

Ottmar Edenhofer  
Überlegungen zur "Architektur" eines Hospizes

---

edition - CHV 2

---

## Zum Geleit

Das Papier von Fr. Ottmar Edenhofer SJ wurde ursprünglich als Diskussionsgrundlage für den Vorstand des CHV erstellt. Es fand darüberhinaus wohlwollende Zustimmung und konstruktive Kritik von kompetenten Leuten, die sich mit der Übersetzung der Hospizidee in der BRD befassen.

Nachdem die Änderungswünsche eingearbeitet sind und das Papier für den ökonomischen Laien lesbar gemacht wurde, wagen wir, es den interessierten Hospiz-Initiativen als Nr. 2 der edition CHV anzubieten. Wir hoffen, damit einen weiteren Beitrag zur besseren Einwurzelung der Hospizidee geleistet zu haben. Mein besonderer Dank gilt Ottmar Edenhofer, der trotz vielfältiger Verpflichtungen die Endredaktion bewerkstelligte.

Reinhold Iblacker SJ

Als Manuskript gedruckt  
im Selbstverlag  
München, März 1990  
Auflage 50 Exemplare

© Christophorus Hospiz-Verein e.V. (CHV)  
v.i.S.d.P. Reinhold Iblacker  
Hirtenstr. 2, 8000 München 2  
Tel.: 089/59 55 88

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Teil A: Ziele und Rahmenbedingungen	5
I. Die Zielsetzung	5
1. Die Integration der drei konstitutiven Sektoren	5
2. Die Aufnahmekriterien für Patienten	6
II. Die Umwelt der Hospizorganisation	6
1. Die Beziehung zu den Sozialstationen	6
2. Die Beziehung zu den niedergelassenen Ärzten	7
3. Die Beziehung zu den Finanzierungsträgern	7
III. Die verwendete Technik	8
1. Allgemeine Charakteristika	8
2. Konsequenzen für die Aufgabenerfüllung und die Anforderung an die Mitarbeiter	9
3. Die Problematik des schleichenden Zielwandels	9
4. Professionalisierung sozialer Dienstleistungen	10
Teil B: Die Organisationsgestaltung	11
I. Die Aufgabengliederung	11
1. Die Koordination	13
2. Der Aufgabenablauf	13
3. Die Kompetenzen zur Stellenbesetzung	13
4. Die Kostenverantwortung	13
II. Der Führungsstil	14
1. Die Delegation	14
2. Die Partizipation	14
III. Auf der Suche nach einer "guten" Pflege	14
1. Standardisierung	14
2. Arbeitszerlegung	15
IV. Adäquate medizinische Betreuung	16
Teil C: Das Finanzierungssystem	17
I. Vorbereitende Überlegung - Die Produktionsfunktion	17
II. Ethische Problematik von Finanzierungsverfahren	18
1. Die Kosten pro Patient	18
2. Gibt es variable Kosten?	19
3. Die Kostenentwicklung während des Hospizaufenthaltes	19
4. Die Bedeutung der Haushaltsgröße	20

5. Zusammenfassung	21
6. Das Problem der Quersubventionierung	21
7. Forderung nach einem patientenorientierten Entgeltsystem	24
8. Was ist die Ursache des Kostenspareffektes?	27
III. Dynamische Betrachtung	28
1. Die Ursachen des Kostenwachstums	29
2. Die Konsequenzen	30
Teil D: Anmerkungen zur wissenschaftlichen Begleitung	32
Literaturverzeichnis	34

## **Vorwort**

Diese Überlegungen zur Architektur eines Hospizes stellte ich im Auftrag des Christophorus-Hospiz-Vereins (CHV) an, dessen Vorsitzender und unermüdlicher Promotor mein Mitbruder Reinhold Iblacker SJ ist.

Durch diese Überlegungen versuchte ich, einige konzeptionelle Überlegungen anzustellen, um zu einer Gesamtarchitektur des Hospizes zu kommen. Gleichzeitig war ich bis Herbst 1989 Mitglied in der Planungsgruppe "Hospiz" der Stadt München, des Caritas-Verbandes der Diözese München, der Inneren Mission und des CHV. Diese Planungsgruppe nahm vieles von dem auf, was ich hier schriftlich niederlegte.

Eine erste Fassung dieses Manuskripts wurde bereits im CHV diskutiert. Den Stellungnahmen dieser Fachleute innerhalb des CHV verdanke ich eine präzisere Darstellung meiner Position. Besonders danke ich Herrn Diplom-Kaufmann Hans Grondinger. Durch die vielen Diskussionen mit ihm konnte ich schwierige gesundheitsökonomische Fragen klären. Sr. Dr. Gerburg Vogt SAC gab mir dankenswerterweise viele nützliche Hinweise vor allem zu Teil A und B. Durch die Hilfe von Reinhold Iblacker SJ wurde das Manuskript erst für ökonomische Laien lesbar. Frau Gitte Knöpfe danke ich für die sorgfältige Erstellung des Manuskripts.

Diese Überlegungen sind kein Positionspapier des CHV; alle Analysen, Vorschläge und damit auch alle Fehler gehen zu meinen Lasten.

München, im Februar 1990

Ottmar Edenhofer SJ

## Teil A: Ziele und Rahmenbedingungen

"Durch Weisheit wird ein Haus gebaut,  
durch Umsicht gewinnt es Bestand." (Spr. 24,3)

"Organisation und Planung ersetzen den Zufall durch Irrtum." (Unbekannt)

Wie für jede Organisation, so müssen auch für das Hospiz folgende Fragen beantwortet werden:

- (1) Was soll für wen getan werden? (= Die Frage nach den Zielen)
- (2) Wie soll es getan werden? (= Die Frage nach der Technik)
- (3) Wer soll autorisiert werden, die Entscheidungen (1) und (2) zu treffen? (= Die Frage nach der Organisationsstruktur des Hospizes)

Die Fragen (1) und (2) sollen in A.I und A.II beantwortet werden. Im Teil B werden daraus die Konsequenzen für die Organisation gezogen, also für die Problematik der Autorisierungsrechte. Damit ist die Frage (3) beantwortet. Die vollständige Beantwortung der Fragen (1) und (2) hat aber nicht nur organisatorische Konsequenzen, sondern auch Konsequenzen für die Finanzierung. Damit ist zugleich die Frage der ethischen Problematik von Finanzierungsverfahren gestellt (Teil C).

In Teil D werden einige Anmerkungen zur wissenschaftlichen Begleitung gemacht.

### I. Die Zielsetzung

Das Ziel des Hospizes ist die Befriedigung der Bedürfnisse Sterbender und ihrer Angehörigen. Dies schließt eine Betreuung während der Trauerphase mit ein. Das Hospiz ist christlichen Wertvorstellungen verpflichtet. Es widmet sich der Aufgabe, Beschwerden zu lindern, die mit einer nicht mehr heilbaren Erkrankung eines Menschen einhergehen.

#### 1. Integration der drei konstitutiven Sektoren

Soweit es möglich ist, sollen sterbende Menschen zu Hause betreut werden; die Angehörigen sind dabei in die Betreuung, Begleitung und Versorgung miteinzu beziehen. Damit dies gelingen kann, sollen die drei konstitutiven Sektoren des Hospizes, die Hausbetreuung, der teilstationäre und der stationäre Sektor in ein Gesamtkonzept integriert werden, d.h. es soll keine Trennung zwischen diesen Sektoren geben. Der Patient wird in jenem Sektor betreut, der seinen besonderen Bedürfnissen am besten entspricht.

Soweit es die häusliche Situation zuläßt, soll die Hauspflege dem stationären Sektor vorgezogen werden. Dies wäre im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland eine Innovation, da hier die institutionelle Trennung dieser Sektoren die optimale Bedürfnisbefriedigung des Patienten verhindert.

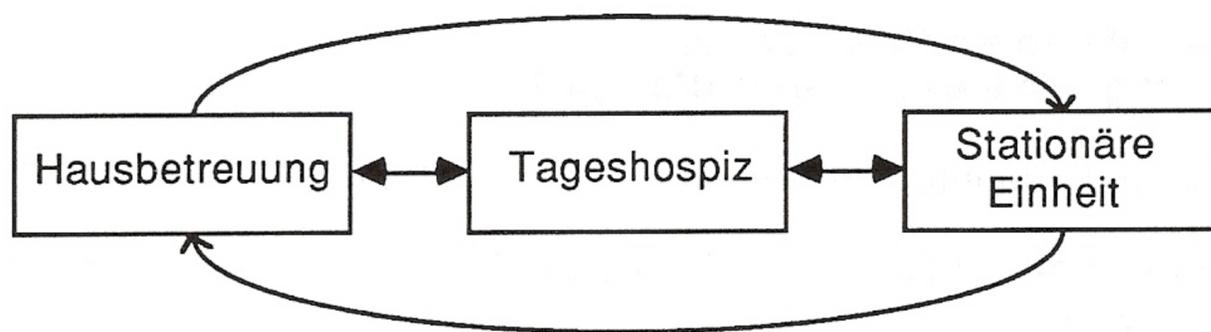


Abbildung A.1.: Die drei organisatorischen Bereiche sollen nicht nur kooperieren, sondern unter einheitlicher Leitung in das Gesamtkonzept des Hospizes integriert werden.

## 2. Aufnahmekriterien für Patienten

- (a) Der Patient leidet an einer fortschreitenden Grunderkrankung, bei der eine kurative Therapie nicht mehr sinnvoll ist.
- (b) Der Patient soll im näheren Bereich des Hospizes wohnen, um die Angehörigen in die Betreuung einbeziehen zu können und eine Hausbetreuung zu ermöglichen.
- (c) Eine Betreuung von erkrankten Kindern ist wegen ihrer besonderen Bedürfnisse in diesem Modell nicht vorgesehen.
- (d) Der Patient leidet an bisher nicht beherrschten Beschwerden. Durch das spezielle Fachwissen des Hospizes können diese Beschwerden gelindert, durch seine besondere Organisationsform ein sonst notwendiger ständiger stationärer Aufenthalt vermieden werden.
- (e) Die Notwendigkeit der Hospizbetreuung muß von einem Arzt festgestellt werden.

## II. Die Umwelt der Hospizorganisation

### 1. Die Beziehung zu den Sozialstationen

Es sollte eine *Kooperation* mit den Sozialstationen angestrebt werden. Der Ambulante Dienst des Hospizes ist keine Konkurrenz zu den Sozialstationen. Das Leistungsspektrum der Sozialstationen (vor allem Grund- und Behandlungspflege) und die Betreuungsintensität (Zeiteinheiten pro Patient) werden den Ambulanten Dienst des Hospizes ergänzen können.

*Grundsätzlich* sollten folgende Regelungen für die Kooperation gelten:

- (a) Wird ein Patient aus der stationären Einheit des Hospizes entlassen, so übernimmt der Ambulante Dienst zusammen mit den ehrenamtlichen Helfern auch die Grund- und Behandlungspflege; eine Sozialstation kann herangezogen werden. Die *Koordination* der Dienste geht vom Hospiz aus.
- (b) Der Ambulante Dienst wird ebenfalls tätig, wenn eine Sozialstation um Unterstützung bittet.
- (c) Der Ambulante Dienst versucht, die Versorgung zu gewährleisten, wenn anderweitig keine sozialen Dienste verfügbar sind.

Im *Einzelfall* können sich andere Regelungen als sinnvoll erweisen:

Ausnahmen bestätigen die Regel. Auch die grundsätzlichen Regelungen sollten den Verhältnissen angepaßt werden.

Es wird auch ein Bildungsprogramm notwendig sein, das die Sozialstationen vom Hospizgedanken zu überzeugen versucht und ihnen entsprechende Kenntnisse für die Begleitung Sterbender vermittelt.

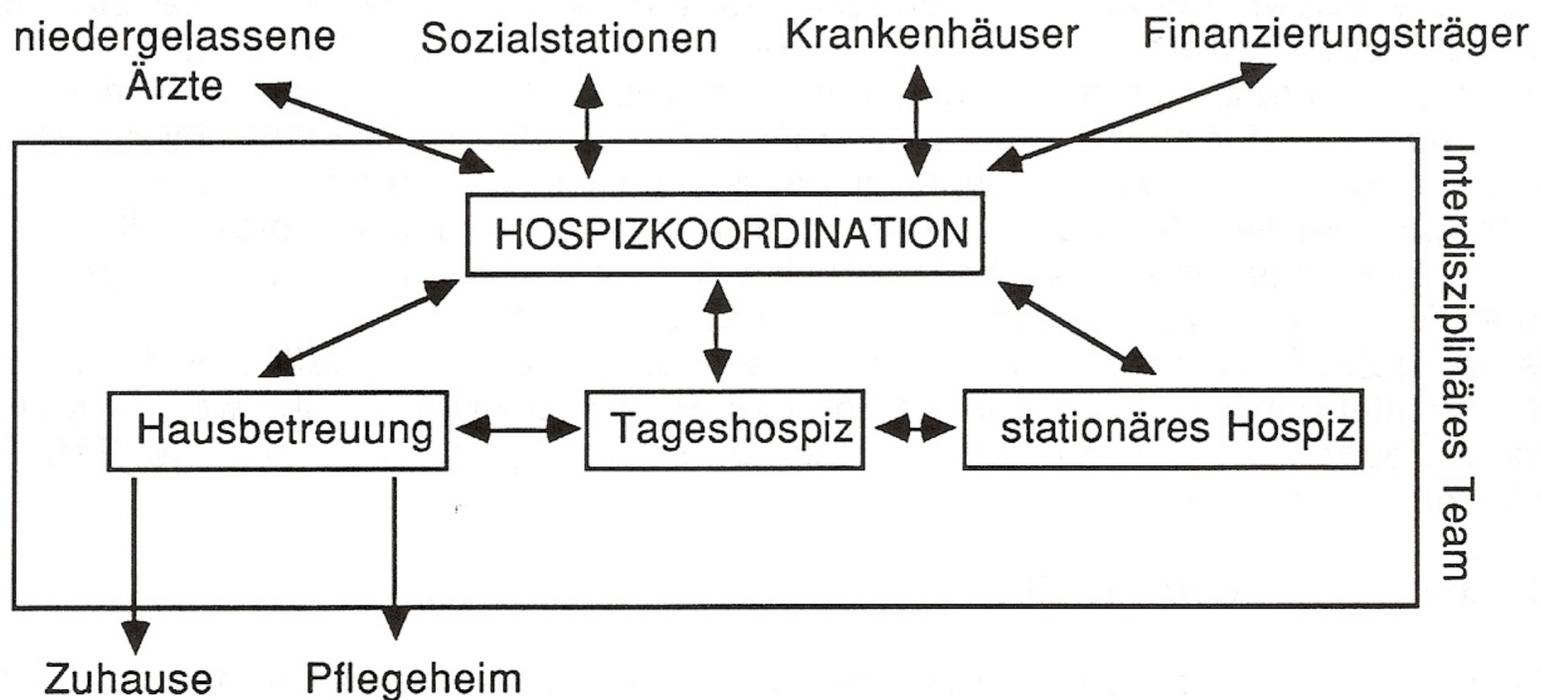


Abb. A. 2: Das Hospiz und seine Umweltbeziehungen

## 2. Die Beziehung zu den niedergelassenen Ärzten

Das Hospiz ist auf die niedergelassenen Ärzte besonders angewiesen, weil die Versorgung ambulant erfolgen soll. Dies setzt aber voraus, daß die niedergelassenen Ärzte über ein entsprechendes Wissen in der Schmerzbehandlung verfügen. Auch hierfür sollte vom CHV ein Bildungsprogramm ausgearbeitet werden, das sich vor allem an die Ärzte im Raum München richtet.

Problematisch ist jedoch, wie der Hospizarzt der stationären und teilstationären Einheit ambulant tätig werden kann. Dies kann aus vielfachen Gründen notwendig oder wünschenswert sein. Die damit verbundenen *standesrechtlichen Probleme* sind noch *nicht geklärt*.

## 3. Die Beziehung zu den Finanzierungsträgern

Das Finanzierungsarrangement bei einer Non-Profit-Organisation hat die Aufgabe, die Gleichheit von Einnahmen und Ausgaben zu sichern (= finanzielles Gleichgewicht) und die Zuteilung der Ressourcen auf die Patientengruppen zu ermöglichen, die diese am dringendsten benötigen (= Steuerungsfunktion). Jedes Finanzierungsarrangement hat Auswirkungen auf die Zuteilung personeller und sachlicher Ressourcen auf bestimmte Patientengruppen; leider wird diese

Steuerungsfunktion häufig übersehen, weil das Denken in den Kategorien des finanziellen Gleichgewichts immer noch ökonomisches Denken bestimmt.

Bei der Ausgestaltung des Entgeltverfahrens ist darauf zu achten, daß es mit den Zielen des Hospizes vereinbar ist. Die Wirkungsweise des Entgeltverfahrens bei gegebener Technik und gegebener Zielsetzung wird in Teil C behandelt. Das Finanzierungsarrangement mit den Krankenkassen für dieses Projekt ist nicht gegeben, sondern Gegenstand von Verhandlungen.

Auf die Ausgestaltung der Organisationsstruktur hat das Finanzierungsarrangement ebenfalls Auswirkungen: Die Landeshauptstadt München wird für die stationäre Einheit Betten umwidmen; sie wird weiterhin formalrechtlich Träger dieser Einheit bleiben. Es wird darum notwendig sein, eine Organisation zu gründen (eine Arbeitsgemeinschaft oder eine gemeinnützige GmbH), die alle drei Sektoren integriert. Aus dieser Organisation heraus würden dann die Exekutivorgane bestimmt, die den laufenden Betrieb "managen". Diese Organisation muß auch eine selbständige Wirtschaftseinheit mit eigenem Haushalt sein; Vertragspartner der Krankenkassen wäre diese Organisation (Arbeitsgemeinschaft oder GmbH).

Es ist darauf zu achten, daß die Organisation so ausgestaltet wird, daß die Fördermittel der Stadt, des Landes und des Bundes optimal genutzt werden können. Unter diesen Rücksichten erscheint der Vorschlag, eine gemeinnützige GmbH zu gründen, bestehend.

### III. Die verwendete Technik

Das Nachdenken über die verwendete Technik ist keineswegs nur von theoretischem Interesse, sondern auch von großer praktischer Bedeutung. Erst ein zutreffendes Verständnis der Technik ermöglicht eine richtige Bewertung der Besonderheiten von Organisationen des Gesundheitswesens. Viele Mißverständnisse zwischen Medizinern, Sozialarbeitern und Schwestern einerseits und Organisatoren und Ökonomen andererseits ließen sich vermeiden, würden alle beteiligten Berufsgruppen von einem angemessenen Verständnis der Bestimmungsgröße "Technik" ausgehen.

Die nachfolgenden Ausführungen sollen ein Beitrag zum Abbau dieser Mißverständnisse sein.

#### 1. Allgemeine Charakteristika

Unter Technik soll der Komplex von Verfahren verstanden werden, den ein System (eine Organisation) bei der Verarbeitung von Inputs (Arbeitsstunden, Informationen, Material) zu Outputs (z.B. Wiederherstellung der Gesundheit bei kranken Menschen) verwendet. <sup>1)</sup>

Die Technik des Hospizes ist durch folgende Charakterisierungen gekennzeichnet:

(1) Die Kenntnisse der Ursache-Wirkungs-Beziehungen sind relativ *unpräzise*. Da nur ein unvollständiges naturwissenschaftliches Erklärungsmodell über den Menschen zur Verfügung steht, ist die Wirkung von medizinischen Maßnahmen auf die "Gesundheit" des Menschen *ungewiß*.

(2) Die verursachenden Faktoren (z.B. bei einer Schmerztherapie) können *nicht* vollständig *kontrolliert* werden. Ähnliches gilt für die pflegerischen Basisleistungen: Die Wirkungen auf das Wohlbefinden des Patienten gehen nicht von diesen Basisleistungen allein aus, sondern auch von Faktoren, die durch die Schwestern nur

---

<sup>1)</sup>Vgl. Hill, W., Fehlbaum, R., Ulrich, P. (1976), 342.  
Vgl. auch Perrow (1965), 913-916.

unzureichend oder überhaupt nicht beeinflußt werden können: z.B. die psychische Situation des Patienten oder die Bereitschaft der Angehörigen, den Tod anzunehmen.

Dieser Zusammenhang wird häufig von Gesundheitsplanern übersehen. Die Übertragung *betriebswirtschaftlicher Unternehmensmodelle* auf das Gesundheitswesen ist genau aus diesem Grunde *unmöglich*. Unternehmen des Industriesektors verwenden, verglichen mit den Organisationen des Gesundheitswesens eine Technik, über deren Ursache-Wirkungs-Beziehungen präzise Kenntnisse existieren:

Die Produktionsfaktoren, die für die Produktion eines Videogerätes eingesetzt werden müssen, sind relativ vollständig zu kontrollieren. Man spricht von einer deterministischen Produktionsfunktion. <sup>1)</sup>

Im Gesundheitswesen geht man sinnvollerweise von einer stochastischen, multifaktoriellen Produktionsfunktion aus.

Diese sozialwissenschaftliche Klassifikation der Technik im Hospiz hat weitreichende Konsequenzen. Dieses Verständnis der Technik zieht sich wie ein roter Faden durch die nachfolgenden Ausführungen.

## 2. Konsequenzen für die Aufgabenerfüllung und die Anforderungen an die Mitarbeiter

Die Patienten des Hospizes stellen den Ärzten, Sozialarbeitern, Pflegern und der Küche bestimmte Aufgaben; auf diese Anforderungen kann nur in sehr begrenztem Umfang *routinemäßig* reagiert werden. Jeder Patient ist ein Einzelfall, dessen Bedürfnisse individuell befriedigt und dessen Probleme individuell gelöst werden müssen.

Da das Ausmaß der Routinisierung von Aufgaben sehr gering ist, können die Aufgaben auch nicht *rationalisiert* werden.

Unter Rationalisierung wird die Einführung von Techniken verstanden, die eine schnellere routinemäßige Versorgung pro Fall ermöglichen. Die Kosten pro Fall würden dadurch sinken.

Die Unmöglichkeit der Rationalisierung stellt auch bestimmte Anforderungen an die Mitarbeiter. Die Mitarbeiter in leitenden Positionen sollen über ihre Sachkenntnisse hinaus offen sein für neue Erfahrungen; sie sollen ihr "Bild der Situation" an jeweils neue Gegebenheiten anpassen können.

Die Mitarbeiter des Hospizes sollen sich nicht auf Teilprobleme der Patienten fixieren, sondern sollen mehrere Aspekte und die Abhängigkeit der Aspekte untereinander in ihr Handeln integrieren können. Bei der Ausgestaltung der Organisationsstruktur (Teil B) ist darauf zu achten, daß den Mitarbeitern ein hohes Maß an Selbständigkeit ermöglicht und auch zugemutet wird.

## 3. Die Problematik des schleichenden Zielwandels

Da der Output des Gesundheitswesens schwer zu definieren und zu messen ist, behelfen sich Sozialforscher meist mit Indikatoren.

Für die konkrete Planung sind jedoch diese Indikatoren *noch* zu unpräzise. Die praktische Planung setzt darum den Input mit dem Output gleich. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) honoriert ein Krankenhaus nicht, weil es den Gesundheitszustand der Bevölkerung erhöht hat, sondern für die Produktion von Pflgetagen. Je mehr Pflgetage produziert werden, desto höher sind auch die Einnahmen des Krankenhauses.

---

<sup>1)</sup>Eine Produktionsfunktion bringt den kausalen Zusammenhang zwischen erforderlichem Input und gewünschtem Output mathematisch zum Ausdruck

Wenn nun der Input rein definitorisch mit dem Output gleichgesetzt wird, gibt es keine Grenze mehr für die Produktionsausweitung. <sup>1)</sup>

Im Zeitverlauf ändert sich das Ziel gewissermaßen unter der Hand. Zwar wird offiziell das Ziel "optimale Versorgung" proklamiert, tatsächlich arbeiten die Mitarbeiter dieser Organisation nicht zielkonform, ohne böse Absicht und auch mehr oder weniger "unbewußt".

Läßt sich auch der Output nicht hinreichend spezifizieren, so kann man dennoch pro Patient bestimmte *Standards* festlegen, die ein Bündel an Dienstleistungen der Ärzte, Pfleger und Sozialarbeiter umschreiben.

Sicher ist auch das nicht der Königsweg, um den "richtigen" Outputindikator zu finden. Trotzdem sollte die Betrachtung immer beim Patienten eines bestimmten Schweregrades ansetzen und nicht an Pflgetagen, Betten oder Abteilungen. Die geradezu aufregenden Konsequenzen dieser unterschiedlichen Sichtweisen werden in Teil C dargestellt.

#### 4. Professionalisierung sozialer Dienstleistungen

Die permanente Ausweitung der Inputs hat auch eine permanente Zunahme des professionellen Personals zur Folge. Diese Inputorientierung der Planung im Gesundheitswesen verstellt den Blick dafür, wieviele Dienstleistungen von "Laien" besser erfüllt werden können als von den "Profis".

Es gibt bei den sozialen Dienstleistungen Grenzen der Organisierbarkeit und Professionalisierung. Die ehrenamtliche Tätigkeit bedarf der Rehabilitation; gerade die Hospizbewegung versucht, die ehrenamtlichen Helfer in die formelle Organisation einzubinden.

---

<sup>1)</sup>Ein Unternehmen der Autobranche wird von den Verbrauchern nicht für die Produktion von Kosten entlohnt, sondern für das fertige Produkt "Auto". Die Anstrengungen des Unternehmens, ein Auto zu produzieren (= die Inputs), interessieren den Verbraucher nicht.

## Teil B: Die Organisationsgestaltung

"Ehe ich eine Mauer errichtete,  
wollte ich stets wissen,  
was schließt sie ein, was sperrt sie aus ... " (Robert Frost)

In diesem Teil soll nur eine Grobstruktur skizziert werden; die Feingliederung muß noch erstellt werden.

### I. Die Aufgabengliederung

Aus dem Ausschuß der Arbeitsgemeinschaft oder aus der Gesellschafterversammlung der GmbH sollten Exekutivorgane hervorgehen.

Man könnte die Aufgaben dieser Organe nach *Abteilungen* oder nach *Funktionen* gliedern.

Da aber zwischen dem stationären, teilstationären und ambulanten Sektor enge Beziehungen bestehen sollten, empfiehlt sich eine Abteilungsgliederung auf der ersten Ebene nicht. Das Anforderungsprofil unterscheidet sich am meisten im Hinblick auf die Funktion, so daß sich das Strukturdiagramm in Abbildung B.1 ergibt.

Wie Abbildung B.1 zeigt, handelt es sich um eine funktionale Organisation, in der die Leiter der Abteilungen den Instanzen unterstellt sind, die für die jeweilige Aufgabe kompetent sind.

Damit wird lediglich die hierarchische Struktur des Hospizes dargestellt. Demnach soll die Geschäftsleitung aus vier gleichberechtigten Mitgliedern bestehen, die in enger Kooperation eine interdisziplinäre Aufgabenerfüllung gewährleisten sollen.

Zur Festlegung der Aufgaben und Kompetenzen in der Tagesarbeit sollen entsprechende Stellenbeschreibungen verfaßt werden.

Der Verwaltungsleiter sollte hier die Rolle des "Architekten" übernehmen. Dazu wird auch auf die einschlägige Literatur verwiesen. <sup>1)</sup>

---

<sup>1)</sup>Vgl. Hill, W., Fehlbaum, R., Ulrich, P. (1976), 537-542.  
Vgl. auch Perrow (1965), 910-971.

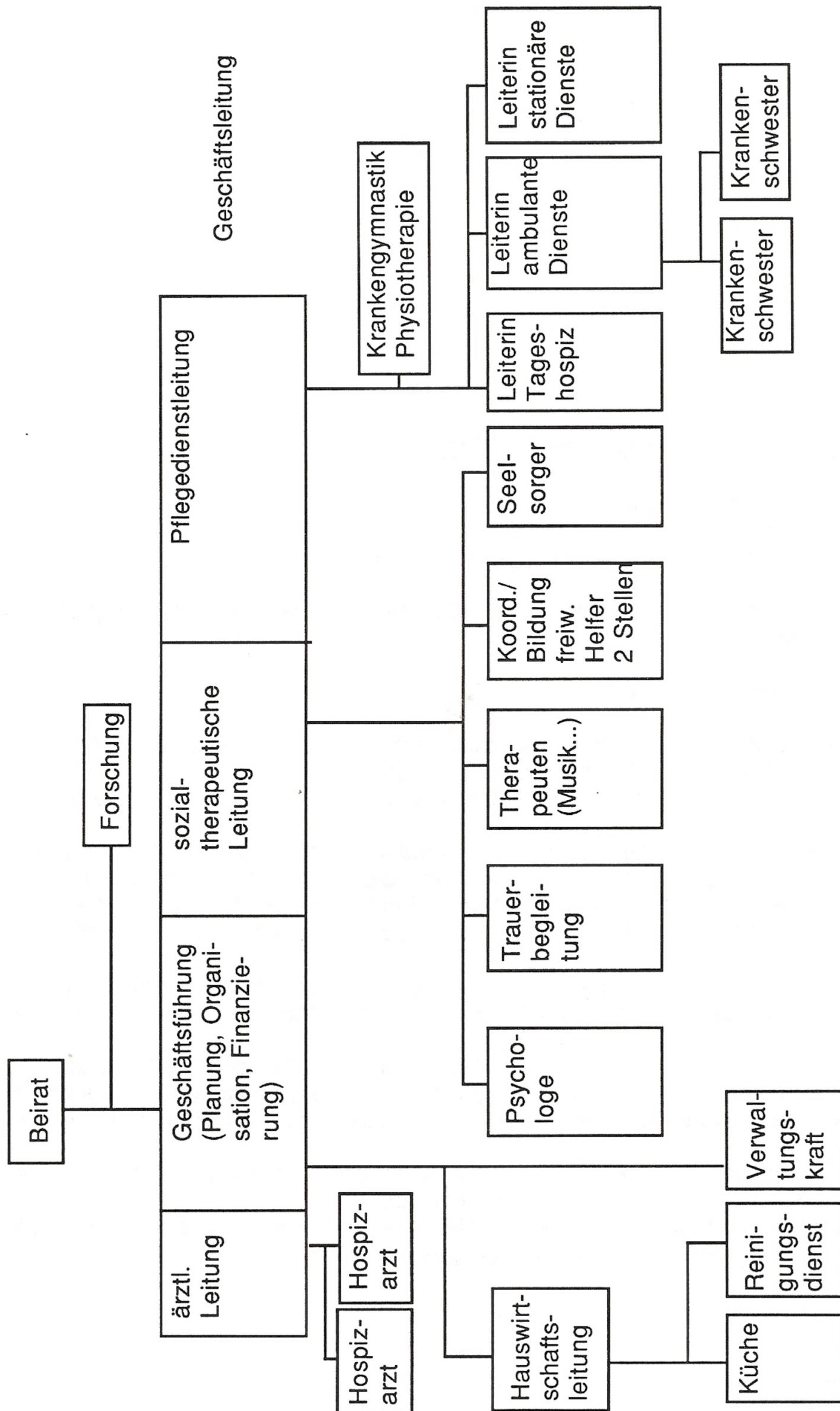


Abb.: B.1: Hierarchische Struktur der Hospizorganisation

## 1. Die Koordination

Die Funktionale Organisation entspricht dem Anforderungsprofil der Aufgaben (Teil A). Jedoch werden angesichts der interdisziplinären Aufgabenerfüllung Kompetenzkonflikte unvermeidbar sein.

Von allen Beteiligten wird ein hohes Maß an *Kooperationsfähigkeit* gefordert. Alle Versuche, präzise Kompetenzabgrenzungen zu formulieren, werden dem Charakter der Aufgaben nicht gerecht.

Aus dem Strukturdiagramm wird ebenfalls klar, daß die Anforderungen an die Koordinations- und Organisationsfähigkeit der LeiterIn des sozialpflegerischen Dienstes sehr hoch sind.

Dieser Strukturtyp der Organisation bringt zum Ausdruck, daß die Fachkompetenz wichtiger ist als die hierarchische Stellung; das spezifische Wissen der im Hospiz tätigen Gruppen kann dadurch fruchtbar gemacht werden.

## 2. Der Aufgabenablauf

Im Aufgabenablauf gibt es zwei kritische Stellen:

(a) Wer prüft die Aufnahmekriterien beim Patienten ?

(b) Wer entscheidet, in welchem Sektor (ambulant, stationär, teilstationär) der Patient betreut werden soll ?

Diese Entscheidungen können meiner Meinung nach nicht mehr vom Arzt allein getroffen werden. Hier müßte die Willensbildung gemeinsam mit den Pflegekräften erfolgen. An der *Willensbildung* sollten *alle* beteiligt sein, die die Situation des Patienten beurteilen können. Die *Entscheidung* sollte der Arzt gemeinsam mit der Leiterin des sozialpflegerischen Dienstes fällen. Die vorhandenen Kapazitäten werden natürlich diese Entscheidung maßgeblich beeinflussen.

## 3. Die Kompetenzen zur Stellenbesetzung

Um die interdisziplinäre Aufgabenerfüllung zu gewährleisten, ist eine besondere Sorgfalt bei der Personenauswahl nötig.

Deshalb halte ich es für erforderlich, die Personalauswahl auf der 2. Ebene innerhalb der Geschäftsleitung abzustimmen. Die Stellen der 3. Ebene können durch die jeweilige Geschäftsbereichsleitung besetzt werden.

## 4. Die Kostenverantwortung

Jede organisatorische Stelle sollte meiner Meinung nach als Kostenstelle fungieren. Nimmt z.B. eine Kostenstelle Personal- oder Kapitaleistungen des Krankenhauses Harlaching in Anspruch, muß das Hospiz über entsprechende Verrechnungspreise mit den verursachten Kosten belastet werden.

Inwieweit nun einzelne Stellen auch die *Kostenverantwortung* im Rahmen eines vorgegebenen Budgets übernehmen sollen, ist noch zu prüfen.

Die Verantwortung für die Kosten kann nur übernehmen, wer auch den Einsatz der Ressourcen entscheiden kann. Da der überwiegende Anteil an den Kosten Personalkosten sein werden, würde dies bedeuten, daß z.B. einzelne Abteilungen Personaleinstellungen vornehmen können. Dies ist vor allem für den Ambulanten Dienst von großer Bedeutung; hier kann die Kapazität schneller an die unregelmäßige Nachfrage angepaßt werden als im stationären Sektor.

Der ambulante Sektor wäre meiner Meinung nach zu unflexibel, wenn er schon im voraus durch den Haushaltsplan auf einen bestimmten Stellenplan festgelegt wäre.

Das Verhältnis der Kapazitäten des ambulanten zum stationären Sektor (= Struktur) und die Größe der Gesamtkapazität (= Niveau) beeinflussen die Kostenentwicklung maßgebend. Der ambulante Sektor wird ohnehin schneller expandieren als der stationäre Sektor, vor allem wenn die Verantwortung der Kosten an ihn delegiert wird. Es könnte sich dann durch die Erfahrung eine optimale Verhältniszahl zwischen ambulantem und stationärem Sektor herausbilden.

Die organisatorischen Voraussetzungen für die Planung, Steuerung und Kontrolle der Kosten wären damit gegeben. Notwendig hierzu ist aber auch noch ein leistungsfähiges Rechnungswesen, das die Informationen für die Planung, Steuerung und Kontrolle bereitstellt.

## **II. Der Führungsstil**

### **1. Die Delegation**

Die Übertragung von Kompetenzen an hierarchisch nachgeordnete Stellen (= Delegation) ist bei der Leitung der sozialpflegerischen Dienste ein besonderes Problem. Hier muß darauf geachtet werden, daß die Leitungsspitze durch die Koordinations- und Kontrollaufgaben nicht überlastet wird.

Schon in den Stellenbeschreibungen muß daher die Delegation der Verantwortungsbereiche sichtbar werden.

### **2. Die Partizipation**

Auch die Teilnahme an der Willensbildung einer hierarchisch übergeordneten Stelle (= Partizipation) wird sich nicht allein in den Stellenbeschreibungen festhalten lassen. Es werden hier immer ad-hoc Entscheidungen notwendig sein. Dies wiederum ist eine Konsequenz des Aufgabenprofils, das nur schwer in ein Routineprogramm zu pressen ist.

## **III. Auf der Suche nach einer "guten" Pflege**

### **1. Standardisierung**

Obwohl jeder Patient ein unwiederholbares Individuum ist mit seinen jeweils eigenen Bedürfnissen und Problemen, wird der Arbeitsablauf standardisiert werden müssen, wenn auch nur innerhalb enger Grenzen. Diese Standards stellen eine Minimalforderungen dar. Diese Pflegestandards stellen ein Rahmenprogramm dar, das jeder Mitarbeiter individuell ausfüllen muß.

Lassen sich für die Anwendung der Schmerztherapie auch solche Standards entwickeln ?

Dies könnte eine Aufgabe für den Arbeitskreis "Medizin" im CHV sein. Gerade in diesem Bereich dürfte "Technischer Fortschritt" zu erwarten sein; da dieser Fortschritt die Kosten pro Fall erhöhen wird, muß er auch gegenüber den Krankenkassen durchgesetzt werden. Dies wird um so leichter sein, je klarer, präziser und überzeugender solche Standards formuliert werden.

## 2. Arbeitszerlegung

Der "Ablauf" der Betreuung kann um so arbeitsteiliger organisiert werden, je einfacher die Teilarbeiten sind, die einzelnen Stellen im Organisationsgefüge zugewiesen werden. Jede einzelne Stelle leistet einen kleinen Beitrag zur Erledigung der Gesamtaufgabe.

Die unterschiedlichen Pflegesysteme<sup>1)</sup> zeichnen sich durch verschiedene Grade der Arbeitszerlegung aus.

niedriger Grad

der Arbeitszerlegung

hoher Grad

der Arbeitszerlegung

Individualpflege	Gruppenpflege	Zimmerpflege	Funktionspflege
- Eine Pflegeperson versorgt einen Patienten vollständig	- Ein Team sorgt für eine begrenzte Anzahl von Patienten  - Die Aufgabenverteilung wird innerhalb des Teams geplant  - Die Gruppenleiterin organisiert und arbeitet mit	- Zuordnung von Zimmern auf bestimmte Pflegepersonen  - Koordination durch die Stationsschwester  - Sie führt keine Pflege aus  - Ihr obliegt die Gesamtplanung der Station; die Station ist in Verantwortungsbereiche gegliedert	- Teilfunktionen der Pflege werden auf die Pflegeperson verteilt  - Der Zuständigkeitsbereich für den einzelnen ist klein

Abbildung B.2:

Die unterschiedlichen Pflegesysteme werden nach ihrem Grad der Arbeitszerlegung angeordnet. Diese Pflegesysteme gelten nur für den stationären Bereich. Im ambulanten Bereich ist nur die Individualpflege möglich.

Da die Personalkosten im Hospiz eine besondere Rolle spielen, besteht natürlich immer die Versuchung, den Pflegebereich rationalisieren zu wollen, wenn auch nur in engen Grenzen. Man sollte sich daher gleich zu Beginn darüber im klaren sein, welchen Grad der Arbeitszerlegung man im Sinne der erforderlichen "Standards" verantworten kann und will.

Die Vorschläge, die innerhalb des CHV 1986 diskutiert wurden, sprechen sich für die Gruppenpflege aus; falls sie nicht durchführbar ist, sollte die Zimmerpflege verwirklicht werden.

Es sollte meiner Meinung nach überlegt werden, ob nicht gerade am Ende des Lebens die Individualpflege verwirklicht werden kann. Hier wäre ein ausführliche Stellungnahme der Fachleute wünschenswert.

Sollte es den Schwestern des stationären Sektors ermöglicht werden, auch im ambulanten Sektor zu arbeiten? Und umgekehrt?

Wenn über die Arbeitsorganisation nachgedacht wird, sollte ein wesentlicher Punkt bedacht werden:

Die Mitarbeiter im Hospiz sind enormen Belastungen ausgesetzt.

Kann die Arbeitsorganisation diese Belastungen mildern?

Darüber sollten sich Psychologen, Pädagogen, aber auch die Seelsorger Gedanken machen. Sollten nicht auch die Seelsorger die Mitarbeiter in ihrem Dienst begleiten? Eine geeignete Ausbildung in den Humanwissenschaften (vor allem in Psychologie) und Kenntnisse in der praktischen Spiritualität wären dazu notwendig.

<sup>1)</sup>Vgl. Juchli (1983), 61.

#### **IV. Adäquate medizinische Betreuung**

Die ärztliche Tätigkeit im Hospiz fällt in das Gebiet der Inneren Medizin und konzentriert sich auf palliative Medizin.

Aufgabe der Ärzte ist es, daß nur Patienten vom Hospiz aufgenommen werden, bei denen die Möglichkeiten einer kurativen Therapie ausgeschöpft sind. Sie bieten kompetente medizinische Betreuung bis zuletzt, die weitgehende Symptomkontrolle und rasche, adäquate Krisenintervention ermöglicht. Dabei wird auf invasive Maßnahmen so weit wie möglich verzichtet.

Durch eine aufrichtige Kommunikation wird dem Patienten und seiner Familie die Möglichkeit geboten, den vergangenen Krankheitsverlauf aufzuarbeiten, die Realität richtig einzuschätzen und Ängste vor der Zukunft abzubauen.

Vom Arzt sind also umfassende Kenntnisse auf dem Gebiet der palliativen Symptomkontrolle, insbesondere der Schmerztherapie und der Onkologie zu verlangen. Er arbeitet eng mit anderen medizinischen Fachbereichen zusammen (Strahlentherapie, Anästhesie, Chirurgie etc.), um zu gewährleisten, daß alle medizinischen Möglichkeiten zur Symptomkontrolle ausgeschöpft werden. Er soll seinerseits seinen Kollegen konsiliarisch zur Verfügung stehen. Darüberhinaus beteiligt er sich an Weiterbildungs- und Forschungsprogrammen im Bereich der Palliativmedizin.

Gemeinsame Merkmale mit den anderen Mitarbeitern sind die Fähigkeit des Arztes zur Teamarbeit, die Bereitschaft, sich mit der eigenen Endlichkeit auseinanderzusetzen, sowie eine ethische Grundhaltung, die den Wert des menschlichen Lebens für unantastbar hält.

## Teil C: Das Finanzierungssystem

"Was versteht man unter einem Zyniker?  
Jemand, der von allen Dingen den Preis und  
von nichts den Wert kennt." (Oscar Wilde)

Ökonomen werden oft als Zyniker bezeichnet, weil sie über die Kosten reden, ohne zu wissen, welchen Wert ein Gut, eine Einrichtung oder eine Organisation hat.  
Ein guter Ökonom ist kein Zyniker, weil er sowohl den Wert als auch die Kosten einer Organisation im Auge hat.

Auch beim Hospiz-Projekt muß gründlich über die entstehenden Kosten und den Nutzen nachgedacht werden. In diesem Abschnitt geht es um die Analyse der Kosten.

### I. Vorbereitende Überlegung - Die Produktionsfunktion

Ein Patient, der ins Hospiz kommt, erhält Dienstleistungen der Pflegekräfte, der Ärzte, der Sozialarbeiter und der Seelsorger. Neben diesen Dienstleistungen werden medizinische Geräte, Transportmittel und Autos zur Versorgung eingesetzt; Ökonomen nennen diese Güter Kapitalgüter.

Arbeit und Kapitalgüter werden miteinander kombiniert. Jedoch kann die Arbeit der Schwestern und Ärzte nicht durch Kapital ersetzt werden. Dienstleistungen sind aus diesem Grunde nicht rationalisierbar; eine gleiche Anzahl von Patienten kann nicht durch immer weniger Ärzte und Schwestern versorgt werden. Es gibt im Hospiz keine Rationalisierungsinvestitionen. Sollen die Kapazitäten ausgedehnt werden (= es sollen mehr Patienten betreut werden), so muß die Kapital- und Personalausstattung in einem festen Verhältnis zueinander erhöht werden. Diesen Zusammenhang nennen Ökonomen eine "limitationale Produktionsfunktion". Da im Hospiz das Personal der Engpaßfaktor für die Betreuung der Patienten ist, wird die Vergrößerung der Kapazitäten durch die Möglichkeit bestimmt, zusätzliche Pflegekräfte, Sozialarbeiter und Ärzte einzustellen.

In der Annahme einer "limitationalen Produktionsfunktion" steckt ein Werturteil. Im Hospiz läuft die Rationalisierung menschlicher Dienstleistungen darauf hinaus, daß sich die Qualität der Betreuung verschlechtert, weil die *menschliche Tätigkeit* des Pflegens, des Begleitens, des Beratens usw. schon der *Output* ist.

Der *Input* entspricht dem *Output*. Die menschliche Arbeit ist zugleich der Produktionsfaktor und das Konsumgut, das dem Patienten angeboten wird. Da die Wirkungen der Dienstleistungen auf den Patienten *ungewiß* sind, empfiehlt sich eine solche Vorgehensweise.

Damit der Dienstleistungsaufwand nicht unbegrenzt wachsen kann, müssen bestimmte *Standards* der Betreuung formuliert werden, die nicht für jeden Patienten die gleichen sein können, sondern differenziert werden müssen nach dem "Grad der Dringlichkeit". Solche Standards müssen durch die Pflegekräfte *und* die Mediziner formuliert werden.

## II. Ethische Problematik von Finanzierungsverfahren

Die Annahme einer "limitationalen Produktionsfunktion" ist also nur Ausdruck dafür, daß bei der Formulierung von Pflegestandards der Ökonom den Fachleuten aus Pflege und Medizin bei der Formulierung solcher Standards nicht vorgreifen will; er nimmt nur zur Kenntnis, daß diese durch Rationalisierungsmaßnahmen nicht unterschritten werden dürfen. Mit dem Verzicht auf Rationalisierungsinvestitionen, die den Pflegestandard verschlechtern, ist aber noch keineswegs gesichert, daß die gegebenen Mittel (Personal, Betten, Geräte usw.), die dem Hospiz zur Verfügung stehen, denjenigen Patientengruppen zur Verfügung gestellt werden, die diese am *dringendsten* benötigen. Die Zuweisung knapper Mittel auf die wichtigsten Verwendungszwecke nennt man **Allokationsverfahren**. Es geht also in diesem Abschnitt um die ethische Problematik von Allokationsverfahren im Gesundheitswesen. Um diese Überlegungen durchführen zu können, ist es notwendig, einmal die Größen darzustellen, die auf die Höhe der Kosten wirken, und zum anderen die Art ihres Einflusses zu beschreiben.

### 1. Die Kosten pro Patient

Aus einer limitationalen Produktionsfunktion (Arbeit kann nicht durch Kapital substituiert werden) folgt *langfristig* eine konstante Durchschnitts- und Grenzkostenfunktion, d.h. die Kosten pro Patient erhöhen sich nicht, wenn die Zahl der Patienten erhöht wird.

*Kurzfristig* sind die gesamten Personalkosten fixe Kosten, d.h. jeder zusätzlich betreute Patient verursacht geringere Durchschnittskosten bis zu dem Punkt, an dem die "Kapazitätsgrenze"  $g_1$  erreicht ist (= kurzfristige Durchschnittskosten  $\left(\frac{K}{Q}\right)k$ ). Wie Abbildung C.1 zeigt, steigen die Kosten pro Patient auf  $k'$ , wenn der Auslastungsgrad von  $g_1$  auf  $Q'$  sinkt.

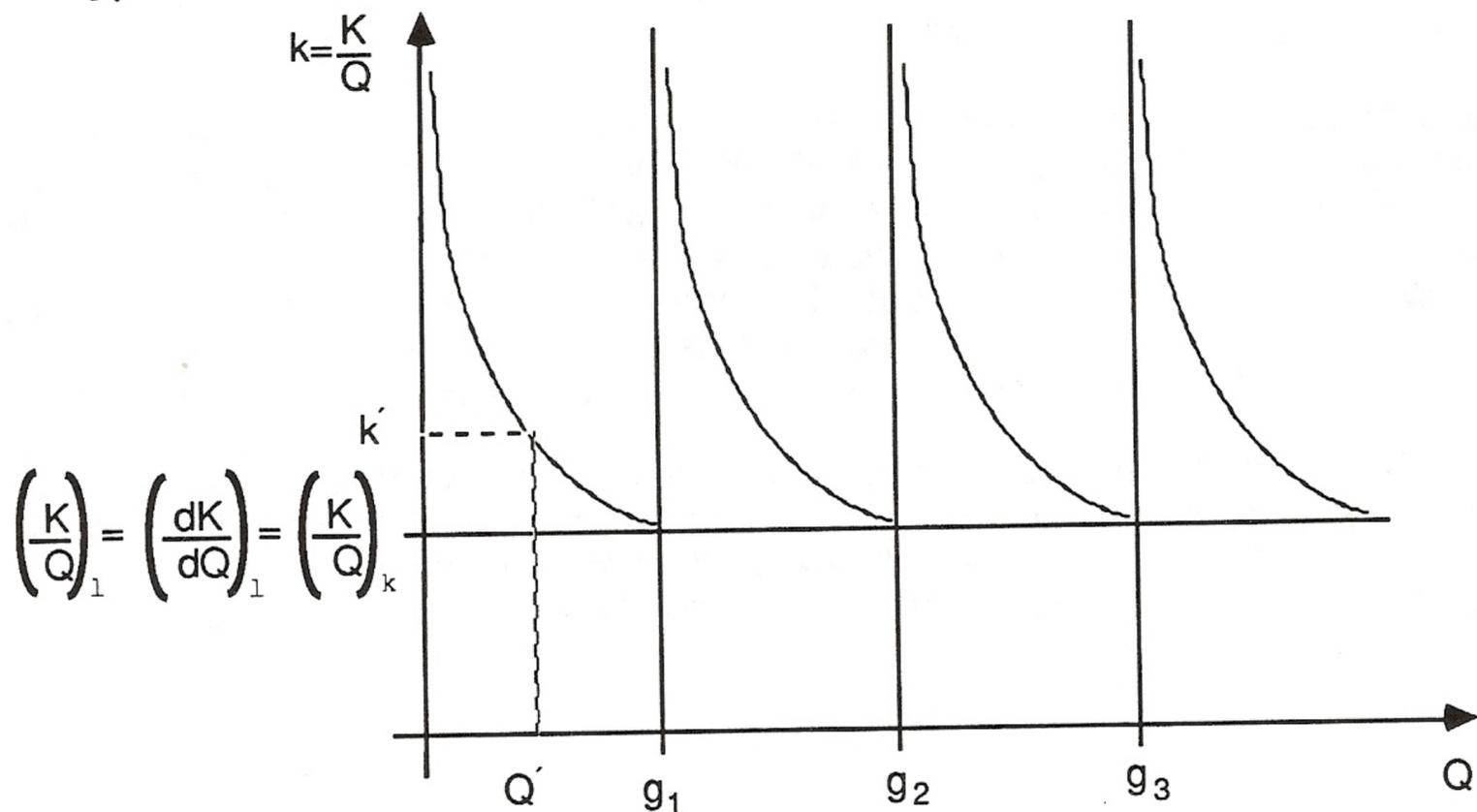


Abb. C.1: Die kurzfristigen Durchschnittskosten sinken bis zur Kapazitätsgrenze. Die langfristigen Durchschnittskosten bleiben konstant, weil langfristig der Personalbestand und die Ausstattung mit Betten, medizinischen Geräten und Autos verändert werden kann; kurzfristig können die Mitarbeiter nicht entlassen werden, auch Neueinstellungen lassen sich nicht sofort realisieren.

aber nur, wenn die Pat.-Konstellationen "gleich" bleiben  
komplexere Fälle  $\rightarrow$  höhere (Personal)kosten

Diagnose &  
Med/Therapie?

## 2. Gibt es variable Kosten?

Bei der Analyse des Kostenniveaus bin ich davon ausgegangen, daß im wesentlichen Personalkosten anfallen, die fixe Kosten sind. Ist die Kostenstruktur im Hospiz tatsächlich so beschaffen, daß die variablen Kosten vernachlässigt werden können? Da im Hospiz die palliative Versorgung dominiert, entstehen kaum Kosten für Diagnose, Medikamente und Therapien. Der Anteil dieser Kostenbestandteile fällt während der Verweildauer kontinuierlich, wie Abbildung C.2 zeigt. Die kurzfristigen variablen Kosten sollen darum vernachlässigt werden, da sie kaum ins Gewicht fallen.

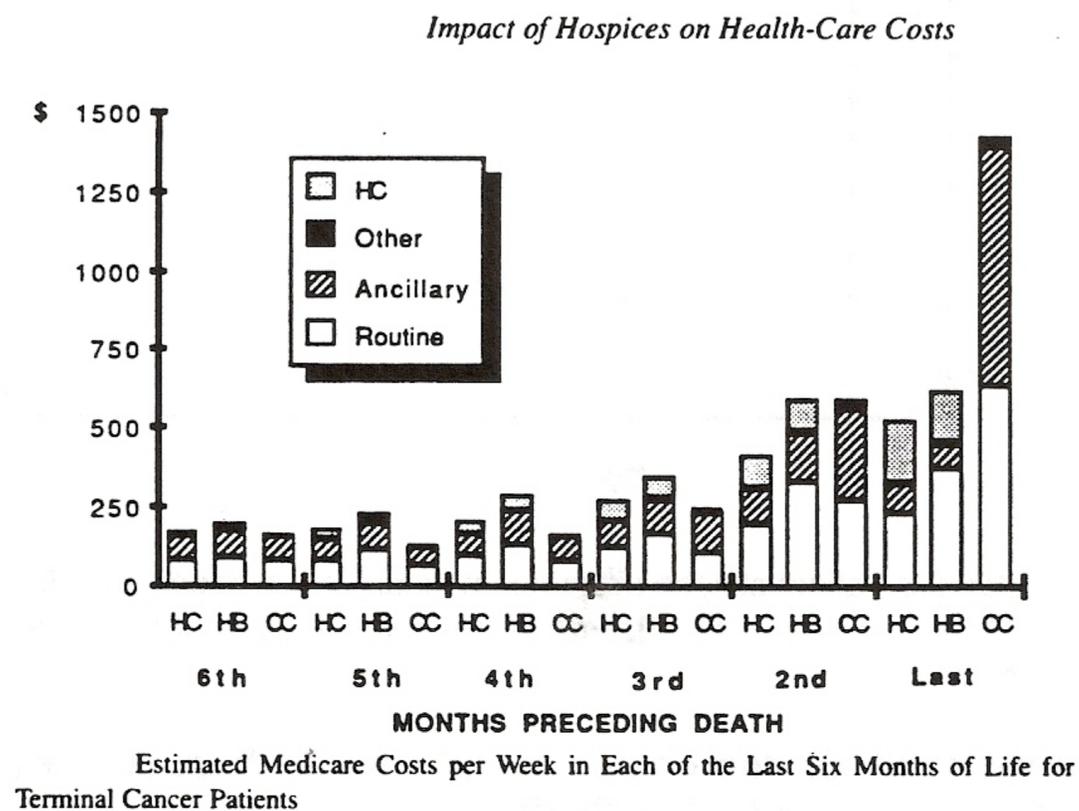


Abb. C.2: Der Anteil der "ancillary costs" an den Gesamtkosten sinkt kontinuierlich. Bei den Kosten für Medikamente wären am ehesten variable Kosten zu vermuten. Aber selbst bei den Diagnosekosten sind Degressionseffekte zu erwarten, so daß wir aus pragmatischen Gründen die variablen Kosten vernachlässigen können. Wir begehen vermutlich keinen großen Fehler, wenn wir die Grenzkosten gleich Null setzen. Dies sind natürlich nur Vermutungen, weil die empirische Untersuchung "The Hospice Experiment" darüber keine Auskunft gibt. Aus anderen Untersuchungen über das Gesundheitswesen wissen wir, daß es auch im Bereich Diagnose und Therapie "economics of scale" gibt.

Quelle: The Hospice Experiment (1988), 61

## 3. Die Kostenentwicklung während des Hospizaufenthaltes

Die Kosten, die ein Patient während seiner Lebenszeit im Hospiz verursacht, entwickeln sich nicht konstant. Die *zusätzlichen* Kosten (=Grenzkosten) steigen überproportional an. Wie Abbildung C.3 zeigt, steigen dadurch auch die Gesamtkosten. Empirische Untersuchungen bestätigen diesen Sachverhalt.<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>Vgl. hierzu die einschlägige empirische Untersuchung: The Hospice Experiment (1988), 49-87.

Die durchschnittliche Verweildauer in amerikanischen Home-Care-Hospizen (HC) war 72,1 Tage; die in Hospital-Based-Hospizen (HB) war 62,2 Tage. Der Median betrug in HC 37 Tage, in HB 32 Tage.<sup>1)</sup>

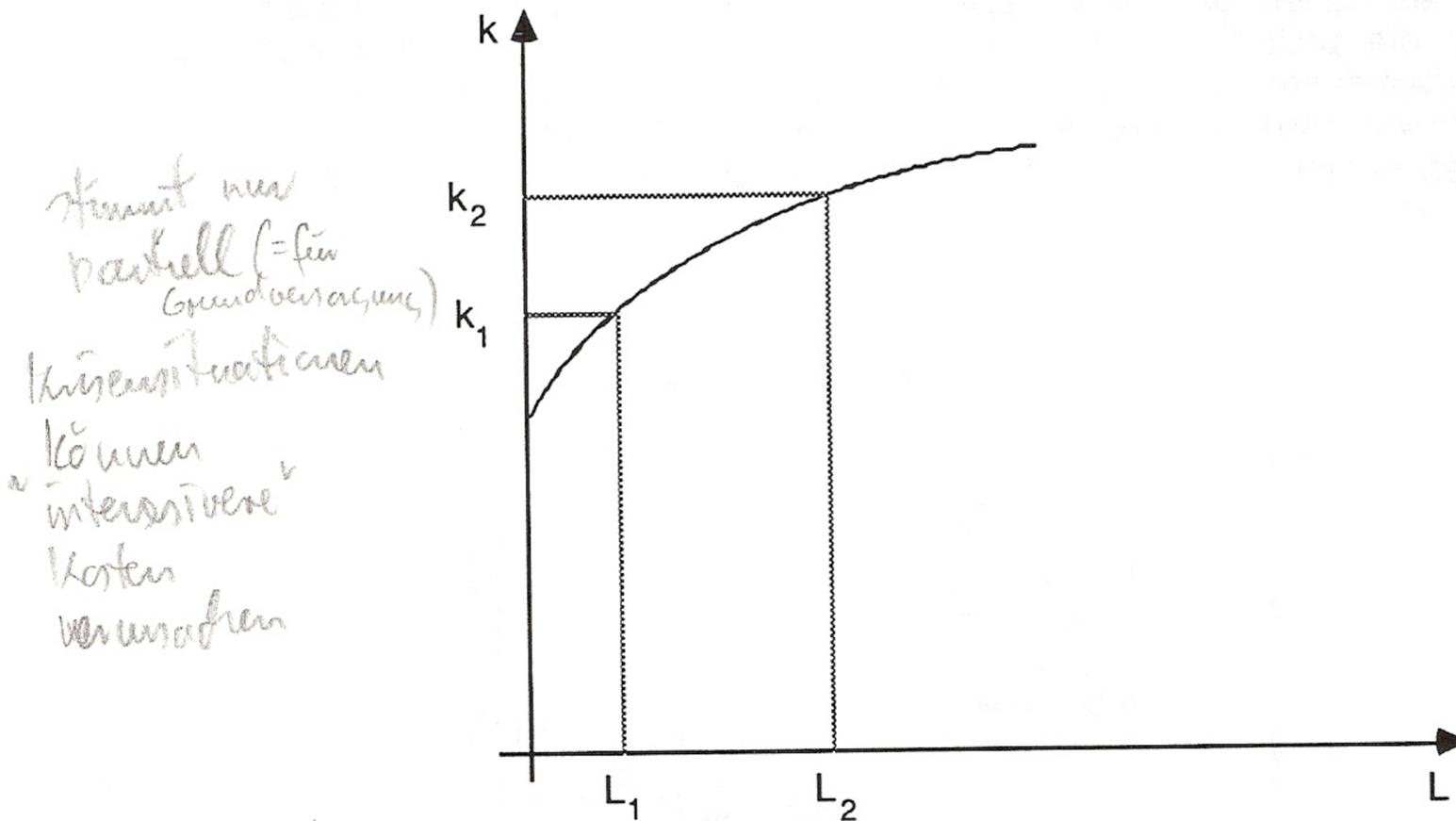


Abb. C.3.: Die Kosten pro Patient steigen mit zunehmender Verweildauer. Bei einer Verweildauer von  $L_1$  entstehen für diese Gruppe Kosten pro Patient in Höhe von  $k_1$ ; bei einer Verweildauer von  $L_2$  Kosten pro Patient in Höhe von  $k_2$ .

Damit haben wir aber nur den Kostenverlauf eines individuellen Patienten  $i$  ermittelt, genauer könnte man sagen einer Kohorte  $i$ .

Um die Gesamtkosten des Hospizes pro Patient zu ermitteln, müßte noch der Anteil der jeweiligen Kohorte an der Gesamtzahl der Patienten bekannt sein.<sup>2)</sup>

Diese Betrachtung unterstellt jedoch, die Verweildauer würde als Einteilungskriterium für die Bildung von Patientengruppen genügen. Für praktische Fragen der Klassifizierung ist dem nicht so. Es besteht ebenfalls ein Zusammenhang zwischen der Verweildauer und der Eingangsdiagnose. Patienten mit einer Krebsdiagnose hatten immer eine niedrigere Verweildauer als Patienten mit anderen Diagnosen.<sup>3)</sup>

#### 4. Die Bedeutung der Haushaltsgröße

Inwieweit die Haushaltsgröße bzw. der Familienstatus (alleinlebend oder in Gemeinschaft mit mehreren Personen) mit der Verweildauer korreliert, läßt sich nicht sicher sagen. Alleinlebende Patienten verursachen zwar höhere Kosten, ob dies aber bei gleicher Verweildauer gegenüber einem Patienten mit anderem Haushaltsstatus gilt, bleibt offen. Es erscheint aber sinnvoll, neben der Lebenserwartung auch den Haushaltsstatus als Kosteneinflußgröße zu betrachten.

<sup>1)</sup>Vgl. The Hospice Experiment (1988), 53.

<sup>2)</sup>Sind  $g(L)$  bei Gesamtkosten pro Patient,  $f(L)$  die Dichtefunktion und  $k(L)$  die Kosten pro Patient der Kohorte  $L$ , dann erhalten wir:  $g(L) = \int k(L) f(L) dL$ .

<sup>3)</sup> Vgl. The Hospice Experiment (1988), 54-55.

## 5. Zusammenfassung

Auf die Höhe der Kosten wirken also folgende Größen

- der Standard der Pflege ( $S_1, S_2$ ) vgl., hierzu C. 1.
- die Zahl der Patienten ( $Q_1, Q_2$ )
- die Verweildauer ( $L_1, L_2$ )
- die Haushaltsgröße ( $H_1, H_2$ )
- die Komplexität der Probleme

Die Art des Einflusses können wir so beschreiben:

- Die Erhöhung des Pflegestandards erhöht die Gesamtkosten ebenfalls (dies wird durch ein Pluszeichen unterhalb der Gleichung (1) und (2) angedeutet).
- die Erhöhung der Patientenzahlen vermindert bei *gegebenen* Kapazitäten die Kosten pro Patient (= Durchschnittskosten). Der Leser möge jedoch beachten, daß die Gesamtkosten des Hospizes von der Patientenzahl nicht beeinflußt werden (vgl. Abb. C.1.). Sinkende Durchschnittskosten treten nur bei gegebenen Kapazitäten auf, die ja kurzfristig nicht erhöht werden können.<sup>1)</sup> Langfristig ist aber sehr wohl eine Ausdehnung der Kapazität möglich und zwar zu gleichbleibenden Durchschnittskosten (vgl. Abb. C.1, die den Unterschied zwischen den kurzfristigen und den langfristigen Durchschnittskosten deutlich macht).

In der Kostenfunktion der Gleichung (1) und (2) (siehe unten) wird dies durch eine Null angedeutet.

- Die Verlängerung der Verweildauer erhöht die Gesamtkosten pro Patient (dies wird *(gesamt)* durch ein Pluszeichen unter der Kostenfunktion angedeutet).
- Je kleiner der Haushalt ist, umso mehr Kosten werden auf das Hospiz abgewälzt (dies wird durch das Negativzeichen unter der Kostenfunktion angedeutet).

Die Kostenfunktionen können wir damit folgendermaßen darstellen:

$$(1) K_1 = K_1 (S_1, Q_1, L_1, H_1)$$

(+   (0)   (+)   (-)

*Komplexität  
(+)*

$$(2) K_2 = K_2 (S_2, Q_2, L_2, H_2)$$

(+   (0)   (+)   (-)

## 6. Das Problem der Quersubventionierung

Nachdem nun die *Einflußgrößen* auf die Kosten identifiziert wurden, und ihre Wirkung auf die Kostenhöhe erklärt wurde, können wir uns der eigentlich ethischen Problematik des Finanzierungsverfahrens zuwenden.

Folgende Behauptung soll hier bewiesen werden:

*Die schwerpflegebedürftigen Patienten werden unterversorgt, die leichtpflegebedürftigen überversorgt, weil das Finanzierungssystem im ambulanten und stationären Sektor eine solche Fehlsteuerung bewirkt.*

---

<sup>1)</sup> Vgl. Hill, Oliver (1988), 83-86. Diese empirische Untersuchung bestätigt den hier dargestellten Zusammenhang.

Auch diejenigen Leser, die normalerweise mit Mathematik nichts am Hut haben, sollten sich in Ruhe Gleichung (3) anschauen.

$$(3) Q_1 (p_1 - k_1(Q_1)) + Q_2 (p_2 - k_2(Q_2)) = 0$$

wobei:  $k_1 = \frac{K_1}{Q_1}$ ;  $k_2 = \frac{K_2}{Q_2}$

Die Gleichung (3) zeigt: Vom Erlös pro Patient ( $p_1$ ) werden die Kosten pro Patient ( $k_1$ ) abgezogen. Allerdings entstehen auf Grund des Finanzierungssystems sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor bei den Leichtpflegebedürftigen Überschüsse ( $p_1 - k_1 > 0$ ), bei den Schwerpflegebedürftigen Defizite ( $p_2 - k_2 < 0$ ). Da das Hospiz aber keine Gewinne machen soll und natürlich auch keine Defizite, muß ein kostendeckendes Mischungsverhältnis zwischen den Leicht- und Schwerpflegebedürftigen errechnet werden. Bevor wir aber diese Rechnung durchführen, müssen wir die Frage beantworten, welche Kosteneinflußgrößen das Hospiz überhaupt durch eigene Entscheidung beeinflussen kann.

Die *Haushaltsgröße* kann von ihm nicht beeinflußt werden, der *Pflegestandard sollte* nicht vermindert werden. Er sollte im Zeitverlauf wenigstens konstant bleiben, allenfalls erhöht werden; eine eventuelle Erhöhung können wir in diesem Zusammenhang vernachlässigen.

Auch die *Verweildauer* kann vom Hospiz kaum beeinflußt werden. Das ist zwar im Krankenhaus möglich, in das Hospiz jedoch treten die Patienten vor ihrem Tod ein und werden in der Regel vorher nicht entlassen.

Lediglich die *Zahl der Patienten* und ihre *Zusammensetzung* nach schweren und leichten Fällen ( $Q_1 / Q_2$ ) kann das Hospiz beeinflussen.

Mit Hilfe dieser Information sind wir nun in der Lage, einige mathematische Operationen durchzuführen, die uns wichtige Informationen liefern. <sup>1)</sup>

$$(4) \frac{dQ_1}{dQ_2} = - \frac{[p_1 - k_1 (1 - \pi_1)]}{[p_2 - k_2 (1 - \pi_2)]} \left\{ \begin{array}{l} > \\ = \\ < \end{array} \right\} 0$$

Gleichung (4) zeigt, wovon das kostendeckende Mischungsverhältnis zwischen leichten und schweren Fällen abhängt: Einmal vom Erlös pro Patient ( $p_1, p_2$ ), von den Gesamtkosten pro Patient ( $k_1, k_2$ ) und von der sogenannten Kostenelastizität<sup>2)</sup> ( $\pi_i$ ). Die Kostenelastizität gibt an, um wieviel Prozent die Kosten pro Patient sinken, wenn sich die Zahl der Patienten um 1% erhöht. Diese empirisch genau zu messen wäre eine Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung. Aber auch ohne genaue numerische Kenntnis dieser Elastizitäten können wir Aussagen machen, die wertvolle Aufschlüsse für die Planung ergeben.

<sup>1)</sup> Der mathematisch kundige Leser bilde von Gleichung (3) das totale Differential mit  $dH_1 = dH_2 = dS_1 = dS_2 = dL_1 = dL_2 = 0$ . Nach einigen elementaren Umformungen erhält man

Gleichung (4). Die Kostenelastizität ist definiert:  $\pi_i = \frac{\partial k_i}{\partial Q_i} \cdot \frac{Q_i}{k_i}$   $i = 1, 2$

<sup>2)</sup> Ich gehe hier der Einfachheit halber von isoelastischen Kostenfunktionen aus, d.h.  $\pi_i$  ist eine

Konstante. In diesem Fall hat  $\frac{dQ_2}{dQ_1}$  immer eine konstante Steigung. Es wären natürlich auch

Modelle mit konvexen oder konkaven Funktionen möglich; an den zentralen Aussagen dieses Modells würde sich durch diese Verkomplizierung nichts ändern.

?  
→  
Q<sub>1</sub>/Q<sub>2</sub>?

Machen wir uns Gleichung (4) graphisch klar:

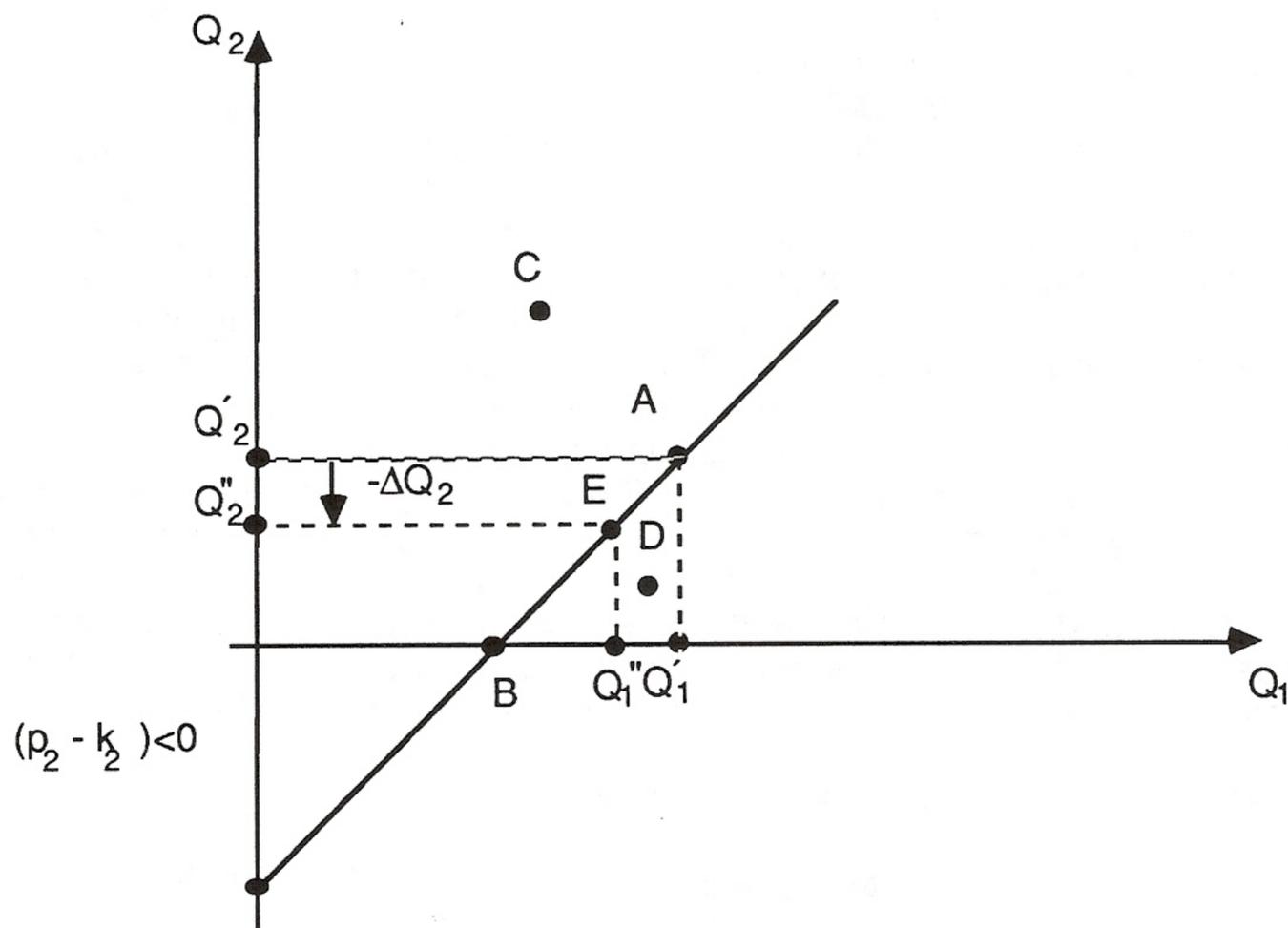


Abb. C.4.: Diese Abbildung zeigt das Problem der Quersubventionierung graphisch.

Die Gerade BA zeigt für das Hospiz alle kostendeckenden Kombinationen für die beiden Patientengruppen  $Q_1$  und  $Q_2$ <sup>1)</sup>. Bei allen Punkten auf dieser Geraden entstehen für das Hospiz insgesamt weder Überschüsse noch Defizite. Bei Punkt C etwa würden Defizite entstehen, bei Punkt D Überschüsse. Welche Kombination von  $Q_2$  und  $Q_1$  nun genau realisiert wird, hängt nicht allein vom Hospiz ab, sondern einerseits vom *Wettbewerb* zwischen Hospiz und Sozialstationen, andererseits vom Überweisungsverhalten der *niedergelassenen Ärzte*.

Wenn nun Sozialstationen, Hospize und ähnliche Einrichtungen auf diesem *Wettbewerbsmarkt* tätig werden, die sich nicht wie eine Non-Profit-Organisation verhalten, sondern wie gewinnorientierte Organisationen, dann wird die Situation für "unser" Hospiz kritisch. Denn diese gewinnorientierten Organisationen werden jene Patientengruppen, für die nur *negative Deckungsbeiträge* ( $= (p_2 - k_2) < 0$ ) erzielt werden können, überhaupt nicht betreuen; hingegen werden sie mit Vorliebe jene betreuen, für die sich positive Deckungsbeiträge ( $= (p_1 - k_1) > 0$ ) erzielen lassen, nämlich die Gruppe  $Q_1$ . Die Abwanderung dieser Patientengruppe ( $Q_1$ ) vermindert für das Non-Profit-Hospiz den Spielraum, "schwere" Fälle in das Hospiz aufzunehmen. Auf unserer Graphik C.4 würde dies eine Bewegung von Punkt A auf Punkt E bedeuten. Die Folge dieses Wettbewerbs wäre also, daß weniger Patienten der

<sup>1)</sup>Die Gerade BA steigt, weil  $\frac{dQ_2}{dQ_1} > 0$ , wegen  $(p_2 - k_2) < 0$ ,  $(1 - \pi_2) > 0$ ,  $(p_1 - k_1) > 0$ ,  $(1 - \pi_1) > 0$ .

Gruppe  $Q_2$  aufgenommen werden können. Die Gruppe  $Q_1$  würde überversorgt werden, weil jede Organisation versuchen müßte, ihre Abwanderung zu verhindern.

Die Bedeutung des *Überweisungsverhaltens der niedergelassenen Ärzte* wird klar, wenn wir die Frage stellen, wer denn eigentlich über die Arbeitsteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor entscheidet. Diese Entscheidung treffen die niedergelassenen Ärzte unter den gegebenen rechtlichen Beschränkungen. Diese rechtlichen Beschränkungen verhindern auf der Ebene der medizinischen Versorgung eine organisatorische Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor, weil Krankenhausärzte ambulant nicht tätig werden dürfen. Ohne hier die zahlreichen theoretischen und empirischen Untersuchungen referieren zu wollen, kann man davon ausgehen, daß die niedergelassenen Ärzte vor allem die schweren Fälle in das stationäre Hospiz einweisen werden; die leichten Fälle werden sie so lange wie möglich mit Hilfe der Sozialstationen betreuen.

Die Betreuung dieser schweren Fälle ist für das Hospiz natürlich nur so lange möglich, wie genügend leichte Fälle zur Subvention zur Verfügung stehen. Daraus ist nun unmittelbar ersichtlich, wie wichtig die Nahtstelle zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Sozialstationen einerseits und der Hospizorganisation andererseits ist. Die positiven Effekte, die das Hospizkonzept im Gesundheitswesen haben kann, können durch die niedergelassenen Ärzte neutralisiert werden.

#### 7. Forderung nach einem patientenorientierten Entgeltsystem

Ich hatte bereits darauf hingewiesen, daß Krankenhäuser nach dem KHG nicht dafür entlohnt werden, den Gesundheitszustand der Bevölkerung erhöhen (siehe S. 10), sondern für die Produktion von Pfl egetagen. Ebenso werden Sozialstationen (dies ist der relevante Vergleichsmaßstab für das ambulante Hospiz) im Rahmen der RVO und des GRG nicht für die Pflege bestimmter Patientengruppen entlohnt, sondern für die Produktion von einzelnen Pflegeleistungen. Solche Entgeltsysteme orientieren sich nicht am Patienten und an seine Bedürfnissen, sondern an bestimmten Inputs. Ich will hier die Grundlinien eines patientenorientierten Entgeltsystems entwickeln. Es sollen drei Verfahren in ihren Wirkungen auf die Patienten miteinander verglichen werden: Das bisherige System einerseits mit einem allgemeinen Budget und einem patientenspezifischen Entgeltsystem andererseits.

##### (a) Das allgemeine Budget

Nehmen wir an, das Hospiz würde nicht für jeden Patienten einen Preis erhalten, sondern ein Gesamtbudget, das es entsprechend seiner Zielsetzung auf die Patientengruppen unterschiedlichen Schweregrades aufteilen kann. Das Hospiz kann ebenfalls zusammen mit den Patienten frei entscheiden, ob es den Patienten ambulant oder stationär betreuen will. Die Gesamtausgaben für die Krankenkasse sind so hoch wie bei Punkt A in Abb. C.4. Die Abb. C.5 macht nun den Vergleich des Budgets mit dem bisherigen inputorientierten Entgeltverfahren deutlich, wie es unter Punkt 6 ausführlich beschrieben wurde (S. 22-24).

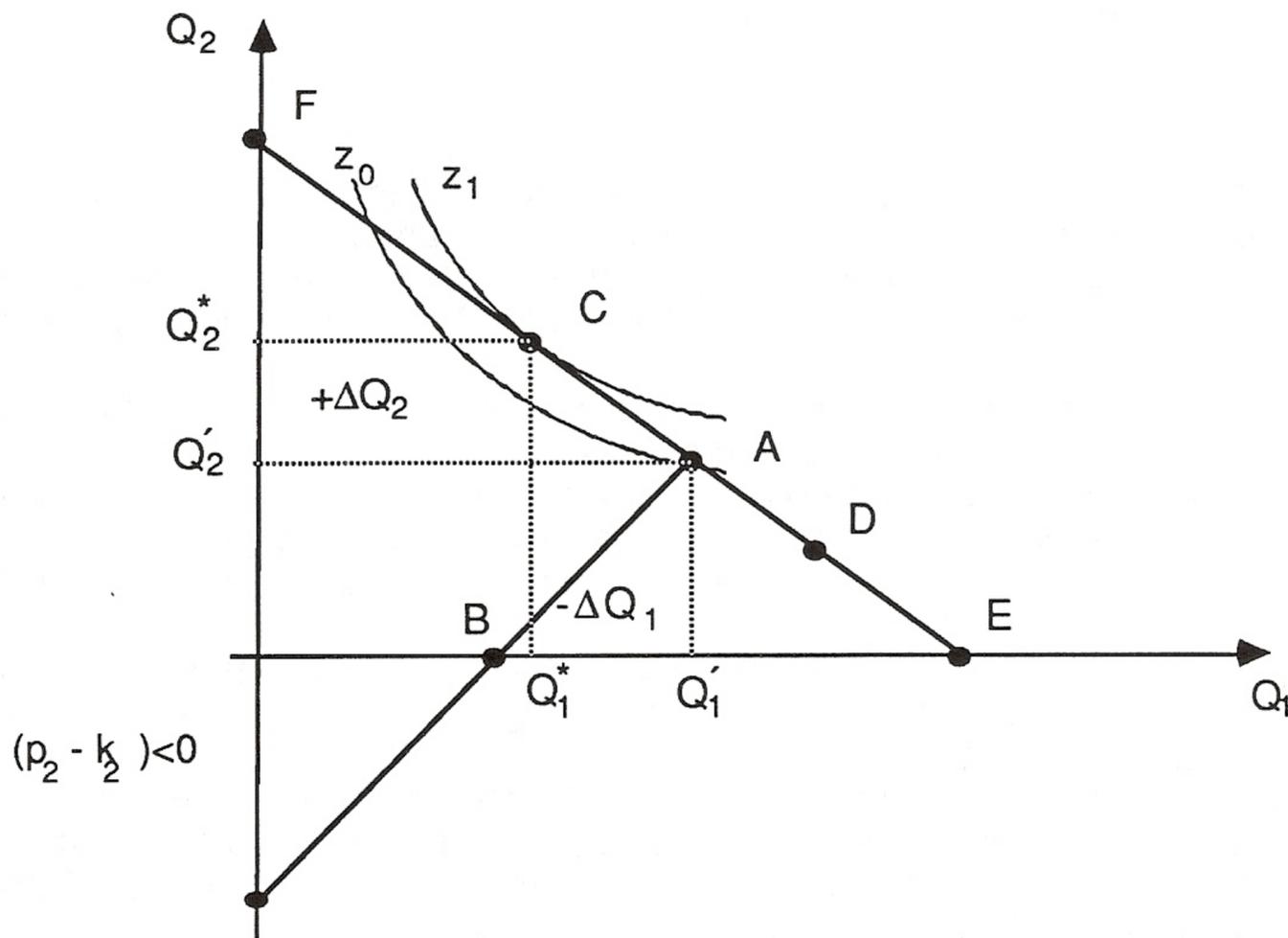


Abb. C.5.: Diese Abbildung zeigt den Vergleich zwischen einem konventionellen inputorientierten Finanzierungsverfahren und einem patientenorientierten Entgeltsystem. Die Gerade BA entspricht genau der Geraden BA in Abbildung C.4.

Nach dem herkömmlichen Verfahren ist für das Hospiz nur Punkt A erreichbar (vgl. Abb. C.5). Wird dem Hospiz aber ein Budget zur Verfügung gestellt, dann wird Punkt C erreicht; bei diesem Punkt werden deutlich mehr schwerpflegebedürftige Patienten betreut. Der Leser wird nun mit Recht fragen, ob es ausreicht anzunehmen, daß die Betreuung schwerer und leichter Fälle den Zielerreichungsgrad des Hospizes erhöht. Diese Annahme genügt natürlich nicht. Weiter muß angenommen werden, daß bei einer Erhöhung des Budget *absolut* nicht weniger schwere Fälle betreut werden als vor der Erhöhung (etwa Punkt D)<sup>1)</sup>. Diese Annahme scheint gerechtfertigt, weil kaum anzunehmen ist, daß Ärzte und Pfleger bei Erweiterung ihrer Handlungsmöglichkeiten die schweren Fälle stärker benachteiligen würden als vor der Erhöhung des Budgets.

Aus der Sicht der Krankenkasse gibt es allerdings ein Argument gegen dieses Budget:

Das Hospiz ist nicht gezwungen das gesamte Budget für die Versorgung der Patienten zu nützen, sondern das Management kann es auch für die Erhöhung der Ausstattung und der Bequemlichkeit verwenden. Es besteht kein Druck, die Effizienz zu erhöhen. Diese administrativ besonders einfache und elegante Lösung hat wahrscheinlich wenig Durchsetzungschancen, weil die Krankenkassen das Gefühl haben nur der zuschauende Zahler ohne Kontrollmöglichkeiten zu sein.

<sup>1)</sup>Der ökonomisch kundige Leser beachte, daß  $Q_2$  ein superiores Gut sein muß. Aus der Zielfunktion  $Z(Q_1, Q_2)$  läßt sich mühelos eine Indifferenzkurve  $\frac{dQ_2}{dQ_1} = - \frac{\partial Z / \partial Q_1}{\partial Z / \partial Q_2} < 0$  ableiten, da  $\partial Z / \partial Q_i > 0, i = 1, 2$ .

Darum soll hier noch ein anderer Vorschlag diskutiert werden.

### (b) Patientenspezifisches Entgelt

Der Grundgedanke dieses Verfahrens besteht darin, daß für jeden Schweregrad ein bestimmtes Leistungsbündel an Dienstleistungen und therapeutischen Maßnahmen bereitgestellt und von den Krankenkassen finanziert wird. Auf Grund unserer bisherigen Analyse ergibt sich, nach welchen Kriterien solche Pflege- oder Schweregrade zu bilden sind:

✓ Der spezifische Standard der Pflege, die patientenspezifische Verweildauer und die Haushaltsgröße bzw. der Familienstatus (siehe S. 22).

Die Krankenkasse müßte also ihr patientenspezifisches Entgelt nach den Kosten differenzieren, die für die verschiedenen Gruppen anfallen (z.B.: je länger die Verweildauer, umso höher müßte das zu erstattende Budget für diese Patientengruppe sein).

Wenn das im voraus zu erstattende Entgelt der Krankenkassen genau den anfallenden Durchschnittskosten pro Patient entspricht, gibt es für das Hospiz keinen Zwang mehr zur Quersubventionierung.

Für die Krankenkassen sind jedoch die Einflußmöglichkeiten bei diesem Entgeltverfahren deutlich höher als beim allgemeinen Budget, denn das Hospiz wird nur für tatsächlich erbrachte Leistungen (Outputs) honoriert. Es besteht also für das Hospiz ein Anreiz, bei gegebenem Pflegestandard die Effizienz zu erhöhen.

Außerdem kann die Krankenkasse durch die Veränderung der relativen Preis ( $p_1$  und  $p_2$ ) ausgabensparsamer ein optimales Verhältnis von  $Q_1$  und  $Q_2$  ansteuern.

Natürlich kann bei diesem Verfahren im Gegensatz zum allgemeinen Budget auch das Problem der Quersubventionierung auftreten, wenn die Preise nicht genau den Durchschnittskosten entsprechen. Darauf müßte dann die Krankenkasse durch eine entsprechende Angleichung der relativen Preise reagieren. Dieses Entgeltsystem hat also eine höhere Steuerungskapazität für die Krankenkassen. Bei Abwägung aller Vor- und Nachteile scheint das Verfahren B ein vernünftiger Kompromiß zu sein. Es sollen nun nur noch einige verwaltungspraktische Aspekte von Verfahren (b) besprochen werden.

Die Durchführungsprobleme dieses Verfahrens liegen auf drei Feldern:

- Es müssen für die Patienten vernünftige Kriterien für die Bildung von Patientengruppen gefunden werden. Je länger die Verweildauer eines Patienten im Hospiz ist, desto höher sind seine Kosten. Die Verweildauer ist darum ein guter Indikator für die notwendige Intensität der Betreuung. Die Patientengruppen sollten nach der Verweildauer gestaffelt werden.

Nehmen wir an, in das Hospiz kommt ein Patient mit einem Bauchspeicheldrüsenkarzinom, und die Ärzte veranschlagen seine Lebenserwartung auf 30 Tage. Das Hospiz erhält ein entsprechendes patientenspezifisches Entgelt. Der Patient lebt aber 45 Tage. Die Kasse müßte dann eine entsprechende Zuzahlung leisten.

Hätten die Ärzte die Lebenserwartung des Patienten auf 60 Tage eingestuft, dann müßte das Hospiz einen entsprechenden Betrag an die Kassen zurückzahlen.

Da einerseits ein Zusammenhang zwischen der erforderlichen Pflegeintensität und der individuellen Verweildauer besteht, und andererseits Patienten bis zum Tod begleitet werden, stellt die Verweildauer ein gutes Kriterium für die Bildung von Patientengruppen dar.

- Die Durchschnittskosten, auf deren Grundlage das patientenspezifische Entgelt berechnet wird, müssen geringer sein als die der konventionellen Versorgung. Das patientenspezifische Entgelt wird im voraus erstattet und innerhalb der Patienten-

wicht  
immer

ehen:  
wie vord

Wechsel  
Symptome,

wie gut

Behandlung, Familie etc. \*

Warum nicht gleich hinterher zahlen?

gruppe nicht verändert. Es ist jedoch darauf zu achten, daß sie dynamisiert wird. Dieser Aspekt wird in C. IV. genauer behandelt.

Da die Durchschnittskosten pro Patient mit dem Auslastungsgrad permanent fallen, stellt sich die Frage, zu welchem Auslastungsgrad sie berechnet werden sollen. Sie sollten zum Grad der Normalauslastung berechnet werden (75-80%), damit Kapazitäten für unvorhergesehene Fälle vorgehalten werden können.

- Es ist nun möglich, daß im Einzelfall Gewinne entstehen. Da das patientenspezifische Entgelt einen Anreiz zur Kostensenkung darstellt, ist dies natürlich auch längerfristig möglich. Wie sollen diese Gewinne verwendet werden?

Sofern die Kassen diese Gewinne zulassen, können damit die Kapazitäten des ambulanten und stationärem Sektors erweitert werden. Durch eine geschickte Steuerung kann auch hier die Krankenkasse ein optimales Verhältnis von ambulantem und stationärem Sektor verwirklichen. Der wichtigste Indikator für das anzustrebende Optimum dieser Steuerung ist der Abbau von Warteschlangen. Ebenso können für bestimmte Gruppen die Standards erhöht werden. Langfristig werden daher für diese Non-Profit-Organisation die Gewinne verschwinden. Die Kassen werden diese Gewinne natürlich nur soweit zulassen, als durch das patientenspezifische Entgelt immer noch ein Einsparungseffekt gegenüber der konventionellen Versorgung erzielt wird.

*oder: Qualitätssteigerung!*

#### 8. Was ist die Ursache des Kostenspareffektes?

Die Kostenersparnis des Hospizes gegenüber der konventionellen Versorgung wurde bewirkt durch die sinkenden "ancillary costs" und durch die verminderte stationäre Versorgung. Es muß also darauf geachtet werden, daß die ambulante Versorgung tatsächlich die stationäre Versorgung ersetzen kann.<sup>1)</sup>

Abbildung C.6 zeigt die kumulierten Ersparnisse gegenüber der konventionellen Versorgung.

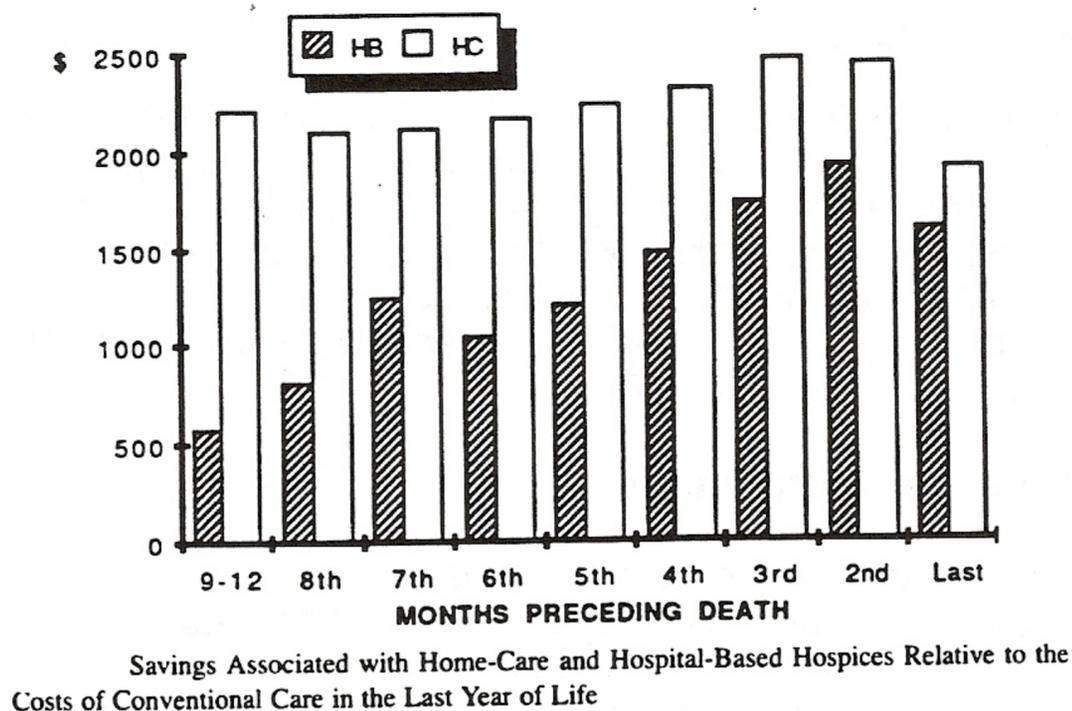


Abb. C.6: Die kumulierten Ersparnisse des Hospizkonzeptes gegenüber der konventionellen Versorgung werden hier dargestellt. Wie diese Ersparnisse berechnet wurden, ist für diesen Sachverhalt weniger wichtig. Vgl. hierzu "The Hospice Experiment" (1988), 66-67.

Quelle: The Hospice Experiment (1988), 67.

<sup>1)</sup>Vgl. The Hospice Experiment (1988), 63-67.

Die Ersparnis für einen durchschnittlichen Home-Care-Patienten (Verweildauer 30-59 Tage) gegenüber der konventionellen Versorgung betrug 28%. Bei Hospital-Based-Hospizen betrug die Ersparnis nur 10% der Kosten der konventionellen Versorgung.<sup>1)</sup>

Werden neben den "inpatient costs und den "home care costs" auch noch andere Kosten miteinbezogen (Arztkosten, drug, supply, equipment), dann ergibt sich folgendes Bild.

NHS Adjusted Estimates of Total Costs and Components per Study Day for Home-Care, Hospital-Based Hospice, and Conventional-Care Patients

Cost Category	Setting		
	Home-Care Hospice (N = 768)	Hospital-Based Hospice (N = 563)	Conventional Care (N = 290)
Inpatient costs per study day	\$ 46 (8.8)	\$ 99 (9.6)	\$135 (11.6)
Home-care costs per study day	54 (4.5)	46 (4.9)	6 (1.1)
Physician costs per study day	9 (1.7)	8 (1.9)	18 (1.6)
Outpatient costs per study day	1.81 (0.69)	1.18 (0.75)	3.03 (0.84)
Drugs, supplies, and equipment costs per study day	1.82 (0.51)	0.73 (0.56)	0.11 (0.60)
Total costs per study day	101 (9.1)	146 (10.0)	149 (11.7)

Note: Numbers in parentheses are standard errors.

Abb. C.7: Unter Einbeziehung weiterer Kostenkomponenten ist der Ersparniseffekt nicht mehr so deutlich.

Quelle: The Hospice Experiment (1988), 86.

Man kann *nicht allgemein* davon ausgehen, daß bei langer Verweildauer die Hospital-Based-Hospize der konventionellen Versorgung überlegen sind. Die Kombination von hoher Nutzung des stationären Bereichs und der ambulanten Versorgung während der letzten 63 Tage macht die HB-Versorgung u.U. relativ teurer gegenüber der konventionellen Versorgung.

Für HC-Hospize läßt sich allgemein sagen, daß sie relativ kostengünstiger sind als die konventionelle Versorgung.<sup>2)</sup>

### III. Dynamische Betrachtung

Für das Hospiz kann ein geringeres Ausgangsniveau der Kosten gefunden werden als in der konventionellen Versorgung. Vom Ausgangsniveau unterschieden werden muß die Wachstumsrate. Die Kosten des Hospizes werden, mittelfristig, genau so schnell wachsen wie die der konventionellen Versorgung, wenngleich von einem geringeren Niveau aus. Abbildung C.8 zeigt diesen Zusammenhang. Sind in beiden Bereichen die Wachstumsraten gleich hoch, so bleibt der Spareffekt auch mittel- und langfristig erhalten. Es stellen sich nun zwei Fragen: Was sind die Ursachen für

<sup>1)</sup>Vgl. The Hospice Experiment (1988), 67.

<sup>2)</sup>Vgl. The Hospice Experiment (1988), 86.

dieses Kostenwachstum? Mit welcher Rate muß gerechnet werden? Was folgt daraus für das patientenspezifische Entgeltsystem ?

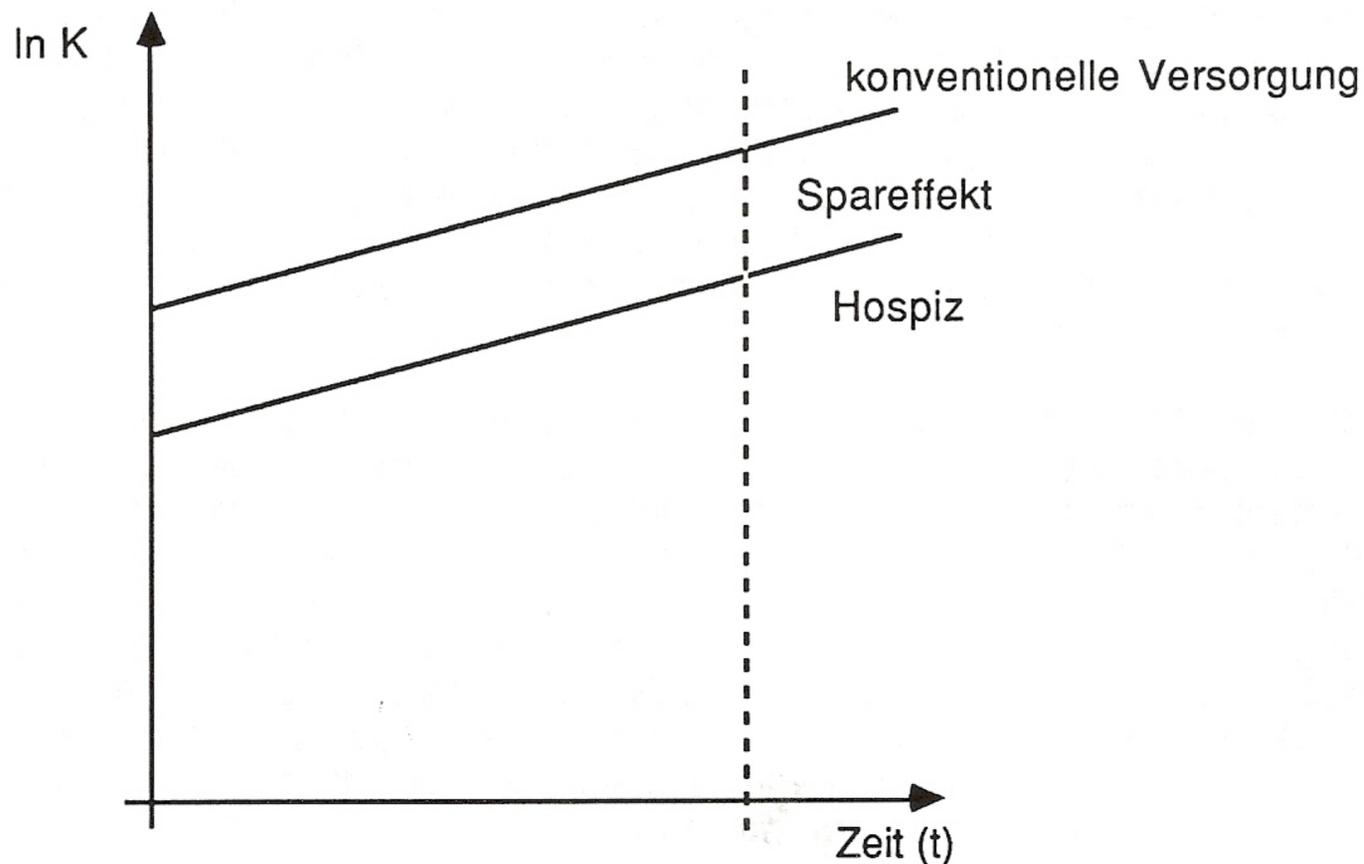


Abb. C.8: Die Steigung der beiden Kurven gibt die jährliche Wachstumsrate an ( $d \ln K/dt$ ). Beide Bereiche wachsen mit gleicher Rate, daher bleibt der ursprüngliche Spareffekt in voller Höhe erhalten.

### 1. Die Ursachen des Kostenwachstums

Kosten werden immer in monetären Größen ausgedrückt. Diese monetäre Größe entsteht aus der Multiplikation der Mengenkomponeute mit der Preiskomponeute. Für

die Personalkosten gilt dann: 
$$K = \sum_{i=1}^n l_i \cdot A_i$$

Die Kosten ergeben sich aus der Multiplikation des Lohnsatzes  $l_i$  mit dem Einsatz der Arbeitsstunden des Mitarbeiters  $A_i$ . Aufaddiert für alle Mitarbeiter ergibt dies die gesamten Personalkosten. Die Kosten können wachsen, weil entweder die Mengenkomponeute wächst oder die Lohnkomponente.

Die Mengenkomponeute ist ein Indikator für den Betreuungsstand im Hospiz. Steigen die Reallöhne im Öffentlichen Dienst um 5%, so müßte der Arbeitsstundeneinsatz um 5% vermindert werden, um die Kosten konstant zu halten. Dies würde aber eine Verschlechterung des Betreuungsstandards bedeuten. Da es bei Dienstleistungen keine Rationalisierungserfolge gibt, wird man ein jährliches

Kostenwachstum hinnehmen müssen, sofern der Betreuungsstand nicht verschlechtert werden soll.

Die Kosten werden also wachsen, obwohl der Betreuungsstandard gleich bleibt. Dieses Kostenwachstum ist allein auf das Wachstum der Lohnkomponente zurückzuführen. Soll auch der Betreuungsstandard verbessert werden, so müssen verstärkt Kostensteigerungen in Kauf genommen werden.

Die Ursache dieser Kostensteigerungen liegt nicht in einem Mißmanagement. Zu dieser Schlußfolgerung könnte man gelangen, weil in den übrigen Sektoren der Volkswirtschaft die Stückkosten konstant bleiben, obwohl auch dort die Reallöhne wachsen. Die Ursache liegt auch nicht in der allgemeinen Inflationsrate; denn die überproportionalen Kostensteigerungen des Dienstleistungssektors gegenüber dem Industriesektor sind auch zu beobachten in Zeiten, in denen die Inflationsrate fast Null ist. Alle Aussagen, die in diesem Abschnitt gemacht werden, sind auf der Grundlage inflationsbereinigter Daten gemacht.

Der Industriebetrieb kann durch Rationalisierungsinvestitionen die Kosten pro Stück senken; die Erhöhung der Löhne kann daher aufgefangen werden. Sofern sich die Löhne entsprechend den Rationalisierungserfolgen nach oben bewegen, erfolgt jede Lohnerhöhung kostenneutral. Die Lohnerhöhungen im Öffentlichen Dienst sind an die des Industriesektors angelehnt. Jedoch können diese Kostensteigerungen nicht aufgefangen werden durch Rationalisierungen. Die Kosten pro Fall steigen darum mit der gleichen Rate wie die Löhne im Öffentlichen Dienst. Die gleiche Wirkung haben Arbeitszeitverkürzungen bei vollem Lohnausgleich. Angesichts der angespannten Arbeitsmarktlage für Pflegeberufe wird in nächster Zukunft mit nicht unerheblichen Lohnerhöhungen gerechnet werden müssen.

Diese Aussagen gelten nur, wenn auf dem *formellen Arbeitsmarkt* Pflegepersonal nachgefragt wird. Die *ökonomische Bedeutung der ehrenamtlichen Helfer* wird erst in der dynamischen Betrachtung deutlich: Die Betreuungsqualität läßt sich erhöhen, ohne daß dadurch Kostensteigerungen in Kauf genommen werden müssen.

## 2. Die Konsequenzen

Diesen Effekt nennt man Baumol'sche Kostenkrankheit. Wegen dieser Kostenkrankheit der Dienstleistungen muß das patientenspezifische Entgelt dynamisiert werden, soll sich die Betreuungsqualität nicht verschlechtern. Dieses Argument wird gegenüber den Krankenkassen eine entscheidende Bedeutung haben.

Bis zu einem gewissen Grad ist eine "Kostenexplosion" unvermeidbar; sie muß hingenommen werden. Kostendämpfung ist *kein* sinnvolles gesundheitspolitisches Ziel. Kostendämpfung hat nur dann einen sinnvollen Effekt, wenn die Einsparung möglich ist, *ohne* die Betreuungsqualität zu verschlechtern. Aber aus der bloßen Tatsache, daß die Kosten im Hospiz steigen, folgt noch nicht, daß sie gesenkt werden müssen. Das patientenspezifische Entgelt muß entsprechend dem *realen* Wachstum der Löhne und Gehälter dynamisiert werden.

Soll der Versorgungsstandard erhöht werden, so muß ein Kostenwachstum in Kauf genommen werden, das über das reale Wachstum der Löhne und Gehälter hinaus geht.

Die Forderung der Dynamisierung entsprechend dem realen Wachstum der Löhne und Gehälter im öffentlichen Dienst gilt nur, wenn es keine nennenswerte Inflation

gibt; unter dieser Bedingung müßte ein *allgemeiner* Inflationzuschlag *zusätzlich* gewährt werden.

Aus all diesen Überlegungen folgt weiter, daß die Steuerung und Kontrolle der Kosten im Hospiz eine überragende Bedeutung erhalten.

## Teil D: Anmerkungen zur wissenschaftlichen Begleitung

Durch diese Ausführungen hoffe ich, daß klar geworden ist, daß der Denkstil dieser Analyse ein "ganzheitlicher Denkstil" ist.

Es geht um eine *Gesamtarchitektur* des Hospizes. Die verschiedenen Aspekte, Kenntnisse und Erfahrungen vieler Spezialisten sollen in diese Architektur integriert werden. Jeder Planer ist ein Architekt; sein Entwurf sollte nicht nur den Gesetzen der Statik genügen, also tragfähig, sondern auch ästhetisch sein. Die Architektur des Hospizes ist nie etwas abgeschlossenes, sondern muß entwicklungsfähig bleiben. Keine Theorie über das Hospiz kann das Nachdenken über die Architektur ersetzen. In der Architektur kommt die "Philosophie" erst zum Ausdruck, wird dadurch "leibhaftig", greifbar und sichtbar.

In der wissenschaftlichen Begleitung sollte dieser ganzheitliche Denkstil ebenfalls zur Geltung kommen. Das soll nicht heißen, daß *alles* erforscht werden müßte. Dennoch sollten die Fragen so gestellt werden, daß andere Gruppen, die ebenfalls ein Hospiz planen, zu einer *Gesamtarchitektur* kommen können, auf der Grundlage einigermaßen abgesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Ich fühle mich keineswegs kompetent, ein medizinisches Forschungsdesign zu entwickeln. Ich könnte mir aber vorstellen, daß die Wirkungen der Hospizbetreuung auf die Patienten dargestellt werden, etwa durch einen Indikator wie "The Quality of Life"<sup>1)</sup>, der in der Untersuchung "The Hospice Experiment" verwendet wurde. Dieser Indikator umfaßt folgende Dimensionen<sup>2)</sup>:

- pain and symptoms
- functional status, physical and mental
- emotional quality for life
- social involvement with informal supporters
- satisfaction with care.

Unser Gesundheitswesen braucht eine neue Sicht; vielleicht auch eine neue Vision. Wir müssen wegkommen von der "Inputbetrachtung". Die besondere Problematik der Determinante Technik darf uns nicht davon abhalten, nach einer Antwort auf die Frage zu suchen: Was sollen wir für wen tun?

Die derzeitige Planung unseres Gesundheitswesens ist nicht am Patienten orientiert; es wäre ein Beitrag zur "Humanisierung" des Gesundheitswesens, würden bessere Indikatoren gefunden werden, die die Bedürfnisse der Patienten widerspiegeln.

Es gibt jedoch keine Bedürfnisbefriedigung ohne Grenzen. Die Mittel zur Bedürfnisbefriedigung sind knapp. Die "Kosten" spiegeln diese Knappheit wider. Wer in der Situation der Knappheit lebt, muß wählen.

Eine Wahl kann rational oder irrational sein.

In Teil C wurde gezeigt, wie irrational die Entscheidungen eines Hospizes sein können, das unter einem "falschen" Finanzierungsregime arbeitet: Die proklamierten Ziele werden praktisch negiert.

Von einem patientenorientierten Entgeltsystem erwarte ich eine verbesserte Bedürfnisbefriedigung der Patienten (siehe Teil C). Für einen Ökonomen sind die Steuerungswirkungen von Entgeltverfahren und Organisationsstrukturen *das* Problem.

---

<sup>1)</sup>Vgl. The Hospice Experiment (1988), 110-112.

<sup>2)</sup>Vgl. a.o.O., 111.

Die empirische Forschung über die Steuerungswirkungen im Gesundheitswesen steht noch am Anfang verglichen mit anderen Teilgebieten der ökonomischen Theorie.

Diese Steuerungswirkungen im Hospiz sollten ebenfalls wissenschaftlich ausgewertet werden.

Es geht in der wissenschaftlichen Begleitung nicht darum, theoretisch vielleicht interessante Fragen zu beantworten, sondern darum, die Grundlagen für eine humanere Planung im Gesundheitswesen zu schaffen.

## Literaturverzeichnis

Hill, F., Oliver, Ch.: Hospice - An update on the cost of patient care. Health Trends, Volume 20, 1988, 83-86.

Hill, W., Fehlbaum, R., Ulrich, P.: Organisationslehre Bd. 1 und 2. Bern, Stuttgart 1976. <sup>2</sup>

Juchli, L.: Krankenpflege: Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. Stuttgart 1983. <sup>4</sup>

Mor, V., Greer, D.S., Kastenbaum, R.: The Hospice Experiment. The Johns Hopkins University Press. London 1988.

Perrow, Ch.: Hospitals: Technology, Structure and Goals. In: March, J.G. (ed.): Handbook of Organizations. Chicago 1965, 910-971.

Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.): Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung. Teil I: Kommissionsbericht. Gerlingen 1987.

