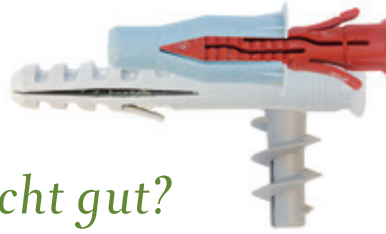


Krankenhausversorgung in Deutschland.
Ein Plädoyer für mehr Verantwortung und Moral



Alles recht gut?

Die Verbesserung der Versorgungsqualität in Krankenhäusern rückt in den Fokus öffentlicher Betrachtungen und politischer Reformvorhaben. Doch wie ließe sich die klinische Versorgung verbessern? Geradezu reflexhaft wird bei Problemen nach mehr Geld gerufen. Nicht so von unserer Autorin Dr. Annette Busley (MDS). Sie sieht in mehr Verantwortung und Moral ein wesentliches Fundament für grundlegende Veränderungen.

AUF DEN ERSTEN BLICK stützt nichts die Annahme, dass es wesentliche Probleme in der deutschen Krankenhausversorgung gibt: Die Qualitätsberichterstattung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zeigt seit Jahren durchweg erfreuliche Ergebnisse. Die Menschen in Deutschland haben im europäischen Vergleich zwar keinen Spitzenplatz in der Lebenserwartung, aber die Unterschiede sind insgesamt eher klein – dafür haben wir hierzulande einen vergleichsweise sehr guten Zugang zur Krankenhausversorgung (worum wir mit Recht beneidet werden).

Trotzdem viel Verbesserungspotenzial?

Doch selbst wenn wir annehmen, es wäre alles gut: »Wer nichts verändern will, wird auch das verlieren, was er bewahren möchte« (Gustav Heinemann). Getreu dieser Einsicht vermag ein jeder konstruktive Vorschläge für Verbesserungen zu machen. Und jeder, der es vermag, tut es in diesem Falle auch. Es vergeht kein Tag, an dem nicht das eine oder andere über vermeintlich nötige und auch konkret mögliche Qualitätsverbesserungen im Krankenhaus zu lesen und zu hören ist. Da sollen z. B. Fehlermeldesysteme etabliert, Checklisten durchgegangen, mehr Desinfektionsmittelspendler aufgehängt, Patientenbetten tiefer gelegt und mehr Personal beschäftigt werden. Diese Liste ließe sich nahezu unbegrenzt verlängern. Und jeder Vorschlag ist mit großer Wahrscheinlichkeit dazu geeignet, die Qualität der Patientenversorgung im Krankenhaus unter irgendeinem Aspekt zu verbessern.

**Rumdoktern
am Detail
reicht nicht**

Durch viele kleine Maßnahmen dieser Art wurde das heutige Qualitätsniveau erreicht. Aber es sind Probleme geblieben und auch neue entstanden. Vor allem grundlegende Probleme, die sich nicht allein durch Veränderungen von Details

werden lösen lassen. Doch für große Veränderungen fehlt an (zu) vielen Stellen der Mut zu Verantwortung und zu Moral – auch wenn dies eine sehr allgemeine und auf viele Bereiche unserer Gesellschaft anwendbare Klage ist. Gerade an Ärztinnen und Ärzten, aber auch an alle anderen Berufsgruppen, die für das Leben und die Unversehrtheit von Menschen zuständig sind, werden hohe moralische Ansprüche gestellt – und diese Gruppen berufen sich häufig auch sehr vehement auf ihre Verantwortung und Moral, wenn es darum geht, die Freiheit ihrer Entscheidungen zu verteidigen. Dennoch stecken sie ganz unverkennbar in Konflikten.

Zwischen Mammon und Ethos

Nehmen wir als Beispiel die Säuglingssterblichkeit: Sie liegt in Deutschland mit 3,6 von 1000 geborenen Kindern höher als in Schweden (2,1), Norwegen (2,1) oder Finnland (2,4), obwohl die Entfernung zwischen dem Wohnort der Gebärenden und der Geburtsklinik hierzulande im Durchschnitt sehr viel geringer ist. Doch allein das öffentliche Nachdenken darüber, Kliniken mit wenig Behandlungsroutine von der geburtshilflichen Versorgung aus Qualitätsgründen auszuschließen, löst Proteststürme aus. Wo bleibt da die Verantwortung für die geborenen Kinder und ihre Eltern? Oder anders gefragt: Geht es den Kliniken um die Versorgungsqualität oder eher um den Erhalt ihrer Abteilungen?

Ein weiteres Beispiel: Internationale Vergleiche zeigen in Deutschland immer wieder überdurchschnittlich hohe Raten invasiver und damit auch gefahrenträchtiger Behandlungen und Untersuchungen wie z. B. Kaiserschnitte oder Herzkatheteruntersuchungen, ohne dass sich bessere Behandlungsergebnisse wie eine höhere Lebenserwartung oder eine geringere Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen nachweisen lassen.



Spätestens mit der Frage, warum es an deutschen Krankenhäusern den »Transplantationsskandal« geben konnte, ist das bestehende Spannungsfeld zwischen Mammon und Ethos in der Medizin nicht mehr auszublenden. Selbst die Mehrzahl der Chefärzte deutscher Krankenhäuser »vermutet« – so eine aktuell veröffentlichte Untersuchung des Lehrstuhls für Medizinmanagement an der Uni Duisburg-Essen –, dass es eine wirtschaftlich motivierte Überversorgung in den hiesigen Krankenhäusern gibt.

Missverständnis »Leistung«

Überversorgung bedeutet, Patienten werden diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen ausgesetzt, derer sie nicht sicher bedürfen. Damit werden sie gefährdet. Und damit werden finanzielle Ressourcen verbraucht, die dann an anderer Stelle fehlen. Kliniken vereinbaren mit leitenden Ärzten leistungsbezogene Vergütungsvereinbarungen. Nach dem Prinzip der deutschen Krankenhausvergütung heißt das, das Geld soll der Leistung folgen.

Nichtzuständigkeit Doch leider wird der Begriff »Leistung«
kenn häufig als Menge (bzw. Mengenauswei-
keine Hierarchie tung) definiert – das ist unredlich und bringt den Arzt in ein moralisches Dilemma. In seiner Macht liegt es nämlich nicht, die Zahl der Erkrankten, die einer Behandlung wirklich bedürfen, zu beeinflussen – somit »beugt« er im schlimmsten Falle seine Indikationsstellung.

Der einzige akzeptable Weg wäre es, durch qualitativ herausragende medizinische Versorgung das Renommee der Klinik zu verbessern und damit den Zulauf von Patienten zu erhöhen. Mögliche Leistungsziele könnten beispielsweise eine höhere subjektive Zufriedenheit der Patienten sein, oder verringerte Wundinfekte, weniger Transfusionsbedarf, kürzere Beatmungszeiten, verbesserte Beweglichkeit, reduzierte neurologische Defizite beziehungsweise weniger blinde Neugeborene. Beispiele lassen sich in allen medizinischen Fachgebieten finden.

Mit gutem Beispiel voran

Die Möglichkeit des einzelnen Arztes, sich den »unmoralischen« Mengenausweitungs-Tendenzen zu widersetzen, ist begrenzt. (Da sollte ein jeder selbstkritisch und ehrlich sein, bevor er auf den anderen zeigt!) Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie hat als erste Fachgesellschaft Handlungsrichtlinien für den Umgang mit wirtschaftlichen Interessen im Gesundheitswesen erarbeitet und konsentiert – ein empfehlenswertes Beispiel! Die Funktionäre dieser Fachgesellschaft haben Verantwortung übernommen und selbst gehandelt, statt es von anderen zu verlangen. Dieser Weg wird ihnen vermutlich Kritik einbringen – aber auch Ehre.

Dadurch unterscheiden sie sich bemerkenswert von vielen »Verantwortlichen« im Gesundheitswesen, die heutzutage auffällig oft dazu neigen, wortreich vor allem ihre »Nichtzuständigkeit« für ein Problem zu erklären. Verantwortung bedeutet die »Zuschreibung einer Pflicht«. Die für ein Krankenhaus Verantwortlichen haben also die Pflicht, u. a. eine gute Qualität des Kernprozesses »Patientenversorgung« sicherzustellen. Aber genau an dieser Stelle entziehen

sie sich geradezu reflexartig mit einem: »Wir würden ja so gerne und wir sehen auch ganz viele Möglichkeiten, aber das System gibt uns dafür nicht das nötige Geld!«.

Viele Krankenhäuser werden von Managern und Ärzten geleitet, die den Blick für ihre Freiheitsgrade – und damit für den Sinn von Visionen und das Vertrauen in ihre Kraft, etwas zu verändern – verloren haben. Sie lassen sich nicht mehr ermutigen von den (vielen) Beispielen, in denen Kollegen (oder Führungskräfte anderer Sparten) wirklich etwas bewegen, sondern reihen sich ein in die graue Masse der Passiven, paralyisiert auf Hilfe Hoffenden.

Das Übel vom Ende der Zuständigkeit

Wir kennen und schätzen Geschichten von Menschen, die mit ihren ganz persönlichen Visionen, ihrer Kraft und ihrem Mut die Menschheit bereichert haben. Sie haben Probleme und Aufgaben gesehen und sich dafür zuständig erklärt, diese zu lösen. Die Zuständigkeit von Politikern endet leider ziemlich schnell, sobald unpopuläre Entscheidungen eine Wiederwahl gefährden könnten – sonst hätte eine durchgreifende Krankenhausplanung viele Probleme längst gelöst. Die Zuständigkeit des Krankenhausmanagers endet, sobald er nicht auf kürzeste Frist die Refinanzierung einer Maßnahme erkennen kann.

Dieses Gefühl der »Nichtzuständigkeit« setzt sich leider fort bis in das letzte Glied: Da gibt es die Reinigungskraft, die unbeobachtet unzureichend wischt, die Krankenschwester, die nicht auf den Nagellack verzichtet, die Röntgenassistentin, die die Aufnahme zu wenig einblendet, und den Assistenzarzt, der mit der OP-Kleidung auf die Station geht. Jeder weiß um sein Fehlverhalten und jeder weiß es meist auch vor sich selbst damit zu entschuldigen, dass die anderen noch viel gravierendere Verstöße begehen. Beim Thema Verantwortung und Moral ist jedoch zuallererst jeder Einzelne gefragt – und erst später die anderen oder das Vergütungssystem.

In die gern kritisierte Kalkulation der Fallpauschalen fließen übrigens auch alle Kosten für die Behandlung von vermeidbaren Komplikationen ein, die Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes erleiden, ebenso die Kosten für unkoordinierte oder unökonomisch gestaltete Behandlungsabläufe. Dafür ist Geld im System. Es könnte alternativ verwendet werden.



Dr. Annette Busley
leitet den Bereich »Medizinische
Versorgung« beim MDS.
a.busley@mds-ev.de