die Mitarbeiter oft: oh Gott, noch mal so was, noch mal eine Sitzung, noch mal ein Komitee, noch mal Gesprächsrunden. Obwohl das häufig Instrumente sind, mit denen man längerfristig sogar Zeit einsparen könnte, weil man vorab Dinge, Abläufe, Beziehungen zu den Angehörigen, Fragen der Patien-

tenversorgung gut besprochen hat. Ich glaube schon, dass sich die ethische Reflexion unter diesem ökonomischen Druck eher schwertut. Deswegen war ja auch die Idee, diese Werteorientierung im Management zu verankern.

Ich wollte noch etwas zu den Mitarbeiterbefragungen sagen. Es gibt eine interessante Untersuchung einer Wirtschaftsprüfergesellschaft: Sie hat geschaut, inwieweit die Ergebnisse der Patientenbefragungen zur Qualität mit objektiven Qualitätsparametern korrelieren. Sie korrelieren sehr schlecht. Patienten beurteilen, wie mit ihnen umgegangen wird, wie der Umgang, die Kommunikation, die Information ist. Das ist wichtig und man sollte diese beiden Instrumente nicht gegeneinander ausspielen. Der Patient kann aber nicht beurteilen – das war mein Argument –, ob zum Beispiel im Klinikum verantwortungsvoll mit Ressourcen umgegangen wird. Wie die Führungsqualität ist, also wie mit Mitarbeitern umgegangen wird, kann der Patient nur ansatzweise beurteilen. Auch zur Frage, ob Indikationen richtig gestellt werden und ob Diagnostik wirklich notwendig ist, muss man Ärzte mit befragen. Man sollte das also nicht gegeneinander ausspielen. Aber es reicht nicht, bei der Werteorientierung nur die Patienten zu befragen, weil vieles intern abläuft.

Eckard Nagel

Frau Lemke, die Frage der ethischen Fallbetrachtung und der Integration von Werteorientierungen – ist das etwas, was letztendlich den Alltag überlastet, was keinen Raum mehr findet? Oder ist die Implementation gerade von klinischen Ethikkomitees etwas, was auch die Pflege positiv aufgenommen hat und in Zukunft für die eigene Weiterentwicklung nutzen kann?

Andrea Lemke

Das hat die Pflege sehr positiv aufgenommen. Das ist ein Instrument, das sehr schwer zu implementieren und zu verankern ist. Es kostet auf Managementseite große Mühe, die Mitarbeiter immer wieder zu motivieren, die ethischen Fallbesprechungen einzufordern. Denn in hochspezialisierten Bereichen sind die pflegerischen Mitarbeiter häufiger als die ärztlichen Mitarbeiter (weil sie einfach mehr Zeit mit den Patienten und den Angehörigen verbringen) in einer ethischen Dilemmatasituation.

Ich erlebe es als sehr positiv, wenn sich berufsgruppenübergreifend Mitarbeiter in den sich herauskristallisierenden Arbeitsgruppen austauschen, auch auf einer anderen Ebene als sonst in den Arbeitsgruppen, wo wir zielorientiert diskutieren und immer sofort ein Ergebnis zu bestimmten Fragestellungen haben müssen. Da haben sie die Möglichkeit, Dinge nur zu reflektieren, ohne sofort zu einem Ergebnis kommen zu müssen. Das ist ein wunderbares Instrument.

Klaus Lieb

Ich finde die Diagnose von dem Zuhörer richtig. Meine Erfahrung ist so: In den Klinik-Chefarzt-konferenzen wird zwei Stunden über Zahlen geredet und fünf Minuten vor Ende steht der Ethiker auf, macht irgendein Fass auf und alle anderen sagen: Oh Gott, jetzt kommt das auch noch. So läuft es in der Praxis, und aus dieser Rolle muss es raus. Die Ethik sollte nicht nur die Entscheidung am Lebensende usw. ethisch begleiten – das ist alles gut und richtig –, sondern zentral in so etwas wie eine Compliance-Stelle hinein, wo genau diese Fragen adressiert werden: Wie fühlt sich ein Chefarzt, wenn er vielleicht nicht einen Bonusvertrag hat, aber doch einen Druck hat, viele Operationen zu machen, damit das Ge-

schäft läuft? Wie geht er mit dem Indikationsstellen um?

Dass man diese Themen in solchen Gremien adressiert – da muss ein Ethiker dabei sein, da müssen die verschiedenen Berufsgruppen dabei sein und das sollte möglichst vorstandsnah aufgestellt sein. Ich weiß nicht, an welchen Universitätskliniken es das schon gibt, aber ich glaube nicht, dass es viele solcher Stellen gibt, wo man diese relevanten Fragen betrachtet. Die Unikliniken sollten eigentlich ein Vorbild sein und da einen Schritt vorangehen.

Eckard Nagel

Wir haben selbst ein solches klinisches Ethikkomitee am Universitätsklinikum in Essen etabliert. Auch als Antwort auf die Frage: Spielt die Ethik heute weniger eine Rolle als früher? Ich glaube, sie beginnt eben erst, eine Rolle zu spielen. Die Implementation ist nicht einfach, aber die Forderung kam primär nicht vom Vorstand, sondern von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, zu sagen: Es gibt heute andere Instrumente in der Bewertung eines komplizierten medizinischen Falles als nur unsere medizinische oder pflegerische Orientierung, und dementsprechend wollen wir eine solche Kompetenz vor Ort. Da muss man identifizieren: Wer ist das, wer kann da helfen, wer kann sich ausbilden in diese Richtung? Insofern wäre meine Antwort auf die Frage (wenn ich mir das als Moderator erlauben darf): Es gibt heute eher eine stärkere ethische Reflexion als früher, jedenfalls explizit. Viele sagen: Wir haben auch früher schon ethisch gehandelt, aber wir haben es intuitiv getan. Das ist der Kontrast, den man manchmal hört.

Georg Marckmann

Aber Herr Lieb wollte die Ethikkomitees auch bei organisations- oder unternehmensethischen Fragen involvieren, und da muss man klar sagen,

dass das im Regelfall von klinischen Ethikkomitees bisher nicht wahrgenommen wird.

Eckard Nagel

Das ist eine andere Ebene. Wir dürfen uns nun bei Ihnen allen bedanken: bei Frau Amunts und Herrn Schockenhoff dafür, dass sie Ihre Fragen aufgearbeitet und vorgetragen haben, und auch dieser Runde. Ich darf mich bei Ihnen herzlich bedanken für die rege Diskussion, für die Aufnahme einer Reihe von krankenhausesbezogenen Problemen und Fragen im Hinblick auf einen Ausblick auf ein gesundes Haus.

Es ist deutlich geworden, dass die Diskrepanz zwischen sozialer Einrichtung und Wirtschaftsunternehmen eine besondere Rolle in der Veränderung der Wahrnehmung des Krankenhauses spielt. Wir nehmen mit die Antwort von Staatssekretär Stroppe, dass im Hinblick auf die Rentabilität, die heute an mehreren Stellen thematisiert worden ist, eine entsprechende Sensibilisierung in der Politik stattgefunden hat.

Vielleicht als Punkt unserer Abschlussdiskussion die Frage, die Herr Lieb aufgegriffen hat, inwieweit es auch eine zusätzliche Reflexionsebene geben soll. Mein Eindruck während dieser Diskussionsrunde war, dass die Politik – das haben wir immer wieder angesprochen – die Reflexionsebene ist, die uns als Bürgerinnen und Bürger dieses Landes am besten repräsentiert und die damit eine besondere Verantwortung hat. Ich bedanke mich und gebe an Sie weiter, Herr Heinemann.

Schlusswort

Thomas Heinemann · Mitglied des Deutschen Ethikrates

Herzlichen Dank auch von meiner Seite. Ich stehe jetzt vor der Aufgabe, nach einem Tag der

Diskussion über dieses schwierige und umfangreiche Thema das Schlusswort zu sprechen.

Ich kann unmöglich die Fülle der Gesamtdiskussion noch einmal abbilden, aber wir haben einige Bereiche, wo offensichtlich Konsens besteht. Das ist zunächst die Problemanalyse. Ich spreche nicht über Problemursachen, sondern über die Probleme im Krankenhaus, wie sie heute Morgen dargestellt wurden; da besteht offensichtlich Einigkeit, das ist nicht selbstverständlich. Hierzulande hat es in diesem Diskurs eine Phase gegeben, wo es hieß: Na ja, die Krankenschwestern sitzen im Stationszimmer rum und trinken Kaffee. Das ist vorbei, glaube ich.

Ein zweiter Punkt der Einigkeit besteht sicherlich darin, dass der Patient im Mittelpunkt steht. Völlig egal, welches System wir denken – das Krankenhaus hat dafür da zu sein, als soziale Einrichtung den Patienten in den Blick zu nehmen und nur diesem Patienten zu dienen. Mit anderen Worten: Das Krankenhaus ist kein Renditeobjekt – das soll es nicht sein, muss ich sagen, und wenn es das ist, läuft irgendetwas falsch.

Ein dritter Punkt, wo Einigkeit besteht, ist: Die Finanzierung funktioniert nicht. Ich sage damit nicht, dass das System nicht funktioniert, aber irgendwo klemmt es. Die Finanzierung des Krankenhauses scheint im Moment nicht zu funktionieren, Stichwort duales System, Stichwort vielleicht vertikale Verteilung der Mittel usw. Das sind Punkte, die man festhalten kann.

Einigkeit besteht auch darüber: Zurück irgendwohin, wo wir herkommen, wollen und können wir nicht. Ich selbst gehöre noch zu der Generation: Als ich junger Assistent an der Uniklinik war, war das überhaupt keine Frage, da wurde der Medikamentenschrank aufgemacht und rausgezogen, was gerade drinstand. Über Kosten-

strukturen dachte zu meiner Zeit noch keiner nach. Das hat sich geändert und es ist gut, dass sich das geändert hat. Die Ökonomie ist ein wichtiger Faktor im Krankenhaus, und zwar nicht irgendwie geworden, sodass man sich mit Händen und Füßen dagegen wehren muss, sondern sie gehört da hinein, muss aber vernünftig eingebunden werden.

Nun kann man versuchen, ein paar Punkte der Diskussion auf drei Ebenen zusammenzufassen: einmal eine Systemebene (nicht Gesundheitssystem, sondern Finanzierungssystem), dann eine Ebene, die das Krankenhaus als eigene Einheit abbildet, und die Ebene der Mitarbeiter, die auch benannt werden und in den Blick geraten müssen.

Was die Systemebene angeht, scheint die zentrale Frage zu sein: Gibt es eine Zone medizinischen Handelns, die wir von ökonomischen Zwängen frei halten müssen und können? Dass wir es müssen, da besteht Einigkeit; inwieweit wir es frei halten können, müssen wir sehen. Aber das scheint im Moment insgesamt ein großes Problem zu sein. Wobei wir heute Morgen gehört haben, dass die Ökonomen da abgeschlossen zu sein scheinen; sie machen zumindest Differenzierungen. Sie sagen: Da, wo medizinische Indikationen betroffen sind, möchten und können wir als Ökonomen nicht viel zu tun haben; das ist ökonomiefiern, hier muss der Arzt die Entscheidungen treffen. Aber wo es um Medikamente, Geräte, Ausstattungsfragen usw. geht, das ist schon eher ein ökonomienaher Bereich, der auch die Expertise und Kompetenz der Ökonomen im Krankenhaus erfordert. Hier kann man versuchsweise eine Differenzierung einführen und muss untersuchen, wie weit die trägt. Noch einmal: Es geht nicht um die Frage der Wirtschaftlichkeit (die ist in jedem Fall wichtig

und erwünscht), sondern um Fragen der Verteilung bzw. auch der Expertise, die hier mit benannt sind.

Des Weiteren geht es auf der Systemebene (wobei die drei genannten Ebenen des Systems, des Krankenhauses und der Mitarbeiter interdependent sind und miteinander zusammenhängen) um Incentives, also um Vorteile, die auch und insbesondere in Variablen der psychosozialen Zufriedenheit von Patient und Berufsgruppen in den Krankenhäusern zum Ausdruck kommen müssen. Das scheint im Moment ein Defizit zu sein; Herr Maio hat es vorgestellt, ebenso Frau Biller-Andorno. Da geht es um die Frage, ob wir auch psychosoziale Größen in einer Weise parametrisieren können, wie wir das im Moment mit empirischen und ökonomischen Parametern tun. Das scheint in der Tat eine Aufgabe zu sein, die für die Arbeit im Krankenhaus, für die Zufriedenheit der Patienten, aber auch der im Krankenhaus Tätigen eine große Rolle spielt. Anreize müssen im Sinne einer Beziehungsmedizin verändert werden; sie müssen besser an bestimmte Zielsetzungen gekoppelt werden, die mit solchen Anreizen verbunden werden, und es sollten lernende Systeme sein, die adaptionsfähig sind, je nach Analyse von Schwächen.

Kurz zur Ebene des Krankenhauses: Eine der Konsequenzen aus den Diskussionen scheint mir zu sein, dass die Leitungskompetenz im Krankenhaus (auch juristische Leitungskompetenz) nicht nur beim Ökonomen liegen sollte. Möglicherweise wäre das ein kleiner Rückschritt, den man machen könnte, worüber man nachdenken müsste, dass hier Ökonom, Arzt und Pflegebereich in der Krankenhausleitung wieder zusammenkommen – das ist verschiedentlich schon wieder eingeführt, aber das scheint notwendig zu sein – und die vielen verschiedenen Aspekte im

Krankenhaus wieder unter ein Dach gebracht werden. So, wie wir es heute gehört haben, sind Ökonomen offensichtlich durchaus bereit, zuzuhören und nicht einfach ein System zu exekutieren, sondern sie nehmen sehr verantwortlich in den Blick, was Krankenhaus eigentlich bedeutet.

Auf der dritten Ebene, der Arbeiterebene, war ein Stichwort genannt worden: das Problem, dass der ökonomische Druck von vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern internalisiert und als persönliches Versagenserleben interpretiert wird. Daraus entsteht eine große Unzufriedenheit. Es gibt verschiedene Reaktionsmöglichkeiten darauf: Entweder wird man unglücklich, vielleicht berufsunfähig über diesen ständigen Druck; es kann auch in einem gewissen Zynismus enden, dass man sagt: Ich mache einfach meinen Job. Das sind Phänomene, die man im Krankenhaus im Moment feststellen kann. Auch dieses Problem muss in den Blick genommen werden; auch hier muss man ansetzen und kann offenbar auch ansetzen.

Zwei letzte Punkte, die genannt wurden: Der erste betrifft die Ausbildung; das ist insbesondere eine Frage der Ausbildung von Führungsqualität im Krankenhaus, von Persönlichkeiten, die motivieren können und in einer Weise so resistent sind, dass sie auch Druck im System aushalten können und auch die Rolle des Vorbildes im Krankenhaus – und damit in einem bestimmten und wichtigen Segment der Gesellschaft – übernehmen können.

Ein zweiter Punkt: In mehreren Beiträgen kam heraus, dass die Politik bitte sagen soll, was sie beabsichtigt und was die Ziele sind, oder sie soll sagen, dass sie in diesem System machtlos ist. Aber es geht nicht, die Mitarbeiter im Ungewissen zu lassen, wie es heute Morgen in verschiedenen Beiträgen dargestellt wurde, dass Mit-

arbeiter zittern: Hält mein Krankenhaus durch oder nicht?, wenn die Systemparameter längst so gestellt sind, dass ihr Krankenhaus nicht durchhalten kann. Das ist auch eine ethische Frage.

Das ist eine Quintessenz einiger wichtiger Punkte, die wir heute besprochen haben. Ich darf nun die Sitzung beschließen und möchte allen Referentinnen und Referenten und allen Teilnehmern auf dem Podium herzlich danken für die engagierte Diskussion und die guten Vorträge, die uns einen hervorragenden Überblick über dieses schwierige und sperrige Feld vermittelt haben. Ich danke auch dem Deutschen Hygienemuseum dafür, dass wir hier diese Tagung durchführen konnten. Ich danke allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle des Deutschen Ethikrates, die hier in bewundernswerter Arbeit diese Tagung an fremdem Ort installiert und zu einem reibungslosen Verlauf gebracht haben. Ich danke den Moderatoren und Publikumsanwälten, und ich danke vor allen Dingen Ihnen, dem Publikum fürs Kommen, für Ihr Interesse und für die Diskussionsbeiträge und wünsche eine gute und sichere Heimfahrt.