

Rationierung oder Rationalisierung – eine schwierige Balance

Ab dem 75. Lebensjahr übernimmt die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) keine teuren medizinischen Behandlungen mehr, keine Herzoperation, keine Dialyse. Das wäre *explizite Rationierung* wie sie Anfang Juni für Schlagzeilen in den Medien sorgte. Jeder versteht die Regeln und die Konsequenzen.

Langes Warten auf einen OP-Termin mit hoher psychischer Belastung und Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder frühes Verlegen nach Hause mit möglicher Verzögerung der Heilung – das wäre *implizite Rationierung*. Die Regeln sind nicht definiert, die Zusammenhänge sind nicht mal für einen Experten transparent.

Eine dritte Form ist die *monetäre Rationierung*. Sie differenziert zwischen kollektiver Basisversorgung für alle und privater Zusatzversorgung für die Extras. Das Konzept ist leicht erkennbar, mehr Geld ermöglicht mehr medizinische Leistung. Leider ist der Nutzen für das exklusive Mehr oftmals nicht evident. Es drängt sich vielmehr der Verdacht auf, dass die zusätzliche Diagnostik und Therapie eher umsatzgetrieben als medizinisch notwendig ist. Das „antiquierte“ Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient löst ein „moderner“ privatwirtschaftlicher Gesundheitsmarkt ab. Gegen eine Rationierung nicht notwendiger, vielleicht sogar überflüssiger Behandlungen wäre aus ethischer Sicht sicherlich nichts einzuwenden.

Medizinischer Fortschritt ist teuer, sowohl die hierfür nötige Forschung in Medizin, Medizintechnologie, Biotechnologie, Pharmakologie und anderen Disziplinen als auch und insbesondere die hierdurch ermöglichten Verfahren in Diagnostik und Therapie. Künstliche Organe aus dem Katalog, ob technisch oder biotechnisch herge-

stellt, werden die natürlichen Gründe für implizite Rationierung aufheben (kein Warten mehr auf Leber, Herz und Niere eines passenden Spenders). Muss dann aus gesundheitsökonomischen Gründen die explizite oder monetäre Rationierung notwendiger Behandlung greifen, um die Kosten in der heutigen Größenordnung zu halten? Der demographische Wandel wird ein Übriges tun. Bereits heute ist auf den Intensivstationen ein deutlicher Anstieg des Durchschnittsalters zu erkennen; manch eine Station hat den Charakter einer gerontologischen Intensivstation angenommen.

DRGs, ICD, ICPM, OPS-301 und andere sind Systeme zur Klassifikation der medizinischen Maßnahmen und der Patienten anhand von Diagnosen. Zweck dieser Systeme ist die leistungsgerechte Vergütung der Krankenhausleistung. In der Vergangenheit legten die Leistungserbringer mit ihrer medizinischen Kompetenz fest **WAS** für die Patienten zu tun war; die Kassen erstatteten die hierdurch verursachten Kosten. Ab 1.1.2004 sind die DRGs (Diagnosis Related Groups) Grundlage für die Abrechnung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Für die Behandlung eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose ist eine feste Vergütung vorgesehen. Welche Auswirkung kann das für den Krankenhausalltag haben? Zunächst gilt es, möglichst viele Diagnosen zu finden. Patienten werden auch im Rahmen einer längeren Behandlung zwischenzeitlich entlassen, um einen neuen DRG-Fall zu generieren. Die Entlassung von Patienten erfolgt in einer frühen Phase; die Weiterversorgung geschieht über niedergelassene Ärzte oder Angehörige, die hierfür vom Arbeitgeber freigestellt werden. Für die stationäre Aufnahme von Patienten können strategische Aspekte wichtig wer-

den: Welche Behandlungen lassen den höchsten Gewinn erwarten? Wie lassen sich Patienten als Kunden mit einem Gesundheitsmarketing an das Haus binden usw. usw. Es können Zweifel aufkommen, ob das Gesundheitswesen hierdurch weniger kostet.

Auch wenn die DRGs zu keiner direkten Einsparung führen, leiten sie einen Wandel innerklinischer Zielkriterien ein. Die Vergütung über DRGs wird Krankenhäuser zwingen fallspezifische Prozesskosten zu erfassen. Der Abrechnung mit den Kassen dient das **WAS** der Behandlung. Für die Wirtschaftlichkeit steht das **WIE** der Arbeitsprozesse und der Arbeitsorganisation im Vordergrund.

Alle medizinische Forschung hat sich bislang auf das **WAS** in Diagnostik und Therapie konzentriert, koste es, was es wolle. Das wachsende Finanzierungsproblem ist jedoch seit mehreren Jahren zentrales Thema der Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie. Alle Lösungsansätze blieben bislang nur auf der Ebene der Finanzierung und Vergütung und erreichten nicht die kostenverursachenden klinischen Leistungsprozesse. Die Mediziner verstehen zu wenig von der Ökonomie und die Ökonomen zu wenig von den Leistungsprozessen, die für sie in einer Black box nicht einsichtig und nicht zugänglich sind. Die Folge ist Missverständnis bis Konfrontation. „Von oben“ kommt der Druck zu sparen, „von unten“ erfolgt die Verteidigung, mit weniger Ressourcen nicht die gebotene Qualität der Behandlung gewährleisten zu können. Vernünftiger Einsatz der Ressourcen ist gefordert und Rationalisierung notwendig.

In der Industrie wird durch Rationalisierung bereits seit hundert Jahren Produktivität erfolgreich gesteigert. Forschung, Entwicklung, Produktion und Rationalisierung erfolgt dort in zwei ty-

pischen Phasen. Zunächst steht die Produktion eines innovativen Produktes im Vordergrund. Der Markt honoriert die Innovation mit hohem Preis. Für das Unternehmen steht in dieser ersten Phase das **WAS** im Vordergrund (Was wird produziert?). In der zweiten Phase ist das Ziel, durch Rationalisierung die Produktivität und Qualität zu erhöhen, die Produktionskosten zu senken. Mit wissenschaftlichen Betriebsanalysen stehen die Prozessabläufe auf dem Prüfstand: **WIE** erfolgt die Produktion? **WIE** lässt sich die Qualität kontinuierlich verbessern? **WIE** lässt sich der Ressourceneinsatz minimieren?

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts haben sich Taylor und Ford mit der Methode „wissenschaftliche Betriebsführung“ auf das **WIE** konzentriert. Grundprinzip war die konsequente Trennung von Kopf und Hand. Der Kopf plante die Arbeitsabläufe wissenschaftlich mit Stoppuhr und Bewegungsstudien, der Arbeiter sollte die ihm vorgeschriebenen Tätigkeiten – typischer Weise am Fließband – exakt ausführen und hierbei möglichst wenig hinterfragen. Im 2. Drittel des letzten Jahrhunderts übernahmen Automaten die einfachen manuellen Tätigkeiten. Für die verbliebenen Aufgaben mussten die Mitarbeiter höher qualifiziert sein, sie wurden als wertvolle Ressource entdeckt. Die Human Relations Bewegung stellte den arbeitenden Menschen, seine Bedürfnisse und seine Motivation in den Mittelpunkt. Heute sehen wir eine kombinierte Strategie: eine wissenschaftliche „top-down“ Planung komplexer Produktionsprozesse (z. B. Autoindustrie mit vielen Zulieferern) und weitgehend autonom organisierte Arbeitsgruppen in der Produktion von Teilen („bottom-up“). Zu dieser Autonomie gehört aber auch die kontinuierliche Qualitäts- und Produktivitätsverbesserung.

Kostendruck und diagnosebezogene Vergütung zwingt nun auch das klinische Controlling zur Analyse von Arbeitsprozessen und zur Erfassung von Arbeitsminuten. Stehen wir am Beginn eines klinischen Taylorismus? Nach der Phase der Entwicklung innovativer klinischer Verfahren brauchen wir nun eine Phase, in der wir durch Rationalisierung die Produktivität und die Qualität erhöhen. Dies setzt aber eine systematische Analyse der Arbeitsprozesse voraus, nicht nur auf der Ebene von clinical pathways, sondern auch und insbesondere auf der

Detailenebene (z. B. **WIE** wird ein Medikament durch eine Pumpe appliziert. Grob überschlägig ist 10 % der Pflegekapazität einer Intensivstation mit der Vorbereitung von Infusions- und Spritzenpumpen beschäftigt.)

Die Analyse der klinischen Arbeitsabläufe setzt medizinischen Sachverstand voraus. Die Mitarbeiter selbst sind gefordert (ggf. mit externer Unterstützung) das **WIE** ihrer Arbeitsabläufe zu überdenken und zu optimieren. Das setzt Impulse und Freiräume voraus, die nur von „oben“ von der Krankenhausleitung kommen können, die Motivation zur Rationalisierung müssen die Mitarbeiter von „unten“ einbringen. Nur so lassen sich die Effizienzpotenziale freisetzen. Ich möchte dies als balancierte Rationalisierung bezeichnen, die eine Unternehmenskultur umschreibt, in der die ökonomischen Experten des Managements in einem ausgewogenen und positiven Kräftespiel mit den Leistungserbringern an effizienten Arbeitsabläufe arbeiten.

Für die Medizintechnik eröffnet sich durch diesen Wandel eine Fülle von Möglichkeiten für innovative Produkte (und hiermit verbundenen Dienstleistungen). Die Produkte brauchen nicht mehr alleine über das **WAS** und den Preis konkurrieren (**WAS** kann das Produkt alles? Mit der Konsequenz einer völligen Überfunktionalität). Das **WIE** kann zur Kaufentscheidung werden. Wie erfüllt ein Gerät eine Aufgabe? Wie viel Arbeit übernimmt ein Gerät? Wie unterstützt das Gerät die Prozessqualität? Wie weit reduziert das Produkt die Prozesskosten? Dient das Produkt der Rationalisierung?

Das Gesundheitssystem ist ein komplexes soziotechnisches System, das sich wandelt und entwickelt. Deshalb kann zur effizienten und erfolgreichen Organisation keine einfache und eindeutige Lösung angeboten werden. Vielmehr muss versucht werden, verschiedene Ansätze zu verbinden, eine Balance zwischen Gegensätzen zu finden und diese Balance immer wieder neu zu finden.

W. Friesdorf, Berlin

... Fortbildung

Der Laserschutzbeauftragte in Medizin und Technik (S82) 15.10.2003

Medizinproduktegesetz (NT40) 16.10.2003

Spezialkurs im Strahlenschutz für zu ermächtigende Ärzte (S48) 20.-25.10.2003

Grundkurs im Strahlenschutz in der Medizin (S41) 13.-15.11.2003

Strahlenschutzkurs für Zahnärzte (S44Z) 13.-15.11.2003

Unterweisung für Ärzte über den Strahlenschutz in der Diagnostik mit Röntgenstrahlen (S40R) 15.11.2003

Aktualisierungskurs im Strahlenschutz für Ärzte, Medizinphysik-Experten und Personen der technischen Mitwirkung nach § 18a RöV (S400R) 17.11.2003

Aktualisierungskurs im Strahlenschutz für Ärzte, Medizinphysik-Experten und Personen der technischen Mitwirkung nach § 30 StrlSchV (S400S) 17.11.2003

Kurs zum Erwerb von Kenntnissen im Strahlenschutz für Ärzte und Personen der technischen Mitwirkung (S40S) 24.-26.11.2003

Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen in der Nuklearmedizin (S43) 24.-26.11.2003

Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen in der Röntgendiagnostik (S42) 27.-29.11.2003

Kurs zum Erwerb von Kenntnissen im Strahlenschutz für OP-Personal (S47) 4.-6.12.2003

Forschungszentrum Karlsruhe Fortbildungszentrum für Technik und Umwelt

Hermann-von-Helmholtz-Platz 1
76344 Eggenstein-Leopoldshafen
Tel.: 07247/82-4800
Fax: 07247/82-4857
E-Mail: klaus.koerting@ftu.fzk.de
Internet: <http://fortbildung.fzk.de>

Mitglied im „Qualitätsverbund
Strahlenschutzkursstätten (QSK)“