

Gesundheitsreform fordert Chefärzte – Vom Halbgott zum Abteilungsmanager ?

Horst R. Bourmer

Wir müssen uns darüber im klaren sein, daß Struktur, Aufbau, Verteilung der Krankenhäuser, Patientenströme, die klassischen Funktionen des Krankenhausbereichs und damit auch die Stellung des Arztes, insbesondere aber auch die Rolle des leitenden Abteilungsarztes beziehungsweise Chefarztes eine tiefgreifende Veränderung erfahren werden.

Revolution im Krankenhausbereich

Während sich das in einem einmaligen politischen Verfahren zustande gekommene Gesundheitsstrukturgesetz 1993 – neben Änderungen im Bereich der Krankenkassen – durch Phantasielosigkeit, massive Eingriffe in die Selbstverwaltung und freiheitsbeschränkende Regelungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung auszeichnet, haben wir es im Krankenhausbereich mit einem grundlegend anderen Befund zu tun: Die Änderungen im Krankenhausrecht und insbesondere die des Krankenhausfinanzierungsrechts gehen über eine evolutorische Weiterentwicklung weit hinaus, konstitutionelle Elemente werden aufgegeben, Instrumente des Systemwandels zwingend vorgeschrieben und die „Revolution“ der stationären Krankenhausversorgung an den Horizont gemalt.

Da der Krankenhausbereich mit rund 3500 Krankenhäusern und über einer Million Beschäftigten, mehr als 100 000 Ärzten und mehr als 10 000

Nach einer zwanzigjährigen Diskussion um eine grundlegende Änderung des Krankenhausrechts stehen wir jetzt nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 (GSG) vor einer fundamentalen Neuorientierung der deutschen Krankenhauslandschaft. Die Bevölkerung und die unmittelbar Betroffenen dürften sich über dieses Ausmaß noch nicht im klaren sein.

Chefärzten natürlich kein starrer Organismus ist, sind die zu Beginn dieses Jahres einsetzenden Veränderungsprozesse selbst nur mit großen Schwierigkeiten zu einem neuen Bild zusammensetzen. Eins ist allerdings klar: Das Krankenhaus des Jahres 2000 wird nach dieser Reform ebenso wie der „Chefarzt“ des gleichen Jahres nur noch wenig zu tun haben mit dem, was wir heute vorfinden und worauf sich Patienten und Mitarbeiter so sicher verlassen konnten.

Bei der notwendigen kritischen Bewertung des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 ist ihm zu attestieren, daß es für den Krankenhausbereich eine Vision enthält. Ob es eine positive oder negative Utopie ist, läßt sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht sagen.

Rückzug des Staates

Aus dem Rückblick des Jahres 2000 werden es zwei Zeitpunkte sein, die sich lohnen, für die Krankenhauslandschaft hervorgehoben zu werden:

Dies sind das Jahr 1972 (Krankenhausfinanzierungsgesetz) und das Jahr 1993 (Beginn der Strukturreform).

1972 ist deshalb bedeutsam, weil – vorausgehend durch eine Änderung des Grundgesetzes bedingt – der Krankenhausbereich – als wesentlicher Teil der sozialen Infrastruktur – öffentliche Aufgabe wurde und damit das staatliche Engagement (Planung und Investitionsfinanzierung) gesetzlich definiert wurde.

1993 wird dadurch historisch markant bleiben, daß der Staat seine 20 Jahre lang praktizierte Verantwortung im Krankenhausbereich wieder zur Disposition stellt, die Einflußmöglichkeiten der Krankenkassen stärkt und dem Krankenhaus den Versorgungs- und Planstatus nimmt, es dieser Sicherheit beraubt und in die quasi „marktwirtschaftliche Konkurrenz“ entläßt. Dieser „Zielbahnhof“ wird durch das GSG 1993 definiert, es selbst stellt die ersten Weichen dazu.

Hinzu tritt, daß die bisher selbstverständliche „Friedenslinie“ zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich aufgelöst (Krankenhäuser bekommen ambulante Aufgaben) und es damit zu ganz massiven neuen Verteilungskämpfen zwischen der ersten und zweiten Säule des Gesundheitswesens kommen wird. Die erste Einschätzung zeigt, daß in diesem neuen Auseinandersetzungsfeld die Krankenhäuser insgesamt bessere Karten haben. Es kommt mir vor – wenn man die beiden Versorgungsbereiche vergleicht – wie ein „Bal Paradox“:

Der staatlich reglementierte Krankenhausbereich wird in die Marktwirtschaft entlassen, die bisher freiheitliche ambulante Versorgung staatlich reglementiert.

Ist das eine tendenziell zu begrüßen, das andere strikt abzulehnen, so kann die Gesamtentwicklung für beide in der Konsequenz fatal sein.

Die Änderungen des GSG 1993 für den Chefarzt erschöpfen sich nicht in Abgaberegulungen. Ein Strukturumbau steht bevor.

Ich behaupte deshalb, daß für den Krankenhausbereich nicht so sehr die Praktikabilität einzelner Instrumente oder Regelungen im Vordergrund zu stehen hat, sondern die Frage, ob und wie der angedachte Strukturwandel in den Köpfen der Betroffenen und Beteiligten verstanden, mitvollzogen und bewußt gesteuert werden kann.

Die Krankenhausreform, durch das GSG 1993 eingeleitet, ist primär – und hier kommen in vorderster Front die Chefarzte in den Blick – ein mentales Problem.

Systemsprenge Elemente des GSG 1993 im Krankenhausbereich

Abgesehen von der alle Leistungsbereiche betreffenden Phase des starren, gedeckelten Budgets zwischen 1993 und 1995, die den Krankenhausbereich dadurch trifft, daß er das Morbiditätsrisiko, das Fallzahlrisiko und in besonderer Weise auch das Risiko des medizinischen Fortschritts tragen muß, sind es insbesondere folgende Änderungen, die mittel- und langfristig die Strukturen der Krankenhauslandschaft und die Stellung des Chefarztes verändern werden:

1. Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips und damit des Ankers des Krankenhausfinanzierungsrechts von 1972;

2. erleichterte Kündigungsmöglichkeiten von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern durch die Landesverbände der Krankenkassen;

3. Umstellung der Krankenhausfinanzierung durch Neueinführung von Entgelten nach dem Prinzip „Preis für Leistung“ und Aufgabe des fundamentalen Individualprinzips (in Zukunft: Vorgabe von bundes- oder landesweiten „Preisen“);

4. schrittweise Auflösung des Prinzips der dualen Krankenhausfinanzierung (erste Schritte: privates Kapital kann eingebracht werden, verpflichtende Vorschritt des Abschlusses von Rationalisierungsverträgen mit den Krankenkassen, Lösung der Investitionspauschalen vom einzelnen Krankenhausbett);

5. Öffnung der Krankenhäuser und damit bewußte Konkurrenz zum ambulanten Bereich für ambulant ärztliche Tätigkeiten (teilstationäre Leistungen, vorstationäre und nachstationäre Behandlung, ambulantes Operieren);

6. Erhöhte Anforderungen an ärztliche und pflegerische Dokumentation und Ausweitung der an die Krankenkassen zu liefernden Daten und Statistiken.

Folgende Probleme standen bei der Sicherstellung der stationären Krankenversorgung der Bevölkerung bisher im Vordergrund:

1. Permanenter Druck der Fallzahlsteigerung im vollstationären Leistungsbereich (je Jahr rund 0,4 Millionen Patienten zusätzlich);

2. Unmöglichkeit der einheitlichen Betriebsführung wegen der doppelten Finanzierungsstränge (zum Beispiel: eine objektiv erforderliche Leistungsausweitung wurde durch ungenügende Investitionstätigkeit gehemmt);

3. aufgelaufener Investitionsstau von über 10 Milliarden DM für alle 3510 Krankenhäuser in Deutschland;

4. massive Probleme bei der Rekrutierung einer ausreichenden Zahl qualifizierter Pflegekräfte;

5. Probleme der Finanzierung der Umsetzung des medizinischen Fortschritts insbesondere angesichts der Altersentwicklung (ein Drittel aller operativen Eingriffe heute bereits bei über 70jährigen);

6. die Altersentwicklung und die fehlende Pflegeabsicherung haben bisher dazu geführt, daß die Krankenhäuser im Sinne der Ersatzleistung auch primär pflegebedürftige Patienten versorgen mußten.

Diese Schlaglichter beleuchten das Umfeld, in dem das GSG wirkt und der Chefarzt Verantwortung tragen muß. Der Chefarzt ist insbesondere mit folgenden Tatbeständen konfrontiert:

A. Die universalistische *Versorgungsfiktion* der Krankenhäuser ist zugunsten einer krankenhaus- und abteilungsspezifischen selektiven Leistungsstruktur aufzulösen.

B. Da mittelfristig die *Bestandsgarantie* des Krankenhauses entfällt und damit das Krankenhaus als Un-

ternehmen am Markt scheitern kann, muß der Chefarzt ökonomisch Verantwortung für das Überleben seines Krankenhauses übernehmen.

C. Das auf vollstationäre Leistungsstruktur orientierte Krankenhaus ist in Richtung auf einen *Mischbetrieb* verantwortungsvoll weiterzuentwickeln, indem passend zur Unternehmensphilosophie teilstationäre Leistungen, vor- und nachstationäre Behandlung und ambulantes Operieren vorgesehen sein müssen.

D. Das Krankenhaus bekommt für die *ärztliche Laufbahn* in Zukunft deshalb eine gänzlich andere Bedeutung, weil der bisherige Zielpunkt ärztlichen beruflichen Wirkens – die Niederlassung – staatlich weitgehend zerstört ist.

Vom universellen Versorgungsauftrag zum individuellen Leistungsspektrum

Zunächst wird generell eine bewußte Überprüfung des eigenen Leistungsspektrums und der individuellen Stärkung einer Abteilung erforderlich sein. Der allgemeine pauschale Pflegesatz wird weitgehend in den Hintergrund gedrängt. Der abteilungsspezifische Pflegesatz, ein landesweiter Basispflegesatz, aber insbesondere die neuen Entgelte „Sonderentgelt“ und „Fallpauschale“ zwingen jeden Abteilungsleiter zu einer kritischen Überprüfung des stationären Leistungsgeschehens unter den Gesichtspunkten Anzahl, Kosten pro Leistungseinheit und Qualität.

Eine solche neue Leistungsbeschreibung kann auf der Ebene der Abteilung allein allerdings nicht geleistet werden, sondern muß sich einem Konzept des gesamten Krankenhauses deshalb unterordnen, weil nur aus rationalem Zusammenwirken der Abteilungen die notwendigen Kostenbegrenzungen und qualitätssichernden Synergieeffekte entspringen.

Die Notwendigkeit der bewußten Konturierung des vorgehaltenen Leistungsspektrums wird im übrigen dadurch verstärkt, daß die neue Weiterbildungsbildungsordnung den Trend zur

Spezialisierung und Differenzierung in der Medizin aufgreift und ihm Form gibt. Die Frage zwingt sich für jeden leitenden Abteilungsarzt ebenso wie für den ärztlichen Direktor auf, wo im Leistungsspektrum Schwerpunkte zu setzen sind und welche hochspezialisierten Behandlungsformen (fakultative Weiterbildung) im Rahmen der Abteilung vorgehalten werden können.

Die vorgesehenen Leistungskomplexgebühren (Sonderentgelte) und die Fallpauschalen, die die Kosten des gesamten Behandlungsfalls erfassen, werden zwar erst schrittweise einzuführen sein, es gilt allerdings, daß derjenige, der frühzeitig mit diesen Entgelten zu leben gelernt hat und seine krankenhaus- und abteilungsspezifische Struktur daraufhin überprüft hat, ab 1996 (verpflichtende Vorschrift dieser Entgeltform) wesentlich verbesserte Startbedingungen besitzt.

Wegfall der Bestandsgarantie des Krankenhauses

Das Krankenhaus, das das Teostat „Plankrankenhaus“ besaß, war bisher – und das hat auch Denken und Verhalten geprägt – in seinem Bestand praktisch nicht gefährdet. Die vorgesehene Kündigungsmöglichkeit war zahnlos.

Die Änderung der Krankenhausfinanzierung (Preis für Leistung) und die wirksameren Kündigungsmöglichkeiten, insbesondere aber das Ziel der Aufhebung der dualen Finanzierung und damit der weitgehende Wegfall staatlichen Einflusses auf die Krankenhauslandschaft zwingen dazu, an diesem Punkt völlig neu zu denken: *Das Krankenhaus der Zukunft ist ein Unternehmen, das Überschüsse erwirtschaften, aber auch scheitern kann.*

Das für die Planung in Nordrhein-Westfalen zuständige Ministerium hat beispielsweise daraus jetzt schon die Konsequenz gezogen und den fast abgeschlossenen Krankenhausplan ausgesetzt und lapidar konstatiert: Eine konventionelle Krankenhausplanung wird es in Zukunft nicht mehr geben.

Diese Neuorientierung beinhaltet Risiken und Chancen. Risiken für all diejenigen, die nicht bereit oder in der Lage sind, den allgemeinen Versorgungsanspruch kritisch zu prüfen.

Neben der rationalen zukunftsorientierten Leistungsplanung steht in Zukunft das Ausschöpfen aller erdenklichen Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaus im Vordergrund.

Der Chefarzt ist neben der verantwortlichen Aufstellung der Leistungsplanung in verstärktem Maße insofern in die Investitionsplanung des Krankenhauses zu integrieren, hat eine ganz besondere Verantwortung bei der krankenhausspezifischen Umsetzung des medizinischen Fortschrittes, wird ein gesteigertes Interesse an der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entwickeln (Qualität und Senkung der Komplikationsrate sparen in erheblichem Umfang auch Kosten), wird in weit größerem Maße interne und externe Kooperationsmöglichkeiten mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern ausloten müssen und sich weit stärker als bisher für das Erscheinungsbild des Krankenhauses in der Region interessieren müssen.

Der Chefarzt wird zum Manager der Abteilung

Dies schließt ein, daß er auf der Basis der ihm von der Betriebsleitung zur Verfügung gestellten Daten verantwortlich ist für bewußtes Risk-Management, eine transparente Personalplanung und die ständige Motivation seiner ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter sowie für das Ineinandergreifen des ärztlichen Dienstes.

Hier sind seine Qualitäten nicht nur als ökonomischer Direktor, sondern auch seine Teamfähigkeit und seine Fähigkeit zur Personalführung gefordert. Nur eine an der Qualität der Leistung orientierte Krankenhausabteilung, in der sich die Patienten gut behandelt und versorgt gefühlt haben, hat die Chance, angesichts der veränderten Finanzierungsbedingungen auch in Zukunft schwarze Zahlen zu schreiben.

Das Krankenhaus als Endpunkt der Arztkarriere

Von einschneidender Bedeutung sind die Auswirkungen, die den Arzt in seiner Lebensplanung betreffen. Die ab 1999 einsetzende staatliche Bedarfsplanung wird dazu führen, daß sich der Arzt von vornherein nicht mehr darauf verlassen kann, nach Aus- und Weiterbildung sowie einer zeitlich befristeten Tätigkeit im Krankenhaus außerhalb eine Niederlassung zu finden. Die im Krankenhaus Verantwortung tragenden Ärzte stehen insofern mindestens vor zwei Herausforderungen:

1. Es muß der Druck zuströmen der Ärzte aus der Universität ausgehalten und kanalisiert werden; und
2. es müssen für einen größeren Anteil der Ärzteschaft Dauerstellen in gehobener und leitender Position bereitstehen.

Beide Aufgaben stehen in einem schwierigen Spannungsverhältnis zueinander.

Die Position des Chefarztes wird ganz allgemein dadurch tangiert, als durch den Nachfragedruck qualifizierter Ärzte nach Dauerpositionen die Frage neu zu beantworten ist, ob ein einzelner Arzt eine Abteilung führen soll oder ein gleichrangiges Ärzteteam.

Chancen bestehen – neben dem Arbeitsmarktaspekt – darin, daß die neuen Aufgaben der wirtschaftlichen Verantwortung für die Abteilung und der Sicherstellung der unterschiedlichen ambulanten Funktionen auf mehrere qualifizierte Schultern gelegt werden könnten. Ob dadurch die Resignation einer ganzen Generation, denen der Weg in die Niederlassung verbaut ist, gemildert werden kann, ist allerdings zu bezweifeln.

Deutsches Ärzteblatt

90 (1993) A₁-1874-1876 [Heft 25/26]

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Horst R. Bourmer
Präsident der Ärztekammer
Nordrhein
Tersteegenstraße 31
W-4000 Düsseldorf 30 (Nord)