

6 Von der Struktur zum Prozess – ein Spielsystem für Exzellenz

Josef Düllings

6.1 Ausgangslage

Nach fünfzehn Jahren DRG-System stehen die Krankenhäuser 2018 vor einer enormen Herausforderung. Dies zeigen die Ergebnisse der VKD-Umfrage 2017. Insbesondere kleinere Krankenhäuser und Universitätsklinika kommen mit dem DRG-System nicht zurecht. Dies hat sich in unseren Umfragen immer wieder bestätigt. Die High-End-Medizin der Universitätsklinika wie auch der von den Ländern im Rahmen der Krankenhausplanung zugewiesene Versorgungsauftrag in der Fläche werden mit dem DRG-System in der jetzigen Version nicht belohnt. Die für die Bevölkerung notwendigen Versorgungsleistungen werden eher mit Defiziten abgestraft (VKD 2017, Düllings 2015a). Dabei machen allein die Grundversorger etwa die Hälfte der Branchenstruktur aus.

Aufgrund der seit Jahren bestehenden Unterfinanzierung von Investitionen, mit einer Deckungslücke von mittlerweile 3,7 Milliarden Euro pro Jahr, reicht auch eine schwarze Null im Betriebsergebnis nicht mehr aus. Die KPMG hat bereits 2009 auf diesen Umstand hingewiesen. In ihrer Studie „Zukunft deutsches Krankenhaus“ ermittelt sie, dass ein Krankenhaus eine Investitionsquote von 4,5% erreichen muss, um die vorhandene Infrastruktur zu erhalten. Finanzierbar wäre dies – angesichts der Deckungslücke aus der viel zu niedrigen Investitionsfinanzierung der Länder – durch eine entsprechend hohe Umsatzrentabilität von über 4%. Der Anteil der Allgemeinkrankenhäuser einschließlich Universitätsklinika mit einer solchen Umsatzrentabilität lag in unseren Umfragen regelmäßig jedoch unter 10%. Das heißt, nur eines von zehn Krankenhäusern in Deutschland ist nach dem KPMG-Maßstab unter den jetzigen Rahmenbedingungen überhaupt in der Lage, seine Zukunft aus eigener Kraft sichern. Die Unterfinanzierung von 90% aller Kliniken ist damit kein Zufall, sondern hat System. Für diesen Teil der staatlichen Daseinsvorsorge müssen Bund und Länder sich die Frage gefallen lassen, ob sie dies weiter dulden können.

Neben dieser schon seit Jahren angespannten Finanzlage – die die Politik auf Kassenseite niemals tolerieren würde – haben Bund und Länder mit der Quali-

tätsoffensive und den Vorgaben des Krankenhausstrukturgesetzes ab 2016 eine neue Front gegen die Krankenhäuser aufgemacht. Mindestmengen, Qualitätsvergütungen und Strukturvorgaben wie Personaluntergrenzen sollen das Qualitätsniveau in den Kliniken anheben. Erste „Fingerübungen“ hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bereits mit der Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene durch Beschlüsse in 2013 und 2016 gemacht. Damit ist erkennbar, was auf die Krankenhäuser zukommt. Auch dies übt einen enormen Druck auf die Kliniken vor allem der Grund- und Regelversorgung aus, hier mithalten zu können oder in einem erheblichen Umfang Erlösverluste zu riskieren.

Politik und Krankenkassen fordern „beste Qualität“, gehen dabei jedoch vom finanziellen und personellen Status Quo aus. Mit der Besorgung der Finanzmittel, der Ärzte, Pflegekräfte und sonstigen Fachkräfte lässt man die Kliniken allein. Es gibt einige „kosmetische Operationen“, wie das Pflegestellenförderprogramm, den Pflegezuschlag oder das Hygieneförderprogramm, die den Eindruck erwecken, als würden die Kliniken entlastet. Auch der Ansatz einer „vollen“ Refinanzierung der Tarifsteigerungen, wie aktuell wohl politischer Konsens, klingt gut, wenn man nicht weiß, dass die strukturellen Tarifsteigerungen ohnehin außen vorbleiben.

Der ungelöste „Big Point“ ist die Investitionsfinanzierung. Solange nur auf der Bundesebene und ohne ganzheitliches Zukunftskonzept für die Krankenhausbranche an den Nachkommastellen gedreht wird, solange darf man nicht erwarten, dass es von der Politik oder dem Gesetzgeber eine Weichenstellung zu einer Verbesserung der Krankenhausversorgung gibt. Ganz im Gegenteil. Die vorherrschende, verzerrte Wahrnehmung der zurzeit noch guten Versorgungsdichte ausschließlich als Überkapazität führt zur Nachlässigkeit und dazu, für die Krankenhäuser fast nichts zu tun. So trennt sich die Spreu vom Weizen. Glaubt man. Aber es könnte politisch zu einem Bumerang werden, wenn die Babyboomer in die behandlungsrelevanten Altersjahrgänge kommen. Dies wird bis 2030 passieren.

In Niedersachsen gab es 2017 drei Krankenhauspleiten. Eine betraf mit der Paracelsus-Gruppe in Osnabrück sogar eine private Klinikette. Man wird sich in den kommenden Jahren wohl an Insolvenzen gewöhnen müssen, soweit Standort- oder Krankenhausschließungen nicht zu einer Resonanz im politischen System führen.

6.2 Wie mit der Krise umgehen?

Die Frage ist, ob das einem Geschäftsführer, einem Aufsichtsrat oder Gesellschafter Spaß macht. Soll man den Kopf in den Sand stecken, auf die Landes- und Bundespolitik schimpfen? Oder gibt es bessere Alternativen?

Ein Fußballverein, der abstiegsbedroht ist oder die erwartete Leistung nicht bringt, kann den Trainer auswechseln. Das ist üblich. Krankenhäuser können Geschäftsführer auswechseln. Auch das passiert. Die Frage bei einem Trainerwechsel ist: Hat der neue Trainer ein System? Wie führt er seine Mannschaft zum Erfolg? Mit Ancelotti lag Bayern München am Anfang der Saison 2017/2018 lange deutlich hinter dem Erstplatzierten Borussia Dortmund. Sehr früh, Ende September, kam die Ablösung. Mit Jupp Heynckes folgte dann Sieg nach Sieg bis Ende Januar 2018 auf Tabellenplatz 1 mit 50 Punkten und 16 Punkten Vorsprung vor Leverkusen auf Platz 2. Dortmund ist nicht mehr unter den ersten 5. Man fragt sich: Was macht den Unterschied aus? Vielleicht kann man es so formulieren:

Jede Leitung hat die Aufgabe – wie der Trainer beim Fußballspiel – mit dem Team ein Spielsystem zu entwickeln, das die Mannschaft möglichst erfolgreich macht im Wettbewerb.

Für Krankenhäuser heißt dies, der Geschäftsführer hat als Erster in seiner Vorbildfunktion dafür zu sorgen, dass das Team möglichst erfolgreich wird im Wettbewerb um den Patienten. Dieser muss sich zunächst anschauen: Welche Startbedingungen findet er vor? Welche Spieler hat er, mit denen er zunächst auf den Platz geht? Was ist seine Strategie, Technik und Taktik, um Fortschritte zu erzielen. Der „Kliniktrainer“ braucht hier eine klare Vorstellung und Erfahrung, um Menschen zu führen und Ergebnisse zu erzielen. Dabei ist sicher eine Unterscheidung sehr wichtig, nämlich die von „systemischem Management“ und Individualmanagement. Letzteres hat auch in der Krankenhausbranche als Masterplan keine Zukunft, auch wenn es in Einzelsituationen immer notwendig bleibt. Aber der strategische Fokus einer erfolgreichen Krankenhausentwicklung zur Exzellenz liegt im „systemischen Management“, in einem leistungsfähigen Spielsystem. Was heißt das jetzt?