

Rainer Müller, 1994:

Produktivität von Krankenhausleistungen als personale Dienstleistungen, privatwirtschaftliche Rentabilität und/oder gesellschaftliche Wohlfahrt

- Thesen -

1. Krankenhaus als Kostenfaktor
Die Kosten für die stationäre Behandlung stellen einen großen Ausgabenbereich der GKV dar. Im Jahre 1992 betrug der Anteil 32,1 %. (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Sachstandsbericht 1994, S. 69).
Das Gesundheitsstrukturgesetz mit dem Ziel der Beitragsstabilität enthält Regelungen, die die sogenannten Wirtschaftlichkeitsreserven des Krankenhauses freilegen sollen.
2. Krankenhaus als Betrieb oder Verwaltung
Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) hat sich die Kritik am Krankenhaus verstärkt. Im Jahresgutachten der Konzertierte Aktion von 1992 wird festgestellt, daß Krankenhäuser unverändert eher Verwaltungsbetriebe als moderne Unternehmen seien.
3. Gesundheitsstrukturgesetz und Ökonomisierung des Krankenhauses
Das Gesetz sieht eine zunehmende Steuerung von medizinischen Versorgungsangeboten bei der Leistungserstellung und -erbringung nach Wirtschaftlichkeits- und Ertragsgesichtspunkten vor. Die Budgetierung und die Einführung der Fallpauschalen sowie der pauschalierten Sonderentgelte ab 1996 zwingen die Krankenhäuser zu Veränderungen von Leistungs- und Organisationsstrukturen.

Die Krankenhäuser einer Region werden in eine Konkurrenzbeziehung gezwungen.

Diese externen Konstellationen werden die Organisationsstruktur des Krankenhauses drastisch verändern. Es kommt zu

1. einer Vorrangstellung betriebswirtschaftlicher Produktivitätsvorstellung, lung der Verwaltung mit ihrer betriebswirtschaftlichen Orientierung gegenüber dem medizinisch ärztlichen und dem pflegerischen Bereich deutlich gestärkt

Anmerkung:

Es wird von dem Krankenhaus gesprochen, wohlwissend, daß es eine Vielfalt von Typen auf dem Krankenhausesektor gibt.

2. wird die Stellung der Verwaltung mit ihrer betriebswirtschaftlichen Orientierung gegenüber dem medizinisch ärztlichen und dem pflegerischen Bereich deutlich gestärkt (Schardt, 1994).
4. Betriebswirtschaftliche Bewertung von Medizin und Pflege
Die professionellen Kriterien, Entscheidungsmuster und Orientierungen von Ärzten und Pflegekräften werden explizit mit betriebswirtschaftlichen Kalkülen konfrontiert. Dies führt zu starken Spannungen unter den Akteuren und Abteilungen des Krankenhauses. Das krankenhauserne Machtgefüge unter dem Zwang des Bestands als ökonomische Einrichtung wird sich neu formieren müssen. Die Abteilungen werden nach ihrer Rentabilitätswertigkeit eingeordnet. Konflikte sind also programmiert.
5. Zwang zur Reorganisation
Es besteht die Notwendigkeit, ein organisatorisches Gesamtverständnis zu entwickeln, Strategien der internen Integration zu betreiben und als Organisationsganzes ein Ziel zu definieren. Fragen von Management, Organisationsentwicklung werden vorrangig. Für die professionellen Akteure werden durch diese Umstrukturierung Herausforderungen in Bezug auf normative Orientierung, professionelles Selbstverständnis und Verhältnis zueinander entstehen.
Die Krankenkassen haben auf die Entwicklung der Krankenhäuser und der Krankenhauslandschaft einen sehr starken Einfluß. Die Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips wird zu einem Selektionsprozeß zwischen den Krankenhäusern führen.
6. Machtzuwachs der Kassen
Mit dem GSG erhalten die Krankenkassen einen deutlichen Machtzuwachs. Die Datenübermittlungspflicht setzt die Krankenkassen in die Lage, einen differenzierten Einblick in das krankenhauserne Leistungsgeschehen zu nehmen. Die laufende und zeitnahe Überprüfung der krankenhausernen Prozeß-, Ergebnis- und Kostendaten schafft eine Transparenz, die die externe Steuerung massiv verstärkt.
7. Schwund der politischen Gestaltung der öffentlichen Hand
Die politische Gestaltungsmacht der öffentlichen Hand (Länder, Gemeinden) wird einen Bedeutungsverlust erleben.
Es stellt sich die Frage, ob die schon früher postulierte Aussage, das Gesundheitsversorgungssystem sei ein System der organisierten Unverantwortlichkeit, auch für die Zukunft gilt. Ist mit der Zentralisierung der Vertragsverhandlungen und der Stärkung der Krankenkassen eine nach Kriterien von öffentlicher Wohlfahrt ausgerichtete Krankenversorgungspolitik möglich?

Was heißt unter diesen Bedingungen regionale, kommunale Krankenversorgungspolitik?

8. Marginalisierung von Bedarfen und Bedürfnissen von chronisch Kranken
Welche Konsequenzen ergeben sich durch die Neustrukturierung der Versorgungsstruktur für chronisch Kranke, die einer integrierten abgestimmten auf längere Zeitdimension angelegten Versorgungs- und Betreuungsstruktur bedürfen? Die betriebswirtschaftlichen Rentabilitätskriterien werden zu kürzeren Liegezeiten, zu Spezialisierungen und Ausdifferenzierungen von Krankenhäusern führen, womit sich die Schnittstellenproblematik einer integrierten Versorgung von PatientInnen noch stärker stellt als schon bislang.

Welche Institution wird sich dieses Problems annehmen und institutionalisierte Formen der Betreuung von Patienten im Sinne eines Rehabilitationsgesamtplanes organisieren? Was heißt hier patientenorientiertes Versorgungsmanagement im Sinne einer integrierten Perspektive von medizinischer, pflegerischer, sozialer und psychotherapeutischer Betreuung? Welche Institution ist in der Lage, Orientierungshilfen zu geben, um Verhaltens- und Orientierungssicherheit zu gewährleisten? Kann es der niedergelassene einzelne Hausarzt sein? Wird sich im Wettbewerb der verschiedenen Krankenkassen eine solche Betreuungseinrichtung in den Krankenkassen oder als Gemeinschaftseinrichtung (Medizinischer Dienst?) etablieren?

9. Modernisierung des Gesundheitssystems als öffentlicher Sektor mehr als Betriebsökonomie

Die Reformstrategien des Gesundheitsstrukturgesetzes haben ihren Fluchtpunkt fast gänzlich in der Beitragsstabilität. Als Strategien kommt zum Einsatz

1. weitreichende Kostensenkungsprogramme,
2. Aufgabenprivatisierung und
3. Variation der Leistungstiefe durch externe Beschaffung.

Diese üblichen Interventionsmuster werfen die Frage auf, welche Produktivitätsvorstellung eine demokratische Gesellschaft bei der Sicherung von Gesundheit und dem adäquaten Umgang mit Krankheit und chronischem Leiden hat. Welche Stellung soll ökonomische Rationalität in öffentlichen Sicherungssystemen haben (siehe Naschold, 1994, S. 363 ff)?

Es stellt sich die Frage, ob es für den öffentlichen Gesundheitssektor "einen Reformkorridor zwischen Strukturkonservatismus und Modernismus" geben kann. Es geht um ein erweiterte Produktivitätskonzept auf der Basis beteiligungsorientierter Prozesse der Organisationsentwicklung (Naschold, ebenda, S. 366).

10. Umfassender Produktivitätsbegriff : betriebs- und volkswirtschaftlich als auch sozial- und gesamtgesellschaftlich

Die mikroökonomische Theorie versteht unter Produktivität die mengenmäßige Beziehung zwischen Produktionsergebnis (Output) und eingesetzten Produktionsfaktoren (Input). Volkswirtschaftlich werden Produktivitätsfragen auf mehreren Ebenen gestellt. Auf der untersten Ebene geht es um den Einsatz von Arbeit, Kapital, Energie und Material. Die nächste Ebene ist diejenige des Leistungsangebots. Darauf folgt die Ebene der Leistungsnachfrage. Auf der vierten Ebene wird nach den Erfolgen in objektiver und subjektiver Perspektive gefragt. Die fünfte Ebene befaßt sich mit der Frage, ob die gesellschaftliche Wohlfahrt gesteigert worden ist. Als erweiterte Produktivitätsanalysen gelten die Konzepte der Sozialbilanz, der Ökobilanz und gesamtgesellschaftliche Performanzanalysen an Hand von sozialen Indikatoren (Pfaff, 1994, S. 17-32).

11. Produktivitätsbegriff von Leistungen im Krankenhaus weitgehend als medizinische, betriebswirtschaftliche Indikatoren

Nach Pfaff gehört es zu den Gemeinplätzen der Gesundheitsökonomie, daß die Produkt- und Leistungsdefinition in der Krankenversorgung problematisch ist. Zwar sollten die Leistungen über die Verbesserung des Gesundheitszustandes oder die Linderung von Leiden der Patienten definiert werden. Bislang sind solche Definitionen quantitativ nicht faßbar. Weiterhin sind die Dienstleistungen des Krankenhauses schwer operationalisierbar. Nicht das Ergebnis wird als Leistung definiert sondern das Tätigwerden.

Die größten Erfahrungen mit betriebswirtschaftlichen Produktivitätskonzepten, insbesondere mit diagnosebezogenen Fallpauschalen, wurden in den USA gemacht. An negativen Auswirkungen lassen sich beobachten: zu frühe Entlassungen, Qualitätsminderung, "Rosinenpicken", Abschieben unattraktiver Fälle auf öffentliche Krankenhäuser. Starke Spezialisierung der Krankenhäuser nach finanzieller Attraktivität, drastischer Bettenabbau und ein Rückgang der Einweisungsfrequenz hat nicht die Effizienz des gesamten Versorgungssystems verbessert, sondern weiterhin zu Kostensteigerungen geführt. Außerdem ist es zu einem Anstieg der Verwaltungskosten gekommen (Pfaff, ebenda, S. 40). Zum Punkt: "Weitergehende Produktivitätskonzepte für die Krankenhausleistungen" meint Pfaff: Für die Transformationsebene "objektive und subjektive Wirkungen" und die Ebene "Steigerung des gesellschaftlichen Wohlstandes" werden weder in der Bundesrepublik noch international systematische und laufende Analysen durchgeführt. Er stellt fest, solange es selbst in der Wissenschaft keine Referenzmodelle über die gesamtgesellschaftliche Rolle - die kulturelle, soziale, politische, ökonomische und ökologische Positionierung - des Krankenhauses gibt, sind Indikatoren der gesamtgesellschaftlichen Leistungsfähigkeit nicht zu erwarten. Solange die auf der Erfolgsebene (objektiv, subjektiv) notwendige staatlich-politische Zielbestimmung nicht explizit erfolgt, sind auch "eklektische" (pragmatische) Indikatorenbildungen nicht zu erwarten (Pfaff, ebenda, S. 45).

Pfaff bezweifelt, daß der Produktivitätsbegriff mit dem engeren betriebswirtschaftlichen Fenster einen höheren Anspruch auf Legitimität oder Relevanz besitzt als Produktivitätsbegriffe, die sich an übergeordneten kulturellen, sozialen oder politischen Zielen orientieren. Die betriebswirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen Meßsysteme würden nicht weniger "Willkür" enthalten als die weitergehenden Produktivitätskonzepte. Sie würden nämlich auf bestimmten wissenschaftlichen Konventionen beruhen. Gerade weil durch öffentliche Leistungen Bedürfnisse befriedigt werden, für die der Markt nur teilweise funktionieren kann, sind übermarktliche Beurteilungskriterien sinnvoll und notwendig. Allerdings könnten öffentliche Leistungsprozesse nicht grundsätzlich gegen die Anwendung betriebswirtschaftlicher und volkswirtschaftlicher Produktivitätstests abgeschirmt werden (Pfaff, ebenda, S. 47).

Literatur

Naschold F./Pröhl M. (Hg.): Produktivität öffentlicher Dienstleistungen, Gütersloh 1994

Pfaff, M.: Von betriebs- und volkswirtschaftlichen hin zu sozialen und gesamtgesellschaftlichen Produktivitätsbegriffen: Das Beispiel des deutschen Krankenhauses, in: Naschold/Pröhl, ebenda S. 13-49

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Sachstandsberichte 1992, 1994, Baden-Baden

Schardt, Th.: Gesundheitsstrukturgesetz und Krankenhaus, Manuskript, Juli 1994