

Die schöne neue Welt der Krankenhäuser



© SLAEK

Um es vorwegzunehmen: Ein Ökonom im Krankenhaus ist unabdingbar, da es Klinikärzte im Gegensatz zu niedergelassenen Kollegen oft nicht gelernt haben, auf die Kosten ihrer Tätigkeiten zu achten.

Problematisch wird die Situation erst, wenn das Ziel der ärztlichen Tätigkeit in einem Krankenhaus ausschließlich darin besteht, einen abrechenbaren Gewinn zu erzielen. Dies ist aber inzwischen die Realität. Der Sündenfall war die Einführung des DRG-Systems vor genau zehn Jahren und der danach durch die Politik ausgerufenen „Wettbewerb“ zwischen den Kliniken, der scheinbar mit der Insolvenz eines Drittels aller Kliniken enden soll.

Das DRG-System hatte zunächst einmal sein Ziel erreicht. Unsinnig lange Liegezeiten wurden verkürzt, die Effektivität wurde erheblich gesteigert. Die Bezahlung erfolgt jetzt ausschließlich über die erreichten Case-Mix-Punkte. Das wäre halb so schlimm, wenn deren Wert jedes Jahr in genügendem Maße gesteigert würde. Die jährliche Steigerung für die erreichten CM-Punkte beträgt zurzeit jedoch nur ca. 1,5 %. Die Kostensteigerung pro Jahr wird aber durch die Ökonomen mit 4 % angegeben, dazu tragen Tarifsteigerungen, Steigerungen der Energiekosten, Kostensteigerungen für den medizinischen Sachbedarf, notwendige Investitionen in Geräte und Gebäude u.v.m. bei. Woher die fehlenden 2,5 % kommen sollen, bleibt offen. Wie reagiert eine Klinik darauf?

Zunächst ganz vernünftig: Es wird analysiert, wo Geldausgaben sind, die durch Verbesserung der Arbeitsorganisation, der Abläufe, durch Energiesparmaßnahmen etc. verringert werden können. Doch diese Reserven sind begrenzt und erschöpfen sich schnell. Der zweite Schritt ist dann schon problematischer, es wird beim Personal gespart, wobei zunächst besonders die Pflegekräfte und der medizinisch-technische Dienst im Visier liegen. Durch Personaleinsparungen lässt sich einiges erreichen, doch kommt man schnell in gefährliche Bereiche. Wenn das Personal „auf Kante genäht“ ist, kommt es während der Urlaubszeit oder bei hohem Krankenstand zu teilweise unhaltbaren Zuständen. Spart man gar bei den ärztlichen Mitarbeitern, verstärkt man die finanzielle Schieflage sogar, da es zu einer gefährlichen Abwärtsspirale kommt, die sehr schnell zur Leistungsminderung führt. Der dritte Schritt, den Kliniken gehen, wenn sie mit den Einsparungen am Ende sind, besteht in der Generierung größerer Einkünfte. An erster Stelle steht dabei die „Mengenausweitung“, die eigentlich ethisch nicht mehr tragbar ist. Sie führt dazu, dass ärztliche Maßnahmen auf „Teufel komm raus“ stattfinden. Da werden zum Beispiel gerne kleine neurochirurgische Abteilungen an Kliniken aufgemacht, die mögliche Komplikationen nur ungenügend abfangen könnten, da gönnt sich nahezu jede Klinik einen Orthopäden bzw. Unfallchirurgen, um die lukrative Endoprothetik „abzufassen“, da werden sehr gerne Herzkatheteruntersuchungen in jeder noch so kleinen Einrichtung durchgeführt usw. Die „Mengenausweitung“ ist dabei nicht nur unmittelbar patientenschädlich, sie zerstört auch die ärztliche Kunst sowie die Kultur des ärztlichen Miteinanders. Die ärztliche Kunst wird dahingehend zerstört, dass junge Kollegen nicht mehr lernen, invasive Maßnahmen vorsichtig zu indizieren und sie als letzte Maßnahme in einer Kette von ärztlichen Handlungen zu verstehen. Die Kultur des ärztlichen Miteinanders wird dadurch gestört, dass natürliche Hierarchien nicht mehr geachtet

werden. Die Akzeptanz der unterschiedlichen Versorgungstufen von Krankenhäusern, also ob sie der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- oder der Maximalversorgung angehören, ist bereits nachhaltig gestört. Aus ehemals kooperierenden Einrichtungen sind konkurrierende Wirtschaftseinheiten geworden.

Das Klima an den Krankenhäusern hat sich deutlich gewandelt. Man fühlt sich bisweilen an die Akkordarbeit in Fabriken erinnert. Die früher durchaus beschauliche ärztliche Tätigkeit in der Klinik, die von personellen Redundanzen geprägt war und die auch mal ein ruhiges, reflektiertes Arbeiten zuließ, gibt es nicht mehr. Die Arbeit ist zwar hocheffizient geworden, die eigentlich ärztliche Tätigkeit leidet allerdings darunter. Man bezeichnet dieses Phänomen heute gern euphemistisch als „Leistungsverdichtung“.

Ein Ende dieser Zustände ist wohl nicht in Sicht. Momentan läuft zwischen den Kliniken ein Darwin'scher Prozess des „survival of the fittest“, unter dem sowohl Klinikärzte als auch Klinikökonomien leiden. Auf Unterstützung durch Politik und Krankenkassen brauchen wir nicht zu hoffen, denn dieser Ausleseprozess ist ja genau jener „Wettbewerb“, der von diesen Kräften beschworen wird.

Die Ärzte dürfen trotz der oben geschilderten Situation und der daraus entstandenen Zwänge jedoch niemals vergessen, dass ärztliche Entscheidungen immer nach dem Patientenwohle getroffen werden müssen und niemals nach den wirtschaftlichen Sachzwängen ihrer jeweiligen Arbeitgeber. An diese an und für sich selbstverständliche Handlungsmaxime muss leider immer wieder erinnert werden, was eigentlich erstaunlich ist. Schließlich bedarf es in der heutigen Zeit nicht einmal mehr der vielzitierten „Zivilcourage“, um eine gewisse Resistenz gegenüber dem „Ökonomismus“ zu entwickeln. Wir Ärzte sind doch in der komfortablen Situation, mit Stellenangeboten überschüttet zu werden, und können bei Bedarf unseren Aufgabenbereich sehr schnell wechseln.

Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken