

BONUSZAHLUNGEN IN KRANKENHÄUSERN

Lern- statt Leistungs- ziele definieren



Illustration: mauritius images

Krankenhäuser können motivationspsychologische Erkenntnisse in der Personal- und Unternehmensentwicklung nutzen.

Die Kopplung ärztlicher Gehälter an Kennzahlen wie Eingriffszahlen steht im Verdacht, zu einer Ausweitung von Leistungen, unnötigen Kosten und Risiken für Patienten zu führen. Finanzielle Anreize wie Bonuszahlungen zu begrenzen, mag den Schaden kennzahlenorientierter Vergütung mindern. Um dem Bedürfnis von Management und Gesellschaft nach Qualitäts- und Effektivitätssteigerung in der medizinischen Versorgung entgegenzukommen, stellen Lernziele statt Leistungsziele jedoch die bessere Alternative dar.

Die kennzahlenabhängige Vergütung spielte lange eine wichtige Rolle in Unternehmen und ist motivationspsychologisch gut untersucht. Der Taylorismus hat bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts Ziele und Entlohnung verbunden. In dieser ökonomischen Denkstruktur gab das Management Arbeitsabläufe detailliert vor. Dadurch konnte die Leistung des Einzelnen gemessen und zusätzlich entlohnt werden (Akkordlohn). Die damit verbundene Entgelterhöhung wurde von den Arbeitern geschätzt und führte zu einer höheren Anstrengung. Diese

Erfahrungen gingen in motivationspsychologische Überlegungen ein, die in den späten 1960er Jahren zur Zielsetzungstheorie führten. Danach haben effektive Ziele folgende Eigenschaften: Mitarbeiter müssen die Ziele als wichtig anerkennen und überzeugt sein, sie auch aus eigener Kraft erreichen zu können. Der Arbeitsprozess muss für den Mitarbeiter nachvollziehbar zum Ziel führen und das Arbeitsergebnis erkennbar und gut messbar sein.

Autonomieempfinden sinkt

Vor allem in Bereichen, in denen einzelne Leistungsträger gut messbare Ergebnisse erzielen konnten, wie in Produktion oder Vertrieb, wurden Ziele in Form von Kennzahlen zum Standard. Zunehmend komplexere Arbeitsprozesse machen die Zuordnung individueller Anstrengung zu Ergebnissen jedoch schwierig bis unmöglich, auf jeden Fall verwaltungsaufwendig und manipulationsanfällig. Daher begannen die ersten Unternehmen damit, diese leistungsorientierte Bezahlung wieder abzuschaffen.

Seit etwa 15 Jahren werden kennzahlenorientierte Vergütungs-

systeme auch in Krankenhäusern eingesetzt. Dabei wurden jedoch weder die ersten gegenläufigen Entwicklungen in anderen Branchen noch die Erkenntnisse der Motivationspsychologie berücksichtigt. Denn das Setzen von kennzahlendefinierten Leistungszielen in der Patientenversorgung wird kaum durch die Anforderungen der Zielsetzungstheorie gedeckt: So ist das Ergebnis (Gesundheit, Lebensqualität) höchst individuell, subjektiv und schlecht messbar. Zudem ist die Aufgabe komplex und nicht von der Leistung eines Einzelnen abhängig. Und es kann Unterschiede zwischen den Zielen des Krankenhauses und denen des Arztes geben.

Das Dilemma schlecht messbarer Qualitätsziele in der Medizin lösen Krankenhäuser bislang durch einen Kunstgriff: Qualität wird in Surrogatparameter übersetzt. Dabei werden Indikatoren der Strukturqualität (zum Beispiel Ausstattung), Prozessqualität (etwa Anzahl brusterhaltender Operationen bei Mammakarzinom) oder Ergebnisqualität (beispielsweise therapeutische Zielwerte wie HbA_{1c} oder Blutdruck) als Ziele genutzt. Ob solche Indikatoren die Versorgungsqualität tatsächlich abbilden, ist umstritten. Unabhängig davon birgt diese Strategie aber ein Risiko: Erlangen diese Parameter durch hohe Incentivierungen für den Einzelnen eine hohe Attraktivität, können Ärzte einen patientenbezogenen Qualitätsanspruch aus den Augen verlieren und sich auf das Erreichen dieser Surrogatziele konzentrieren. Langfristig sind dann die Arbeitsmotivation und -zufriedenheit von Ärzten bedroht, wenn das Autonomieempfinden sinkt.

Es spricht also wenig dafür, Leistungsbereitschaft und Motivation von Ärzten durch Kopplung von Vergütung an Kennzahlen zu steigern. Eine alternative Strategie könnte die Definition von Lernzielen sein, wie sie die motivationspsychologische Zielerreichungstheorie seit Ende der 1980er Jahre entwickelt hat: Danach können Leistungsziele durch „Lernziele“ ersetzt werden, wenn Leistungsziele bei komplexen Tätigkeiten zu sinkender Performance oder unerwünschten

Nebeneffekten führen. Menschen mit einer hohen Lernzielorientierung betrachten ihre Fähigkeiten als formbar und streben eine Weiterentwicklung ihrer Kompetenzen an. Für sie zählt nicht nur die Erfüllung aktueller Herausforderungen, sondern auch die Vorbereitung auf weitere, anspruchsvollere Aufgaben.

Auch die professionelle Entwicklung von Ärztinnen und Ärzten besteht in einem lebenslangen Kompetenzerweiterungsprozess, in dem ein zirkulärer Prozess aus Informationssuche, praktischer Anwendung und Feedback zu einer Kompetenzsteigerung führt.

Sollen Lernziele dazu beitragen, die Leistung von Ärzten zu steigern, so müssen sie den Anforderungen an effektive Ziele gerecht werden und organisatorisch umsetzbar sein. Beides ist der Fall:

- **Effektive Ziele:** Lernziele ermöglichen eine Übereinstimmung von Unternehmens- und persönlichen Zielen. Das Ziel, die Kompetenzen zu erweitern, ein „guter Arzt“ zu werden, ist ein starker Motivationsfaktor. Lernzielmotivierte Ärzte nutzen der Klinik: Sie

sind proaktiv orientiert und leistungsbereit, denn das Anwenden des Gelernten ist für sie ein wichtiges Instrument, ihren Lernprozess zu fördern. Sie entwickeln auf Organisationsebene neue Prozesse und stellen somit ein innovatives Potenzial für Kliniken dar. Die Messung steigender Kompetenz kann von außen (external) durch den Abgleich der eigenen Kompetenzen mit einem fähigkeitenorientierten Lernzielkatalog, anspruchsvolleren Aufgaben oder den Aufstieg in der Organisationshierarchie erfolgen. Selbstreferenzielles (internales) Feedback erfolgt durch die subjektive Wahrnehmung von höherer Zufriedenheit, besserer Bewältigbarkeit und sinkendem Stress. Wachsende Kompetenzen sind die Folge eigener Lernanstrengung und ermöglichen dem Arzt, Erfolge sich selbst zuzuordnen.

- **Organisatorisch umsetzbar:** Lernziele als Leistungsanreize brauchen kulturelle, strukturelle und kommunikative Voraussetzungen. Dazu muss das Krankenhaus offen für neue Ideen, Reflexion und Kritik sein. Management und Führungs-

personen sollten ihre eigene Kompetenzentwicklung transparent für die Mitarbeiter machen. Lernzielorientierung von Vorgesetzten muss gefordert und gefördert werden. Eine konstruktive Fehlerkultur, die Fehler als Information für Verbesserungsprozesse schätzt, ermöglicht es den Ärzten, aus Fehlern zu lernen. Lernzielorientierte Strukturen sind konsequente Weiter- und Fortbildungsprogramme, Mentorenprogramme, Qualitätszirkel oder Fehlerkonferenzen. Alle Mitarbeiter müssen lernzielorientierte kommunikative Prinzipien beherrschen: wertschätzender Umgang, konstruktives Feedback, lösungsorientierte Sprachmuster und Unterstützung von Selbstreflexion.

Wenn Krankenhäuser ihren Ärzten motivierende leistungssteigernde Arbeitsbedingungen bieten und sich als „lernende Organisationen“ begreifen, haben Lernziele das Potenzial, wie Leistungsziele leistungssteigernd zu wirken. ■

*Dr. med. Patricia Hänel, Katharina Klein,
Prof. Dr. med. Markus Herrmann MPH, M.A.,
Institut/Lehrstuhl für Allgemeinmedizin,
Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg*

RECHTSREPORT

Dialyseeinrichtungen: Anfechtungsberechtigung eines Vertragsarztes

Eine ärztlich geleitete Einrichtung, die nach Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä, Dialyse) eine Ermächtigung besitzt, ist nicht nachrangig gegenüber einer kassenärztlichen Zulassung. Dies hat zur Folge, dass eine Drittanfechtung dieser Ermächtigung durch mögliche Konkurrenten nicht in Betracht kommt. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden.

Die klagende Gemeinschaftspraxis, die ein Dialysezentrum und eine diabetologische Schwerpunktpraxis betreibt, wendet sich gegen die Ermächtigung einer ärztlich geleiteten Einrichtung zur Erbringung von Dialyseleistungen. Mit der Ermächtigung nach § 10 der Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV wird der ärztlich geleiteten Einrichtung die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung eröffnet. Dies muss nach Auffassung des Gerichts der bereits zugelassene Arzt hinnehmen, da sein Status gegenüber dem von potenziellen Konkurrenten angestrebten Status keinen Vorrang genießt. Die Ermäch-

tigung ist im konkreten Fall nicht nachrangig gegenüber der Zulassung, weil sie nicht von einer Bedarfsprüfung abhängig ist. Bei ärztlich geleiteten Einrichtungen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertrages zu den besonderen Versorgungsaufträgen im Bereich Dialyse ermächtigt waren, wurde auf Antrag eine Ermächtigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrages für die Dauer von zehn Jahren erteilt. Diesen Einrichtungen wurde mithin ohne weitere Prüfung eine zehnjährige Ermächtigung gegeben, die sogar um weitere 20 Jahre verlängert werden kann nach Anlage 9.1 BMV-Ä. Diese unter Bestandsschutzaspekten zu erteilende Ermächtigung widerspricht nach Auffassung des Gerichts nicht höherrangigem Recht. Die Laufzeit der Ermächtigung von zehn Jahren mit einer Verlängerungsoption um weitere 20 Jahre ist zwar ungewöhnlich lang, im Hinblick auf die Besonderheiten der nephrologischen Versorgung aber nicht zu beanstanden. Sie umfasst nämlich nur Fälle, in denen ärztlich geleitete

Einrichtungen schon beim Inkrafttreten des Vertrages zur Erbringung von Dialyseleistungen ermächtigt waren. Diesen Einrichtungen, die schon in der Vergangenheit zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich waren, wurde Bestandsschutz gewährt. Angesichts ihrer vorherigen Teilnahme an der Versorgung und der erheblichen dafür erforderlichen Investitionen ist es in diesem speziellen Bereich gerechtfertigt, die Dauer der Ermächtigung derjenigen einer Zulassung anzunähern. Damit werden auch der ärztlich geleiteten Einrichtung, die sich in einem verhältnismäßig kleinen Markt hochspezialisierter Leistungen bewegt, Erwerbsmöglichkeiten in bestimmten Umfang gesichert. Dies erscheint im Hinblick auf die kostenintensiven Investitionen, die für den Betrieb einer Dialysepraxis zu tätigen sind, nachvollziehbar. Ein Anreiz dafür, in der nephrologischen Versorgung niereninsuffizienter Patienten tätig zu werden, besteht nur dann, wenn das Kostenrisiko hinreichend wirtschaftlich abgesichert ist (BSG, Urteil vom 17. Oktober 2012, Az.: B 6 KA 44/11 R)

RAin Barbara Berner