

Foto: Getty Images/shaur

# Produktivitätssteuerung Verkanntes Controlling-Instrument

Produktivität ist eine Schlüsselgröße für die Beurteilung der Wettbewerbsfähigkeit von Krankenhäusern. Doch bislang hat sich das Controlling dort zu wenig mit diesem Instrument und seinem Steuerungspotenzial beschäftigt. Unser Autor stellt Möglichkeiten vor, wie sich Produktivität im Krankenhaus messen lässt, ohne die Wirtschaftlichkeit zu vernachlässigen.

Von Prof. Dr. Günter Neubauer

Produktivität ist eine wesentliche Komponente der Wettbewerbsfähigkeit sowohl eines Betriebs als auch einer ganzen Volkswirtschaft. In Erinnerung ist noch der Schock der deutschen Automobilindustrie, als bekannt wurde, dass die japanischen Autobauer eine um 30 bis 50 Prozent höhere Produktivität aufwiesen. Pro Beschäftigtem in der Produktion erstellte eine japanische Arbeitskraft deutlich mehr Autos

im Jahr als ihr deutscher Kollege. Im Ergebnis reorganisierten die deutschen Unternehmen ihre Herstellungsprozesse – nach dem Vorbild der japanischen Konkurrenten – und erhöhten so ihre Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit.

Darüber hinaus ist die Produktivität beziehungsweise deren Entwicklung eine wichtige, wenn nicht die wichtigste Basis für Lohnerhöhungen. Bei den alljährlichen Tarifverhandlungen werden die Forderungen nach Lohnerhöhung immer auch mit einer Steigerung der Produktivität, genauer der Arbeitsproduktivität, begründet.

# Mess- und Gestaltungsgrößen

Verstehen wir Krankenhaus-Controlling als eine auf Daten basierte Steuerung der betrieblichen Prozesse in Richtung definierter Ziele, so ist festzustellen, dass im Krankenhaus-Controlling die Produktivität ungerechtfertigterweise weder als beschreibende Größe noch als Steuerungsziel eine größere Rolle spielt. Denn Controlling muss sich stärker in die Steuerung der Produktivitätsentwicklung einbringen.

### Krankenhausproduktivität

Produktivität kann für das Krankenhaus als Ganzes oder für Teilprozesse gemessen werden. Leistungseinheiten des Krankenhauses sind die behandelten Patienten. Und da die Patienten sich nach Schweregraden unterscheiden, bieten sich die aus dem DRG-Entgeltsystem ableitbaren Case Mix-Punkte als nahezu ideale Messgröße an. Doch bleibt zu erörtern, inwieweit ergänzende Größen heranzuziehen sind – zum Beispiel die Leistungsqualität, die Notfallversorgung oder die Vorhaltung einer flächendeckenden Versorgung. Zumindest im letzteren Fall ist es schwierig, eine griffige Messgröße zu finden. Die Diskussion hierzu wird derzeit im Rahmen der Berechtigung einer Zuschlagsvergütung geführt.

Bleibt die Suche nach einer geeigneten Bezugsgröße für die Case Mix-Punkte. Es geht darum, eine kausale Beziehung zu finden, bei der sich die Patientenbehandlung als abhängige Größe einer verursachenden Größe zuordnen lässt. Im einfachsten Fall ist die Zahl der Beschäftigten als Bestimmungsgröße zu wählen. Doch dürfte sich dies als ein zu lockerer Zusammenhang erweisen. Vor allem lässt sich durch eine Veränderung der Gesamtzahl der Beschäftigten kein direkter Einfluss auf die Zahl der behandelten Patienten ableiten. Von daher muss ein engerer Zusammenhang zwischen dem Arbeitskräfteeinsatz und der Leistungserstellung gefunden werden.

### Arztproduktivität

Es bietet sich an, die Zahl der Ärzte ins Verhältnis zu den behandelten Patienten, gewichtet nach Schweregrad, zu setzen. Da Ärzte in erster Linie für die Behandlung von Patienten zuständig sind, ist hier ein enger Zusammenhang zwischen der Zahl der Ärzte und der Zahl der behandelten Patienten gegeben. Und da über die Relativgewichte der jeweilige Schweregrad der Patienten berücksichtigt wird, ist hier ein Vergleich sowohl zwischen Krankenhausabteilungen als auch zwischen

Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen zulässig. Eine höhere Arztproduktivität signalisiert effizientere Behandlungsprozesse und damit eine höhere Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit.

Viele Krankenhäuser schließen daraus, dass bei einer vergleichsweise niedrigen Arztproduktivität die Zahl der Patienten erhöht werden müsste. Denn das Krankenhausmanagement kann - relativ autonom von äußeren Einflüssen die Fachrichtung und Zahl der eingesetzten Ärzte beeinflussen, nicht aber die Zahl der Patienten, die von Zuweisern, Rettungsdiensten und anderen externen Faktoren abhängt. Dass trotzdem das Krankenhausmanagement bei einer niedrigen Arztproduktivität in erster Linie die Patientenzahl erhöhen will, entspricht vor allem einem emotionalen und nicht einem rationalen Kalkül. Bei einer notwendigen Rationalisierung des Personals werden unangenehme interne Konflikte befürchtet. Bei einer Politik, die auf eine Erhöhung der Patientenzahlen setzt, wird hingegen der innere Frieden gewahrt, wenn auch die Erfolgswahrscheinlichkeit gering ist.

## Pflegeproduktivität

Mehrere Messgrößen bieten sich an, um die Effizienz der Pflegeprozesse im Krankenhaus zu messen und zu gestalten. Die einfachste Messgröße ist die Zahl der Patienten, die eine Pflegekraft versorgt. Dass eine solche Kennziffer noch recht grob ist, wird daran deutlich, dass weder die Qualität der Pflege noch der Schweregrad der Pflegebe-

dürftigkeit berücksichtigt werden. Hier ist das Controlling gefordert, die Aussagefähigkeit von Kennziffern für die Pflegeproduktivität entsprechend zu verbessern. Andernfalls werden Zahlen produziert, die ohne Aussage und damit ohne Verwendung im Krankenhausmanagement bleiben. Dies diskreditiert das Controlling in seiner Führungsfunktion und rückt es in Richtung Buchführung. Zahlen und daraus abgeleitete Steuerungsgrößen müssen immer schon vor ihrer Erstellung daraufhin geprüft werden, wofür sie zweckmäßig und sinnvoll eingesetzt werden können.

### **Definition von Produktivität** Produktivität misst, wie viele

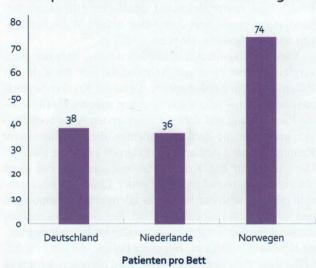
Leistungseinheiten eine Inputeinheit, zum Beispiel eine Arbeitskraft in einem definierten Zeitraum, erstellt (Arbeitsproduktivität). Daneben misst die Sachkostenproduktivität, wie viele Leistungseinheiten eine Maschine oder eine definierte Produktionseinheit in einem bestimmten Zeitraum produziert. Mit der Produktivität werden immer reale Wertschöpfungsprozesse gemessen, die zunächst losgelöst von den monetären Größen (Kosten und Preise) zu betrachten sind. Keine Rolle spielt dabei, ob die produzierten Einheiten abgesetzt werden können oder auf Lager gehen. Mit der Produktivität lässt sich also in erster Linie der Produktionsprozess selbst messen und bewerten. Es liegt auf der Hand, dass sich Produktivität in der Warenproduktion (Industrie) einfacher messen lässt als im Dienstleistungssektor.

### Bettenproduktivität

Die Bettenproduktivität, hier verstanden als Patientenzahl pro aufgestelltem Krankenhausbett, ist als Kenngröße nicht der Arbeits-, sondern der Sachkostenproduktivität zuzuordnen. Die Aufstellung eines Krankenbetts ist mit einem bestimmten Kapitaleinsatz verbunden und gleichbedeutend mit der stationären Behandlungskapazität – bei gegebener Verweildauer.

Die Zahl der behandelten Patienten pro Jahr und Krankenhausbett ergibt den Auslastungsgrad der Bettenkapazität. Leer

## Bettenproduktivität im internationalen Vergleich



Quelle: eigene Darstellung nach R. Busse, Wie gut sind unsere Krankenhäuser im europäischen Vergleich? 2013

Abb. 1

# Vergleich von Lohn- und Produktivitätsentwicklung



Quelle: H. Gartner, IAB, Berlin 2014

Abb. 2

stehende Betten signalisieren eine Fehlinvestition und eine entsprechend niedrige Bettenproduktivität. Sind die Betten hingegen zu 85 Prozent oder mehr ausgelastet, so deutet dies auf effiziente Behandlungsprozesse hin.

In Deutschland ist die Bettenproduktivität in den vergangenen 15 Jahren konstant angestiegen, d.h., die Sachkostenproduktivität hat sich in dieser Zeit verbessert. Im internationalen Vergleich sind andere Staaten effektiver (Abbildung 1). So werden in Norwegen fast doppelt so viele

Patienten pro Krankenhausbett behandelt wie in Deutschland. Diese hohe Bettenproduktivität wird nicht nur durch eine hohe betriebliche Prozesseffizienz, sondern auch durch die das Krankenhaus umgebenden Rahmenbedingungen erreicht. Gäbe es einen internationalen Wettbewerb um Patienten, brächten norwegische Krankenhäuser deutsche Krankenhäuser in Bedrängnis.

# Arbeitsproduktivität und Lohnhöhe

Allgemein wird in der Wirtschaftstheorie davon ausgegangen, dass die Produktivität langfristig die Lohnentwicklung "eins zu eins" bestimmt. Doch gilt dies nicht für einzelne Wirtschaftssektoren, sondern für eine gesamte Volkswirtschaft. So wird in öffentlichen Dienstleistungsbereichen, zu denen auch die gesetzliche Krankenversorgung gezählt wird, ausgewiesen, dass die Löhne schneller gewachsen sind als die Produktivität (Abbildung 2).

Diese Diskrepanz ist nur möglich, weil in anderen Wirtschaftsbereichen ein umgekehrtes Verhältnis besteht. Selbst in der privaten Gesundheitsindustrie, zu der die Pharma- und die Medizintechnik-Industrie gehören, wird ein deutlicher Produktivitätsüberschuss erzielt. Die heute feststellbare Personalknappheit in Krankenhäusern und Pflegeheimen ist auch durch das nicht wettbewerbsfähige Lohnniveau verursacht, was wiederum auf die unterdurchschnittliche Produktivität zurückzuführen ist. Ohne staatliche Stützungsmaßnahmen wären die Krankenhäuser gezwungen, die Arbeitsproduktivität durch Rationalisierung und Digitalisierung so anzuheben, dass sie wettbewerbsfähige Löhne bezahlen könnten.

### Produktivität und Wirtschaftlichkeit

Die Produktivität beschreibt reale Wirtschaftsprozesse und blendet monetäre Größen aus. Die Wirtschaftlichkeit hingegen bewertet mit monetären Größen und kommt dann zu Begriffen wie Rentabilität und Gewinn. Die Wirtschaftlichkeit ist damit von weiteren internen und externen Größen abhängig, wohingegen die Produktivität im Wesentlichen die Effizienz der internen Produktionsprozesse misst. Im Gesundheitssektor, insbesondere in der deutschen Krankenhausversorgung, sind produktive Leistungsprozesse eine notwendige, jedoch nicht hinreichende Voraussetzung für Wirtschaftlichkeit. Die Wirtschaftlichkeit hängt zum Beispiel zusätzlich vom Entgeltsystem ab – darauf konzentriert sich heute das Krankenhaus-Controlling vorrangig. Doch dies rechtfertigt nicht, die Produktivität und ihr hohes Steuerungspotenzial zu vernachlässigen.

Prof. Dr. Günter Neubauer

Direktor

Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) Frau-Holle-Straße 43

81739 München

E-Mail: ifg@ifg-muenchen.com