

Machtverteilungen und Machtverschiebungen in deutschen Krankenhäusern- die medizinsoziologische Sicht

Prof. Dr. Siegfried Geyer
Medizinische Soziologie



Medizinische Hochschule
Hannover

Vortrag auf der Jahrestagung des Göttinger Instituts für Kriminalwissenschaften
der Universität Göttingen am 8. Juli 2016

Themen

Elemente ärztlicher Macht im Krankenhaus

Triebkräfte der Machtverschiebung

Der Einbruch ökonomischen Denkens und Handelns in
den ärztlichen Bereich

Auswirkungen ökonomischen Denkens und Handelns
auf den ärztlichen Alltag

Strategien zur Wiedergewinnung der ärztlichen
Autonomie

Zentrale Elemente des ärztlichen Handelns im Krankenhaus

- Handlungsautonomie (!!)
- Ärztliche Definitionsmacht
- Orientierung an den Bedürfnissen von Patienten
- Krankenhäuser als Elemente der Daseinsvorsorge und der sozialen Sicherung: Medizinische Belange steuern den Einsatz ökonomischer Ressourcen (Selbstkostendeckung)

Treibende Kräfte von Machtverschiebungen im Krankenhaus

Ersetzung des Selbstkostendeckungsprinzips in der Versorgung durch ein Fallpauschalensystem (DRG),
das unter Beteiligung der Kassen, Krankenhausverbänden und Gesundheitsministerium regelmäßig aktualisiert wird

Defizitäre Krankenhäuser und Investitionsstau

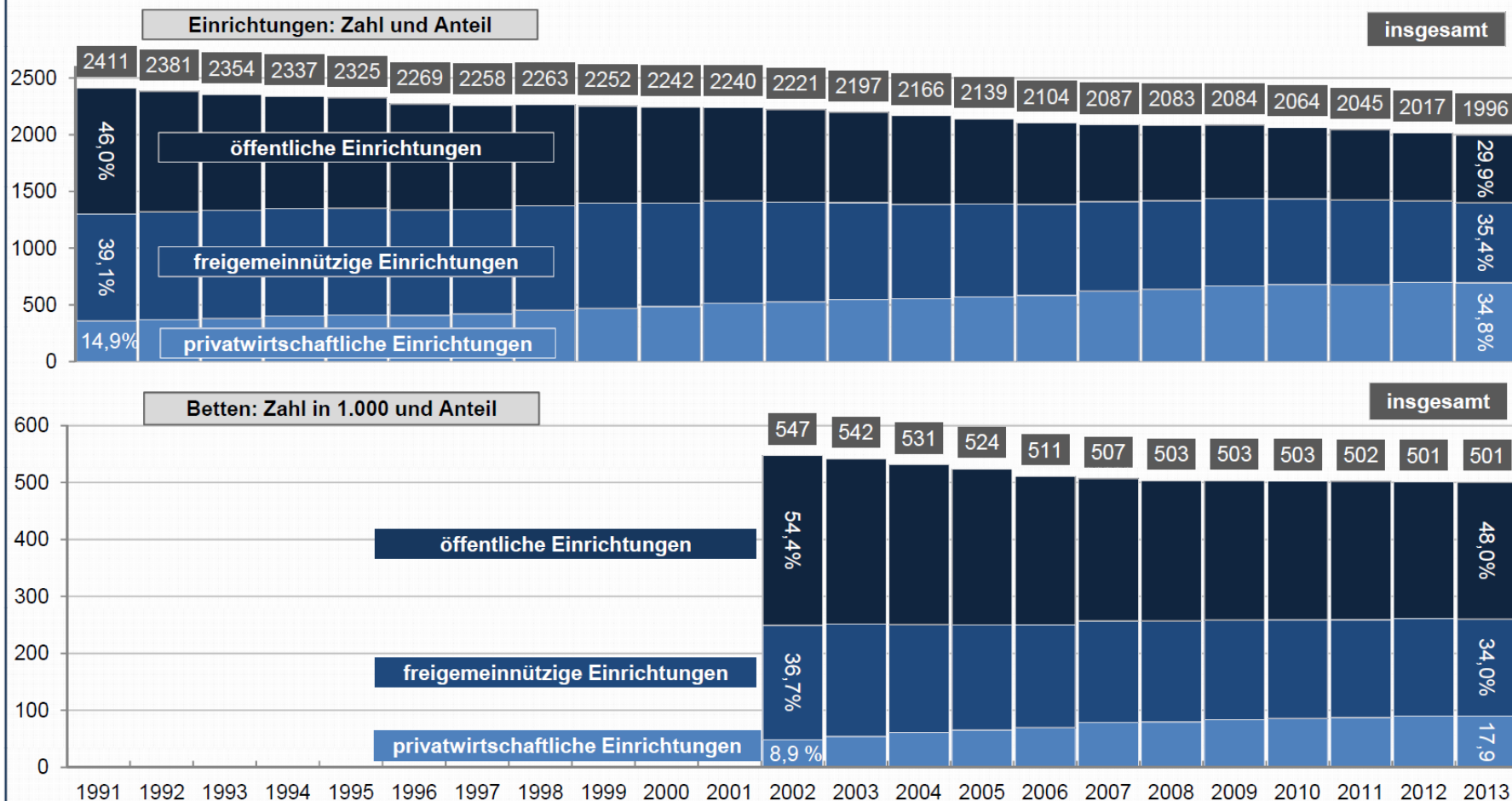
Eindringen von Privatunternehmen durch Neubau und/ oder Übernahme vormals kommunaler und freigemeinnütziger Träger

Übernahme privatwirtschaftlicher Managementmethoden durch kommunale und freigemeinnützige Träger

Wettbewerb unter Klinikbetreibern, gefördert durch Krankenversicherungen

Wechsel der Trägerschaft von Krankenhäusern 1991-2013

■ Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft 1991 - 2013
in % aller Einrichtungen und Betten und in absoluten Zahlen



Quelle: Statistisches Bundesamt (2014), Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser



Leistungsstrukturen großer Klinikunternehmen

Sana: Eigentum privater Krankenversicherungen
Einer von vier Vorständen mit ärztlichem Hintergrund
Leistungsstruktur der Kliniken kaufmännisch dominiert

Helios: Teil des Fresenius-Konzerns
Maximal ein Vorstandsmitglied von sechs mit ärztlichem Hintergrund
Ein Medizinischer Beirat aus Chefärzten berät die Geschäftsführung
in medizinischen Fragen

Rhön: Börsennotierte Betreibergesellschaft
Ein Vorstandsmitglied von vier mit ärztlichem Hintergrund

Machtverlust der ärztlichen Profession durch Verlust von Leitungsfunktionen

Sollte 1996 der Chefarzt vergleichbar einem Manager eines Wirtschaftsunternehmens in die Entscheidungsprozesse und Gesamtbudgetverhandlung des Krankenhausträgers noch einbezogen werden, (W. Pföhler, Die Stellung des Arztes im künftigen Gesundheitszentrum) steht aktuell die Auseinandersetzung mit einer den Chefarzt nicht mehr erwähnenden, in verschiedene Strukturen der ärztlichen Leistungserbringer untergliederte Einteilung des ärztlichen Leistungsbereiches an. So hat z. B. in 2006 ein privater Träger folgende Unterteilung des ärztlichen Leistungsbereiches zur Diskussion gestellt:

- ▶ Personenbezogener Berater (Ärztin/Arzt), der als Case-Manager tätig ist
- ▶ Ärztin/Arzt, der als Spezialist für hoch differenzierte Einzelleistungen in seiner eigentlichen medizinischen Kernkompetenz tätig ist
- ▶ Ärztin/Arzt in der Funktion eines Systembetreuers für den Gesamtprozess (Controllingfunktion)
- ▶ Ärztin/Arzt als interner Berater für Zweitmeinungen

Diese Neuaufteilung ärztlicher Tätigkeiten soll zudem durch die Verlagerung pflegender bzw. administrativer Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen begleitet werden.

Konsequenzen von Zwängen zum gewinnorientierten Wirtschaften

Vollständige oder teilweise Entmachtung der ärztlichen Leitung, bzw. Einschränkung auf beratende Funktionen

Unzufriedenheit bei Ärzten durch hohen Patientendurchlauf, höhere Dokumentationspflichten und Zwang zum wirtschaftlichen Handeln

Inkompatibilität der Ziele von Ärzten und von Managern

Konsequenzen von Zwängen zum gewinnorientierten Wirtschaften

Eingriffe des kaufmännischen Bereichs in ärztliches Handeln

Versorgungssicherheit steht im Konflikt mit dem Zwang zur Wirtschaftlichkeit

Maßnahmen der Qualitätskontrolle

Leistungsmessungen durch Kennzahlen > Transparenz

Evaluationen, auch durch Befragung von Patienten

(Bezug zur Praxis in den USA)

Survey „Ärzte-Manager 2013“: Ergebnisse

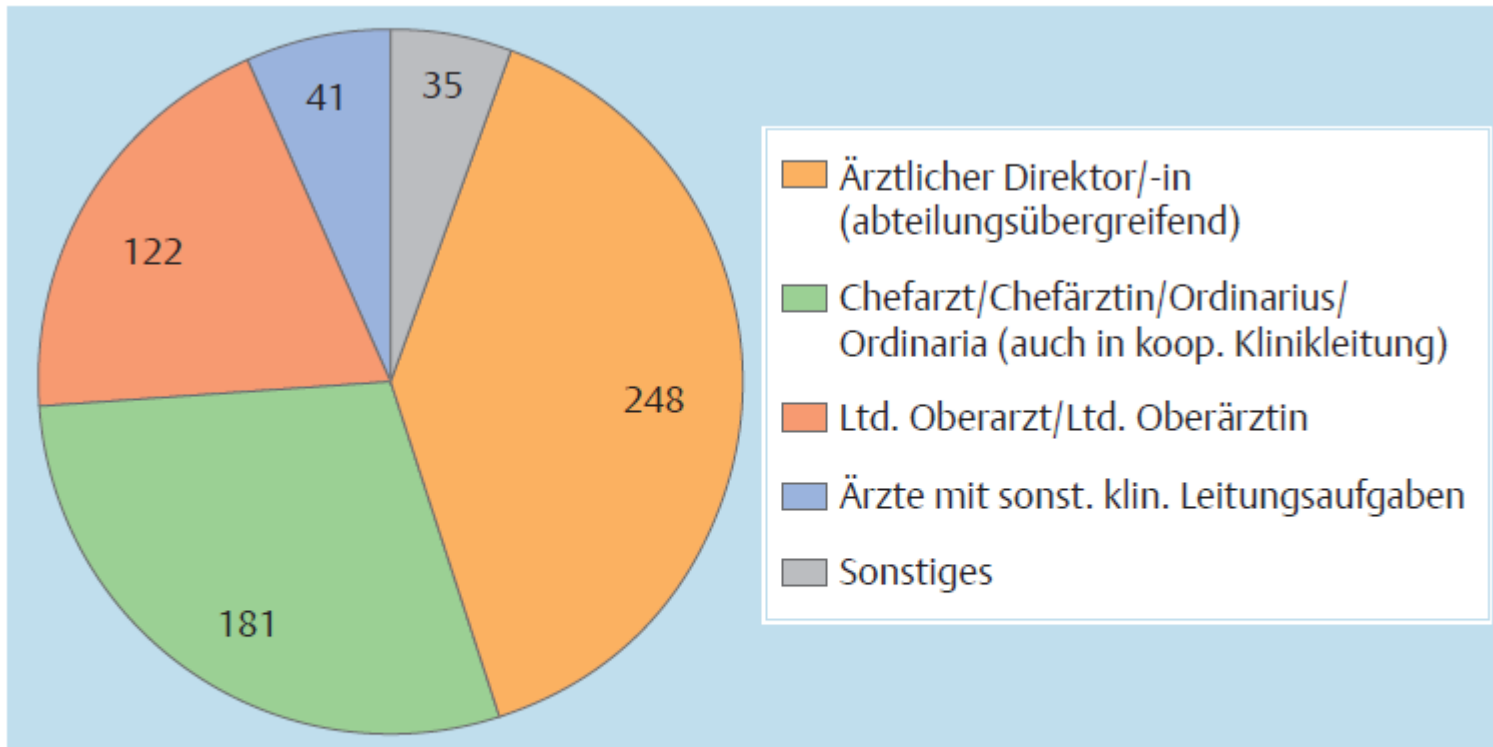
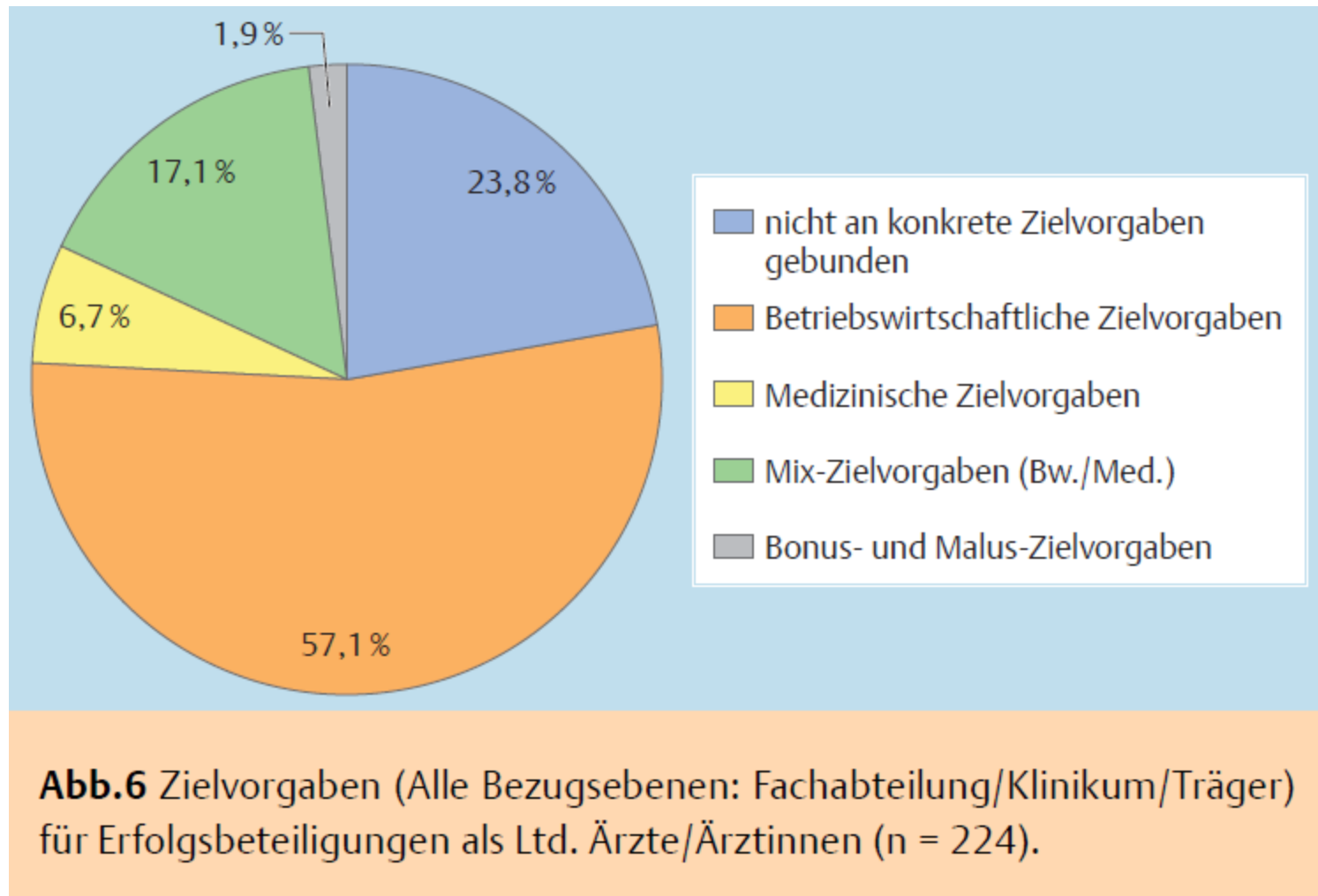
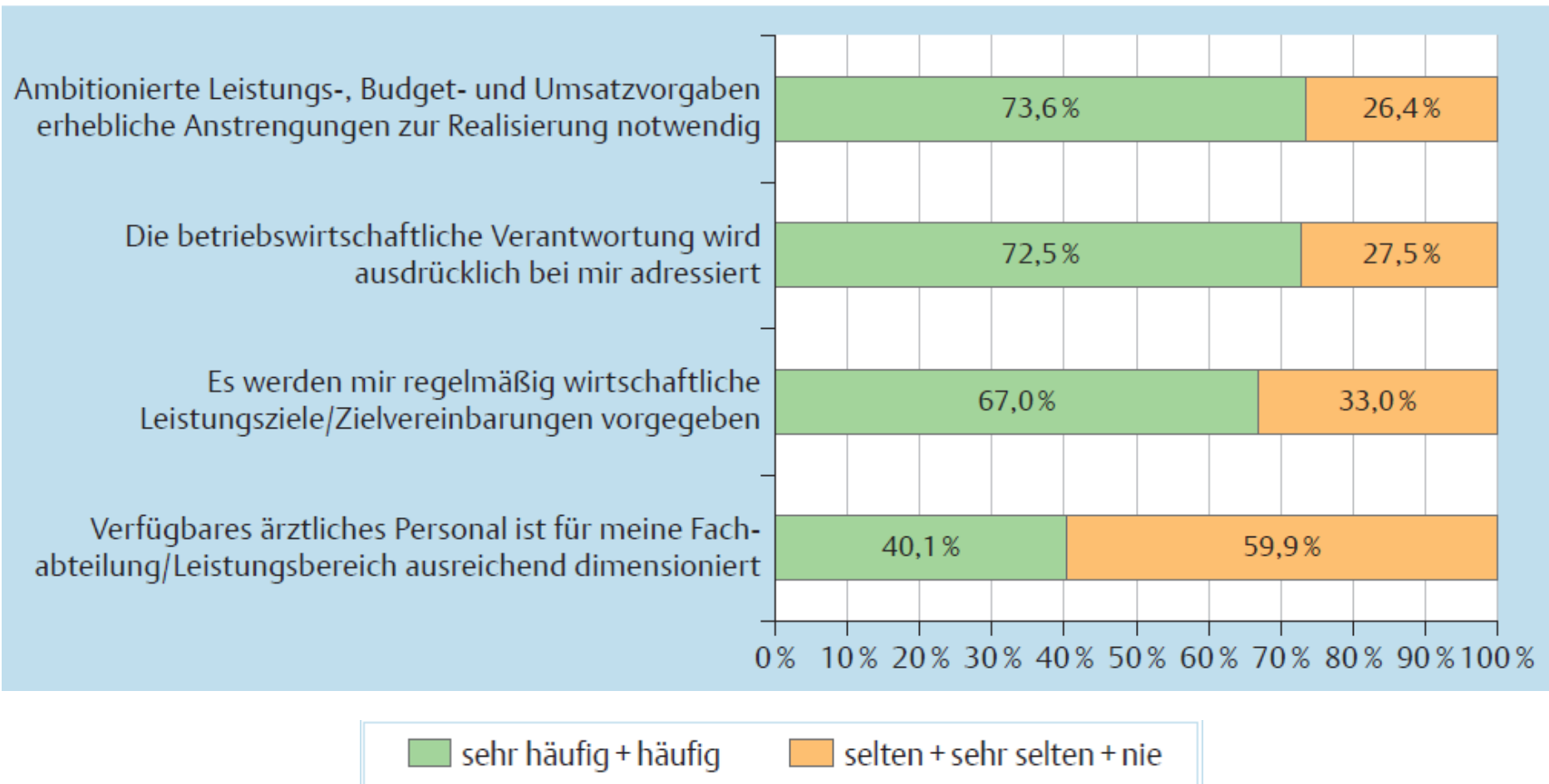


Abb.1 Aktuelle berufliche Position der Befragten im Krankenhaus/Klinikum (n = 627).

Survey „Ärzte-Manager 2013“: Ergebnisse



Aus Sicht ärztlicher Führungskräfte wahrgenommene Erwartungen kaufmännischer Geschäftsleitungen



Stereotype in der wechselseitigen Wahrnehmung von Ärzten und Managern

Ärzte...

- schätzen ihren Status als höher ein als den von Managern
- schätzen die eigene Macht im Vergleich zu Managern als geringer ein
- halten Manager für schlechtere Führungspersonen
- schätzen Manager als Bedrohung ihrer Ziele und ihrer Macht ein
- betrachten Manager als ignorant gegenüber medizinischen Erfordernissen

Manager...

- schätzen ihren Status als niedriger ein als den von Ärzten
- schätzen die eigene Macht im Vergleich zu Ärzten als geringer ein
- halten Ärzte für wenig verantwortungsvoll
- halten Ärzte für ignorant i.H. auf die Möglichkeiten eines guten Managements

Ärzte und Manager betonen, dass wechselseitiges Verständnis für eine gute Zusammenarbeit nötig ist

Konsequenzen

Fehlendes Verständnis für die jeweils anderen Zielsetzungen

Fehlen gemeinsamer Zieldefinitionen

Rückzug auf den eigenen Bereich

Interaktionsstrategien eher auf Konflikt und Konfrontation als auf Problemlösung gerichtet (Ärzteblatt) – Konsequenz einer traditionell starken Profession

Strategien zur Wiedergewinnung ärztlicher Autonomie

Bisher wenige überzeugende Versuche der Ärzteschaft, ihre Position und mögliche Probleme der Ökonomisierung zu erklären:
Verlust der sozialen Funktion von Medizin, Besonderheit von Gesundheit als Gut, Gewinner und Verlierer, Auswirkungen auf Breite und Qualität der Versorgung

Ärztekammer:

Forderung nach Weiterbildung von Ärzten im wirtschaftlichen Denken
Wandel des ärztlichen Berufsbilds
Aktive Übernahme ökonomischer Prinzipien
Abkehr von Konflikt und Konfrontation

Zusammenfassung

Professionelle Autonomie und Definitionsmacht der Ärzteschaft werden etwa seit dem Jahr 2000 verstärkt in Frage gestellt

Gründe sind die Einführung von Fallpauschalen, die Übernahme von Krankenhäusern durch gewinnorientierte Unternehmen und die Zunahme anderer Berufsgruppen in den Leitungsebenen von Kliniken

Krankenhäuser werden von einem Teil der Daseinsvorsorge zu einer Quelle von Gewinnen

Die Ärzteschaft reagiert auf diese Entwicklungen eher mit Konfrontation, sinnvoller wäre die Entwicklung gemeinsamer Ziele

In den letzten Jahren gibt es Versuche der Ärztekammer, durch die Weiterbildung von Ärzten auf Kooperation umzuschwenken und die wirtschaftliche Leitung von Kliniken wieder in die Hand zu bekommen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

