

Interview mit Frau Professor Dr. Christiane Woopen

Direktorin des Cologne Center für
Ethics, Rights, Economics and Social
Sciences of Health (CERES)



Foto: Reiner Zensen

Ökonomisierung in der Medizin

Steigende Fallzahlen, zunehmende Operationsfrequenzen, Arbeitsverdichtung und verkürzte Liegezeiten sind nur einige der Kennzahlen, die den Wettbewerbsdruck in den Krankenhäusern verschärfen. Der Ruf nach Schließung von Krankenhäusern und einer Bettenreduktion ist unüberhörbar. Die Öffentlichkeit registriert zwar, dass eine fortschreitende Ökonomisierung im Gesundheitswesen um sich greift, die zunehmend zulasten von Patienten gehen muss. Ein Patentrezept zur Lösung gibt es allerdings derzeit (noch) nicht. Eine Stellungnahme des Deutschen Ethikrats vom 5. April zur Krankenhausversorgung in Deutschland aus ethischer Perspektive lässt daher aufhorchen. Mit der für das Votum des Ethikrats mitverantwortlichen und bis Ende April Vorsitzenden Frau Univ. Prof. Dr. Christiane Woopen (**ChW**), Direktorin des Cologne Center für Ethics, Rights, Economics and Social Sciences of Health (CERES) an der Universität zu Köln, sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**):

JFR: Frau Prof. Woopen, was hat den Ethikrat veranlasst, gerade jetzt und in dieser Form zum Thema Ökonomisierung in der Krankenversorgung im stationären Bereich Stellung zu beziehen?

ChW: Der Ethikrat hielt es für wichtig, das Patientenwohl als ethischen Maßstab für die Behandlung im Krankenhaus in das Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken. Fehlanreize durch manche Rahmenbedingungen und auch Fehlentwicklungen angesichts einer zunehmenden Ökonomisierung haben dazu geführt, dass sowohl die Arbeitsbedingungen für das Personal als auch die Behandlung der Patienten darunter leiden. Also hat der Ethikrat in seiner Stellungnahme ausgeführt, was eine konsequente Orientierung der Krankenhausplanung und -

versorgung am Patientenwohl bedeutet. Dazu führt er drei Kriterien ein: die selbstbestimmungsermöglichende Sorge, die Behandlungsqualität und die Zugangs- sowie Verteilungsgerechtigkeit.

JFR: Ist die komplexe Struktur der stationären Versorgung ohne ein entsprechendes Fachwissen überhaupt noch zu verstehen? Was könnte und müsste ggfs. für die Öffentlichkeit transparenter werden?

ChW: Die Struktur der stationären Versorgung ist für einen Laien im Detail nicht zu verstehen, ja selbst für das medizinische Fachpersonal kaum. Natürlich wäre es wünschenswert, wenn das Vergütungssystem, die Krankenhausplanung und besondere Behandlungsprogramme möglichst einfach und transparent wären. Wichtig aber ist vor allem, dass der Patient sich darauf verlassen kann, dass er Zugang zu den für ihn notwendigen Leistungen hat und dass er gut behandelt wird.

JFR: Im Krankenhausgesetz ist eine qualitativ hochwertige und patientengerechte Versorgung festgelegt. Kann ein Krankenhausträger diese Bedingungen unter den ökonomischen Zwängen, wie eingangs aufgeführt, und unter der Konkurrenzsituation überhaupt einhalten?

ChW: Nicht jedes Krankenhaus kann in allen Bereichen eine qualitativ hochwertige und patientengerechte Versorgung durchhalten. Das liegt aber nicht nur an den ökonomischen Rahmenbedingungen, sondern etwa auch an Spezialisierungen und Fallzahlen und damit an der Erfahrung des Personals. Deswegen ist es richtig, wie nun vorgesehen die Krankenhausplanung an Qualitätskriterien auszurichten. Die Grundversorgung sollte flächendeckend und wohnortnah gewährleistet sein. Patienten müssen sich allerdings darauf einstellen, für besondere Behandlungen zuweilen weitere Wege in Kauf zu nehmen.

JFR: Viele Patienten klagen über eine mangelnde soziale Kompetenz und über die häufig fehlende Empathie des Personals ihnen gegenüber. Auf der anderen Seite sind die Ansprüche der Patienten an die Versorgung enorm gestiegen. Was müsste getan werden, um diese Situation zu verbessern? Wie sollte das Arzt- bzw. Pflege –Patientenverhältnis unter den gegebenen Verhältnissen besser funktionieren?

ChW: Soziale Kompetenz und Empathie werden vor allem in der Kommunikation deutlich. Zur Gewährleistung einer besseren Kommunikation hat der Ethikrat mehrere Empfehlungen formuliert. So sollte der zeitliche und organisatorische Aufwand für eine gute Kommunikation im Vergütungssystem berücksichtigt werden. Die Kommunikationskompetenz des Personals sollte durch regelmäßige Aus-, Fort- und Weiterbildung gestärkt werden. Kommunikation sollte transparent und einfach dokumentiert werden. In interkulturellen Behandlungssituationen sollte eine professionelle Übersetzung gewährleistet und finanziert werden. Und schließlich sollte es verpflichtende Deutschkurse für nicht deutschsprachige Ärzte und Pflegende geben. Alle diese Maßnahmen aber können noch nicht garantieren, dass der Einzelne vor Ort aus einer Grundhaltung der Empathie heraus kommuniziert. Das ist der Beitrag, den jeder Arzt und jeder Pflegende aus sich selbst heraus zu leisten hat.

JFR: Sie haben in Ihrem Votum weitere Konfliktfelder aufgezeigt wie Kommunikation und Berufsethos. Was und warum läuft da möglicherweise im ärztlichen wie pflegerischen Bereich manches falsch? Liegt es an der Ausbildung, an mangelnden Vorbildern im Berufsalltag, an der Entgeldsituation oder sind Leistungsträger zunehmend überfordert, um nur einige mögliche Ursachen anzusprechen?

ChW: Die Konfliktfelder, die der Ethikrat im Einzelnen beleuchtet, beziehen sich auf die Kommunikation, das Berufsethos und die Berufswirklichkeit, die Organisation des Krankenhauses bezüglich Leitungsstrukturen und klinischen Ethikkomitees, die Fort- und Weiterbildung, die Verteilung knapper Mittel sowie – und das halte ich persönlich für einen besonders wichtigen Teil der Stellungnahme - Patienten mit besonderen Bedarfen. Dazu gehören Kinder und Jugendliche, Patienten in hohem Lebensalter, Patienten mit Geriatrietypischen Erkrankungen, mit Demenz, mit Behinderungen und Patienten mit Migrationshintergrund. Für diese Patientengruppen gibt es erhebliche Herausforderungen gerade im Hinblick auf die Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit. Die Gründe, warum in diesen Feldern Verbesserungsbedarf besteht, sind natürlich komplex und reichen von individuellen bis zu systematisch-strukturellen Faktoren. Man erfasst diese Gründe aber letztlich, wenn man bei allem, was man tut und reguliert fragt: Orientiere ich mich oder orientieren wir uns am Patientenwohl – und wenn nicht, warum nicht? Was leitet mich oder uns stattdessen?

JFR: Wie sollte sich das Krankenhausmanagement, das mitunter nur aus Ökonomen besteht und häufig Taktgeber für die eingangs genannten Eckdaten ist, auf die Versorgung der

Patienten auswirken? Kann Leistungssteigerung aus ökonomischen Aspekten eine Beziehungsbremse sein? Muss mehr ärztlich-pflegerische Kompetenz in Leitungsstrukturen einbezogen werden?

ChW: Der Ethikrat hat auch zur Sicherung und Verbesserung der Leitungsqualifikation eine Empfehlung gegeben. Leitende ärztliche und pflegerische Manager sollten neben ihrer beruflichen Kernkompetenz über Kenntnisse in Ökonomie, Ethik, Management und Recht verfügen. Krankenhausmanager aus der Ökonomie sollten Kenntnisse in Medizin und Pflege haben. Hier können Fortbildungen und Praxiserfahrungen hilfreich sein. Zusammen genommen sollte dies eine Verengung und Einseitigkeit der Perspektiven vermeiden. Es geht ja nicht um Ökonomie gegen Ethik. Ganz im Gegenteil ist der kluge Umgang mit knappen und zudem noch solidarisch aufgebrauchten Mitteln Teil der ethischen Verantwortung. Nur so können eine gute Versorgung bezahlt, Arbeitsplätze erhalten und Krankenhäuser gesichert werden.

JFR: Gerade in ländlichen Gegenden ist der zunehmende Anteil ausländischer Ärzte mit mangelnden Sprachkenntnissen in den Krankenhäusern besonders hoch, da dort die Arbeitsbedingungen vielen deutschen Ärzten nicht mehr attraktiv zu sein scheint. Hinzu kommt, dass die Zahl schlecht oder gar nicht deutsch sprechender Patienten in den letzten Jahren enorm angestiegen ist. Wie wirken sich diese Veränderungen auf die Versorgung aus? Wo und wie müsste da nachgesteuert werden?

ChW: Wenn sich Arzt und Patient nicht sprachlich miteinander verständigen können, hat dies schädliche Folgen nicht nur für die Kommunikation, sondern auch für die Behandlung. Der Arzt versteht nicht, was der Patient ihm sagen will, und der Patient versteht nicht, warum und wie der Arzt etwas empfiehlt. Zudem ist eine selbstbestimmungs-ermöglichende Sorge so nicht zu gewährleisten. Wie schon erwähnt fordert der Ethikrat deswegen auch verpflichtende Sprachkurse für nicht deutschsprachige Ärzte.

JFR: Die Abrechnungen nach DRG's (Diagnosebezogene Fallgruppen) haben die Krankenhausversorgungslandschaft in den letzten Jahren nachhaltig verändert. So ist die Wettbewerbsfähigkeit zahlreicher Krankenhäuser zum Teil drastisch gesunken. Krankenhausschließungen werden nicht nur gefordert; sie sind häufig bereits jetzt schon deren Folge. Privatisierungen durch Übernahme von insolventen Krankenhäusern kommunaler oder kirchlicher Träger machen Schule. Ist dieser Trend sinnvoll, verantwortbar oder müsste er

ggfs. aufgehoben werden? Wo sehen Sie für die Zukunft Chancen, wo Risiken der DRG's in diesem System?

ChW: Jedes Vergütungssystem bringt seine Anreize und Fehlanreize mit sich. Wenn Krankenhäuser schließen, muss die Ursache dafür zudem nicht unbedingt im DRG-System selbst liegen. Wichtig scheint mir hier die von der Regierung ja eingeführte Krankenhausplanung nach Qualitätskriterien zu sein. Ein DRG-System kann in Bereichen Vorteile haben, in denen es eine ausreichende Menge ungefähr gleichartiger Fälle gibt. Deswegen empfiehlt der Ethikrat ja auch nicht die Abschaffung des DRG-Systems. Sind Patienten jedoch nicht gut in Fallgruppen erfassbar, sollte es neue Vergütungselemente geben. Zudem können DRGs an Qualifikationen und Ausstattung gebunden werden. Ein Fortschritt wäre auch die Aufteilung von DRGs, ohne dass der Patient vorher aus Gründen der Abrechenbarkeit verlegt oder erst entlassen und dann wieder aufgenommen werden muss, oder eine Paketlösungen durch das Zusammenziehen mehrerer einschlägiger DRGs. Im Zusammenhang mit der Privatisierung von Krankenhäusern ist zu beachten, dass Gewinnorientierung und Erlösmaximierung letztlich nicht die ausschlaggebenden Maßstäbe sein dürfen. Auch für privat getragene Krankenhäuser gilt das Patientenwohl als ethisches Leitprinzip für das medizinische Handeln.

JFR: Die Universitätskliniken stehen unter dem zusätzlichen Druck, klinische Forschung nach Möglichkeit auf höchstem Niveau vorhalten zu müssen. Der diesjährige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin Prof Hasenfuß hat die klinische Forschung als eine elementare Voraussetzung für den Fortschritt in der Medizin bezeichnet. Wie lassen sich unter diesem zusätzlichen Druck gerade für junge Ärzte und Forscher Bedingungen schaffen, die Ihren Forderungen gerecht werden?

ChW: Wenn Sie dann noch familiäre Aufgaben hinzunehmen, wird es noch einmal schwieriger. Die Arbeitsbedingungen sollten die drei- oder gar vierfache Herausforderung abbilden: Klare Aufteilung und zeitliche Budgets für Forschung, Lehre und klinische Tätigkeit sowie eine entsprechende Anpassung der Personalausstattung; individuelle Karriereplanung in regelmäßigen Abständen; gleiche Wertigkeit von sog. Grundlagenforschung und klinischer Forschung; Möglichkeit der Befreiung von Nacht- und Wochenenddiensten, wenn man zusätzlich familiäre Aufgaben hat. Das haben wir in der Uniklinik Köln mit sog. Gussyk-Stellen (Familienförderstellen für forschende Ärztinnen und Ärzte mit Familienpflichten in der Weiterbildung mit Freistellung von Nacht- und Wochenenddiensten, Red.) erreicht, die es meines Erachtens überall planmäßig geben sollte.

JFR: Ihre Schlussempfehlungen enthalten u.a. neben einer Verbesserung der Leitungsqualifikation und der Pflegesituation im Krankenhaus auch Vorschläge für eine Verbesserung systembedingter Rahmenbedingungen. Was ist darunter zu verstehen?

ChW: Unter systembedingten Rahmenbedingungen fasst der Ethikrat vier Empfehlungen zusammen. Erstens schlägt er vor, dass für die Krankenhausplanung Kriterien entwickelt werden, die sich im dargelegten Sinne am Patientenwohl orientieren: also an der selbstbestimmungsermöglichenden Sorge, an der Behandlungsqualität und an Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit. Diese Kriterien sollen dann sowohl für die Zulassung als auch für die Fortführung der Zulassung verbindlich sein. Zweitens legt er es Bund und Ländern nahe, bundeseinheitliche Standards für die Krankenhausplanung zu entwickeln. Drittens empfiehlt er, dass die Schnittstellenprobleme zwischen stationärem und ambulantem Sektor mit Blick auf die Patientenwohlorientierung systematisch analysiert und gelöst werden sollten. Und viertens regt er an, dass der Gemeinsame Bundesausschuss fachethische Expertise einbezieht.

JFR: Von Journalisten hört man gelegentlich flapsige Aussagen wie die, dass das deutsche Gesundheitswesen „marode“ sei, einer natürlich durch nichts belegten Behauptung, die aber in der Öffentlichkeit ihre Wirkung nicht verfehlt. Andererseits streben deutsche Bürger bei einer Erkrankung im Ausland nach Möglichkeit eine Behandlung in ihrem Heimatkrankenhaus an und das nicht nur wegen sprachlicher Probleme. Wie schätzen Sie auf Grund Ihrer Analyse die Gesamtsituation der deutschen Krankenhäuser ein?

ChW: Ich persönlich halte das deutsche Gesundheitswesen in seiner solidarischen Ausgestaltung und dem Niveau der medizinischen Versorgung - auch in den Krankenhäusern – für gut. Dennoch gibt es einige Baustellen. Die Krankenhausplanung ist davon eine. Die Einführung eines systematischen Risikomanagements in Krankenhäusern ist eine weitere. Die größte Baustelle ist für mich die Digitalisierung, die meines Erachtens erhebliche Fortschritte für zeitsparende Arbeitsabläufe, für die Patientensicherheit und für die Behandlungsqualität bringen würde. Eine gut umgesetzte Digitalisierung wird entscheidend sein für die Zukunftsfähigkeit unseres Gesundheitssystems.

JFR: Frau Professor Woopen, ganz herzlichen Dank für dieses interessante und aufschlussreiche Gespräch.