

Krankenhauskongress

20.9.00

Wiesbaden, Kurhaus

Vortrag des Vorstandsvorsitzenden der RHÖN-KLINIKUM AG Eugen Münch

Thema:

"Krankenhäuser in Deutschland - vom staatlichen Versorgungsbetrieb zum Unternehmen"

Aufgabe des Krankenhauses

Alterspyramide, medizinischer Fortschritt und Bezahlbarkeit für die Nutzer

Das Krankenhaus ist der Teil der Gesundheitsversorgungskette, in dem, wenn es zweckmäßig organisiert ist, Patienten, die ambulant nicht behandelt werden können, betreut werden. Damit ist nicht nur die Betreuung von bettlägerigen Patienten sinnvoll, sondern das Leistungsangebot richtet sich an alle Patienten, die der interdisziplinär simultan einsetzbaren Leistung bedürfen. Die fortschreitende Entwicklung der Medizin bringt es mit sich, dass immer höhere Spezialisierungsgrade erreicht werden. Da der Mensch aber - wie jedes Lebewesen - ein unglaublich komplexes Gebilde ist, bei dem die unterschiedlichsten bekannten und unbekanntesten Wirkfaktoren in einem Behandlungsprozess von Bedeutung sind, steigt der notwendige Grad interdisziplinärer Funktionalität ständig und die damit verbundenen Overheads, mit denen die Koordinierung der Spezialisten erfolgt, steigern die Kosten. Das bedeutet, dass die immer wiederholte Aussage, "der medizinische Fortschritt koste Geld", in dieser Form nicht richtig ist. Es sind die Nebenfolgen des Fortschritts, die zu Kostenexplosionen führen, weil Lenkung und Führung eines solchen Gebildes mit untauglichen, aus der davor liegenden Dekade des Wissens stammenden Mitteln bewerkstelligt werden und somit ineffiziente Ergebnisse zeitigen.

Im Gegensatz zur landläufigen Meinung, wird die Krankenhausbehandlung vom medizinischen Fortschritt nicht in die Ebene der Niedergelassenen verschoben, sondern die mit dem medizinischen Fortschritt verbundene Entwicklung zu immer komplexeren Therapien erfordert eine immer komplexer werdende Infrastruktur und so häufig kürzere aber nichtsdestotrotz häufigere Krankenhausaufenthalte. Die ambulante Behandlung hingegen wird demgegenüber in der Komplexität durch Verlagerung, d.h. Arbeitsteilung, in andere Bereiche verlegt. Dabei denke man nur an die Verlagerung der Befriedigung von Informationsbedürfnissen ins Internet, die allein einen unglaublichen Wandel der Verhältnisse bewirken wird. Als Schlagwort sei nur darauf hingewiesen, dass Information im Internet kaum als Aufgabe der Solidargemeinschaft verstanden werden wird. Wenn aber z.B. ein Drittel aller ambulanten Beratungen wegfällt und gleichzeitig die komplexen Funktionen ins Krankenhaus verlagert werden, ist es verständlich, dass unter dem heutigen ambulanten Finanzierungssystem eine Explosion von unnötigen Leistungen erfolgt.

Ein merkbarer Steigerungseffekt für Krankenhäuserfälle ist die stetige Veränderung der Alterspyramide, da die Wechselwirkung aus medizinischem Fortschritt und

verstärkten Ansprüchen nach Gesundheitsdienstleistungen im Alter die Fallzahlen scheinbar unaufhaltsam erhöht.

In der letzten Zeit wird immer wieder der Spezialisierung von Krankenhäusern das Wort geredet und darin ein Heilmittel für marode Strukturen gesehen. Dem muss eindeutig widersprochen werden. Denn: Wenn die These stimmt, dass Krankenhäuser ihrer Natur und ihrem Sinn entsprechend interdisziplinäre Einrichtungen sein müssen, um moderne Funktionen zu erfüllen, so können einengende Spezialisierungen und spezialisierende Kooperationen nur funktionieren, wenn eine Methode, die neu erscheint, noch derart solitär ist, dass sie nur als Spezialeinrichtung, d.h. in einem geschützten Raum, vor den "Übergriffen interdisziplinärer Koordination" entstehen kann. In diesem Fall ist die Spezialisierung aber ein temporär vorgezogener Vorgang, der enden muss, wenn der Bereich sich so entwickelt, dass mangelnde Interdisziplinarität mehr Nachteile in der Weiterentwicklung bringt, als die Vorteile der abgekapselten Spezialisierung. Deshalb war es bis ca. 1990 richtig, spezialisierte Herzchirurgien zu entwickeln. Heute steht das Fach zwar immer noch im Zwang, große Zahlen von Patienten zu bewältigen, um die notwendige Qualitätsroutine zu haben, aber gleichzeitig wird mit dem Einsatz von Technologien begonnen, die zur Weiterentwicklung komplexe Umfelder brauchen. Deshalb wäre es heute falsch, in diesem Bereich eine Spezialklinik ohne Bindung an ein breiteres medizinisches Umfeld zu schaffen.

Die Spezialisierung in Form von Arbeitsteilung zwischen zwei Kliniken erfordert entweder, dass es sich um so entfernte Bereiche handelt, dass keine Wechselwirkung besteht oder die Kliniken kommunikativ und interdisziplinär geführt werden, damit alles so funktioniert, als wäre es eine Einheit. Da diese beiden Formen in der Regel nicht möglich sind, enttarnt sich solches "Spezialisierungsansinnen" sehr schnell, weil hier den Interessen des Personals und des Trägers Patienteninteressen geopfert werden. Diese Vorgehensweise wird aber zukünftig schwieriger, weil der z.B. über das Internet informierte Patient wesentlich flexibler reagiert. Deshalb betrachte ich solche Entwicklungen und ihre Ausformungen als Produkte des Wandels, die sich selbst ad absurdum führen werden.

Die Aufgabe des Krankenhauses, definiert aus dem Bedarf und seinen grundsätzlichen Fähigkeiten, im Gegensatz zu anderen Teilnehmern im Leistungsgeschehen, wird somit darin liegen, dem medizinischen Fortschritt gerecht werdend - und damit seine eigene Existenz bestätigend - hoch komplexe Leistungen interdisziplinär strukturiert anzubieten. Da eine entscheidende Voraussetzung für Annahme des Leistungsangebotes durch die Zielgruppe deren Bezahlbarkeit ist - im Sinne von vorhandener Kaufkraft und der Bereitschaft, sie für diesen Zweck einzusetzen -, ist die Preiswürdigkeit der Leistung - oder was man dafür hält - eine entscheidende Vorbedingung. Diese kann nur erreicht werden, indem die interdisziplinären Strukturen nicht handwerklich oder manufaktuell, sondern nach Massenproduktionsbedingungen, die in der Dienstleistung eine besondere Ausformung haben müssen, organisiert werden. Nur so wird die Fixkostendegression bewerkstelligt und damit die Leistung für die breite Masse verfügbar. Das bewirkt sowohl die Kosten-/Preis-senkung und schafft gleichzeitig - wegen der steigenden Nachfrage - die Basis für weitere technologisch/medizinische Entwicklung ... fast wie bei einem Perpetuum Mobile.

Unternehmenerfolg im Wettbewerb Auf den letzten Patienten kommt es an

Die Behandlung und Betreuung von Patienten wird häufig mit der Aura des Caritativen, des Lebensrettenden und der Selbstaufgabe der betreuenden Ärzte und Schwestern gesehen bzw. dargestellt. Aus dieser Sicht folgt ein Über- bzw. Unterordnungsverhältnis zwischen Patient und Betreuer. Eine in dieser Weise qualifizierte Beziehung verträgt logischerweise keinen Ansatz, der werbendes Bemühen um den Patienten, womöglich als Kunde und als Objekt geschäftlicher Interessen, verträgt. Diese Beziehung ist einseitig und nicht auf Leistung und Gegenleistung, somit auch nicht auf Ausgewogenheit, ausgerichtet.

Die Realität ist eine andere: 85 % der Patienten kommen nicht als willenslose Opfer, sondern nach einer sicher oft unausweichlichen, nichtsdestotrotz eigenen Entscheidung ins Krankenhaus. Der Zwang, dem der Patient unterliegt, kann durchaus ein selbst gesetzter sein, wenn er sich von den Medien einreden ließ, dass seine Nase zu lang, deshalb seinen Selbstwert störend, sei. So ist er in einer ähnlichen Zwangslage, wie derjenige, der sich nur in den neuesten Designer-Klamotten selbstsicher verhalten kann. Damit beschreibe ich natürlich ein Extrem, aber eines mit trendigem Charakter. Als abgemilderte Aussage kann festgestellt werden, dass vieles, was unsere Großeltern klaglos hingenommen haben, heute zu unausweichlichen Indikationen gehört. Die Zahnmedizin ist beredtes Beispiel für diese Entwicklung: Es scheint, dass ein zahnreguliertes Gebiss den Lebenserfolg schlechthin sichert; deshalb werden dafür Kinder in großer Zahl, wenn man die Menge der Zahnspangen, die man zu sehen bekommt, betrachtet, über Jahre erheblichen Belastungen ausgesetzt. Es gibt einen weit fortgeschrittenen Trend, Gesundheitsdienstleistungen zu konsumieren, die im zeitlichen Vorfeld dispositiv sind und erst nach einer inneren Entscheidung des Probanden zum Sachzwang werden. Die nach einer solchen Entscheidung eingenommene Rolle des Patienten als "Patient", d.h. Leidender, aufzutreten, stützt seine Entscheidung und stabilisiert ihn. Gleichzeitig belässt der Patient, das stützt vermeintlich den Anspruch auf Solidarunterstützung, die helfenden Beteiligten in ihrer selbst gewählten und wenig hinterfragten, weil lukrativen Rolle. Der Vorgang im Vorfeld wird jedoch für das Krankenhaus als Kundenbringer und Existenzgrundlage immer wichtiger und die Mund-zu-Mund-Propaganda der entlassenen Patienten, die im Erfolgsfall als Patienten behandelt und als Kunden betreut wurden, ist der Schlüssel zum Erfolg.

Das tatsächliche Geschehen macht den Patienten immer kenntnisreicher und erfahrener und somit wird er zum eigentlichen Entscheider. Dieser Prozess wird durch die Weiterentwicklung des Internet mit seinen Informationsmöglichkeiten erheblich angeheizt. Dabei ist es nicht nur die reale Information, die heute von vielleicht 10 – 20 % der Krankenhausnutzer (je nachdem, wie dramatisch die Betroffenheit ist) gezogen wird, sondern die Tatsache, dass es sich herumspricht, dass über Krankheit, über das Patientsein und über Gesundheitsdienstleistungen objektivierbare Informationen verfügbar sind, die dazu führen, dass die Rolle des Nur-Patienten und Nichtkunden immer unglaubwürdiger wird. Der "Neue Patient" stellt Ansprüche, will mitentscheiden; wozu sonst der Ruf nach immer mehr Informationen. Diese wären für Patienten im alten Sinne nur sinnvoll, wenn sie allesamt Masochisten wären. Zu all dem passt die Rolle des 100 % umlagefinanzierten Solidargemeinschafts-Nutznießers nicht und wird sich sukzessive ändern. Die Diskussionen in der Gesellschaft drücken nichts anderes aus, als das, was allgemein von denjenigen, die bezahlen, empfunden wird, nämlich,

dass derjenige, der etwas entscheidet, die Konsequenzen dafür selbst tragen soll. Mit erhöhter Selbstbeteiligung entsteht in einem sich selbst aufschaukelnden Regelkreis wieder erhöhter Anspruch auf Selbstbestimmung und der Kundenaspekt gewinnt größere Bedeutung. Mit der Entscheidung, was der Patient/Kunde mit sich machen lässt, trifft er natürlich auch die Entscheidung, wo er dies machen lässt. Spätestens damit ist die Einrichtung Krankenhaus existenziell und unternehmerisch betroffen.

Die noch vorhandene mehrheitliche Gruppe der Bestandswahrer in den Krankenhäusern hat die Veränderung erkannt und versucht durch Unterbinden von Wettbewerb (am liebsten würden sie dem Patienten die Wahl nehmen) ihre Interessen in trockenen Tüchern zu halten. Dies kann nicht gelingen. Deshalb wird die Bedeutung des Prozesses herunter-geredet, indem darauf verwiesen wird, dass es ja nur 10 – 20 % der Patienten sind, die sich kundenähnlich gebärden, aber das sei irrelevant.

Diese Sicht ist falsch und negiert betriebswirtschaftliche Fakten. Ein Krankenhaus ist wegen der notwendigen Vorhaltung, je breiter sein Spektrum angelegt ist, in hohem Masse Fixkosten belastet. Dies bedeutet: Gewinn oder Verlust, Sein oder Nichtsein, hängt von den letzten Patienten ab, da diese die entscheidenden Deckungsbeiträge bringen. Bei 80 statt 85 % Auslastung der eingesetzten Ressourcen ist vielleicht noch Kostendeckung unter Subvention der Investitionen vorhanden, aber keine Möglichkeit zu investieren. Bei 90 % sind vermutlich bereits 4 - 6 % Umsatzrendite, damit weitere Rationalisierungs- und im Wettbewerb stärkende Investitionen möglich. Der Hebel zur Veränderung liegt ausschließlich bei den Kunden/Patienten, und der entscheidende Patient ist der jeweils letzte.

Die Aufnahme von Notfallopfern und die Bereitstellung der Notdienste stellt im übrigen zu den genannten Thesen keinen Widerspruch dar. Es ist im Gegenteil so, dass die qualifizierte Funktion eines Krankenhauses bei originären, d.h. hilflosen Patienten die sichtbarsten Kompetenzsignale sendet und somit im Sinne eines erfolgreichen Marketings unverzichtbar ist. Erfolg werden in Zukunft diejenigen Klinik-Unternehmen haben, welche sich mental - und somit sachlich inhaltlich - dem Wandel anpassen und ihre Struktur verändern. Derjenige, der das nicht will und in der bestehenden Struktur verharrt, wird im aufkommenden Wettbewerb schwächer, bis er - wie der von ihm gehegte Patient - nur noch am Tropf der Subventionen ein sieches Dasein fristet.

Handlungsparameter des wettbewerbsfähigen Krankenhauses, Arbeit und Kapital = Investition als gestaltbare Erfolgsbedingung

Betrachtet man die sogenannte soziale Errungenschaft, nämlich die Versorgung von jedermann zu jeder Zeit mit den notwendigen Krankenhausleistungen, ohne das k.o.-Kriterium, "das kann ich mir nicht leisten," also den Preis für jeden bezahlbar zu halten, als gesellschaftliches Befriedungspotential, so ist dieses Prinzip eindeutig erhaltungswürdig. Es beginnt sich jedoch selbst zu vernichten, weil es für die Nutzer keine Anreize zur sorgsamem Inanspruchnahme enthält und für die Leistungsanbieter keine Anreize zur Rationalisierung. Der erste Mangel wird über alle möglichen Wege und Irrwege zur mehr oder weniger qualifizierten Selbstbeteiligung führen. Eine gute Form wäre, wenn jeder im Verhältnis zu seinen Möglichkeiten selbst beteiligt würde. Ein schlechter Weg wäre dagegen die Amerikanisierung, die einzelne aus dem System ausschließt und anderen Höchstleistung anbietet, dabei aber die Flächenleistung und somit die Befriedungskomponente aufgibt.

Weitsichtige Anbieter erkennen, dass der soziale Breitenansatz - unabhängig von der sozialen Seite - aus Marktsicht dazu geführt hat, dass eine Nachfragedichte entstanden ist, die eine enorme Mengenleistung, bezogen auf die vorhandenen Standorte, für die Leistungserbringer möglich macht. Betriebswirtschaftlich ist das die Chance zur arbeitsteiligen Rationalisierung, indem die Prozesse durch die aus der Menge kommenden Wiederholungen qualitativ und quantitativ gestrafft und somit von unnötigem Ballast befreit werden (Rationalisierung).

Die Rationalisierung ist ein innerbetrieblich struktureller und damit wesentlich von Investitionen abhängiger Vorgang. Die Investitionen sind nichts anderes, als materiell fundierte Organisation, so wie der Bau einer Straße und deren Befahren mit spezialisierten Fahrzeugen den vielleicht interessanten, aber ineffektiven Verkehr über Wald und Wiesen beendet. Um es zu vertiefen: Investitionen sind, wenn sie richtig gestaltet und genutzt werden, d.h. rationalisierende Wirkung erzeugen, gleichzeitig die Stabilisierung dieser Wirkung. Man kann auch sagen: Durch eine zugemauerte Tür (Organisationsinvestition) führt kein Weg, dagegen ein Mauerdurchbruch schafft ihn.

Investitionen sind aber gleichzeitig das, was auch mit "vorgetaner Arbeit" umschrieben wird, nämlich gebundenes Kapital. Will man investieren, benötigt man somit Kapital, das sich in den Händen von Menschen befindet, die es erspart, d.h. nicht konsumiert haben. Dieses Kapital gilt es zu gewinnen, um es in Krankenhausinvestitionen zu binden. Bisher hat der Staat die Investitionen für die Krankenhäuser getätigt, indem er das Kapital per Steueraufkommen zwangsweise requiriert hat. Er ist damit an seine Grenzen gekommen und wird zukünftig im politischen Wettbewerb, also bei der Frage, "Wer begünstigt wen mit was?", wohl kaum mehr Prioritäten für Krankenhäuser sehen, nicht zuletzt deshalb, weil er gesehen hat, dass es Alternativen gibt. Politische Kraft entsteht, weil Politiker, bestätigt durch ihre Wähler, sich für etwas Bestimmtes zu Lasten von etwas Anderem entscheiden. Die Zeit der Entscheidung für Gesundheitsdienstleister ist vorbei, vielleicht haben sie den Patienten als Argument (und Alibi) zu oft benutzt und unglaubwürdig gemacht.

Kapitalschöpfungs- und Vorfinanzierungsfähigkeit der echten Privatisierung

Es gibt Krankenhäuser, die sich weitgehend außerstaatlich finanzieren und damit investieren und die Zahl der haltungs- und anspruchsmäßig "neuen Kunden/Patienten" steigt gegenüber der Masse der Patienten "alter Art". Der Staat als Schutzpatron und Fürsorger zieht sich zurück - der Wettbewerb ist eröffnet.

Die Krankenhäuser müssen also - neben der Gewinnung der Patienten als Kunden - Kapital auf freiwilliger Basis in die Krankenhäuser locken. Dazu böte sich z.B. eine Sozialaktie an, die, falls die Behandlungsmöglichkeit knapp wird, dem Inhaber einen Sonderstatus ermöglicht – Motto "Aktionäre leben länger". Ein solches Konzept habe ich vor kurzem mit einem brasilianischen Kirchenmann besprochen. Dort gibt es das amerikanische System, also Geld für Leben, schon immer und diese Lösung wäre in dieser Region sogar ein sozialer Fortschritt.

Bei uns bietet sich die Kapitalaufnahme per Darlehen an. Zur Darlehensaufnahme haben aber nur rechtsfähige Krankenhausunternehmen und solche, die eine Chance haben, das Kapital so einzusetzen, dass es sich selbst durch die Rationalisierung refinanziert, eine Chance – und die Voraussetzungen will die Bank vor der Verleihung wissen.

Eine von uns praktizierte Methode ist die Ausgabe von Aktien, wobei wir allerdings mit "Kapitalnachfragern" der Industrie oder gar dem neuen Markt konkurrieren. Wenn es uns und möglichen Nachahmern weiter gelingt, den potentiellen Anlegern zu vermitteln, dass der Kapitaleinsatz im Krankenhaus in Form von Rationalisierungs-Investitionen dazu führt, dass die Preise sich bei steigenden Mengen so verhalten, dass keine Nachfrager ausscheiden und damit das Wachstum erhalten werden kann, so werden wir den Wettbewerb um das Kapital positiv zu unseren und damit zu Gunsten der Vollversorgung mit dem bekannten sozialen Ergebnis entscheiden.

Krankenhäuser, die als Eigenbetriebe staatlicher Gebietskörperschaften an den Regelmechanismen des Staates hängen, werden im politischen Wettbewerb um den Vorteil der Steuerfinanzierung oder der Bevorzugung bei limitierter öffentlicher Kreditaufnahme zum Siechtum verurteilt sein, auch wenn in dem einen oder anderen Fall durch andere politische Prioritäten Ausnahmen möglich sind.

Krankenhäuser, die als juristische Personen, als GmbH, AG oder Genossenschaft mehrheitlich in staatlicher Hand bleiben, werden erfolgreich sein, wenn sie sich wie die echten Privaten verhalten. Dann aber werden Übernahme-Angebote die Begehrlichkeit der Politiker wecken oder die Häuser werden nicht erfolgreich sein, sondern wie strangulierte Eigenbetriebe geführt, d.h. dann werden Verluste und/oder Betriebsprobleme zum Exitus oder Dahinvegetieren führen. Die alles entscheidende Frage ist in jedem Einzelfall: Wie entsteht Investitionsfähigkeit, also dem Grunde nach als Kapitalaufnahmefähigkeit, und wie entsteht qualitative Investitionsfähigkeit, die den "return on investment" in der vom Kapital erwarteten Zeit schafft? Dies ist von ideell orientierten Sonderfällen systemisch nur zu erwarten, wenn die Fehlinvestition durch Ausscheiden aus dem Markt bestraft wird und sich so eine investitionsfähige Krankenhauselite durch Selektion bildet.

Wild-West/Ost oder geordneter Versorgungswettbewerb Der Staat muss sich entscheiden – Betreiber oder Schiedsrichter und Regelsetzer

Das Ergebnis der Studie von Arthur Anderson mit den prognostizierten Entwicklungen im Krankenhaus ist sicher nicht weit von der Realität entfernt. Die Verfasser haben allerdings unterstellt, dass der Staat sein bisheriges Verhalten der Kurzsichtigkeit nicht ändert. Dieses Verhalten bewirkt, dass ständig nur auf Gruppeninteressen bezogene sogenannte Reformen, die von diesen Gruppen nach dem Motto "ich esse die Vorräte sofort, dann brauche ich sie nicht zu teilen", jeden Winter härter werden ließen. Bezogen auf die Krankenhäuser - und deshalb gibt es da den größten Anpassungsstau - war der Staat, d.h. die agierenden politischen Kräfte, ständig in der Position, dass sie die Versorgung als Gesetzgeber regeln sollten, gleichzeitig die Pflichten als Arbeitgeber und die Sicherung der politischen Pfründe, die in Form von Postenreserven aller Art bestanden, erhalten mussten. Es ist kein Zufall, dass eine "grün" beeinflusste Regierung mit der Einrichtung des Weges zu einer neuen Finanzierung begonnen hat, da die Bundes-Grünen den geringsten Posten und Gefolgschaftsnutzen hatten. Außerdem ist die Wählerschaft vermutlich jünger und somit für das Patienten-Droh-Argument weniger anfällig. Diese Entwicklung zeigt, dass die Verquickung der Interessen beim Staat das eigentliche Problem sind. Wenn er diese nicht beendet, wird seine Entscheidungskraft nicht ausreichen, um das Spiel so zu regeln, dass die fortschreitende wettbewerbliche Entwicklung amerikanische Züge bekommt, weil niemand dafür sagt, dass der Wettbewerb auf der Basis der Breiten- und nicht der selektiven Spezialversorgung entsteht.

Ich glaube - und wir versuchen unseren Teil dazu beizutragen -, dass Privatisierung unumgänglich ist, aber die daraus folgende Leistungssteigerung in Form von mehr Menge und preiswerten Einzelleistungen die Breitenversorgung stützt und nicht zerstört. Würde dies geschehen, dann verlören wir die Chance, unser System nach dem Motto "preiswert und damit sozial für Jedermann" zu entwickeln, zu perfektionieren und international als Exportschlager denjenigen anzubieten, die erkennen, dass amerikanische Sozial-polarisierung längst nicht die Lösung aller Probleme in aufsteigenden Industrienationen bewirkt.

In diesem Sinne hoffe ich auf die Weitsicht der Entscheider und die Einsicht der Betroffenen. Kommt diese nicht, so können die Anhänger der Staatswirtschaft im Krankenhaus zwar sicher sein, dass sie noch eine Weile das Spiel dominieren und leichter gewinnen werden, weil der Schiedsrichter (Staat) zur eigenen Mannschaft gehört. Die Zuschauer, die das Spiel aber letztlich durch ihre Anwesenheit tragen, werden das Stadion verlassen und sich einer anderen Sportart zuwenden.