

# GESCHÄFTSMODELL GESUNDHEIT

**Krankenhäuser im Spagat  
zwischen  
Ökonomie und Bedarfsgerechtigkeit**

PHYSIO DEUTSCHLAND

# DAS CHRISTLICHE HOSPITAL DES MITTELALTERS

- Hospital (v. lateinisch *hospitalis*, gastfreundlich, ‚zum Gastwirt gehörend‘, dies abgeleitet von *hospes*, ‚Gastfreund, Gastwirt‘) urspr. christlich geführte Pilgerherbergen und Armenhäuser
- Orientierung an klösterlichen Einrichtungen
- „Der mittelalterliche Mensch erkrankte, genas oder starb in aller Regel in der solidarischen Gemeinschaft seiner engsten sozialen Gruppe, die ihm [...] Sicherheit, Geborgenheit und Pflege gewährte.“  
Eckart 2013. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, S. 65
- Medizin und Seelsorge unter einem Dach



# DAS HOSPITAL HEUTE

## „Wachstumsmarkt Gesundheitswesen

In Deutschland werden die Patienten der 1.980 Krankenhäuser von 1,2 Millionen Beschäftigten behandelt. Mit 94 Milliarden Euro Jahresumsatz sind die deutschen Krankenhäuser ein bedeutender Wirtschaftsfaktor im Wachstumsmarkt Gesundheitswesen. In vielen Regionen ist das Krankenhaus der größte Arbeitgeber.“

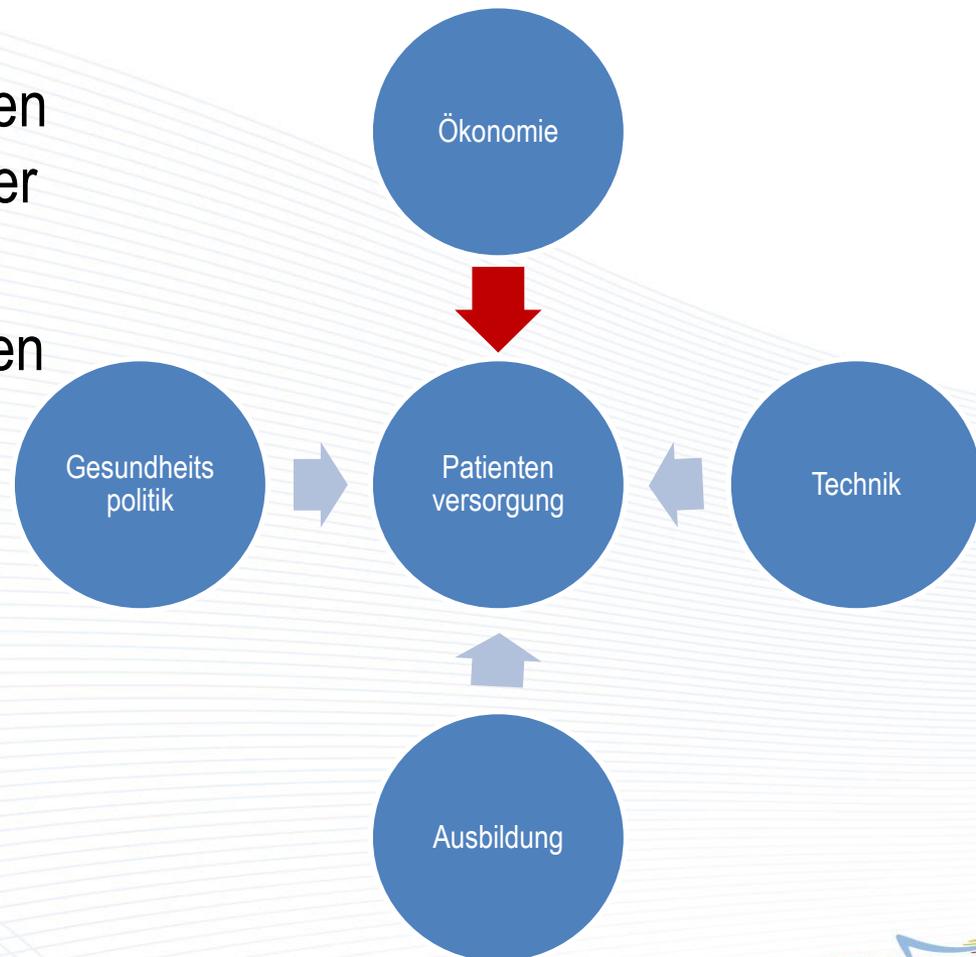
Quelle: Krankenhausgesellschaft 2016

# INDUSTRIELLE MEDIZIN ODER BEZIEHUNGSMEDIZIN



# DIE NOTWENDIGKEIT ÖKONOMISCHEN DENKENS

- Ökonomie schafft Ermöglichungsbedingungen und Voraussetzungen einer effektiven Medizin
- Optimierung von Prozessen
- Aufbau struktureller Grundlagen



# STUFEN DER ÖKONOMISIERUNG

## Das Stufenmodell der Ökonomisierung

<b>Stufe 1</b> (autonomer Pol)	Überhaupt kein Kostenbewusstsein bei den Akteuren; Zahlungsfähigkeit ist problemlos gegeben; Akteure können völlig autonom handeln
<b>Stufe 2</b>	Verlustvermeidung als »Soll-Erwartung« an die Akteure; ansonsten handeln die Akteure autonom
<b>Stufe 3</b>	Verlustvermeidung als »Muss-Erwartung« an die Akteure; Autonomie der Akteure wird in Teilen beschnitten (z. B. in Form von Rationierung)
<b>Stufe 4</b>	Verlustvermeidung als »Muss-Erwartung« kombiniert mit Gewinnzielen als »Soll-Erwartung«; Akteure sollen ihr Handeln an die Marktgängigkeit anpassen
<b>Stufe 5</b> (weltlicher Pol)	Gewinnerzielung als einziges Ziel des Teilsystems



Tab. 1. Fünf Grade der Ökonomisierung, nach Schimank/Volkman 2008, modifiziert nach Slotala 2011, S. 72

# VON DER DIENENDEN ZUR BESTIMMENDEN ÖKONOMIE: HEILEN WIE AM FLIESSBAND

# PRAKTISCHE AUSWIRKUNGEN

## I. DIAGNOSTIK: PARALLELITÄT VON ÜBER- UND UNTERDIAGNOSTIK

- Tendenz zur Überdiagnostik bei Privatpatienten
- Tendenz zur Unterdiagnostik bei DRG-relevanten Patienten
- Konzentration auf die Hauptdiagnose und Ausblendung weiterer Krankheiten
- Wahrnehmung von Segmenten und nicht der Zusammenhänge
- „Wir müssen nur auf die Diagnose gucken, warum der Patient da ist, und alles, was daneben steht, das spielt keine Rolle, und da wird der Patient als Krankheitsbild weiterbehandelt, leider, nicht als eine Person...“

Braun et al. 2009

# PRAKTISCHE AUSWIRKUNGEN

## II. THERAPIE: FRAGMENTIERUNG UND ZIFFERN

„Herr Kolbe, ein ca. 50jähriger Patient aus Hamburg, liegt wegen einer Gallenkolik auf einer chirurgischen Station in Berlin. Zunächst wurde mittels einer ERPT (endoskopische retrograde Papillotomie) ein Stein aus dem Gallengang entfernt. Aufgrund weiterer Steine in der Gallenblase ist im Anschluss deren operative Entfernung indiziert. Für das Krankenhaus stellt sich nun das Problem, dass infolge der Fallpauschalenregelung der Krankenkassen jedoch nur ein Eingriff vergütet wird. Um die zweite Operation bezahlt zu bekommen, müsste der Patient zunächst entlassen und dann erneut durch einen Hausarzt eingewiesen werden.“

Vogd 2004, S. 182

# PRAKTISCHE AUSWIRKUNGEN

## III. ENTLASSUNG: KEIN SANFTES HINAUSBEGLEITEN

- Im Zuge der Einführung des DRG-Vergütungssystems sinkt die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus stetig.
- Die Krankenhausbehandlung umfasst nach § 39 SGB V „alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind“.
- Für Patienten bedeutet dies im Einzelfall, dass sie aus dem Krankenhaus entlassen werden, obwohl ihr Genesungsprozess noch nicht so weit fortgeschritten ist, dass sie sich alleine versorgen oder ihren Haushalt selbstständig führen können.
- Ambulante Versorgungslücke - Vom Krankenhaus in die Hilflosigkeit?

# PRAKTISCHE AUSWIRKUNGEN

## IV. PATIENTENKONTAKT:

### Handwerklich-technische Qualität vor Beziehungsqualität

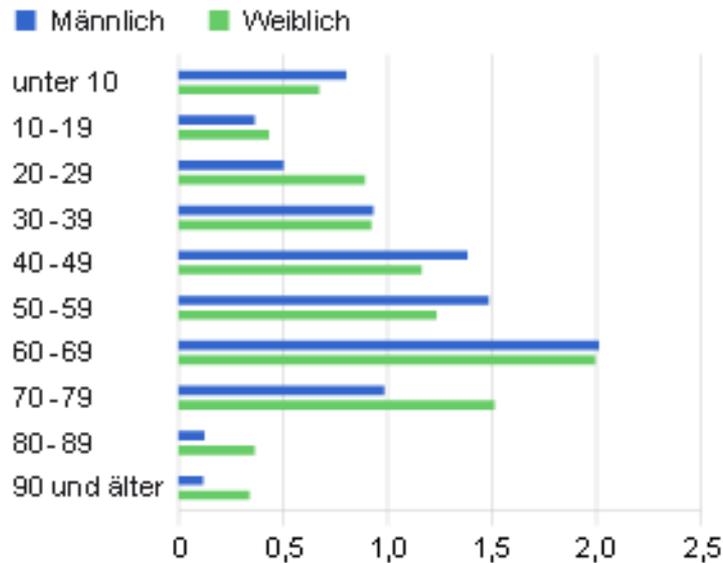
- Reduzierung von Personalkosten
- Starke Arbeitsverdichtung
- Zunahme administrativer Aufgaben
- Beschränkung auf handwerklich-technische Aufgaben
- Reduzierung psycho-sozialer Betreuung
- Vernachlässigung der psychosozialen Dimension des Krankseins
- „Je älter, je weniger artikulationsfähig und je weniger sozial eingebunden der Patient ist, da bin ich überzeugt von, desto höher ist die Gefahr, dass das, was die Medizin letztendlich ausmacht, dass man sich nämlich mit dem Menschen beschäftigt und nicht mit der Fraktur in Zimmer 730, dass das untergeht.“

Braun et al. 2009, S. 190

# PRAKTISCHE AUSWIRKUNGEN

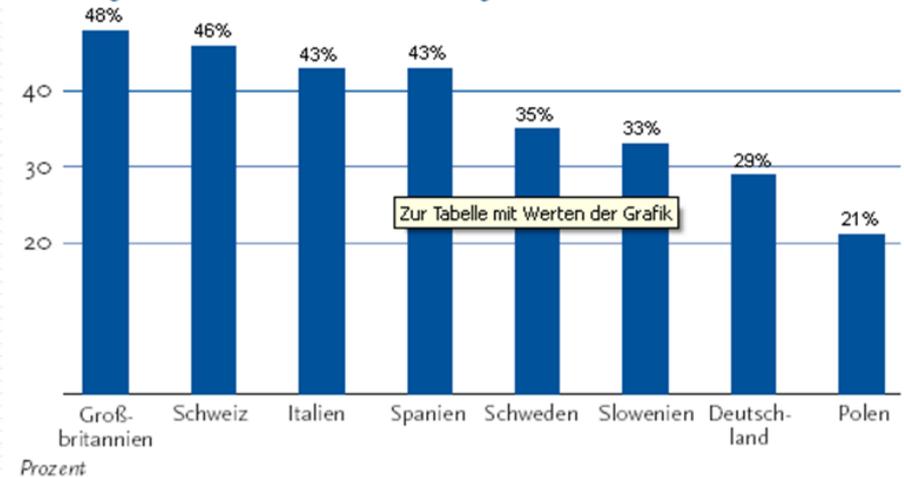
## V. ENTSOLIDARISIERUNG VON DEN SCHWÄCHSTEN

Krankenhausfälle nach Altersgruppen 2013  
in Mill.



© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2015

»Professionelle im Gesundheitswesen hören immer zu, geben immer ausreichend Erklärungen und haben immer Zeit für Fragen«



Quelle: GBE (2006). Heft 32 - Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen

# THEORETISCHE IMPLIKATIONEN EINER ÖKONOMISIERTEN MEDIZIN:

## Das Sozialgefährt



**Professionelle Qualitätsentwicklung  
auf der Basis sozialer Wertorientierung**

**Ökonomisch beherrschtes  
Qualitätsmanagement**

# THEORETISCHE IMPLIKATIONEN EINER ÖKONOMISIERTEN MEDIZIN

- Abschaffung von Geduld und Abwertung der Sorgfalt
- Der standardisierte Patient
- Abschaffung der Kreativität
- Dienstleister statt Helfer
- Abwertung des Nicht-Messbaren
- Verlust der Ganzheitlichkeit
- Etablierung einer Misstrauenskultur
- Entfremdung der Heilberufe von ihrer eigenen Identität

# DAS DIKTAT DER EVIDENZ


 PubMed "evidence based"  
 US National Library of Medicine  
 National Institutes of Health

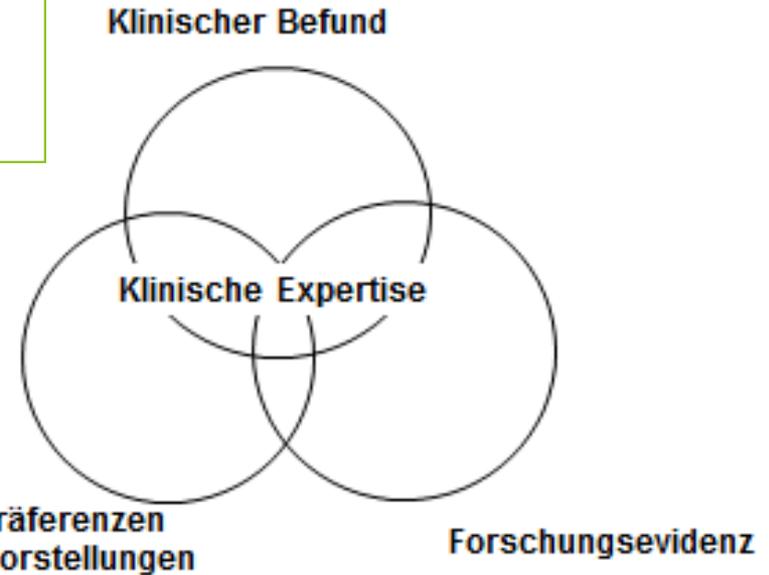
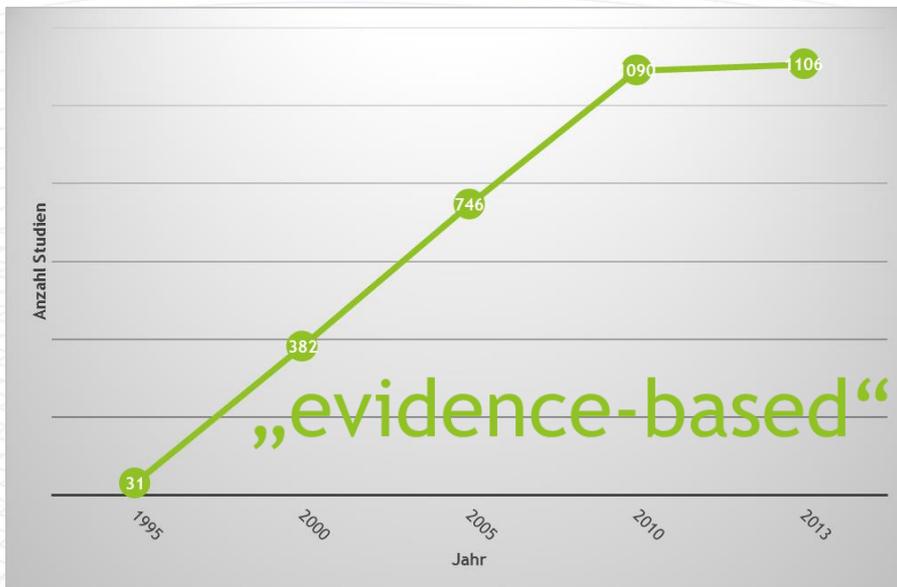
[Show additional filters](#)    **Display Settings:**  Summary, 20 per page, Sorted by Recently Added    [Send to:](#)

[Clear all](#)    **Results: 1 to 20 of 31**    << First < Prev Page 1 of 2 Next > Last >>

**Article types**    clear  
 Clinical Trial  
 Meta-Analysis  
 Observational Study  
 Pragmatic Clinical Trial  
 Randomized Controlled Trial  
 Review  
 Systematic Reviews  
 More ...

Filters activated: Clinical Trial, Observational Study, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Reviews, Meta-Analysis, Pragmatic Clinical Trial, Publication date from 1995/01/01 to 1995/12/31, Field: Title. [Clear all](#) to show 102445 items.

[Developing comprehensive stroke services: an evidence-based approach.](#)  
 1. Langhorne P.  
 Postgrad Med J. 1995 Dec;71(842):733-7.  
 PMID: 8552537 [PubMed - indexed for MEDLINE]    **Free PMC Article**  
[Related citations](#)



Nach: Haynes, R.B., Devereaux, P.J., Guyatt, G.H. (2002).  
 Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *British Medical Journal*, 324, 1250

# LIMITIERTE EVIDENZ

**Nur für 11% von 3.000 Behandlungsleistungen liegt Evidenz für Nutzen vor - bei 50% weiß man gar nichts.**



Die Wirksamkeit von 50% der 3.000 Behandlungsleistungen für die wichtigsten Erkrankungen ist mangels qualitativ hochwertigen Studien unbekannt, für 11% der Leistungen zeigen randomisierte kontrollierte Studien (RCT) Evidenz für ihre uneingeschränkte Nützlichkeit ("beneficial") und weitere 24% sind evidenzbasiert wahrscheinlich nützlich ("likely to be beneficial"). Für 7% der Leistungen belegen RCTs einen Zielkonflikt zwischen Nutzen und Schädlichkeit ("trade-off between benefits and harms"), bei 5% der Leistungen ist es unwahrscheinlich, dass sie nützlich sind ("unlikely to be beneficial") und 3% der 3.000 Leistungen sind wahrscheinlich nachweisbar unwirksam oder schädlich ("likely to be ineffective or harmful").

Dies sind die jüngsten versorgungswissenschaftlichen Eckdaten aus dem jährlich erscheinenden "Clinical Evidence Handbook" - erarbeitet von AutorInnen des renommierten "British Medical Journals (BMJ)". Die Herausgeber betonen, dass es sich um eine Auswahl von diagnostischen und therapeutischen Leistungen zur Behandlung wesentlicher Erkrankungen handelt für die sie jeweils nach methodisch hochwertigen Belegen für ihre Wirksamkeit und ihren Nutzen in RCTs suchen. Sie betonen ausdrücklich, dass aus ihren Ergebnissen nicht entnommen werden kann wie oft die eine oder andere evidenzbasierte oder -lose Leistung tatsächlich erbracht wird.

# PRINZIP MENSCHENWÜRDE



- Menschenwürde als Prinzip grundsätzlicher Gleichheit und grundsätzlichen Subjektstatus aller Menschen
- Der Arzt hat die grundsätzliche Pflicht alle Patienten als gleich zu behandeln.
- Er hat die Pflicht, den Dialog mit dem Patienten als Mensch zu suchen (jenseits von objektivem und subjektivem Nutzen)

Die Sozialgesetzbücher (SGB), welche den Rahmen für die gesundheitliche Versorgung vorgeben, sprechen sowohl die Wirtschaftlichkeit als auch die Qualität und die Humanität an (§ 70 SGB V). Alle drei Aspekte müssen ineinandergreifen. Die Vorgabe von Qualität im Umgang mit Patienten ist unverzichtbar, ebenso Überlegungen zur Kosteneffektivität zum Beispiel auf Ebene eines Krankenhauses. Was stört, ist das fehlplatzierte, allgegenwärtige Eindringen detaillierter betriebswirtschaftlicher Kennziffern in die medizinischen und sozialen Interaktionen.

Quelle: Wildner 2015. Unser Gesundheitswesen, S. 36

# PRINZIP BEDARFSGERECHTIGKEIT

- Im Rahmen des Gesundheitswesens:
  - Gerechte Versorgung nach objektivierbarem Bedarf.
  - Angemessene Leistungserbringung bei festgestelltem Bedarf.
- Bedarf:
  - Sozialgesetzgebung:
    - eine objektivierbare Leistungsvoraussetzung;
    - SVR-Gutachten 2000/2001:
      - Zustand, dessen Behandlung gesundheitlichen Nutzen (Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. der Lebensqualität) erwarten lässt.
- Gerechtigkeit:
  - Sozialstaat: soziale Gerechtigkeit mit Ressourcenverteilung unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft oder Einkommen (§20 GG).
- Dem MENSCHEN gerecht werden!

# BEDARFSGERECHTIGKEIT

<b>Leistung Bedarf</b>	<b>Wird fachgerecht erbracht</b>	<b>Wird nicht fachgerecht erbracht</b>	<b>Wird nicht erbracht</b>
<b>Nur objektiver, kein subjektiver (latenter) Bedarf</b>	Bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	(latente) Unterversorgung
<b>Subjektiver und objektiver Bedarf</b>	Bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	Unterversorgung (ggf. Fehlversorgung)
<b>Nur subjektiver, kein objektiver Bedarf</b>	Überversorgung (ggf. Fehlversorgung)	Überversorgung und Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001

# MENSCHENBILDER

- Konstruktionen, die "nicht einfach vorgefunden werden oder unabhängig vom Menschen existieren, sondern (...) nach Bedarfslage, Zielsetzung und weltanschaulicher Orientierung" immer wieder neu entworfen werden.

(Rolf Oerter, Einleitung, in: ders. (Hrsg.), Menschenbilder in der modernen Gesellschaft, Stuttgart 1999, S. 1)

- Anhängig vom historischen Kontext
- Spiegelt den Wandel menschlichen Selbstverständnisses und gesamtgesellschaftliche Veränderungen

# DER MENSCH ALS MASCHINE

- Mechanistisches Menschenbild
- Bestimmt durch naturwissenschaftlich beschreibbare Gesetze
- Voraussetzung für die größten Erfolge der Medizin (19. Jahrhundert), da Reduktion auf physiologische Funktionen generalisierbare Aussagen möglich machten.
- Abkehr vom Menschen als Ganzes

# DER MENSCH ALS KUNDE

- Reaktion auf vielfache Budgetierungen von Leistungen der Gesundheitsversorgung
- Medizin als Dienstleistung
- Werbung für medizinische Leistungen
- IGEL
- Gesundheit als bezahlbares Gut

# DER MENSCH ALS ATOMISTISCHES EINZELWESEN

- Individualistisches Menschenbild
- Mensch als aufgeklärtes Individuum mit individuellen Präferenzen
- Informed consent – aufgeklärte Einwilligung: weitreichende Entscheidungsfreiheit des Einzelnen
- Ausblendung des Menschen als soziales Wesen, das vom sozialen Beziehungsumfeld abhängig ist.

# DER MENSCH ALS DAS MACHBARE

- Klonisierungstechniken
- Pränataldiagnostik
- Gentechnik
- Mensch als Gestalter und Macher
- Mensch als Gestalter der Bedingungen des Lebens ohne Schicksalhaftigkeit
- Gefahr der Selbstüberschätzung

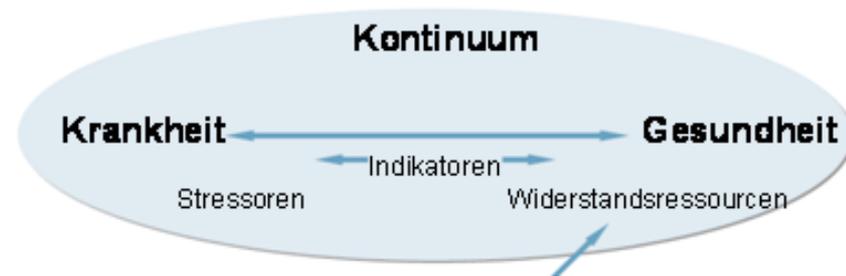
# DER GEGENENTWURF

# DER VULNERABLE UND ANGEWIESENE MENSCH

Krankheit und Hilfsbedürftigkeit nicht als „Störfall“, sondern als Teil des Mensch-Seins.

„Hinter den üblichen Aussagen über Krankheit und Gesundheit steht die Voraussetzung, der Mensch sei ein „normales System“; ein Gefüge von Kräften, Tendenzen, Regulativen, das „in Ordnung“ ist [...]. Das ist aber nicht der Fall. Wie der Mensch ist, enthält er quasi-konstruktiv den Widerspruch. Er ist von vornherein nicht einfachhin gesund. Die Störung, die Krankheit kommt nicht von außen, sondern auch von innen. Sie ist dem Menschen endogen.“ (Guardini 1993, S.973)

## Salutogenese



# MEDIZIN ALS BEDINGUNGSLOSES HILFEVERSPRECHEN

- Patient als moralisch verwandtes Gegenüber, das durch Krankheit einen Hilfsimperativ auslöst.
- Medizin nicht als Anwendung von Mitteln, sondern als Grunddisposition und –Motivation zur Hilfe

„Warum schulde ich dem Arzt und dem Erzieher mehr als nur den Lohn? Weil der Arzt und der Erzieher uns zu Freunden werden und uns nicht durch die Dienstleistung verpflichten, die sie verkaufen, sondern durch ihr gütiges Wohlwollen wie einem Familienmitglied gegenüber.“

Seneca

- Medizin als Hilfe zur Annahme der eigenen Begrenztheit,
- Annahme der Welt in ihrem „So-Sein“,
- Annahme seiner selbst.

In einem ökonomisch-naturwissenschaftlichen Paradigma wird allzu oft der Gedanke vernachlässigt, dass das Heilsame der Therapie gerade in der dem therapeutischen Gespräch entspringenden Kraft des Patienten liegen kann, die Dinge der Welt, sein eigenes Leben anders zu sehen als zuvor.“

Giovanni Maio (2012). Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin, S.387

# FÜR EINE AUFWERTUNG DER BEZIEHUNGSMEDIZIN

- Notwendigkeit moralischer Anreize
- Ermöglichung der bedarfsgerechten vor der ökonomischen Entscheidung
- Notwendigkeit von Anreizen für eine ganzheitliche Betreuung
- Krankenkassen: Dialog statt formalisierender Kontrolle
- Dialog zwischen Ökonomie und Medizin
- Ermöglichung von Zeit, Aufmerksamkeit, Gespräch und Wertschätzung

„Allen Beteiligten muss wieder bewusst werden, dass ohne die Ermöglichung von Zuwendung und Zwischenmenschlichkeit auch die bestfunktionierende Medizin nicht wirklich eine humane Medizin sein kann. Die Bedrohung durch die Ökonomisierung der Medizin sollte als eine Chance begriffen werden, sich neu auf diese Kernfesten der Heilberufe zu besinnen. Nur so kann erreicht werden, dass Ärzte und Pflegende im Interesse ihrer ihnen anvertrauten Patienten mit Rückgrat und Entschiedenheit für eine Medizin eintreten, die Medizin bleibt und nicht zur Gesundheitswirtschaft degeneriert.“

Giovanni Maio (2014), S. 161

**VIELEN DANK  
FÜR IHRE  
AUFMERKSAMKEIT!**