SONSTIGE 01.08.2011

Vom Leid der Zinseszins Geplagten

Vor Jahren trat Prof. Kurt Biedenkopf anlässlich einer Quo Vadis Tagung des BDC in Dresden an das Mikrofon, lächelte und begann sinngemäß mit folgender Geschichte:
“Ich stamme aus einer sehr alten Familie. Meine Vorfahren haben um das Jahr 0, ganz genau lässt sich das nicht mehr rekonstruieren, einen großen Klumpen Goldes zur Bank getragen. Heute liegt mir die Welt zu Füßen. Ich bin mit grossem Abstand der reichste Mann der Welt! – Kunstpause – Und diesen Unsinn glauben Sie Ihren Banken jeden Tag.”

Man sollte denken, dass wir nach verschiedenen Bankenkrisen und einer Reihe von drohenden Staatspleiten klüger geworden wären.

Was die Banken anlangt, so hält sich unser Vertrauen unterdessen in sehr überschaubaren Grenzen. Erscheinen aber neue Spieler auf der Bildfläche, die unter anderem Namen dieselben Gedanken verkaufen, sind wir wiederum geneigt erst einmal mitzuspielen, in der Hoffnung unter günstigen Bedingungen doch zu den Gewinnern zu gehören.

Eine für uns Ärzte wichtige neue Spezies immer mächtigerer Akteure sind die Medizin-Ökonomen. Sie wirken immer stärker in Krankenversicherungen und Krankenhäusern. Sie entwickeln flächendeckende Bezahl- und Dokumentationssysteme. Sie stellen Optimalregeln auf, wie Patienten zu behandeln seien. Sie verfügen, wer in ein Krankenhaus aufgenommen werden darf und wessen Aufnahme, und sei er oder sie auch noch so hinfällig, aus ökonomischen Gründen theoretisch, und spätestens nach Prüfung der Aufnahmediagnose durch den ärztlichen Dienst der Krankenkassen auch praktisch, eher abzulehnen wäre.

Die Ideenwelt und das Wissen der Ökonomen sind in vielen Fällen nicht kompatibel mit den Vorstellungen der Mediziner. Und noch weniger mit den Bedürfnissen der Patienten. Nicht der Patient oder die leidende Kreatur stehen im Mittelpunkt. Es ist vielmehr und vor allem das ökonomische Ziel, dem Alles untergeordnet werden soll.

Rückt das Individuum aus dem Focus? Zählen nur noch Patientenströme, die es zu lenken gilt, Patientenbindungsmassnahmen, Patientenaufwertung, Ressourcenminimierung, Prozessoptimierung, Betriebsergebnis und Ähnliches mehr?

Grundsätzlich ist anzuerkennen, dass bei immer begrenzteren Kapitalressourcen Veränderungen notwendig sind. Diese sollten aber das Ergebnis eines vernünftigen, zielgerichteten und vertrauensvollen Dialoges zwischen den Leistungsträgern und den Ökonomen widerspiegeln. Die Fachebene kann als gemeinsamer Ansatz durchaus schnell weiterentwickelt werden, ohne dass es zu inakzeptablen Ziel-Disparitäten kommen muss.

Unglücklicherweise, und hier bestätigen Ausnahmen die Regel, erfolgt die Steuerung durch die Administration in den allermeisten Fällen aber über die Machtebene. Sogenannte Benchmarks und Kennzahlen dienen als Legitimation. Die Umsetzung erfolgt nach planwirtschaftlicher Gesetzmäßigkeit, häufig ohne den Sachverstand der Leistungsträger zu nutzen und Ziele zu definieren, welche die Motivation erhalten und beschlossene Massnahmen plausibel erscheinen lassen.

Da die Machtebene vor allem in den Kliniken alle Spielregeln bestimmt, die zu erreichenden Ziele definiert und die Leistungsträger nicht selten “motiviert” diese Ziele durch Unterschrift zu bestätigen, verbucht die Administration alle Erfolge für sich. Den Misserfolg haben, dank geschickt angelegter Spielregeln, immer die Leistungsträger zu verantworten. Namhafte Kenner der Medizinlandschaft in Deutschland bezeichnen dies als Schuldzuweisungskultur!

Aber zurück zum Ausgangspunkt. Jedes Jahr steigen die Personalkosten. Die Sachkosten nehmen ebenfalls deutlich zu und auch die Preise für Strom und Heizung sinken in der Regel nicht.

Im Wesentlichen konstant bleiben dagegen die Erlöszuweisungen pro Fall (DRGs) durch die Krankenkassen. Damit aber die Mehrkosten, die Jahr für Jahr zu begleichen sind, erwirtschaftet werden, müssen permanent sogenannte Leistungs- und Effizienzreserven im System gehoben werden.

Auch dafür sind die Spielregeln sehr einfach. Mit immer weniger Ressourcen und immer weniger Personal soll immer mehr geleistet werden. Industriebetriebliches Systemdenken wird als Leitbild propagiert und versuchsweise in die Kliniken importiert. Dies hat in Einzelfällen bereits zu erheblichen Nachteilen für Patienten geführt und bereits Juristen dazu motiviert, von den Tätern hinter den Tätern zu sprechen.

Dabei folgt die Logik ökonomischer Rationalität als Paradigma einer sehr einfachen Zinseszinsrechnung.Bei drei Prozent Mehrleistung jährlich bedeutet dies in etwas über zwei Dekaden 100 % mehr Leistung, also eine Verdoppelung des Ausgangswertes. Bei 7 % Mehrleistung pro Jahr sind in knapp über einer Dekade 100 % und in wenig mehr als zwei Dekaden bereits 400 % der Ausgangsleistung erreicht. Sprechen wir über Zuwachszahlen jenseits von 10 % im Jahr beginnt eine abenteuerliche Reise in die Zukunft der Gesundheitsversorgung.

Die zunehmende Leistungsverdichtung bei gleicher oder gar abnehmender Personalstärke, ungebremster Bürokratisierung und steigenden Anforderungen an Qualität und Patientensicherheit kann auf Dauer schon aus Gründen der Logik nicht in die richtige Richtung weisen. Vor allem jene Fächer, die einen hohen persönlichen Einsatz fordern und dem Einzelnen eine hohe persönliche Verantwortung auferlegen, gewinnen sicher nicht an Attraktivität und werden in einer alternden Gesellschaft sowie gleichzeitig zunehmendem Wettbewerb um die besten Köpfe mit großen Nachwuchssorgen zu kämpfen haben.

Darüber hinaus ist zu fragen, ob der Kernauftrag der Medizin, das Patientenwohl, unter den gegebenen Bedingungen nicht bereits in naher Zukunft gänzlich von rein ökonomischen Überlegungen und Zielsetzungen verdrängt werden könnte.

Bereits heute beklagen wir die überproportionale Zunahme der Operations- und Interventionszahlen in Deutschland, die bei genauer Betrachtung doch nur der Logik der ungebremsten, in vielen Fällen erzwungenen Leistungssteigerung folgen. Wir diskutieren über den Mangel an Pflegepersonal und Ärzten, die um sich greifende Demotivation der Leistungsträger und einen immer ruppigeren Umgangston in unseren Institutionen.

Versucht man das System von außen zu betrachten, weisen all diese Zeichen, auch die zunehmende Zahl von Honorar- und Konsiliarärzten, darauf hin, dass wir über zukunftsweisende Veränderungen im System ganz grundsätzlich nachdenken sollten.

Um ein detaillierteren Überblick zu gewinnen hat der BDC gemeinsam mit Herrn Dipl.-Kfm. Thomas Kapitza (ö.b.u.v.Sachverständiger), eine Umfrage unter den führenden Leistungsträgern in unseren Kliniken konzipiert. Wir laden alle Chefärzte ein, sich an dieser Umfrage zu beteiligen. Ziel ist es, ein objektives und aktuelles Meinungsbild zu erheben.

Auf Basis der Umfrageergebnisse wollen wir gemeinsam eine Diskussion anzustoßen, die sich mit sinnvollen Alternativen, Zielsetzungen und Entwicklungsoptionen beschäftigt.

Wir würden gerne mehr Kooperationsbereitschaft und Handlungsfreiheit für alle gewinnen, einen Beitrag zu größerer Arbeitszufriedenheit leisten und das Patientenwohl wieder in das Zentrum des Denkens und Handelns aller Verantwortungsträger rücken. Eine vertrauensvolle, motivierende Kooperation zwischen ärztlichen, pflegerischen und kaufmännischen Führungskräften ist entscheidend für das Patientenwohl und den nachhaltigen Erfolg des Unternehmens Krankenhaus.

Führung heißt Menschen bewegen und das Kommende vorbereiten, wie Eric Krauthammer definiert. Dies impliziert die Fragen: Wie motiviere ich meine Mitarbeiter? Wie mache ich sie erfolgreicher und wie entwickle ich die Einzigartigkeit meines Unternehmens?

Diesen Zielen will sich die berufspolitische Arbeit des BDC auf Chefarzt- und Führungsebene widmen. Bitte unterstützen Sie uns durch Ihre Teilnahme an der Umfrage.

Mit besten Grüßen, Ihr
Prof. Dr. Hans-Peter Bruch
Präsident des BDC

Bruch H.-P. Vom Leid der Zinseszins Geplagten. Passion Chirurgie. 2011 Oktober; 1(10): Artikel 02_01.