

Das Krankenhaus zwischen Markt und Staat: das magische Dreieck des Krankenhausmanagements und das Konzept des lernenden Krankenhauses

Pfaff, Holger

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Pfaff, H. (1995). Das Krankenhaus zwischen Markt und Staat: das magische Dreieck des Krankenhausmanagements und das Konzept des lernenden Krankenhauses. In H. Sahner, & S. Schwendtner (Hrsg.), *27. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Soziologie - Gesellschaften im Umbruch: Sektionen und Arbeitsgruppen* (S. 236-240). Opladen: Westdt. Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-137441>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Die hier vorgestellten Daten wurden zum Ende des Jahres 1992 erhoben, also noch bevor alle Einzelheiten des 1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetzes bekannt sowie dessen genaue Folgen und Konsequenzen für den einzelnen Arzt antizipierbar waren. Inzwischen hat sich herausgestellt, daß mit den gesetzlichen Neubestimmungen viele Bereiche des ärztlichen Handelns reglementiert worden sind, wodurch u.a. ein erheblicher Rationalisierungsdruck entstanden ist. Es ist anzunehmen, daß die niedergelassenen Ärzte in den neuen Bundesländern in mehrerlei Hinsicht stärker durch die angesprochenen GSG-Bestimmungen betroffen wurden, zumal sie sich in kürzester Zeit erneut an veränderte Rahmenbedingungen anzupassen hatten.

Hierüber läßt sich jedoch vorerst nur spekulieren. Umso wichtiger erscheint eine systematische Dauerbeobachtung der durch die Transformation des Gesundheitswesens in der ehemaligen DDR intendierten und nicht-intendierten Folgen in der ambulanten ärztlichen Versorgung, die insbesondere auch die bereits angekündigte und im Stadium der konkreten Vorbereitung befindliche nächste Stufe der Gesundheitsstrukturgesetzgebung (Arnold 1993, Glaeske/Pfeiffer/Walzik 1994, Rosenbrock 1994, SVR 1994) miteinbezieht.

(Literatur bei den Verfassern)

Prof. Dr. Gerhard Kunz, Universität zu Köln, Seminar für Sozialwissenschaften, Gronewaldstraße 2,
D-50931 Köln
Dietmar Kaross, Stotzheimer Straße 36, D-50354 Hürth

3. Das Krankenhaus zwischen Markt und Staat: Das magische Dreieck des Krankenhausmanagements und das Konzept des lernenden Krankenhauses

Holger Pfaff

1. Ausgangsproblem: Das magische Dreieck des Krankenhausmanagements

Die Ergebnisse der medizinsoziologischen Forschung in den 80er Jahren (z. B. Gerhardt 1986; Badura et al. 1987; Forschungsverbund 1987; Pfaff 1989) legen den Schluß nahe, daß in der medizinischen Versorgung das Ziel der Wirtschaftlichkeit durch zwei weitere Ziele ergänzt werden muß: Patientenorientierung und Gesundheitsförderung des Personals. Besonders im Krankenhaus bestehen zwischen allen drei Zielen Zielkonflikte (z.B. Siegrist 1978; Badura/Feuerstein 1994). Dies möchte ich als das magische Dreieck des Krankenhausmanagements bezeichnen. Für diesen Zielkonflikt gibt es keine Patentlösung. Der optimale Kompromiß zwischen diesen Zielen kann je nach Situation verschieden ausfallen. Jedes Krankenhaus muß daher über kollektive Lernprozesse selbst die optimale Lösung herausfinden. Es empfiehlt sich daher, die Klinik als lernende Organisation zu konzipieren (vgl. auch Borsi 1994; Pfaff 1994).

2. Das Konzept des lernenden Krankenhauses

Im Mittelpunkt des Konzepts des "lernenden Krankenhauses" (Pfaff 1994: 78) steht ein institutionalisierter Lernprozeß, der zwischen den Mitgliedern der vier wichtigsten Kulturen des

Krankenhauses - Arzt-, Pflege-, Verwaltungs- und Patientenkultur - stattfindet. Ziel dieses Lernprozesses ist es, die Konfrontation der Subkulturen als Quelle der Kreativität zu nutzen, um eine Optimierung des Verhältnisses zwischen den drei Zielen zu erreichen. Dieser Lernprozeß sollte durch eine systematische Rückkoppelung der somatischen, psychischen und sozialen Ergebnisse der medizinischen Versorgung unterstützt werden ("Outcome-Feedback-System"). Folgende Dimensionen könnten daher das lernende Krankenhaus auszeichnen: Patientenpartizipation, lernende Station, "Outcome-Feedback-System" und Strategietage.

Patientenpartizipation. Die Patienten verfügen als Koproduzenten und Kotherapeuten über ein bisher kaum genutztes Laienpotential, das sie in die Produktion medizinischer Dienstleistungen einbringen können. Dies setzt Patientenpartizipation voraus. Sie kann durch folgende Elemente und Prinzipien gewährleistet werden (vgl. Pfaff 1994): 1) systematische Erweiterung des Fachwissens des Patienten ("patient teaching"), 2) Förderung von Lernprozessen zwischen Patient und Klinikpersonal im Sinne eines *Ko-Lernens*, 3) Einrichtung eines *Patienten-Vorschlagswesens* zur Nutzung des Innovationspotentials der Patienten und ihrer Angehörigen und 4) Gewährleistung der Patientenpartizipation bei nur bedingt handlungsfähigen Patienten durch den Einsatz eines *Patientenanwalts*.

Lernende Station. Eine lernende Station ist dann gegeben, wenn auf der Station die Beschäftigten und die Vertreter der Patienten einen kontinuierlichen Verbesserungsprozeß mit dem Ziel betreiben, die Versorgungsqualität, die Arbeitsbedingungen und die Effizienz schrittweise zu verbessern und eine kontinuierliche Stationsentwicklung zu verwirklichen. Dies kann sowohl durch ein *integriertes Dienstleistungsteam*, d. h. eine teilautonome Arbeitsgruppe aus ärztlichem Personal, Pflegekräften, Reha-Fachkraft und Patientenanwalt, als auch durch die Einrichtung eines Integrationszirkels erreicht werden. Der *Integrationszirkel* ist mehr als eine Kombination aus Gesundheitszirkel (Slesina 1990) und Qualitätszirkel, denn die Teilnehmer sollen organisatorische Lösungen finden, die nicht nur der Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung dienen, sondern auch der Kostensenkung. Die integrative Betrachtung des Systems Station und seiner Außenbeziehungen soll durch die Teilnahme von ärztlichem Personal, Pflegekräften und Reha-Fachkräften sowie von Vertretern der Funktionsabteilungen, des Versorgungsdienstes, der Verwaltung und der Patienten (Patientenanwalt) erreicht werden.

Outcome-Feedback-System. Das individuelle und kollektive Lernen im Krankenhaus hängt davon ab, daß die Akteure eine Rückmeldung über die Wirkungen ihrer Aktivitäten erhalten. Ein System der ergebnisbezogenen Qualitätsbewertung - kurz: "Outcome-Feedback-System" - müßte die Erhebung und Bewertung der Ergebnisse der medizinischen Versorgung am Ende a) definierter Teilabschnitte (z. B. Entlassung aus der Klinik) und b) der gesamten Versorgungskette zum Ziel haben. Bei dieser Form der kontinuierlichen Selbstevaluation sollten krankheitsspezifische, psychische, soziale und dienstleistungsspezifische Bewertungskriterien Verwendung finden. Zu diesem Zwecke müßten subjektive und objektive Daten aus verschiedenen Quellen (Arzt, Patient etc.) erhoben werden. Die Rückmeldung der Ergebnisse muß es ermöglichen, den Einzelfall und das behandelte Patientenkollektiv zu betrachten sowie Vergleiche mit anderen Kliniken zu ziehen (Stichwort: Benchmarking). Dadurch soll eine "ergebnisorientierte Krankenhausversorgung", die dem Leitbild der Patientenorientierung verpflichtet ist, möglich werden. Vom Ergebnis ausgehend müßte dabei eine Reorganisation des gesamten Versorgungs- und Dienstleistungsprozesses und nicht mehr nur eine Optimierung einzelner Funktionen (z. B. Diagnose) angestrebt werden.

Strategietage. Um einer zu starken Verselbständigung der Subsysteme der Klinik entgegenzuwirken, ist es notwendig, auch stationsübergreifende Lernprozesse im Krankenhaus zu institutionalisieren. Dies kann z. B. durch die Einrichtung eines jährlich stattfindenden Strategie- und Feedbacktages geschehen. Ein Klinik-Strategietag hat den Zweck, unter den relevanten Akteuren Einigung über die Ziele, Strategien und Aktionsprogramme zu erzielen, die Erreichung vereinbarter Ziele anhand des "Outcome-Feedback-Systems" zu überprüfen und bei Mißerfolgen die Strategien und Aktionsprogramme zu ändern.

3. Staatliche und marktförmige Rahmenbedingungen

Zur Umsetzung der Idee des lernenden Krankenhauses benötigt man - so meine zentrale These - sowohl staatliche als auch marktförmige Rahmenbedingungen.

Staatliche Rahmenbedingungen. Um zu verhindern, daß das lernende Krankenhaus nur eine Angelegenheit des ärztlichen Personals wird und es zu einer weiteren Vernachlässigung des Laienpotentials kommt, bedarf es einer gesetzlichen Stärkung der Position des Patienten. Die skizzierten Formen der Patientenpartizipation sollten entsprechend abgesichert werden (z. B. Recht zur Teilnahme an Integrationszirkeln). Nach von Ferber (1994) hat der Staat die Letztverantwortung für die Daseinsfürsorge und damit auch für die Krankenhausversorgung. Er warnt daher davor, eine marktwirtschaftliche Organisation des Krankenhauswesens anzustreben. Zu den "unverzichtbaren Positionen des Staates in der Krankenhauspolitik" (v. Ferber 1994: 555) zählt seiner Ansicht nach auch die Sicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität. Es geht ihm dabei u. a. um eine staatliche Unterstützung der Qualitätssicherung, wie z. B. durch bindende Vorschriften. Ich teile diese Ansicht. Gleichzeitig bin ich aber auch der Meinung, daß die Qualitätssicherung durch geeignete marktförmige Elemente zusätzlich angeregt werden sollte. Der Weg über den Staat und die Gesetze kann nämlich auch Nachteile mit sich bringen, wie z. B. Inflexibilität und Verrechtlichung. Auf gesetzlichem Wege muß jedoch sichergestellt werden, daß die eingesetzten marktförmigen Elemente sozial vertretbar sind und der Patientenorientierung und Gesundheitsförderung dienen.

Marktförmige Rahmenbedingungen. Eine marktförmige Regulierung der Qualitätssicherung könnte z. B. über ein *qualitätsbezogenes Leistungsentgelt* erfolgen (Pfaff 1994). Es handelt sich dabei um eine Koppelung des Leistungsentgelts an die Qualität der Leistung des Krankenhauses. Die Evaluation der Struktur- und Prozeßqualität sowie der - über das "Outcome-Feedback-System" festgestellten - Ergebnisqualität bildet die Ausgangsbasis. Sie führt zu einer leistungsorientierten Einstufung der Kliniken (z. B. Qualitätsklasse A, B und C) und zu einer entsprechenden Differenzierung des Leistungsentgelts. Das qualitätsbezogene Leistungsentgelt wäre z. B. geeignet, Akutkrankenhäuser dazu anzuregen, Verfahrensweisen, die in Konsenspapieren vereinbart wurden, auch in die Tat umzusetzen. An dieser Umsetzung mangelt es oft, wie eine neue Studie (Häussler et al. 1994) zeigen konnte.

Eine andere Form der marktförmigen Regulierung stellt das Konzept des *Versorgungskette-Koordinators* dar (Pfaff 1994). Das zentrale Problem bei der Versorgung chronisch Kranker ist, daß keine Institution die Gesamtverantwortung für die Versorgungskette hat (Akutversorgung, AHB, Nachsorge) (Badura et al. 1987; Schaeffer/Moers 1994). Dadurch ist kein "Case Management" möglich. Nach dem Konzept des Versorgungskette-Koordinators übernimmt jene Instituti-

on des medizinischen Systems (z. B. der niedergelassene Arzt oder das Krankenhaus) die Funktion eines Koordinators der Behandlungskette, die den Patienten zuerst behandelt und dann weiterleitet. Das Krankenhaus würde somit nur in bestimmten Fällen (Notfallversorgung: z. B. Herzinfarkt) die Gesamtverantwortung für den Rehabilitanden haben. Es wäre in diesen Fällen verantwortlich für das Ergebnis und die Kosten der medizinischen Versorgungskette. Das Krankenhaus würde die Funktion eines Generalunternehmers einnehmen, der medizinische Dienstleistungen an Subunternehmen, wie z. B. Pflege- und Reha-Klinik, vergeben kann und der aus eigenem Interesse prüfen muß, ob diese Einrichtungen gute Versorgungsqualität zu niedrigen Preisen bieten. Falls die Fallzahl für eine wirtschaftliche Abwicklung zu gering wäre, könnte das Krankenhaus die Verantwortung an eine zentrale "Case Management"-Stelle abgeben. Dasselbe gilt für den niedergelassenen Arzt als Koordinator. Die Versorgungskette müßte vom jeweiligen Koordinator so gestaltet werden, daß die vereinbarten Qualitätsstandards eingehalten werden können. Auf die vielen Voraussetzungen und Probleme dieses Konzepts kann hier nicht weiter eingegangen werden.

4. Zusammenfassung

Durch die Verbesserung kollektiver Lernprozesse im Krankenhaus kann ein Beitrag zur Lösung des Problems des magischen Dreiecks des modernen Krankenhausmanagements geleistet werden. Die skizzierten Elemente des lernenden Krankenhauses müssen jedoch nicht nur durch staatliche Rahmenbedingungen, sondern auch durch marktförmige Anreizstrukturen abgestützt werden. Der Staat trägt dabei die Letztverantwortung. Ihm kommt daher die wichtige Aufgabe zu, a) die Daseinsfürsorge in diesem Bereich durch gesetzliche Rahmenbedingungen und durch eine Unterstützung der Qualitätssicherung zu gewährleisten sowie b) die Humanisierung des Arbeitslebens im Krankenhaus zu fördern.

Literatur

- Badura, B./Feuerstein, G. (1994), Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Weinheim/München.
- Badura, B./Kaufhold, G./Lehmann, H./Pfaff, H./Schott, T./Waltz, M. (1987), Leben mit dem Herzinfarkt. Berlin.
- Borsi, G. M. (1994), Das Krankenhaus als lernende Organisation. Heidelberg.
- v. Ferber, C. (1994), Unverzichtbare Positionen staatlicher Verantwortung in der Krankenhauspolitik, in: Das Krankenhaus 12: 554-557.
- Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselfhilfe (Hg.) (1987), Gesundheitselfhilfe und professionelle Dienstleistungen. Berlin.
- Gerhardt, U. (1986), Patientenkarrerien. Frankfurt/M.
- Häussler, B./Keck, M./Jacob, M. (1994), Optimierung der beruflichen Reintegration von Herzinfarktpatienten. Berlin/New York.
- Pfaff, H. (1989), New Strategies for Health Promotion in the Working World. pp. 231-236. In: Federal Centre for Health Education/World Health Organization Regional Office for Europe (Eds.), Health Promotion in the Working World. Berlin.
- Pfaff, H. (1994), Lean Production - ein Modell für das Krankenhaus? Gefahren, Chancen, Denkansätze, in: Z. f. Gesundheitswiss. 2: 61-80.

Schaeffer, D./Moers, M. (1994), Überleitungspflege - Analyse eines Modells zur Regulation der Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, in: *Z. f. Gesundheitswiss.* 2: 7-25.

Siegrist, J. (1978), *Arbeit und Interaktion im Krankenhaus*. Stuttgart.

Slesina, W. (1990), Gesundheitszirkel - Ein neues Verfahren zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen. S. 315 - 328. In: U. Brandenburg/H. Kollmeier/K. Kuhn/B. Marschall/P. Oehlke (Hg.): *Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb*. Bremerhaven.

Dr. Holger Pfaff, TU Berlin, Institut für Soziologie, Dovestraße 1, D-10587 Berlin

4. Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) - Gesundheitspolitische Implikationen

Rolf Rosenbrock

Die Diskussion um die Weiterentwicklung der GKV geht von einem derzeit noch nicht in Frage gestellten Programmkonsens über ihre Aufgabe aus: Sie soll durch Verträge, Finanzierung und Strukturbeeinflussung die Anbieter gesundheits- bzw. krankheitsbezogener Güter und Dienstleistungen so steuern, daß bevölkerungswelt die sozial und ökonomisch undiskriminierte Versorgung mit den medizinisch und gesundheitlich als notwendig und zweckmäßig erachteten Versorgungsleistungen zu möglichst geringen Kosten in einer für alle - also auch die leidenden und weniger gebildeten - Versicherten problemlos auffindbaren und handhabbaren Form auf Dauer sichergestellt ist.

Die Auseinandersetzung dreht sich, soweit sie konzeptionell geführt wird, um die intelligente Mischung der Regulierungstypen Markt (Konkurrenz), Staat (Budget), Verbändeaushandlung (Expertise) und direkte Partizipation (Empowerment). In der gegenwärtigen Phase ("Dritte Stufe der Gesundheitsreform") scheint sich ein breiter Konsens darüber abzuzeichnen, daß zur Behebung von Struktur- und Funktionsdefiziten v.a. eine Verstärkung der Konkurrenz zwischen den Kassen zielführend wäre. Auf Basis bisheriger Erfahrungen mit Kassenkonkurrenz sowie Forschungsbefunden zur Wirkung analoger Regulierungen v.a. in den USA ist hingegen absehbar, daß damit kein wichtiges Problem zu lösen ist, hingegen zentrale Vorteile der gegenwärtigen Regulierung substantiell beschädigt werden.

Der Umwandlung der Kassen von parafiskalischen Agenturen für die Finanzierung und Steuerung von Leistungen in konkurrierende Marktsubjekte werden v.a. vier positive, im folgenden zu diskutierende Wirkungen zugeschrieben:

1. Modernisierung/Kundenorientierung

Konkurrenz soll die Arroganz und Unbeweglichkeit von Monopolbürokratien durch Service- und Kundenorientierung ersetzen. Durch Risikostrukturausgleich mit den Parametern Alter, Geschlecht, Einkommen und Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen soll die sozialpolitisch unerwünschte Risikoselektion durch die Kassen ("Rosinenpicken") verhindert und der Wettbewerb v.a. auf die Felder Versichertenservice sowie Qualitätssicherung und Preise der Versorgung