



Dokumentationen des ICEP 1/2006

„Wege und Irrwege der Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen“

*Fachtagung des Berliner Instituts für christliche Ethik und Politik in
in Kooperation mit der Katholischen Akademie Berlin am 30. Mai 2006*

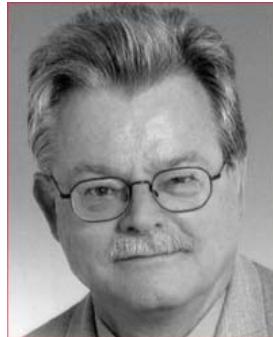
Mit einer Fachtagung zu verschiedenen Aspekten von Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen hat sich das Berliner Institut für christliche Ethik und Politik (ICEP) am 30. Mai 2006 in die aktuelle Reformdebatte des Gesundheitssystems eingebbracht. Gemeinsam mit der Katholischen Akademie Berlin wurden die auf fachmedizinischer wie politischer Ebene diskutierten Maßnahmen der Qualitäts- und Effizienzsteigerung strukturiert vorgestellt und einer sozialethischen Kritik unterzogen.

In der Diskussion um Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen stehen häufig Forderungen nach Ausgabensenkung und einer nachhaltigen Entlastung der öffentlichen Haushalte sowie Beitragsstabilität im Mittelpunkt. Ziel der Fachtagung war es jedoch, zunächst die für die politische und ethische Debatte zu Grunde gelegten Begriffe wie Effizienz, Effektivität, Rationierung, Rationalisierung und Priorisierung genauer zu beleuchten. Diese Aufgabe übernahm der Tübinger Ethiker und Beiratsvorsitzende des ICEP **Professor Dr. Dietmar Mieth** in seinem Referat.



von links: Dr. med. Volker Mohr, Prof. Dr. Dietmar Mieth und Prof. Dr. Andreas Lienkamp

Durch eine differenzierte Analyse und Unterscheidung prüfte Mieth zunächst den Begriff der Rationalisierung. Mit Rationalisierung als Effizienzsteigerung der für gesundheitliche Maßnahmen eingesetzten Ressourcen allein könne, so Mieth, der Mittelknappheit im Gesundheitswesen nicht begegnet werden. Denn sie berge sowohl *medizinische* (Unklarheit der Effekte), wie *ökonomische* (Rationalisierung führe nicht direkt und unter allen Umständen zu Kostensenkung), als auch *ethische Risiken*. Denn finanzielle Anreizsysteme als Instrumente der Effizienzsteigerung bewirkten nicht immer mehr Wirtschaftlichkeit, sondern beinhalteten auch die Gefahr der Kostensenkung durch Qualitätsverlust oder durch Marginalisierung kostenintensiver Patienten. Effizientes Verhalten sei zudem nicht mit effektiven



Verhalten zu verwechseln, sondern u.a. dadurch gekennzeichnet, dass ein größtmöglicher Effekt beim Einsatz von weniger Mitteln oder ein größerer Effekt beim Einsatz von gleichen Mitteln erreicht werden solle. Effizienz sei dabei allerdings ein vormoralischer Begriff, denn nicht alles, was effizient sei, bringe auch gleichzeitig etwas moralisch Gutes hervor. Andererseits müsse ein effizientes Verhalten nicht zwingend moralisch kontraproduktiv sein.

Ähnliches gelte auch für die Begriffe der Rationierung und Priorisierung von Gesundheitsleistungen. Wobei das erste als Begrenzung medizinischer Leistungen unter den Bedingungen der Ressourcenknappheit zentrale ethische Fragen danach aufwerfe, nach welchen Kriterien etwa die begrenzten Ressourcen verteilt werden müssten und wer legitimiert werden solle, solche substantiellen Entscheidungen nach welchen politische Verfahren zu treffen. Die Priorisierung als zentrales Instrument für von Allokationsentscheidungen bilde hingegen die Grundlage von Rationierung und müsse sich ebenso wie die Konzepte der evidenzbasierten und standardisierten Medizin daran messen lassen, inwieweit sie in Widersprüchlichkeit zu moralischen Grundsätzen geraten, indem sie sich etwa ausschließlich durch partikulare Interessen bestimmen lassen.

...Menschenwürde als Bezugspunkt ...

Mieth erinnerte zudem an weitere ethik-relevante Begriffe und die normative Struktur des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs im Horizont der Effizienzdebatte, etwa an das Spannungsverhältnis von Autonomie und Fürsorge, wie auch an zentrale sozial-ethische Kriterien, die rechtsethisch, institutionenbezogen, verfahrens-relevant und handlungsleitend zu Grunde gelegt werden sollten. Er hob dabei insbesondere auf den Ansatz der Menschenwürde als zentralen Bezugspunkt einer ethischen Analyse im Horizont der Effizienzdebatte ab. Sie vermittele sich als (a) unverfügbare Würde, die jedem Menschen aufgrund seiner Existenz als Mensch zu komme; wie auch als die (b) nicht fremdverfügbare Würde und als (c) Konkretisierung der Würde, die sich angesichts von negativen Erfahrungen im Kontext von Gesundheit-Krankheit-Behinderung als besonders schützenwert aufdrängten. Überdies

müssten das Prinzip des Gemeinwohls, das die Personenrechte als Gemeinschaftsaufgabe bündele, die Prinzipien der Gleichheit, der Gerechtigkeit, der Solidarität, der Subsidiarität wie auch das Selbstbestimmungskriterium Grundlage für die Begründung eines auf Effektivität und Effizienz gestützten medizinischen und gesundheitspolitischen Handelns sein.

Einen gänzlich anderen Zugang zur Frage der Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen bot der Geschäftsführer der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung BQS, **Dr. med. Volker D. Mohr**. Er stellte in seinem Vortrag erste Forschungsergebnisse aus einer breit angelegten Qualitätsanalyse deutscher Krankenhäuser dar. Anhand bestimmter Qualitätsindikatoren werde auf diesem Weg die Versorgungsqualität deutscher Krankenhäuser untersucht. Eine erforderliche Analyse auffälliger Ergebnisse erfolge dann gemeinsam mit den betreffenden Krankenhäusern. Diese würden zu Stellungnahmen aufgefordert, ggf. würden Maßnahmen für eine Verbesserung der Versorgungsqualität vereinbart und bis zur Zielerreichung weiterverfolgt. Im Mittelpunkt einer solchen Überprüfung effizienter und effektiver Strukturen stehe, so Mohr, dass der Prozess der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung dem einzelnen Patienten und dem einzelnen Krankenhaus zugute komme. Die Ergebnisse ermöglichen dem Krankenhaus eine wertvolle Standortbestimmung, die zu belegbaren Verbesserungen der Versorgung führen könne. In Krankenhäusern werde zunehmend erkannt, dass die Diskussion über die Gestaltung medizinischer Prozesse auf der Basis von Ergebnissen medizinischer Kennzahlen sehr zielgerichtet erfolgen könne. Dabei sei nicht nur die Aufdeckung von „Schwächen“ ein Antrieb zur Qualitätsverbesserung.

...Orientierung an den Besten...

Auch die Orientierung an den „Besten“ im Sinne eines Benchmarking könne wichtige Impulse für eine verbesserte Versorgungsqualität geben. Mohr legte in seiner Analyse einen Effizienzbegriff zu Grunde, den er entsprechend der allgemein gültigen Definition als den gegebenen Mitteneinsatz und einen maximalen Erfolgsgrad oder aber als angestrebten Erfolgsgrad und einem minimalen Mitteleinsatz definierte. Er erkannte in diesem Zusammenhang das Problem, Messdaten als einzige Größe zur Bestimmung eines Versorgungserfolgs zu erheben. Messdaten seien Werkzeuge für die Effizienzdiskussion, ersparten aber keine kompetente Zieldiskussion. Mohr plädierte im Hinblick auf eine Optimierung der Gesundheitsversorgung zudem für eine Trennung der Wissens-, Versorgungs- und Vertragsebene. Notwendig sei eine stärkere aktive Einbeziehung des Patienten in das eigene „Gesundheitsmanagement“ sowie die Instal-



lierung eines „unabhängigen Mittlers“ im Gesundheitssystem, der weder die Interessen des Arztes, der Krankenkasse oder Pharmaindustrie verfolge, sondern als Anwalt des Patienten für eine Optimierung der Versorgung sorge.

Das Verständnis von Effizienz und Effektivität im Gesundheitssystem zwischen Mohr und Mieth unterschied sich insoweit, als der Tübinger Ethiker sich gegenüber einer umfassenden Erhebung und Archivierung der Krankheitsgeschichte eines Patienten mit dem Hinweis auf das *Recht auf Nichtwissen* skeptisch zeigte.

Andere Diskussionsteilnehmer bemerkten, dass der Ansatz der Qualitätsverbesserung in der Versorgung, den Aspekt der Prävention und psychosozialen Gestaltung einer gesundheitsgerechten Lebenswelt völlig ausblende. Die angelegten Qualitätskriterien seien zudem zu expertenorientiert, Patienten müssten in diesen Prozess stärker einbezogen werden. Mohr wies darauf hin, dass auch Patientenvertreter an der Erarbeitung der Kriterien auch im Gemeinsamen Bundesausschuss mitwirkten, der die umfassende Qualitätsstudien in Auftrag gegeben hätte. Gleichwohl gestand er ein, dass es in der Erhebung der Daten anhand eher technischer Messgrößen immer das Problem der Unvollständigkeit gebe. Unklar allerdings blieb, welchen Status der von Mohr favorisierte unabhängige Mittler (Treuhänder) besitzt. Hier befürchteten einige Teilnehmer ein neues bürokratisches und interessengeleitetes System, dass möglicherweise nicht hilfreich, sondern im Hinblick auf Transparenz, Selbstbestimmung und Kostendämpfung eher kontraproduktiv sein könnte. Dietmar Mieth machte den Vorschlag, solche Mittler im Gesundheitswesen dort anzusiedeln, wo sie strukturell bereits verortet seien und auch das notwendige Maß an Unabhängigkeit mitbrächten: die Familien-, Lebens- und Gesundheitsberatungsstellen der freien Träger, etwa der kirchlichen Sozialverbände.

...Recht auf Nichtwissen...

Foren

Nach der Diskussion im Plenum diskutierten die Teilnehmer in zwei parallelen Foren Maßnahmen zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung. Am Beispiel der stationären Versorgung (Forum 1) und der ambulanten Versorgung (Forum 2) wurde die Frage behandelt, was Organisations- und Strukturveränderungen zur Effizienzsteigerung konkret beitragen.

Forum 1

Hier waren als Referenten Reinhard Nieper, Geschäftsführer der Gesellschaft der Alexianerbrüder, Ellis Huber, ehemaliger Präsident der Berliner Ärztekammer sowie Dr. Hagen Kühn, Leiter der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin geladen. Nieper nahm in seinem Beitrag das Statement von Dietmar Mieth auf, in dem er nach dem Ertrag von Qualitätssteigerung und dem Aufgabenprofil eines (konfessionellen) Krankenhauses fragte. Er stellte fest, dass Krankenhäuser

zwar in ihren Prozessabläufen, nicht aber in ihrer grundsätzlichen Ausrichtung vergleichbar seien. In einer Einrichtung, die ihren Ertrag als Sozialunternehmen allein im betriebswirtschaftlichen Gewinn sehe, gebe es ein anderes Verständnis von Qualität und Ertrag als in einem katholischen oder christlichen Krankenhaus. Dessen Ertrag sei neben der medizinische Leistung insbesondere die Bereitstellung eines Arbeitsfeldes, der einen spezifischen Sinnzusammenhang für die Mitarbeiter biete und sich gesellschaftlicher Verantwortung stelle. Nieper unterschied den Begriff der externen Effizienzsteigerung von dem der internen Effizienzsteigerung.

Die Anforderungen die von außen an ein Krankenhaus gestellt würden (Gewinnmaximierung und Kostenminimierung, aber auch Wertorientierung etc.) kollidierten nicht selten mit dem internen Leitbild eines christlichen Krankenhauses. Wenn Effizienz eine Senkung der Kosten bedeute, sei dies nur in drei Bereichen möglich: investiver Bereich, Sachkosten und Personalkosten, die allein etwa 70–80 Prozent der Gesamtaufwendungen kosteten.

Ellis Huber unterstrich die Einschätzung Niepers, dass die Krise der Effizienz und Effektivität das gesamte Versorgungssystem umfasse. Tatsächlich könne eine gerechte Verteilung der Mittel, die ein preiswertes System für alle garantiere, nur dann ermöglicht werden, die knappen Ressourcen so eingesetzt würden, dass sie einen hohen Ertrag ermöglichen. Kernaufgabe sei ein transparentes Management der gesellschaftlichen Solidarität. Derzeit würden 2100 Euro pro Kopf für Gesundheitskosten aufgebracht, wobei davon etwa 1000 Euro als Overheadkosten nicht primär der Heilung von Patienten dienen würden. Die Strategie vieler Kassen, nur die beste Risikoverteilung zu erreichen und gut abzurechnen, verrate diese Kernaufgabe. Huber plädierte für eine Reform, die schon bestehende Netzwerke der integrierten Versorgung berücksichtigt. So ließen sich 10–15 Prozent der Ressourcen durch Absenkung von Overheadkosten schöpfen, ohne damit automatisch Leistungskürzungen zu schaffen. Er warnte vor einer Unterordnung unter Gewinnmaximierungsbestrebungen anderer Akteure und sprach sich für eine Förderung von Kreativität und vertrauensbasierter Kommunikation zwischen den Akteuren (Patienten und Medizin) aus. Im Ergebnis könne dadurch eine höhere Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit sowie eine Versorgungskultur etabliert werden, in der sich die Menschen wieder aufgehoben und respektiert fühlen.

Hagen Kühn war ebenso der Auffassung, dass die Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ebenso notwendig, wie mittlerweile auch unumstritten sei. Allerdings werde sie durch das Veto der zwei Interessenblöcken verhindert. Ohne eine realistische Wahrnehmung dieser Kräfteverhältnisse werde eine integrierte Versorgung deshalb nicht aufgebaut werden können. Aus diesem Grund müsse die Politik Übergangslösungen entwickeln, etwa in dem sie Be standsgarantien und Hilfen zur Umstrukturierung gebe. Kurzfristig seien die Effizienzpotenziale deshalb marginal.

Kritisch betrachtete er die Verwendung des herrschenden Effizienzbegriffs. Durch die semantische Umformung von Effizienz als bloßes wirtschaftliches Kriterium, komme es zu einer Industrialisierung der medizinisch-pflegerischen Arbeit und zur

Standardisierung der medizinischen Handlungen. Das Ergebnis sei ein Vertrauensverlust für Medizin. Dieser erhöhe sich noch dadurch, dass Medizin sich durch die Kalkulierbarkeit zum Feld von Kapitalanlagen entwickle. Kühn plädierte dafür, einen Begriff *material-rationaler Effizienz* zu etablieren und ihn nicht auf formal-rationale Kriterien zu verengen. In diesem Sinne bedeute Effizienz, einen geringeren Aufwand für material-rationale Erwartungen der Patienten. Dies hätte zur Folge, dass das Wohlergehen der Patienten über den Interessen der Ärzte liegt und medizinischen Handeln sich als treuhändlerische Tätigkeit in uneingeschränkter Loyalität gegenüber Patienten zu verstehen hat. Kühn unterschied ein solches Verständnis von dem purer Rationierung, denn durch diese werde faktisch nur die Vorenthalterung effektiver medizinischer Leistungen aus Kostengründen erreicht.

Von einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu sprechen sei nur dann richtig, wenn man sie als Resultat der massiven Einnahmenreduktion in Folge einer Absenkung der Lohnsummen und einem Rückgang der regulären Beschäftigungsverhältnisse verstehe. Die Antwort darauf könne allerdings nicht einfach die Übernahme der Marktlogik sein, denn bei besonderen Gütern wie dem der Gesundheit sei ein Marktversagen vorprogrammiert. Kühn verlangte einen gesellschaftlich eingebetteten Effizienzbegriff und plädierte für starke Bünde zwischen Versorgungs- und Leistungsseite.

Forum 2

Im Forum 2 diskutierten Dr. Manfred Partsch, Abteilungsleiter ambulante Versorgung im AOK-Bundesverband, Dipl.-Med. Karl Heinz Sewekow, Vorstandsvorsitzender der Ärztegemeinschaft Weißensee sowie Thomas Isenberg, Bereichsleiter Gesundheit/Ernährung bei der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. Manfred Partsch merkte zum Beginn seines Statements an, dass auch Krankenhäuser in wachsendem Umfang an der ambulanten Versorgung teilnehmen würden. Auf der anderen Seite kooperierten auch immer mehr Vertragsärzte mit Krankenhäusern (z.B. beim ambulanten Operieren). Diese „Verzahnung“ erhöhten jedoch nicht generell die Effizienz der Versorgung, weil in der Regel keine Substitution stattfinde, sondern zusätzliche, nicht budgetierte Leistungen erbracht würden.

Für eine stärkere Verzahnung zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten sprach sich auch Karl-Heinz Sewekow aus. Allerdings gebe es an der Schnittstelle zwischen Arzt und Krankenhaus Probleme mit den Kostenträgern. Die Kostenträger verfolgten ein budgetiertes Denken: der Patient sei wahlweise ein Fall für den niedergelassenen Bereich, für Krankenhausbehandlung oder für Heilmittelbehandlung. Nötig sei es aber, zu einem integrierten Denken zu kommen. Eine engere Zusammenarbeit könne gelingen, wenn etwa ärztliche oder pflegerische Betreuer des Patienten im Krankenhaus sich mit dem Arzt, der diesen weiter ambulant betreue, austauschten und berieten. Die Vergütungsstrukturen aber entsprächen diesem Bedarf nicht. Um einen „Drehtüreffekt“ zu vermeiden, müssten, so Sewekow, die Entscheidungen über die weitere Behandlung des Patienten unbedingt

vor Entlassung aus dem Krankenhaus klar sein. Die organisatorisch-technische Zusammenarbeit zwischen ambulanter Arzt und Klinik müsse besser werden.

Thomas Isenberg beklagte, dass der zunehmende Wettbewerb der Versorgungsmodelle zu Intransparenz für den Patienten und zur ökonomisch motivierten Steuerung der Patientenströme führe. Es müsse deshalb unbedingt Leitplanken für die Qualitätssicherung geben.

Das ICEP ist ein sozialethisches Forschungs- und Beratungsinstitut, das von einem christlich-ethischen Standpunkt aus Beratung und Expertise für Entscheider und Betroffene von gesellschaftspolitischen Veränderungsprozessen anbietet. Als staatlich geförderte Forschungseinrichtung ist es an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin angesiedelt. Der inhaltliche Schwerpunkt liegt im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens.

Text/Foto Seite 1: Stefan Kurzke-Maasmeier



ICEP · Berliner Institut für christliche Ethik und Politik
Köpenicker Allee 39-57
10318 Berlin
Tel.: 030 – 50 10 10 914 /-913
Fax.: 030 – 50 10 10 932
info@icep-berlin.de
www.icep-berlin.de