

2 Hintergrund und Ziele

Productivity isn't everything, but in the long run it is almost everything. A country's ability to improve its standard of living over time depends almost entirely on its ability to raise its output per worker.

Paul Krugman 1994

Die Produktivitätssteigerung ist ein Schlüssel für das Wirtschaftswachstum und die internationale Wettbewerbsfähigkeit. Angesichts der volkswirtschaftlichen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft (GW) ist die Verbesserung der Produktivität von wirtschaftspolitischem Interesse. Die älter werdende Gesellschaft ist zwar nur begrenzt ein Ausgabentreiber, fordert jedoch die Gesundheitswirtschaft vor allem hinsichtlich der Struktur ihrer Leistungsangebote heraus. Unter anderem gilt es, die Fachkräfteengpässe zu überwinden und den weiterhin steigenden Finanzbedarf zu bewältigen. Der Produktivitätsentwicklung in der GW insgesamt und ihrer Verbesserung in Teilbereichen kommt deshalb eine große Bedeutung zu.

Die vorliegende Studie knüpft an eine Reihe von Untersuchungen zur volkswirtschaftlichen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft an. Neben der reinen produktbezogenen Produktivitätsmessung, wie sie in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) Standard ist, wird hier eine erweiterte Betrachtung mit Bezug auf das Krankheitsgeschehen vorgenommen. Das Gesundheitssatellitenkonto (GSK) bzw. die Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen (GGR) dienen dabei als Rahmen zur Beschreibung der Produktivitätsentwicklung. Damit kann die Produktivitätsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft in einzelnen Produktbereichen sowie übergreifend im Verhältnis zu anderen Branchen in Leistungs-, Preis- und Faktoreinsatzsteuerung analysiert werden. Diese Analyse bezieht auch die Finanzierung mit den unterschiedlichen Preissystemen ein, wobei den Unterschieden im Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt Rechnung getragen wird. Beide Märkte unterscheiden sich nicht nur in der öffentlichen und privaten Kostenübernahme, sondern auch im Investitionsverhalten, den beteiligten Berufsgruppen und in den Technologien.

Ziel der Studie ist es, die technologischen Veränderungen der GW im Rahmen des im Auftrag des BMWi entwickelten Gesundheitssatellitenkontos aufzuzeigen. Hierbei sollen die branchenweiten Veränderungen und die spezifischen Produktionsentwicklungen in Teilbereichen der GW (Pharmaindustrie, Medizintechnik, ambulanter und stationärer Sektor etc.) dargestellt werden. Da es sich bei der Gesundheitswirtschaft um eine innovative Branche handelt, lassen sich Veränderungen der Produktivität im Zeitverlauf nur dann adäquat ermitteln, wenn Qualitätsverbesserungen und die Entwicklungen des medizinisch-technischen Fortschritts berücksichtigt werden. Deshalb sind bei der Messung des Produktionsvolumens verschiedener Jahre die Qualitätsaspekte einzubeziehen. Man wird dabei nicht davon ausgehen können, dass die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen automatisch in ihren Preisen niederschlagen. Die Preise in der Gesundheitswirtschaft sind hoch reguliert und die Qualitätsmessung selbst kann nur begrenzt auf Routinedaten zurückgreifen.

Infobox 1: Gesundheitssatellitenkonto (GSK), Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen (GGR), Erster und Zweiter Gesundheitsmarkt

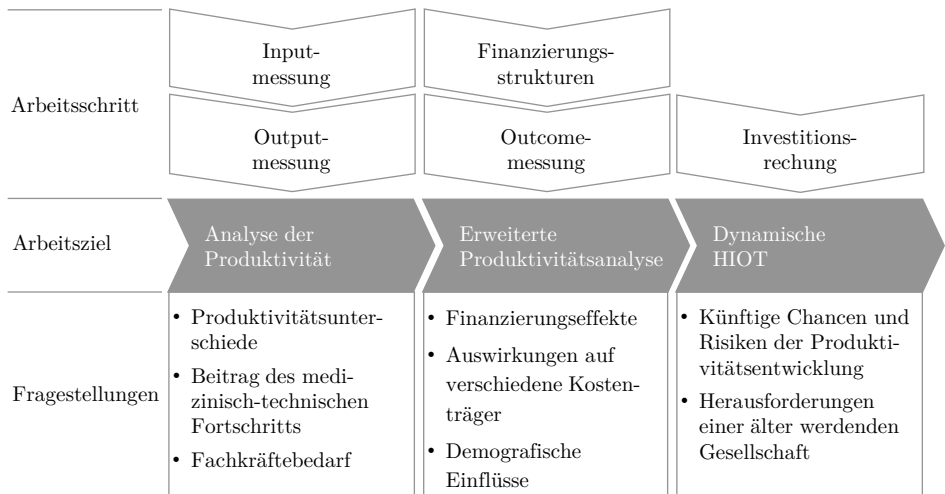
Das *Gesundheitssatellitenkonto* ist ein eigenes Konto für die Gesundheitswirtschaft, angegliedert an die Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR), mit dem die Gesundheitsgüter produzierenden Unternehmen als eigenständiger Wirtschaftszweig in VGR-Kategorien zusammengefasst werden und ihre volkswirtschaftliche Verflechtung ermittelt wird.

Die *gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen* sind Rechenwerke, die Art und Umfang der erbrachten Leistungen und der dafür eingesetzten Ressourcen sowie zukünftige Entwicklungstendenzen in der Gesundheitswirtschaft erfassen. Schwerpunkte sind die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR), die Gesundheitspersonalrechnung (GPR) und die Krankheitskostenrechnung (KKR). Sie alle sind Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Der *Erste Gesundheitsmarkt* enthält alle gesundheitsrelevanten Dienstleistungen und Waren, die im Rahmen eines solidarischen Finanzierungssystems (vor allem durch die Kranken- und Pflegeversicherung) erstattet werden. Der *Zweite Gesundheitsmarkt* umfasst alle gesundheitsrelevanten Dienstleistungen und Waren, die nicht von der Sozialversicherung übernommen oder durch staatliche Mittel finanziert werden.

Die statistische Messung der Qualität in der Gesundheitswirtschaft und ihren verschiedenen Produktionsbereichen ist deshalb keine triviale Frage und erfordert detaillierte Berechnungsvorschriften für die praktische Durchführung. Eurostat hat mögliche Vorgehensweisen in einem Handbuch unter A, B und C Methoden zusammengefasst (vgl. Eurostat 2001). Die Ergeb-

Abbildung 2.1: Arbeitsschritte, Arbeitsziele und ausgewählte Fragestellungen der Produktivitätsmessung



Quelle: Eigene Darstellung.

nisse erweisen sich sehr sensibel hinsichtlich der Methoden. Auch steht eine einheitliche Qualitätsbereinigung nach Methode A bisher für die Gesundheitsgüter aus (vgl. Pierdzioch 2008).

Ein weiterer Aspekt ist der branchenübergreifende Vergleich. Um eine Vergleichbarkeit der Produktivitätskennziffern in der Gesundheitswirtschaft mit denjenigen der Gesamtwirtschaft dennoch zu erreichen, wird hier für die Output- und Inputmessung pragmatisch vorgegangen und durchgängig ein einheitliches Konzept verwendet, das auf den Verfahren der VGR und den veröffentlichten Daten des Statistischen Bundesamtes aufbaut. Die Volumenmessung erfolgt damit entsprechend internationaler Konventionen und verbindlicher europäischer Rechtsvorschriften auf der Grundlage einer jährlich wechselnden Preisbasis (Vorjahrespreisbasis). Abweichungen zu dieser Vorgehensweise sind als beispielhafte Berechnungen gekennzeichnet.

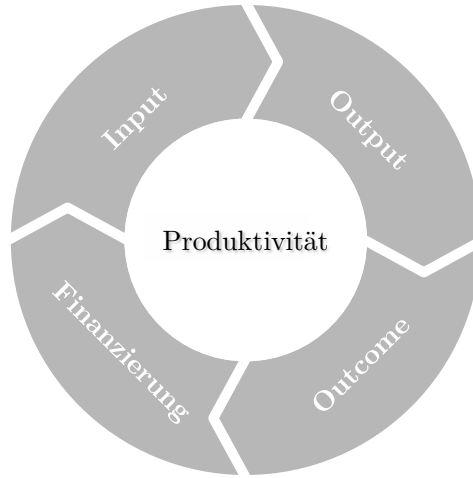
Mit der Integration der Produktivitätsmessung in das Gesundheitssatellitenkonto können nicht nur die technologischen Veränderungen der Gesundheitswirtschaft aufgezeigt, sondern auch spezifische Produktivitätsentwicklungen im Zusammenhang mit dem krankheitsbedingten Ressourcenverlust

infolge von Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Mortalität simuliert werden (Stichwort »Beyond GDP«). Voraussetzung ist jedoch die Messung der Entwicklung in dreierlei Hinsicht:

- Die Messung des Faktorinputs (Vorleistungen, Arbeit und Kapital) und dessen Veränderungen im Zeitverlauf: Um eine Vergleichbarkeit der Werte verschiedener Jahre zu ermöglichen, erfolgt in der Regel eine Preisbereinigung (Deflationierung). Üblicherweise werden dabei die Preise der einzelnen Produkte bzw. Vorleistungen, die in die Produktion eines Gutes einfließen, miteinander verglichen. In der Gesundheitsversorgung gibt es jedoch meist unterschiedliche Therapiemöglichkeiten zur Behandlung ein und derselben Krankheit und die Behandlungsprozesse ändern sich häufig (medizinisch-technischer Fortschritt). Dies erfordert die Preismessung von produktübergreifenden Behandlungsbündeln einzelner Krankheitsbilder, um Substitutionsprozesse zu berücksichtigen (behandlungsbezogene Deflationierung).
- Die Messung der mengenmäßigen und qualitativen Veränderungen des Versorgungsgeschehens (Output): Je nach Gesundheitszustand der Bevölkerung nimmt die Häufigkeit einiger Krankheitsbilder im Laufe der Zeit zu, während andere an Bedeutung verlieren. Zur Beurteilung der Produktionswerte ist deshalb die jeweils konkret behandelte Fallzahl (nach Diagnosen) heranzuziehen. Aber auch eine Blinddarmoperation vor 10 Jahren ist kaum noch mit einer solchen heute zu vergleichen – moderne Narkoseverfahren und minimalinvasive Operationstechniken führen zu schnellerer Rekonvaleszenz und kürzeren Krankenhausverweildauern.
- Die Messung der Veränderungen des krankheitsbedingten Ressourcenverlustes infolge von Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Mortalität – z. B. als verlorene Erwerbstätigenjahre oder vorzeitige Sterblichkeit (Outcome): Ziel der Gesundheitsversorgung ist die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit, wobei es eine Eigenheit der Gesundheitswirtschaft ist, dass neben dem Humankapital des Leistungserbringers das Humankapital des Konsumenten für den Outcome entscheidend ist. Damit erweitert sich die Produktionsfunktion (vgl. Acemoglu 2009).¹ Die klassischen Outputkategorien wie Krankenhaustage

¹ Die aggregierte Produktionsfunktion F (Kapitalstock (K), Beschäftigung (L), Stand der Technik (A)) ist nicht nur um das Gesundheitskapital Q in $F(K, L, Q, A)$ zu erweitern, sondern auch zu differenzieren $F(K, L_1, L_2, Q_1, Q_2, A)$.

Abbildung 2.2: Felder der Produktivitätsmessung



Quelle: Eigene Darstellung.

und Zahl behandelter Fälle sind jedoch wenig aussagekräftig bzgl. der Erreichung dieses Zieles. Der Behandlungserfolg lässt sich nur indirekt mit Indikatoren wie Lebenserwartung, krankheitsbedingte Fehlzeiten und Sterblichkeit messen. Die Entwicklung dieser Indikatoren ist wiederum nicht nur auf die Gesundheitsversorgung zurückzuführen, sondern hängt auch in großem Maße von Lebens- und Ernährungsgeohnheiten ab.

Zuletzt sind die Aspekte der Produktivitätsentwicklung bezüglich der Finanzierung in zweierlei Richtungen zu erläutern (vgl. Abbildung 2.2). Zum einen ist zu ermitteln, welche Produktivitätsänderungen durch verschiedene Finanzierungsformen ausgelöst werden (z. B. infolge der Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen im stationären Bereich) und zum anderen, welche Auswirkungen eine Veränderung der Produktivität und des Outcome der Gesundheitswirtschaft auf einzelne Finanzierungsträger haben (z. B. Höhe der Rentenzahlungen infolge von Invalidität und Berufsunfähigkeit).

Produktivität der Gesundheitswirtschaft
Gutachten für das Bundesministerium für Wirtschaft
und Technologie

Schneider, M.; Karmann, A.; Braeseke, G.

2014, XV, 177 S. 29 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-06044-2