

Industrielle Medizin

Erhard Taverna

1. Frederick Winslow Taylor (1856–1915) und William Edwards Deming (1900–1993) sind Pioniere der Industrialisierung. Taylor gilt unter anderem als der Erfinder einer wissenschaftlichen Betriebsführung mit hoher Arbeitsteilung, genormten Abläufen, Standardisierung, Rationa-



Bild: C. Hurni

lisierung und Leistungslöhnen. General MacArthur holte den Mathematiker Deming 1950 als Statistiker und Qualitätsexperten nach Japan, wo die einheimische Autoindustrie seine Ideen erfolgreich übernahm. Infolge der Konkurrenz aus dem Osten wurde die Demingsche Qualitätsphilosophie auch in den USA zum Vorbild. 1988 gründeten 14 grosse Unternehmen, darunter Nestlé, Ciba-Geigy und Sulzer, die European Foundation for Quality Management (EFQM). Das Modell ist branchen- und grössenunabhängig und die besten Anwender werden jährlich für

ihre «Excellence» mit einem Preis ausgezeichnet. Zumindest für die USA belegen Studien den Erfolg: höhere Umsätze und Gewinne, höhere Produktivität, bessere Aktienperformance und mehr Arbeitsplätze.

2. Die Spitäler, vor allem die öffentlich subventionierten, stehen unter Druck. Ökonomen und private Krankenhausbetreiber suchen im Wettbewerb den Ausweg aus der Finanzierungskrise. Was Taylor und Deming für die Industrie entwickelt haben, wird für das Gesundheitswesen zum Rezept der Zukunft. Stellvertretend sei der Vorstandschef der Rhön-Klinik AG in Deutschland am EUROFORUM in Zürich zitiert: «Unser Ziel ist es, auf privater Basis rationelle, qualitätsvolle Massensversorgung für die reife Industriegesellschaft zu erzeugen, die aus sich heraus sozial ist, weil keine Verschwendung stattfindet. Wir verdienen damit Geld und halten das für notwendig, ehrbar und verdienstvoll.» Sein Betriebskonzept überträgt das in der Industrie bewährte «Flussprinzip» auf die Organisation von Krankenhäusern. Ein modernes, auf Mehrwert bedachtes Management ersetzt das tradierte, handwerkliche Arztverständnis durch Rationalisierungsmassnahmen und konsequente Industrialisierung. Neue Karrierechancen für neue Berufe sollen die Mediziner ködern. Der Weg zum «Center of Excellence» führt über ein professionelles Marketing. Dazu gehören Merksätze wie: «Der Besitz von selbstbestimmten Patientenfällen ist wichtiger als der Besitz von Betten, der Wettbewerb beginnt nicht bei den Kranken, sondern bei den Gesunden» oder «Jedes zukunftstaugliche Spital muss eine einzigartige Qualitätsmedizinmarke werden» usw. usf. Auch das Projekt SwissDRG will ausdrücklich den Wettbewerb unter den Spitälern verstärken. Die Abgeltungen sollen vergleichbar und leistungsorientierter erfolgen, was aus der Sicht der Versicherer von der Kostenübernahme zum erwünschten Preisdanken führt. Jeder kantonale Businessplan ist heute auf dieses Denken ausgerichtet und folgt dabei dem 1996 eingeführten KVG, das marktwirtschaftlich auf Preise fixiert ist.

3. Unser Sozialsystem übernimmt konsequent die ökonomischen Grundsätze der industriellen Fertigung. Art. 58 Abs. 3 hält fest, dass zu regeln

ist, mit welchen Massnahmen die Qualität zu sichern oder wiederherzustellen ist, und Art. 77 KVV präzisiert, dass die Leistungserbringer oder deren Verbände Konzepte und Programme zu erarbeiten haben. Wenn Qualität nicht mehr durch die Ausbildung als gegeben vorausgesetzt wird, muss sie periodisch gemessen werden. Gemäss dieser Logik ist auch ein Wettbewerb unter den Herstellern von einträglichen Kontrollsystemen entbrannt, beginnend mit dem «European Practice Assessment (EPA)» bis hin zur vollen Zertifizierung. Weil die Ärzteverbände in den letzten 10 Jahren diese Entwicklung verschlafen haben, diktieren staatliche und private Organisationen die Konzepte und Programme. Natürlich sind in jedem System Verbesserungen möglich, so werden Spitäler und Praxen von Strukturanalysen ihres Betriebes profitieren. Das Gerede von Qualität soll aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es darum geht, Kosten zu senken, nach der Devise billiger ist besser, wie der

jüngst publizierte Vergleich von Zürcher Spitälern zeigt. Im verschärften Wettbewerb geht es um Marktchancen, um Kontrahierungsvorteile, um zukünftige Netzverträge und Akquisition.

4. Das «New England Journal of Medicine» vom November 2006 umschreibt den Vorgang bündig als einen Wechsel von «fee-for-service» zu «fee-for-performance». Zwar sei nicht klar, ob die erwarteten finanziellen Vorteile die Kosten überträfen. Auch denken die Autoren über mögliche Nebenwirkungen nach: «[...] could further undermine morale and the core professional value of altruism that is already threatened by the increasing commercialization of medicine.» Trotzdem stellen sie resigniert fest, dass der Wechsel von der bisherigen Autonomie zur geforderten «accountability» wohl unvermeidlich sei. Alle gegen alle, das war doch schon immer so.