

01.03.2012 Management & Führung

Kommunikation und Führung contra Boni

H.-P. Bruch, J. Bruch



Landläufig hält man Chirurgen für zupackende entscheidungsfreudige Menschen, die sich in Stresssituationen zu disziplinieren wissen und ihren Aufgaben auch unter ungünstigsten Bedingungen optimal gerecht werden. Klagsamkeit ist ihre Sache nicht. Um so verwunderlicher, dass dem BDC in den letzten Jahren immer mehr Berichte zugehen, die Unerfreuliches zum Inhalt haben.

Über einen langen Zeitraum haben sich Ärger, Unzufriedenheit, Frustration und Demotivation im Klinikalltag breit gemacht und es hat sich nicht

selten eine zunehmende Kluft aufgetan zwischen Leistungsträgern und der administrativen Klinikführung.

Grund genug zu fragen, wie wir miteinander kommunizieren und umgehen wollen, wo die Probleme liegen und wie die Freude an der Arbeit erhalten werden kann.

Das Modell

Führung heißt Menschen bewegen und das Kommende vorbereiten. Menschen bewegen kann nur derjenige, der die innere Motivation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu wecken und zu fördern vermag. Nur wer Menschen bewegt, kann nachhaltig im Sinne eines Unternehmens einwirken.

Studien- und Ausbildungsinhalte sind heute in der Regel so differenziert, dass ein hoch-spezialisiertes Sprach- und Fachwortbedeutungssystem entwickelt werden muss, um ein ausgewähltes Segment des professionellen Umfeldes zu beschreiben und die zielgerichtete Kommunikation innerhalb einer Gruppe von Fachleuten zu erleichtern.

Diese "Fachlichkeit" impliziert in vielen Fällen eigene Denkschemata und Wertvorstellungen, die jenseits der Fachgrenzen nicht verstanden, missverstanden und im ungünstigsten Falle abgelehnt werden. Dies ist geradezu idealtypisch für die Kommunikation zwischen Ökonomen und Medizinern, da sie neben unterschiedlichen Wertvorstellungen auch unterschiedliche Vorstellungen von Macht und Einfluss entwickelt haben.

Die wichtigste Kommunikationsaufgabe der Führung sollte es daher sein, für eine Begriffs- und Aufgabendefinition zu sorgen, die von allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen begriffen und akzeptiert wird. Im Unternehmen muss, um es prägnant auszudrücken, mit einer Sprache gesprochen werden, damit der Standpunkt des jeweils Anderen verstanden wird.

Jedem Leistungsträger sollte dabei bekannt sein, wo das Unternehmen steht und welches die kurz- und langfristigen Unternehmensziele sind. Diese Ziele sollten attraktiv, mess- und erreichbar sein. Im günstigsten Falle haben alle Mitarbeiter/innen ein Verständnis für die Erfolgsformel, die in eine gedeihliche Zukunft weist.

Erfolg = (Wissen + Phantasie) x Umsetzung²
(E. Krauthammer)

Diese Formel scheint vordergründig eine reine Handlungsanweisung zu sein. Bei genauerer Betrachtung greift sie jedoch auf bestimmte immanent vorausgesetzte Definitionen zurück.

Diese Definitionen sind:

- der Kernauftrag,
- das Ziel des Unternehmens,
- die Freiheit der Mitarbeiter/innen im vorgegebenen Rahmen ihrer Aufgaben.

Der Kernauftrag des Krankenhauswesens ist die Patientenzufriedenheit, das Ziel jedes Klinikums muss die Einzigartigkeit in seinem Umfeld auf einem, besser auf mehreren Gebieten sein. Voraussetzungen dafür sind Wissen und Können, Interdisziplinarität, strukturierte Organisation und vor allem menschliche Zuwendung. Patienten wollen sich soweit als irgend möglich in ihrem Leid verstanden und im ungewohnten klinischen Umfeld geborgen wissen. Gesellen sich Transparenz und Zuverlässigkeit hinzu, wird ihnen eine optimale Heilungschance eröffnet. Zumindest aber werden die belastenden Symptome, die eine Erkrankung mit sich bringt gelindert.

Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, die Patienten Vertrauen fassen und die Klinik etwas glücklicher verlassen, als sie diese betreten haben, werden sie zu Botschaftern des Unternehmens. Die von den Ökonomen immer wieder geforderte Wertsteigerung und das Wachstum des Klinikums sind dann selbstverständliche Resultate der richtigen Unternehmensphilosophie. Eine gesunde finanzielle Basis, die ein sorgenfreies Wirtschaften ermöglicht, entwickelt sich dann fast ohne weiteres Zutun. In einem so strukturierten Klinikum ist die Organisation stets Dienerin der Leistungseinheiten und des klinischen "Geschäftes". Befördert von der Kernkompetenz der Leistungsträger leisten "Geschäft", Organisation und Anpassung mit Geschäfts-, Organisations- und Anpassungsstrategie, Leitbild, Kulturwerten, Ritualen und Leuchtturmmanagement etc. ihren Beitrag zum Kernauftrag: „Der Patientenzufriedenheit und schliesslich dem Patientenvertrauen.“

Der Erfolg wird gefestigt, wenn sich die innere Motivation der Leistungsträger/innen im Klinikbetrieb auf hohem Niveau befindet. Dazu bedarf es einerseits der persönlichen Wertschätzung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen durch die Klinik- und Unternehmensführung. Andererseits bedarf es der Freiheit im ethymologisch, indogermanischen

Sinne. Fri-Halsa oder Freiheit ist danach immer gebunden an eine Gruppe, der das Individuum angehört und deren Gesetze die Handlungsfreiheit definieren und begrenzen.

Die offenen Fragen

Die Frage erhebt sich, wie dies mit den Gegebenheiten des modernen Medizinbetriebes in Übereinstimmung zu bringen ist.

In das Medizinsystem wurden in den letzten Jahrzehnten immer mehr Elemente des Wettbewerbes eingebracht. So sollten die Effizienzreserven im System gehoben und das Kostenbewusstsein der Akteure verbessert werden, um durch Leistungsverdichtung und Leistungssteigerung dem Medizinsektor zu größerer ökonomischer Transparenz und Systemkonformität zu verhelfen.

Nach der Definition von Daniel Bahr ist Wettbewerb ein Verfahren zur Verteilung knapper Mittel auf miteinander konkurrierende Zwecke. Da die Finanzkraft unserer Sozialsysteme nicht unerschöpflich ist, die Mittel aber möglichst optimal im Sinne der Patienten eingesetzt werden sollen, glaubt man im Wettbewerb eine Möglichkeit zu sehen, die mehr haushälterische Disziplin garantiert.

Allerdings braucht auch Wettbewerb, wenn er auf Dauer funktionieren soll, eine gewisse Freiheit. Es müssen zumindest Preise erzielt werden, die die Kosten des "Geschäftes" decken, eine Anpassungsstrategie erlauben, die Forschung und Entwicklung finanzieren und im besten Falle einen moderaten Überschuss zulassen, damit unvorhergesehene Kosten nicht zur existenzbedrohenden Krise führen.

Die Preisfindung wird unter diesen Bedingungen zu einer Frage des Wettbewerbes, aber auch der weitschauenden Zukunftsplanung, dem Vertrauen von zuweisenden Kollegen/innen und Patienten, der Werbung und der optimalen medizinischen Angebote.

Dieses Denken und Handeln hat die Medizin gezwungen, Abschied zu nehmen von der Maxime: „Wir können alles und machen alles.“

Es gilt heute vielmehr, die Maxime – die Einzigartigkeit des Unternehmens – herauszustellen, seine spezifischen Stärken und seine Leuchtturbereiche zu fördern, schwache Bereiche aufzugeben, auszugliedern oder neu auszurichten, um so die Zukunft zu meistern. (Nach J. Debatin)

Die Ausrichtung eines Klinikums darf daher längst nicht mehr abhängig sein von historischen Entwicklungen. Vielmehr muss sie bestimmt werden von der Klinikführung, die einerseits die Potentiale der Leistungsträger kennen und fördern, andererseits strategische Konzepte entwickeln muss, die die Evolution des Unternehmens über viele Jahre vorzeichnen und die so kommuniziert werden, dass die Leistungsträger "mitgenommen", am besten begeistert werden. Dies wird am ehesten erreicht, wenn ein sozialer Führungsstil gepflegt wird, der die Leistungsträger in eigener Sache zu Entwicklern macht und Zwischenziele definiert, auf die sich alle verständigen können.

Diesem Ideal stehen allerdings einige Faktoren entgegen, die die Ziele des grundsätzlich guten Systemwandels zu konterkarieren drohen und jede Klinikführung in ernsthafte Schwierigkeiten bringen, die es sich nicht erlauben kann, Patienten nach ökonomischen Gesichtspunkten zu selektionieren.

Die verständlichen Forderungen nach größtmöglicher Transparenz und Patientensicherheit wurden von der politischen Führung beantwortet mit überbordenden bürokratischen Vorschriften, die eine Arbeitsbeschaffungsmaschinerie in Gang setzen und astronomische Kosten verursachen.

In neuerer Zeit haben sich Kontrollinstanzen hinzugesellt, wie etwa der gemeinsame Bundesausschuss, das IQIG- und das AQUA-Institut, die unabhängig von den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Gesellschaften, manchmal durchaus auch ohne hinreichende fachliche Einsicht, entscheiden und prüfen – die Entwicklungen, und seien sie auch noch so sinnvoll, verzögern und die Bezahlung von Leistungen auf Jahre blockieren.

Die durchaus einleuchtende Systematik der DRG gibt den Kliniken Planungssicherheit und zumindest kurzfristigen Handlungsspielraum. Sie setzt allerdings, wie viele statistisch erhobene Zahlen unterdessen beweisen, Fehlanreize, die zum Patientenpicking und zur Leistungsausweitung führen, da sich auf diese Weise erhebliche ökonomische Vorteile erzielen lassen. Dies aber bedeutet, dass das System viel zu langsam reagiert, lange Zeit verstreichen lässt, während derer sich Gewinner und Verlierer etablieren und somit erhebliche Wettbewerbsverzerrungen entstehen. Das DRG-System und der gemeinsame Fonds der Krankenkassen laufen eben wegen dieser Trägheit Gefahr, mehr zu Elementen der Planwirtschaft denn zum Bestandteil des freien Wettbewerbes zu werden.

Löhne und Gehälter steigen jährlich. Verbrauchsmaterialien, Geräte, Infrastrukturkosten etc. werden nicht günstiger. Da die Zuweisungen entsprechend der DRG-Systematik praktisch konstant bleiben, kann ein ausgeglichenes wirtschaftliches Ergebnis nur durch fortgesetzte Mehrleistung und Einsparungen – aus Sicht des Vorstandes am sinnvollsten beim Personal – erzielt werden. Von freier Preisgestaltung, die integraler Bestandteil des Wettbewerbes sein muss, sind wir, nicht zuletzt auch aus berechtigten sozialen Gründen, weit entfernt.

Es ist bekannt, dass die Vorhaltekosten unserer Krankenhäuser im internationalen Vergleich sehr hoch sind. Die Versorgungsforschung in Deutschland ist aber nicht so fortgeschritten, dass man sicher sagen könnte, wieviel Medizin wir in Zukunft in welcher Qualifikation an welchem Ort vorhalten müssten, um eine optimale Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Seit Jahrzehnten wissen wir, dass der sektoralen Versorgung unter den Gegebenheiten des demographischen Wandels keine Zukunft beschert sein wird. Dennoch wird die Idee der sektorübergreifenden Versorgung erst ganz langsam zum handlungsleitenden Begriff.

Die Realität

Jede Klinikführung ist also mit Aufgaben konfrontiert, die unter den heute gegebenen Umständen nicht optimal zu lösen sein werden.

Da dies allseits bekannt ist, wird vor allem für die Träger eine Frage relevant. Wie könnte es möglich werden, eine Klinikführung so zu beeinflussen, dass nicht das Können und Wollen, nicht das Erreichbare und Reale, sondern vielmehr das Erwünschte, unter den wirtschaftlichen Gegebenheiten das Bequemste die Zielkoordinaten bestimmt?

Vielfach glauben die Träger, sich dazu am besten manipulativer Mittel bedienen zu sollen. Die wissenschaftliche Literatur liefert zwar nicht einen einzigen Hinweis auf den langfristigen Erfolg dieses Verfahrens. Dennoch sind

sogenannte Boni oder Incentives ein weit verbreitetes Mittel der Dressur. Sie zerstören, wie Reinhard K. Sprenger schreibt, die Bindung an die Sache und ersetzen sie durch die Bindung an die Belohnung.

Die negativen Wirkungen gehen jedoch weit darüber hinaus. Wer die Auswirkungen grosser Bonuszahlungen, die an ein kurzfristig zu erreichendes wirtschaftliches Ziel gebunden sind, erlebt hat, wird erstaunt festgestellt haben, wie ausserordentlich befremdlich manipulative Boni das Verhalten von Menschen verändern.

Die primäre Aufgabe wird nicht selten darin gesehen, die Schwächen und Defizite eines Klinikums aufzulisten. Es erscheint dabei sinnvoll, diese möglichst desaströs erscheinen zu lassen, da die geplanten Sanierungsmaßnahmen nicht zwangsläufig erfolgreich sein werden. Anschließend wird eine Vielzahl administrativer Projektgruppen ins Leben gerufen, die sich der Probleme annehmen müssen. Da alle "Anpassungsmaßnahmen" voraussichtlich Kollateralschäden erzeugen, wird die Verantwortung regelhaft auf mehrere Schultern verteilt. Man bedient sich dazu am besten namhafter Beratungsunternehmen, die befragt, deren Vorschläge allerdings in vielen Fällen nicht wirklich umgesetzt werden. Wegen eines allgemein verbreiteten Misstrauens und der impliziten Annahme, dass sie nur in die eigene Tasche wirtschaften würden, bleiben die Leistungsträger in diesen Gruppen unterrepräsentiert. Die Patienten besitzen in der Regel überhaupt keinen Anwalt, der Ihre Wünsche und Bedürfnisse vertreten könnte.

Die Arbeitsgruppen erhalten einen dezidierten Auftrag, wissen voneinander vielfach wenig, vom Gesamtunternehmen zu wenig. Allgemeine Aktivität wird sichtbar und dies beruhigt die Auftraggeber. Die Betroffenen erkennen jedoch nach kurzer Zeit den begrenzten Nutzen des Unterfangens. Sie bleiben demotiviert und frustriert zurück. Die Arbeitsleistung sinkt. Die Abwesenheit infolge von Krankheit erreicht bedenkliche Ausmaße.

Letztlich sind keine anderen Mittel mehr verfügbar, um die Boni nicht zu verwirken und die vorgegebenen ökonomischen Ziele doch noch zu erreichen, als Zwangsmaßnahmen wie Urlaubssperren, Einstellungsstopp, Personalreduktion etc.

Die Ziele des Unternehmens, was soll erreicht werden, die Absprachen, wer soll mit wem in welchem Zeitraum welche Zielvorstellung verwirklichen, bleiben gänzlich auf der Strecke. Hochmotivierte Leistungsträger besitzen schon aus Gründen des Selbsterhaltungstriebes kaum eine andere Wahl, als sich innerlich vom Unternehmen zu distanzieren und, wie es Eric Krauthammer ausdrückt, einen Teil ihrer Verantwortlichkeit niederzulegen, ohne dies als Niederlage zu empfinden. Über die Nebenwirkungen für das Unternehmen Krankenhaus muss nicht lange diskutiert werden, wenn Vernunft und Visionen gegen rigide Handlungsanweisungen getauscht werden.

Dies mag aus eigenem Erleben und der Kenntnis vieler Schilderungen eine sehr pointierte Darstellung sein.

Es bleibt jedoch festzuhalten, dass man schwierigen Bedingungen häufig mit nicht sonderlich geeigneten Mitteln zu begegnen sucht. Die Erfahrung, die Kreativität und die Meinung von Leistungsträgern/innen ist kaum mehr gefragt. Ein überaus wichtiger Beitrag zum Unternehmenserfolg geht verloren. Die langfristige Unternehmensstrategie wird ersetzt durch kurzfristig "monetär erfolgreiche" Maßnahmen, die kommuniziert, aber nicht mehr diskutiert werden. Kliniken werden mehr und mehr geführt wie moderne Wirtschaftsunternehmen, in denen Quartalszahlen und kurzfristige Gewinnerwartungen das Handeln der Akteure maßgeblich beeinflussen.

Bedenkt man aber, wie lange es in der Medizin dauert, neue diagnostische und therapeutische Behandlungsmaßnahmen einzuführen, zu etablieren und bekannt zu machen, welchen Zeitraumes es bedarf, um eine

Klinik national und vielleicht sogar international zu verankern, sollte man annehmen, dass jedes Klinikum auf eine langfristige Strategie setzen muss. Dieses sinnvolle strategische Konzept kollidiert jedoch immer häufiger mit den kurzfristigen Erfolgserwartungen der Klinikträger an die Unternehmensführung. Es kollidiert auch mit der Halbwertszeit der Unternehmensführung selbst, da kaufmännische und ärztliche Direktoren in relativ kurzen Zeiträumen bestellt und wieder entlassen werden. Unternehmenskonzepte werden so immer wieder modifiziert oder ganz umgestellt.

Zielführende, langfristige Strategien, die den Akteuren die notwendige Muße zur Entwicklung neuer Ideen und Verfahren einräumen und so die Zukunft einer Klinik sichern, lassen sich kaum mehr umsetzen. Letztlich kann sich damit auf allen Seiten eine Wagenburgmentalität entwickeln. Das Vermögen und das Wollen des jeweils Anderen wird nicht mehr richtig verstanden. Anstatt die vorhandenen Potentiale zu erkennen und die Talente zu fördern, wird eine Strategie angewandt, die wohl mit den wirtschaftlichen Trends, nicht aber mit den Vorstellungen des Personals und der Patienten kompatibel ist. Das Misstrauen wächst und die Kommunikation wird notwendigerweise unidirektional. Sie fokussiert allein auf den kurzfristigen wirtschaftlichen Erfolg. Kapital und Humankapital werden diesem Erfolg nutzbringend untergeordnet.

Die Zukunft?

Auf Dauer kann eine derartige Unternehmensstrategie nicht erfolgreich sein. Die demographische Entwicklung und rigide administrative Vorschriften verursachen eine erkennbar zunehmende Kapitaldeckungslücke. Immer mehr Krankenhäuser geraten in wirtschaftliche Schwierigkeiten, die weder auf menschlichem Versagen noch auf Missmanagement gründen. Vielmehr haben sie strukturelle Ursachen, die in der systemischen Ebene liegen, welche durch kleinräumige Maßnahmen nicht zu beeinflussen ist. Dennoch sind Veränderungen im Sinne der Optimierung und eines besseren Umganges miteinander auch in den Kliniken ausserordentlich sinnvoll.

Daraus erwächst die Frage, welche Maßnahmen zu ergreifen seien, um diese Veränderungen herbeizuführen.

Ist das Wohl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und der Patienten wieder in den Mittelpunkt der Bemühungen zu rücken, oder setzt man weiterhin auf kurzfristige Strategien, die unsere Kliniken auszehren und ihre Untauglichkeit zur langfristigen Problemlösung längst bewiesen haben?

Ein Krankenhaus ist kein Industriebetrieb, ein Patient kein Werkstück. Auf dem Weg zur Anpassung an veränderte Gegebenheiten darf die schwarze Null nicht zum ultimativen Ziel erhoben werden. Sie wird erkaufte durch einen Verlust an Arbeitsfreude, Behandlungsqualität und menschlicher Zuwendung.

Solange eine politisch gewollte und methodisch sinnvolle Anpassung an die Erfordernisse der Zukunft auf sich warten lässt, sollten sich die Akteure im Klinikbereich daher auf Handlungsanweisungen einigen, die den besonderen Bedingungen eines Krankenhauses Rechnung tragen.

Eine solche Handlungsanweisung könnte aus dem Sankt Galler Führungsmodell hergeleitet werden:

- Ein Klinikum besteht aus Subsystemen, die in hohem Maße autonom und selbstorganisierend agieren müssen.

- Autonome Systeme können nicht vollständig von oben geführt werden.
- Eine Führungskraft muss sich der Tatsache bewusst sein, dass sie durch ihre Persönlichkeit und ihre Maßnahmen immer auf die Mitarbeiter/innen und deren Verhalten einwirkt.
- Es ist Aufgabe der Führung, die Beziehungsgeflechte inner- und ausserhalb des Klinikums auf eine gesunde Basis zu stellen.
- Bindende Absprachen und Selbstorganisation sind in komplexen Situationen erfolgreicher als unidirektionale Interventionen.
- Führung gestaltet die Rahmenbedingungen.
- Führung setzt Entwicklungen in Gang und verbessert Strukturen.

Einigte man sich auf einen solchen oder ähnlichen Kanon von sinnvollen Anweisungen, wären viele der angesprochenen Probleme aus der Welt geschafft.

Administrationen und Leistungsträger/innen würden wieder auf vernünftiger Basis miteinander kommunizieren und könnten sich in gegenseitiger Hochachtung gemeinsam den wirklich wichtigen kurz- und langfristigen Strategien zuwenden, die auf den Kernauftrag des Gesundheitssystems „Das Patientenwohl“ gerichtet sind. Die Ergebnisse der vorliegenden Umfrage zur Kommunikation geben uns wertvolle Hinweise in die Hand, um mit sachbezogenen Argumenten eine dringend notwendige Diskussion zu beleben.

Bruch H.-P., Bruch J. Kommunikation und Führung contra Boni. Passion Chirurgie. 2012 März; 2(03): Artikel 02_01.

Autor des Artikels



Prof. Dr. med. Hans-Peter Bruch

ehem. Präsident

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

Luisenstr. 58/59

10117 Berlin