

Einleitung und Begrüßung zum Symposium

Wolfgang Pföhler
Vorstandsvorsitzender, RHÖN-KLINIKUM AG
Schlossplatz 1, 97616 Bad Neustadt a. d. S.

Anlass:
Symposium der RHÖN-KLINIKUM AG
„Das Neue Ärztliche Berufsbild – Zur Zukunft des
Arztberufes im Krankenhaus“

Termin:
24. November 2006 / 13:00 Uhr (Dauer: 15 Minuten)

Ort:
Sheraton Frankfurt Hotel & Towers, Congress Center B
Frankfurt Airport Terminal 1
60549 Frankfurt am Main

- Es gilt das gesprochene Wort -

Anrede,

Zunächst möchte ich Ihnen allen danken für Ihr zahlreiches Erscheinen zum heutigen Symposium „Das Neue Ärztliche Berufsbild – Zur Zukunft des Arztberufes im Krankenhaus“ und hoffe, dass Sie den Weg hier zu uns an den Frankfurter Flughafen gut gefunden haben.

Ich begrüße ganz besonders unsere Referenten: Herrn Münch, den Aufsichtsratsvorsitzenden der RHÖN-KLINIKUM AG, Herrn Dr. Montgomery, den Vorsitzenden des Marburger Bundes und Herrn Professor Polonius, den Präsidenten des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen.

Ich begrüße darüber hinaus ebenfalls ganz herzlich die Teilnehmer unserer anschließenden Podiumsdiskussion:

- Herrn Meder, den Stellvertretenden
Vorstandsvorsitzenden der RHÖN-KLINIKUM AG und
zugleich Vorsitzender der Geschäftsführung des
Universitätsklinikums Gießen/Marburg,

- Herrn Professor Seeger, Ärztlicher Geschäftsführer am Uniklinikum Gießen/Marburg,
- Herrn Wendl, Arbeitnehmersvertreter im Aufsichtsrat der RHÖN-KLINIKUM AG,
- Herrn Professor Griewing, Ärztlicher Direktor der Neurologischen Klinik in Bad Neustadt sowie
- Herrn Professor Hansis, Stellvertretender Ärztlicher Geschäftsführer am Uniklinikum Gießen/Marburg.

Die Moderation des Symposiums wird für uns freundlicherweise Frau Gundlach übernehmen – die Sie aus vielen Sendungen aus dem Fernsehen kennen.

Ich freue mich, dass unser Symposium mit den Referenten, den Teilnehmern der Podiumsdiskussion, der Moderatorin und mit Ihnen, meine Damen und Herren Journalisten, Mitarbeiter und Gäste der RHÖN-KLINIKUM AG, so hochkarätig besetzt ist.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

Hier treffen heute Vertreter aus der Ärzteschaft, Journalisten, weitere Gäste und einer der größten privaten und innovativsten Klinikbetreiber Deutschlands zusammen. Was ist der Anlass für unser Zusammensein? Wir alle können uns an die großflächigen Streiks der Ärzte an den kommunalen Kliniken und den Landeskrankenhäusern in diesem Jahr erinnern. Nur nebenbei bemerkt: An unseren 45 Kliniken hat es praktisch keinen Streik gegeben.

Die Ärztestreiks waren Ausdruck einer großen Unzufriedenheit der ärztlichen Mitarbeiter. Diese betraf nicht nur die Höhe der Vergütung, sondern auch die Arbeitsbedingungen, die strenge Chefarzthierarchie und die fehlende Karriereperspektive. Dr. Montgomery wird dies detaillierter beschreiben können, denn er war an den Streiks und den Tarifverhandlungen der Ärzte hautnah dabei.

Die Ärztestreiks – da bin ich mir sicher – werden die Krankenhauslandschaft in Deutschland nachhaltig verändern. Sie waren eine Reaktion der Ärzte auf die deutsche Gesundheitspolitik, die den Krankenhaussektor in den

vergangenen Jahren einem hohen Rationalisierungsdruck ausgesetzt hat.

Während der demografische Wandel und der medizinische Fortschritt die Nachfrage anschwellen lassen, deckelte der Gesetzgeber die Krankenhausbudgets, führte die fallpauschalierte Vergütung in Krankenhäusern und das DRG-System ein. Gleichzeitig sank die Bettenzahl im Krankenhaussektor in den vergangenen Jahren immer weiter. Im Ergebnis werden in immer weniger Betten immer mehr Patienten behandelt und dies in kürzerer Zeit, also mit einer höheren Geschwindigkeit. Und darunter soll die Qualität der Versorgung nicht leiden. Krankenhausbetreiber müssen dem gestiegenen ökonomischen Druck standhalten.

Nun gibt es grundsätzlich unterschiedliche Möglichkeiten, auf diesen verschärften ökonomischen Druck zu reagieren. Als erstes kann man die neuen Anforderungen verdrängen und weiter machen wie bisher – die Folge wird eine schleichende Auszehrung der betreffenden Klinik sein, weil das Verhältnis

aus Aufwendungen und Erträgen immer ungünstiger wird. Im schlimmsten Fall droht die Schließung dieser Einrichtung.

Als zweite Alternative kann der Krankenhausbetreiber die bestehenden Prozesse verbessern; irgendwann wird aber jeder Prozess durchrationalisiert sein und keine weiteren Optimierungsmöglichkeiten bieten.

Dann gibt es noch eine dritte Möglichkeit: Es ist schon schwer genug, einen bestehenden Prozess, eine Behandlungskette, effizienter zu machen. Viel schwieriger ist es aber, einen Prozess komplett neu zu erdenken und in der Praxis aufzubauen. Denn der Mensch ist ein „Gewohnheitstier“ und drückt sich vor Veränderungen: Wir alle kennen das bekannte abwehrende Argument: „Das haben wir schon immer so gemacht.“

Meine Damen und Herren,

Sie gehen sicher mit mir konform, wenn ich sage, dass die aktuell geplante Gesundheitsreform mit dem so genannten

GKV-Wettbewerbsverstärkungsgesetz vielen Beteiligten in der Krankenversorgung die Arbeit nicht erleichtern, sondern erschweren wird. Ich nenne nur die pauschale Kürzung der Krankenhausbudgets um 0,7% und die Verlängerung der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung bis 2008.

Die aktuelle Gesundheitsreform zeigt eines deutlich: Die Antwort der Politik auf die steigenden Kosten der Krankenversorgung beschränkt sich in weiten Teilen auf die Rationierung von Leistungen. Was nichts anderes heißt, als dass wir auf Wartelisten zusteuern. In vielen Ländern sind Wartelisten schon länger ein bekanntes Instrument, um den Nachfragedruck zu bändigen und dies wird auch von den Beteiligten als normaler Zustand hingenommen.

Wir als RHÖN-KLINIKUM AG sehen das anders und widersprechen diesem Ansatz, weil wir ihn für inakzeptabel und aus ethischer Sicht für zutiefst fragwürdig halten. Wir akzeptieren es nicht, wenn die Politik sagt: Wir stellen Euch weniger Geld zur Verfügung, und wenn die Patienten warten müssen, dann ist das eben so. Ich glaube aber auch nicht,

dass wir andere Lösungen von der Politik in dieser Frage erwarten können.

Gegen diese Rationierung setzen wir das Prinzip der Rationalisierung. Das Unternehmensziel der RHÖN-KLINIKUM AG ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und zugleich bezahlbaren flächendeckenden Krankenversorgung für jedermann in Deutschland. Deshalb wehren wir uns dagegen, dass man es hinnimmt, wenn Patienten auf eine Hüftgelenksoperation über viele Monate oder Jahre warten müssen oder man an Patienten über 70 Jahre gar keine Herzoperationen mehr durchführt, wie das wohl in England zunehmend der Fall ist.

Problemlöser und Vordenker – und dazu dürfen Sie die RHÖN-KLINIKUM AG zählen – werden ja am Anfang häufig belächelt. Ich kann mich noch gut erinnern, wie die Konzepte der Tele-Portal-Kliniken oder Medizinische Versorgungszentren abgetan wurden. Heute sind beide Ansätze in der Praxis angekommen und bewähren sich. Große Veränderungen beginnen häufig im Kleinen,

entwickeln sich zu einer Welle zu und überrollen dann
scheinbar plötzlich den gesamten Markt.

Sie erinnern sich noch an die drei Möglichkeiten, wie man auf
den erhöhten ökonomischen Druck reagieren kann. Viele von
Ihnen kennen die RHÖN-KLINIKUM AG schon mehrere
Jahre. Sie wissen, dass wir nicht immer den Weg des
geringsten Widerstandes gegangen sind, sondern denjenigen
Weg, der richtig war. Damit mag man den Einen oder
Anderen vor den Kopf stoßen, weil wir unkonventionelle,
neue Lösungen kreieren.

Wir wollen die dritte Alternative wählen und darüber
nachdenken, wie man die Behandlung von Patienten im
Krankenhaus grundsätzlich neu organisieren könnte. Bildlich
gesprochen ist es doch so: Wenn Sie eine Maschine haben,
die alt ist und klappert, dann können Sie die Schrauben an
der einen oder anderen Stelle noch mal festschrauben oder
etwas Öl nachfüllen. Damit kommt man kurzfristig aus. Mittel-
und langfristig macht es aber mehr Sinn, die Maschine
komplett auseinander zu nehmen und optimiert wieder

zusammensetzen. Dann läuft die Maschine dauerhaft auf einem viel höheren Niveau als zuvor.

Derartige Innovationen sind – in Anlehnung an den Ökonomen Schumpeter – immer auch ein Akt schöpferischer Zerstörung. Wir sind ständig auf der Suche nach noch besseren Konzepten für die Krankenversorgung in Deutschland, d.h., wir wollen eine hohe Qualität und gleichzeitig eine bezahlbare Krankenversorgung. Ich glaube, dass besonders die Bezahlbarkeit der Krankenversorgung immer wichtiger wird, gerade in Zeiten steigender Staatsverschuldung und knapper Krankenhausbudgets.

Die Durchsetzung von Innovationen ist ein kräftezehrender Vorgang, von der Idee bis zur Marktreife dauert es häufig Jahre. Deshalb möchte ich Sie aufrufen: Lassen Sie es uns heute gemeinsam angehen und ein Feuerwerk kreativer Ideen entzünden.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

Als einen neuen Ansatzpunkt für die weitere Verbesserung der Krankenversorgung sehen viele die Neuverteilung der Aufgaben der ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Krankenhäuser sind bei ihrer Leistungserstellung ganz besonders auf ihre ärztlichen Leistungsträger angewiesen: Und um eine hohe Qualität der Versorgung sicherzustellen, muss man die vorhandenen Kompetenzen der Mitarbeiter optimal nutzen und weiterentwickeln. In diesem Zusammenhang werden oft auch die Begriffe Arbeitsteilung und Spezialisierung gebraucht. Was bedeuten die Begriffe Spezialisierung und Arbeitsteilung? Beide klingen etwas technokratisch.

Es geht um nichts anderes, als dass man die Mitarbeiter dort einsetzt und fordert, wo Sie ihre beste Leistung erbringen.

Um es mit dem wirtschaftswissenschaftlichen Nobelpreisträger Coase zu sagen: "Do what you can do best, outsource the rest." Sogar wenn man etwas besser kann als andere Mitarbeiter, kann es sinnvoll sein, diese Tätigkeit trotzdem an andere Personen zu übertragen.

Ich will diesen Satz an einem Krankenhausbeispiel veranschaulichen: Mit der Einführung der DRGs ist der Anteil der Dokumentations- und Kodieraufgaben im Krankenhaus gestiegen. Und diese Aufgaben haben in vielen Fällen die Ärzte übernommen, was zu einer Entfremdung des Arztberufes geführt hat. Es gibt Aussagen von Ärzten wie: „Ich habe das Gefühl, ich bin nur noch die Hälfte meiner Arbeitszeit direkt am Patienten dran. Der Rest ist Verwaltungskram.“ Selbst wenn Ärzte die Kodierung besser als nicht-ärztliches speziell ausgebildetes Personal ausführen könnten, dann sollte man trotzdem diese Tätigkeit an das nicht-ärztliche Personal übertragen, weil die klassische ärztliche Tätigkeit eben nicht durch andere Berufsgruppen ausgefüllt werden kann.

Die wertvolle Ressource „Arzt“ darf nur dort eingesetzt werden, wo es erforderlich ist und wo die ganz besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten der Ärzte unverzichtbar sind.

Wir müssen in Deutschland einen Weg finden, damit Ärzte wieder Ärzte sein können, sonst geht die Abwanderung junger Mediziner ins Ausland weiter; dies könnte langfristig die flächendeckende Krankenversorgung gefährden.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

In den folgenden drei Referaten werden wir hören, wie sich der Arztberuf im Krankenhaus künftig verändern oder aufspalten könnte. Wir werden sicher auch kontroverse Thesen hören. Ich würde mich freuen, wenn Sie regen Anteil an den Referaten nehmen und die anschließende Podiumsdiskussion nicht nur mitverfolgen, sondern auch Fragen stellen und mit uns gemeinsam diskutieren.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und übergebe an den ersten Referenten des heutigen Tages. Herr Münch wird nun tiefer in das Thema eintauchen.