

Breitkreuz / Hahn

Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen I

Studienheft Nr. 052

7. korrigierte Auflage 03/2024

Verfasser

Prof. Dr. Gustav Breitzkreuz

Professor für BWL und Dienstleistungsmanagement im Gesundheitswesen
Honorarprofessor an verschiedenen Hochschulen, Buchautor, Unternehmensberater

Überarbeitung der 7. Auflage

Dr. Stephen Hahn (Dipl.- Kulturwirt)

Freiberuflicher Marketingberater mit den Schwerpunkten PR und Markenentwicklung
Hochschuldozent und wissenschaftlicher Autor

Leseprobe

© by DIPLOMA Private Hochschulgesellschaft mbH

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung und des Nachdrucks, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

DIPLOMA Hochschule

University of Applied Sciences
Am Hegeberg 2
37242 Bad Sooden-Allendorf
Tel. +49 (0) 56 52 58 77 70, Fax +49 (0) 56 52 58 77 729

Hinweise zur Arbeit mit diesem Studienheft

Der **Inhalt** dieses Studienheftes unterscheidet sich von einem Lehrbuch, da er **speziell für das Selbststudium aufgearbeitet** ist.

In der Regel beginnt die Bearbeitung mit einer Information über den Inhalt des Lehrstoffes. Diese Auskunft gibt Ihnen das **Inhaltsverzeichnis**.

Beim Erschließen neuer Inhalte finden Sie häufig Begriffe, die Ihnen bisher unbekannt sind. Die **wichtigsten Fachbegriffe** werden Ihnen übersichtlich in einem dem Inhaltsverzeichnis nachgestellten **Glossar** erläutert.

Den einzelnen Kapiteln sind **Lernziele** vorangestellt. Sie dienen als Orientierungshilfe und ermöglichen Ihnen die Überprüfung Ihrer Lernerfolge. Setzen Sie sich **aktiv** mit dem Text auseinander, indem Sie sich Wichtiges mit farbigen Stiften kennzeichnen. Betrachten Sie dieses Studienheft nicht als „schönes Buch“, das nicht verändert werden darf. Es ist ein **Arbeitsheft, mit und in dem Sie arbeiten sollen**.

Zur **besseren Orientierung** haben wir Merksätze bzw. besonders wichtige Aussagen durch Fettdruck und/oder Einzug hervorgehoben.

Lassen Sie sich nicht beunruhigen, wenn Sie Sachverhalte finden, die zunächst noch unverständlich für Sie sind. Diese Probleme sind bei der ersten Begegnung mit neuem Stoff ganz normal.

Nach jedem größeren Lernabschnitt haben wir Übungsaufgaben eingearbeitet, die mit „**SK = Selbstkontrolle**“ gekennzeichnet sind. Sie sollen der Vertiefung und Festigung der Lerninhalte dienen. Versuchen Sie, die Aufgaben zu lösen und die Fragen zu beantworten. Dabei werden Sie möglicherweise feststellen, dass das dazu erforderliche Wissen nach dem ersten Durcharbeiten des Lehrstoffes noch nicht vorhanden ist. Gehen Sie diesen Inhalten noch einmal nach, d. h., durchsuchen Sie die Seiten gezielt nach den erforderlichen Informationen.

Schon während der Bearbeitung einer Frage sollten Sie die eigene Antwort schriftlich festhalten. Erst nach der vollständigen Beantwortung **vergleichen Sie Ihre Lösung mit dem am Ende des Studienheftes angegebenen Lösungsangebot**.

Stellen Sie dabei fest, dass Ihre eigene Antwort unvollständig oder falsch ist, müssen Sie sich nochmals um die Aufgabe bemühen. Versuchen Sie, jedes behandelte Thema vollständig zu verstehen. **Es bringt nichts, Wissenslücken durch Umblättern zu übergehen**. In vielen Studienfächern baut der spätere Stoff auf vorhergehendem auf. Kleine Lücken in den Grundlagen verursachen deshalb große Lücken in den Anwendungen.

Zudem enthält jedes Studienheft **Literaturhinweise**. Sie sollten diese Hinweise als ergänzende und vertiefende Literatur bei Bedarf zur Auseinandersetzung mit der jeweiligen Thematik betrachten. Finden Sie auch nach intensivem Durcharbeiten keine zufriedenstellenden Antworten auf Ihre Fragen, **geben Sie nicht auf. Wenden Sie sich** in diesen Fällen schriftlich

oder fernmündlich **an uns**. Wir stehen Ihnen mit Ratschlägen und fachlicher Anleitung gern zur Seite.

Wenn Sie **ohne Zeitdruck** studieren, sind Ihre Erfolge größer. Lassen Sie sich also nicht unter Zeitdruck setzen. **Pausen** sind wichtig für Ihren Lernfortschritt. Niemand ist in der Lage, stundenlang ohne Pause konzentriert zu arbeiten. Machen Sie also Pausen: Es kann eine kurze Pause mit einer Tasse Kaffee sein, eventuell aber auch ein Spaziergang an der frischen Luft, sodass Sie wieder etwas Abstand zu den Studienthemen gewinnen können.

Abschließend noch ein formaler Hinweis: Sofern in diesem Studienheft bei Professionsbezeichnungen und/oder Adressierungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form Verwendung findet (z. B. „Rezipienten“), sind dennoch alle sozialen Geschlechter, wenn kontextuell nicht anders gekennzeichnet, gemeint.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Bearbeitung dieses Studienheftes.

Ihre

DIPLOMA
Private Hochschulgesellschaft mbH

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	5
Glossar	6
1 Geschichtlicher Abriss der Gesundheitsentwicklung	10
1.1 Historie	10
1.2 Neuere Entwicklungen	11
2 Gegenstand der Gesundheitsbetriebslehre	13
2.1 Gesundheitsbetriebslehre als Teil der Wirtschaftswissenschaften	13
2.2 Beziehungen der Gesundheitsbetriebslehre zur Betriebswirtschaftslehre	14
3 Theoretische Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre im Gesundheitswesen	17
3.1 Prinzipien des betriebswirtschaftlichen Handelns (Minimal- und Maximalprinzip)	17
3.2 Wissenschaftliche Methoden der Betriebswirtschaftslehre (induktive und deduktive Methoden)	19
3.3 Faktoreneinsatz in Gesundheitsbetrieben	20
4 Gründung von Betrieben im Gesundheitswesen	24
4.1 Besonderheiten betrieblicher Rechtsgrundlagen im Gesundheitswesen	25
4.1.1 Öffentliche Rechts- und Betriebsformen in der Gesundheitswirtschaft	25
4.1.2 Private Rechtsformen in der Gesundheitswirtschaft	27
EXKURS 1: Eingetragener Kaufmann vs. Freiberufler	29
4.2 Unternehmenszusammenschlüsse als Gründungsform	44
4.2.1 Bewertungsfragen beim Praxiskauf	44
4.2.2 Praxisübernahme	45
4.3 Checklisten	46
4.4 Standortwahl für Gesundheitsbetriebe	49
4.4.1 Aussichtsreiche Geschäftsideen	49
4.4.2 Grundlegende Bemerkungen zur Standortwahl	49
4.4.3 Allgemeingültige Standortfaktoren	50
EXKURS 2: Klassische Standortanalyse in der Betriebswirtschaftslehre	53
4.4.4 Spezielle Standortfaktoren für Kliniken oder Krankenhäuser	54
4.4.5 Spezielle Standortfaktoren für Betriebe bzw. Praxen der Medizinalfachberufe	55
5 Unternehmensführung im Gesundheitsbetrieb	59
5.1 Definition und Aufgaben	59
5.2 Personenbezogene Führung	59
5.3 Sachbezogene Führung	63
5.4 Erfolgsbezogene Führung im Gesundheitsbetrieb	64
5.5 Effiziente Leitung im Gesundheitsbetrieb	66
5.6 Der Entscheidungsprozess als Leitungsaufgabe im Gesundheitsbetrieb	67
5.7 Risikohandhabung im Gesundheitsbereich	69

6	Betriebs- und Personalplanung im Gesundheitsbetrieb	71
6.1	Betriebsplanung	71
6.2	Personalplanung im Gesundheitsbetrieb	78
6.3	Personalauswahl	88
6.3.1	Vorauswahl	88
6.3.2	Analyse der schriftlichen Bewerbungsunterlagen	88
EXKURS 3:	Codierungen und Zeugnissprache	90
6.3.3	Das Vorstellungsgespräch	91
6.3.4	Auswahlentscheid	93
6.3.5	Abschluss des Arbeitsvertrages	94
Lösungen		97
Literaturverzeichnis		108

Leseprobe

Glossar

ABC-Analyse	ist ein Instrumentarium der Beschaffungswirtschaft, bei dem die zu beschaffenden Teile in A-Teile, B-Teile und C-Teile eingeteilt werden; dabei stellen die A-Teile von der Anzahl her wenige Teile (maximal 30 %), die aber einen Großteil des wertmäßigen Umsatzes (ca. 70 %) ausmachen, B-Teile relativ viele Teile mit einem mittleren oder geringen wertmäßigen Umsatz darstellen und C-Teile umsatzschwache Materialien sind, die einen geringen oder sehr geringen Wertanteil belegen.
Ablauforganisation	regelt Arbeitsprozesse hinsichtlich ihrer chronologischen Durchführung (im Gesundheitsbetrieb).
Abschreibungen	erfassen den Werteverzehr für materielle und immaterielle Gegenstände des Anlagevermögens, die einer Abrechnungsperiode zuzurechnen sind.
Anreiz	Die Schaffung von Anreizen ist ein Führungsmittel zur Motivation der Mitarbeitenden im Gesundheitsbetrieb.
Aufbauorganisation	befasst sich mit der sachlichen Zuordnung von Aufgaben, Personen und technischen Hilfsmitteln und regelt damit die Verteilungsbeziehungen in der Organisation, hier im Gesundheitsbetrieb.
Aufwand	ist der gesamte Werteverzehr für Güter und Dienstleistungen innerhalb einer bestimmten Zeitperiode (meistens ein Kalenderjahr).
Bedürfnis	ist das Gefühl eines Mangels, den eine Person empfindet, mit dem Streben, diesem Mangelgefühl Ventilation zu verschaffen.
Beschaffung	umfasst alle Tätigkeiten des Gesundheitsbetriebes, den Beschäftigten Güter und Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen, die sie für die Leistungserstellung benötigen.
Beschwerde-management	umfasst alle Maßnahmen, die die Zufriedenheit der Patient:innen wiederherstellen und Stabilität in die gefährdete Patient:innenbeziehung bringen.
Betriebsmittel	setzen sich aus der gesamten (hier: medizinischen) Ausstattung zusammen, die für die betriebliche Leistungserstellung benötigt werden.
Bilanz	ist die Gegenüberstellung von Kapital und Vermögen zu einem bestimmten Zeitpunkt.
Break-Even-Analyse	Ermittlung der Absatzmenge (Gewinnschwelle), bei der die Umsatzerlöse ebenso hoch sind wie die Gesamtkosten; oberhalb der Gewinnschwelle ist eine wirtschaftliche Tätigkeit vorteilhaft, während sie bei geringeren Absatzmengen Verluste erwirtschaftet.
Budget	ist ein formalzielorientierter, in wertmäßigen Größen formulierter Plan, der einer Entscheidungseinheit für eine bestimmte Zeitperiode mit einem bestimmten Verbindlichkeitsgrad vorgibt. Budgets gibt es somit für alle

Gesundheitsbetriebslehre I

Investition	ist eine längerfristige, die Dauer eines Jahres deutlich überschreitende Anlage von Geldmitteln zu wirtschaftlichen Zwecken.
Jahresabschluss	meint ein vom Kaufmann maximal binnen Jahresfrist zu erstellendes Zahlen- und Informationswerk, das sich wenigstens aus der Bilanz sowie der Gewinn- und der Verlustrechnung zusammensetzt.
Kernprozesse	(Primärprozesse) sind Geschäftsprozesse mit hohem Wertschöpfungsanteil. Sie bilden das Tagesgeschäft ab und haben direkten Bezug zu Kundenaufträgen. Diese jeweiligen Prozesse sind in der Regel wettbewerbskritisch, da sie dem Kunden einen Mehrwert liefern.
Koordination	besteht in der Abstimmung betrieblicher Vorgänge aufeinander.
Kostenführerschaft	wird vom Anbieter mit den geringsten Leistungserstellungskosten am Markt ausgeübt.
Lean-Management	ist ein Unternehmenskonzept mit flacher, übersichtlicher Organisationsstruktur, das durch eine Verlagerung von Entscheidungskompetenzen und Verantwortung auf nachgeordnete Instanzen bis hin zu den ausführenden Stellen gekennzeichnet ist.
Leistungsfelder	stellen eine Einheit von verwandten oder ähnlichen (hier: medizinischen) Leistungen dar.
Leistungsinnovation	Leistungsangebote, die erstmals am Patientenmarkt verfügbar sind oder ein Novum darstellen; diese Leistungen werden in anderen Gesundheitsbetrieben (noch) nicht angeboten.
Leistungszyklus	lässt sich in Anlehnung an den bekannten Produktlebenszyklus in die Phasen Einführung, Wachstum, Reife, Sättigung und Degeneration einteilen, bei dem zunächst Umsatz und Gewinn ansteigen und spätestens in der Sättigungsphase abnehmen.
Logo	meint ein aus einem oder mehreren Buchstaben, einem Zeichen, einem Bild oder auch aus einer Kombination dieser Elemente bestehendes Wort oder Bildsignet des (Gesundheits-)Betriebes.
Marke	kann als die Summe aller Vorstellungen verstanden werden, die ein Markenname oder ein Markenzeichen bei Kunden hervorruft bzw. beim Kunden hervorrufen soll, um die Waren oder Dienstleistungen eines Unternehmens von denjenigen anderer Unternehmen zu unterscheiden.
Marktorientierung	Ausrichtung auf den (Patient:innen-)Markt als ständiger Anpassungsprozess und Entwicklung von bedürfnisgerechten Behandlungs- und Patient:innenserviceleistungen mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der Patienten:innen wiederherzustellen, aber auch in präventiver Hinsicht, um die Gesundheit erhaltend tätig zu sein.
Produktivität	wird im Allgemeinen mit dem Verhältnis von Output zu Input als Quotient wiedergegeben.

1 Geschichtlicher Abriss der Gesundheitsentwicklung

Die Lernziele des folgenden Kapitels sind:

- die Geschichte medizinischer Tätigkeit in früheren Zeiten kennenzulernen.
- etwas über neuere Entwicklungen der Geschichte medizinischer Tätigkeit zu erfahren.

1.1 Historie

Während sich die Geschichte medizinischer Tätigkeit in wie auch immer gearteten ärztlichen Praxen (mit dem Einsatz von Assistent:innen, Gehilf:innen, Arznei- und „Zaubermitteln“, Therapieanweisungen, Informations- und Schriftsammlungen usw.) bis zu den Regelungen für die ärztliche Berufsausübung durch den **Gesetzeskodex des Hammurabi** (1792-1750 v. Chr.) oder der rationalen Medizin durch **Hippokrates von Kos** (460-370 v. Chr.) mit noch heute gültigen Hinweisen zur Ausgestaltung des Behandlungsprozesses (Anamnese, Beobachtung, Befragung, Untersuchung, Diagnose, Therapie usw.) zurückverfolgen lässt, ist die geschichtliche Entwicklung des Gesundheitsbetriebs vor allen Dingen eng mit der Entstehung von Hospitälern und Krankenheilanstalten verknüpft (vgl. Frodl 2017, S. 8 ff.).

Im 6. Jahrhundert v. Chr. suchten Kranke im Asklepios-Heiligtum in Griechenland durch einen Heilschlaf (Inkubation) Linderung. Der Begriff „Klinik“ lässt sich aus dem griechischen Wort „kline“ ableiten: Das sind „Liegen“, auf die die Kranken von Tempeldiener:innen (Therapeut:innen) gegen ein Honorar gelegt wurden.

Seit der Regierungszeit des römischen **Kaisers Augustus** (63 v. Chr. bis 14 n. Chr.) sind Militärlazarette (Valetudinarien) der Römer zur gesundheitlichen Versorgung ihrer Legionäre nachweisbar. Diese verfügten als relativ große Pflegeeinrichtungen neben Ärzten auch über Schreibkräfte und Inspektoren für die Verwaltungs- und Organisationsaufgaben.

Um 370 v. Chr. wurde in Mittelanatolien die große Krankenanstalt von Caesarea gegründet, die als Xenodochion nicht nur zur medizinischen Versorgung ausgebildete Ärzte bereithielt, sondern auch als Vorläufer des Hospitals Armen und Fremden Unterkunft und Pflege bot.

Die Gründung des **Benediktinerklosters** auf dem Monte Cassino **um 529 n. Chr.** gilt zugleich als die Geburtsstunde der Klöster-Hospitäler. Die Krankenhäuser der Mönche (Infirmarien) und ihre Klostermedizin gab es bis ins 12. Jahrhundert n. Chr. Sie wurden **danach durch Praxisverbote für Geistliche** weitestgehend begrenzt.

Die **um 583 n. Chr. entstandenen Leprosorien** waren Pflegeeinrichtungen, die außerhalb der Kloster- und Stadtmauern relativ isoliert von der übrigen Gesellschaft angesiedelt waren. Zu Beginn handelte es sich um ärmliche Holzhütten für die Aussätzigen, denen erst ab 1099 n. Chr. durch den sich etablierenden Orden vom Hospital des Heiligen Johannes zu Jerusalem (später: Johanniter- und Malteserorden) sowie gegen 1120 n. Chr. durch Angehörige des Jerusalemer St.-Lazarus-Ordens in Form von Lazaretten eine einigermaßen angemessene Pflege zuteilwurde. Die **Berliner Charité** ging beispielsweise aus einem Pesthaus hervor. Dieses wurden vorsorglich gegen plötzlich hereinbrechende Seuchen errichtet.

Um **800 n. Chr.** ließ **Kalif Harun ar-Raschid** (763-809 n. Chr.) eines der ersten islamischen Krankenhäuser errichten, das auch über Apotheken, Bibliotheken und ärztliche Ausbildungseinrichtungen verfügte und in dem die Behandlung kostenlos war.

Nachdem durch das Konzil von Clermont 1130 n. Chr. Geistlichen die Praxistätigkeit untersagt wurde, überließen zahlreiche europäische Klöster ihre Spitäler weltlichen Laienhelfern. Sie gingen in kommunale Regie über oder wurden durch weltliche bzw. infolge der mittelalterlichen Kreuzzüge durch geistliche Ritterorden betreut.

Die Spezialisierung von Gesundheitsbetrieben lässt sich neben der dargestellten Entwicklung von Seucheneinrichtungen wie Pesthäusern und Leprosorien ebenfalls viele Jahrhunderte zurückverfolgen.

So verfügte das französische Hospital Hotel-Dieu um 1630 über eine geburtshilfliche Abteilung und eine Hebammenschule. Viele Krankenanstalten im 17. Jahrhundert besaßen eigene Irrenabteilungen, Zucht- und Tollhäuser, die allerdings nicht immer dem Gesundheitsgedanken, sondern vielmehr den staatspolitischen Zielsetzungen zentraler Erfassung und Disziplinierung von Teilen der Bevölkerung geschuldet waren.

1784 wurde in **Wien die erste Poliklinik Europas** gegründet, die zunächst aus mehreren Ambulanzen zur Versorgung armer Patient:innen bestand. Hier wurden nach und nach einzelne Spitalsabteilungen, ein Hörsaal sowie 1896 ein erstes Röntgenkabinett gegründet. Die Betriebskosten wurden zunächst von den Gründern, einem Dutzend junger Universalassistenten, selbst getragen, aber einige Jahre später durch einen Finanzierungsverein und dessen Spendensammlung auf eine sicherere Grundlage gestellt.

Das **1889** eröffnete **St. Mary's Hospital in Rochester (Minnesota, USA)** stellte als **Großkrankenhaus** eine erste Form privater Krankenhausorganisation dar, in der verschiedene Spezialisten miteinander kooperierten.

Ebenfalls im 19. Jahrhundert entstand eine Vielzahl von zumeist in **privater Trägerschaft befindlichen Heilanstalten (Sanatorien)**, die vor allen Dingen einer wohlhabenden Oberschicht die Heilung von Tuberkulose, Asthma oder Alkoholismus in Luftkurorten, Thermal- oder Seebädern ermöglichen sollten. Ihr historischer Ursprung geht zum Teil auf die römische Bäderkultur zurück und auf Siedlungen rund um heiße Quellen, denen Heilwirkung zugeschrieben wurde.

1.2 Neuere Entwicklungen

Zahlreiche Kliniken entstanden nach dem **Vorbild der „Poliklinik“** – d. h. Praxen, die mehrere Fachrichtungen in einem Gebäude durch verschiedene Ärzt:innen vorhalten – in ganz Europa (vgl. Frodl 2017, S. 10-13). Ursprünglich als Krankenhausabteilung zur ambulanten Behandlung von Patient:innen und zur Unterrichtung von Medizinstudent:innen konzipiert, wurden auch größere Krankenhäuser als Groß- und Universitätskliniken bezeichnet. Während man bis in die Mitte des letzten Jahrhunderts der Überlegung folgte, dass jede Fachklinik über ein eigenes Gebäude verfügen musste, setzte man in der Folge auf eine gemeinsame Nutzung der technischen, wirtschaftlichen und medizinischen Ressourcen. Häufig wurden die Krankenstationen von den übrigen Bereichen getrennt und diese ebenfalls nach Funktionen (Behandlung, Untersuchung, Forschung, Lehre, Wirtschaft und Verwaltung) gegliedert.

Seit 1982 werden beispielsweise im Universitätsklinikum Aachen jährlich rund 48.000 Patient:innen stationär und ca. 111.000 Patient:innen ambulant behandelt. Zu dem Großbetrieb mit rund 5.300 Beschäftigten gehören 43 einzelne Kliniken, theoretische und klinisch-theoretische Institute, Forschungseinrichtungen, Hörsäle, Schulen für Fachberufe des Gesundheitswesens und Versorgungsbetriebe wie Apotheke, Küche, Wäscherei, Zentralsterilisation, Archiv und Lager.

Polikliniken mit stationärer Versorgung existieren heutzutage vor allem in Schweden sowie meistens in ehemals sozialistischen Staaten wie Russland, der Ukraine, Rumänien oder Bulgarien.

Durch die Zusammenfassung verschiedener Fachärzt:innen in einer größeren Praxis entstanden in einigen europäischen Ländern wie Österreich, Dänemark, der Schweiz und den Niederlanden Ambulatorien. Diese Form der ambulanten ärztlichen Behandlung war in der DDR eine weit verbreitete Organisationsform. Die ambulanten Behandlungszentren mit angestellten Fachärzt:innen verschiedener Fachrichtungen wurden zugunsten von Einzelpraxen niedergelassener Ärzt:innen nach und nach aufgelöst, mit der Folge, dass es mancherorts noch heute mehrere Arztpraxen unter einem Dach gibt und diese Einrichtungen meist „Ärztelhaus“ oder „**Medizinisches Versorgungszentrum**“¹ genannt werden. Im Gegensatz zu neu gegründeten Ärztelhäusern benötigen diese Einrichtungen aufgrund ihrer historischen Entwicklung keinen eigenen „Kassenarztsitz“.

Als eine weitere betriebliche Form der ärztlichen Berufsausübung hat sich die **Gemeinschaftspraxis** entwickelt, die einen wirtschaftlichen und organisatorischen Zusammenschluss und damit eine

¹ Es handelt sich um keine eigene Rechtsform, wie noch zu zeigen sein wird.

wirtschaftliche Einheit von Ärzt:innen in gemeinsamen Praxisräumen darstellt. Die Umsetzung und Anwendung des Vertragsarztrechts hat dazu geführt, dass die **Praxisgemeinschaft** als weitere Kooperationsform entstanden ist, bei der es sich allerdings um rechtlich selbstständige Arztpraxen² in gemeinsam betriebenen Räumen handelt.

Als Besonderheit einer mobilen Poliklinik kann der seit 1993 in Südafrika eingesetzte Phelophepa-Klinikzug gelten, der im Schnitt 9 Monate unterwegs ist, jeweils mehrere Tage an verschiedenen Orten im ländlichen Raum Station macht und in seinen ca. 15 Waggons mit etwa 60 Mitarbeitenden eine medizinische Grundversorgung sowie Labortests, Röntgendiagnostik und spezielle Untersuchungen in der Augen- und Zahnheilkunde bietet.

In jüngerer Zeit versucht man, durch Zentralisation und Zusammenfassung ehemals eigenständiger Einrichtungen zu Großbetrieben die Effektivität zu steigern und Synergieeffekte zu nutzen. So werden gerade im kommunalen oder staatlichen Bereich ehemals eigenständige Kliniken und Krankenhäuser zu größeren Organisationseinheiten zusammengeschlossen.

Das Klinikum der Universität München mit dem Campus Großhadern und dem Campus Innenstadt ist seit dem 1. Oktober 1999 ein organisatorisch, finanzwirtschaftlich und verwaltungstechnisch selbstständiger Teil der Ludwig-Maximilians-Universität. Durch diesen Zusammenschluss hat es sich zu einem der größten Krankenhäuser in Deutschland und Europa entwickelt. Es ist mit seinen über 2.300 Betten ein Krankenhaus der sogenannten Versorgungsstufe III (Maximalversorgungs Krankenhaus; in Bayern verwendet man diese Bezeichnung in Versorgungsstufen).

Die systematische Befassung mit wirtschaftlichen Sachverhalten der Gesundheitsbetriebe begann erst in den letzten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts. Obwohl es schon in den römischen Valetudinarien Schreibkräfte und Inspektoren für Verwaltungs- und Organisationsaufgaben und damit Hinweise auf betriebliche Aufbau- und Ablauforganisationen gab, entwickelten sich erst aus der vergleichsweise jungen Allgemeinen Betriebswirtschaftslehre (ABWL) die speziellen Betriebswirtschaftslehren. Mit dieser Entwicklung gelangten die Gesundheitsbetriebe in den Blickpunkt des Interesses und damit folgerichtig die Gesundheitsbetriebslehre.

Die BWL an sich erhielt etwa um 1900 ihr methodisches Fundament, als u. a. in Aachen, Leipzig und Wien Handelshochschulen gegründet wurden. In Paris gab es mit der École Supérieure de Commerce bereits 1819 eine Wirtschaftshochschule. **Pioniere** im deutschsprachigen Raum waren beispielsweise **Eugen Schmalenbach (1873-1971)** mit seinen Grundlagen dynamischer Bilanzlehre sowie **Erich Gutenberg (1897-1984)**, der 1951 mit seinem Werk erstmals eine umfassende systematische Analyse der Fertigung und Organisation eines Betriebs darlegte. Zu den Wegbereitern **spezieller Betriebswirtschaftslehre** zählen beispielsweise **Edmund Heinen (1919-1996)** mit seiner 1972 veröffentlichten Industriebetriebslehre sowie **Henner Schierenbeck (geb. 1946)** mit der von ihm mitbegründeten Bankbetriebslehre.

Im **Gesundheitswesen entwickelten sich für einzelne Teilgebiete spezielle Management- und Betriebslehren**. Dazu zählen beispielsweise die 1975 bereits in der 3. Auflage erschienene Krankenhausbetriebslehre von Siegfried Eichhorn, die diesbezüglichen Arbeiten von Günther E. Braun oder Wilfried von Eiff, die Schriften zum Pflegemanagement von Gabriele Borsi (1994) oder die Managementlehren für Arzt- und Zahnpraxen von Klaus D. Thill (2004, 2005 und 2006) und von Frodl (1995).

² Auch hier handelt es sich nicht um eine eigene Rechtsform.

2 Gegenstand der Gesundheitsbetriebslehre

Die **Lernziele** des folgenden Kapitels sind:

- das Kennenlernen der Gesundheitsbetriebslehre als Teil der Wirtschaftswissenschaften.
- die Erforschung der Besonderheiten in der Gesundheitsbetriebslehre.

2.1 Gesundheitsbetriebslehre als Teil der Wirtschaftswissenschaften

Die Gesundheitsbetriebslehre befasst sich mit einer speziellen Art des Wirtschaftens (vgl. Frodl 2017, S. 3 ff.). Sie positioniert sich im System der Wissenschaften, da sie aufgrund der Eigenschaften von Gesundheitsbetrieben über reale Objekte und Sachverhalte im Gesundheitswesen informiert. Sie kann als die in sich geschlossene Leistungseinheit zur Erstellung von Behandlungs- und Pflegeleistung an Patient:innen angesehen werden. Sie wird auch als **anwendungsorientierte Betriebswirtschaftslehre** definiert, weil sie sich unmittelbar mit der betrieblichen Praxis in Gesundheitsbetrieben auseinandersetzt und Hinweise und Vorschläge zum Aufzeigen von Problemlösungen durch Untersuchung gesundheitlicher Schwerpunktbereiche gibt. Damit leistet die Gesundheitsbetriebslehre einen aktiven Beitrag zur Verbesserung und Gestaltung der wirtschaftlichen Tätigkeit in den Gesundheitsbetrieben, und zwar in Einheit von Gesundheit und Ökonomie.

Auch die Sozialwissenschaften als ein weiterer Teil der Realwissenschaft befassen sich mit den Gesundheitsbetrieben. Sie bilden zusammen mit den anderen speziellen Betriebswirtschaftslehren sowie mit der Volkswirtschaftslehre den Block der Wirtschaftswissenschaften.



Abb. 1: Einordnung der Gesundheitsbetriebslehre in das System der Wissenschaften (Quelle: Darstellung des Urautoren)

Zu einer dieser speziellen Betriebswirtschaftslehren gehört nun die Gesundheitsbetriebslehre – das ist ihre systematische Einordnung.

Die Unterschiede zwischen Betriebswirtschaftslehre und Volkswirtschaftslehre sowie der Allgemeinen und der Speziellen Betriebswirtschaftslehre einschließlich der Gesundheitsbetriebslehre können in kurzer Form wie folgt dargestellt werden:

Die **Volkswirtschaftslehre ist ein Teilgebiet der Wirtschaftswissenschaft**. Sie sucht Zusammenhänge bei der Erzeugung und Verteilung von Gütern und Produktionsfaktoren. Weiterhin beschäftigt sie sich mit dem menschlichen Handeln in Fragen des größtmöglichen Nutzens für den Einzelnen und gibt Handlungsempfehlungen für die Wirtschaftspolitik. Sie betrachtet einzelwirtschaftliche Vorgänge im Rahmen der Mikroökonomie und gesamtwirtschaftliche Vorgänge im Rahmen der Makroökonomie (z. B. des volkswirtschaftlichen Einkommens).

Die **Betriebswirtschaftslehre ist ein Teilgebiet der Wirtschaftswissenschaften** und beschäftigt sich mit den **einzelwirtschaftlichen Betrachtungsweisen**, z. B. in Unternehmen, die im Konkreten als Forschungsgegenstand betrachtet werden. Sie versteht sich als anwendungsorientierte interdisziplinäre Wissenschaft und bezieht auch Erkenntnisse der Sozial- und Rechtswissenschaften ein.

Die Betriebswirtschaftslehre lässt sich in zwei Teile gliedern, zum einen in die **Allgemeine Betriebswirtschaftslehre**, die Gegebenheiten und Probleme erklärt, die allen Unternehmen gemeinsam sind, unabhängig vom Wirtschaftszweig, dem sie angehören. Die **Speziellen Betriebswirtschaftslehren**, die sich mit den Besonderheiten der branchenbezogenen Unternehmen beschäftigen, ist u. a. Industriebetriebslehre, Versicherungsbetriebslehre, aber **auch die Betriebswirtschaftslehre des Gesundheitswesens**.

Merke: Die Betriebswirtschaftslehre ist ein Teilgebiet der Wirtschaftswissenschaften und beschäftigt sich mit den einzelwirtschaftlichen Betrachtungsweisen. Sie versteht sich als anwendungsorientierte, interdisziplinäre Wissenschaft und bezieht auch Erkenntnisse der Sozial- und Rechtswissenschaften ein. Sie hat die einzelnen Unternehmen und ihre Arbeitsweisen zum Forschungsgegenstand.

2.2 Beziehungen der Gesundheitsbetriebslehre zur Betriebswirtschaftslehre

Die **Gesundheitsbetriebslehre ist eine Teildisziplin der Speziellen Betriebswirtschaftslehre**. Sie befasst sich insbesondere mit den Arbeitsleistungen an Patient:innen, dem Einsatz medizinisch-technischer Betriebsmittel im Arbeits- und Leistungsprozess, dem Einsatz und der Verwendung von medikamentösen Heilmitteln und sonstigen Stoffen, die zum Leistungserstellungsprozess notwendig sind (vgl. Frodl 2017, S. 1 ff.).

Sowohl die Betriebswirtschaftslehre als auch die Gesundheitsbetriebslehre beschäftigen sich mit Handlungen und Entscheidungen von Gruppen und Einzelpersonen, die durch die Verwendung begrenzt vorhandener Mittel den größtmöglichen Nutzen erreichen wollen. Weitere Möglichkeiten von funktionellen und genetischen Beziehungsfaktoren, sind in Teilgebieten sowohl in der Betriebswirtschaftslehre als auch in der Gesundheitsbetriebslehre zu finden, so z. B. im funktionellen Bereich auf den Gebieten der strategischen und operativen Planung, der Leitung und Organisation einschließlich der Steuerung und Organisation, auf den Gebieten der Finanzen und Investition, auf den Gebieten der Personalwirtschaft, der Materialbereitstellung und des Absatzes und auf dem Gebiet der Informationsversorgung.

Neben den Beziehungen der Gesundheitsbetriebslehre zur Betriebswirtschaftslehre gibt es noch weitere **Beziehungsschnittpunkte**, so u. a. zur **Psychologie**. Die Psychologie beschäftigt sich mit dem

Verhalten der einzelnen Menschen und Gruppen von Menschen allgemein und im betrieblichen Arbeitsprozess. Wir unterscheiden hier die Arbeitsorganisations- und die Motivationspsychologie. Besonders hervorzuheben ist die Motivationspsychologie, welche die Richtung, Ausdauer und Wirkungsstärke von Verhalten erforscht. Sie wird auch häufig der Führungs- und angewandten Psychologie zugeordnet.

Eine weitere Beziehung der Gesundheitsbetriebslehre ergibt sich zur **Soziologie**. Während sich die Psychologie auf das Individuum konzentriert, untersucht die Soziologie die Beziehungen und Verhaltensweisen des Zusammenlebens von Menschen untereinander. Auch hier gibt es enge Beziehungen zur Gesundheitsbetriebslehre. Markant ist z. B. die Art und Weise, wie Vorgesetzte mit ihren Mitarbeiter:innen umgehen, welche Führungsstile welche Ursachen und Auswirkungen auf die menschlichen Beziehungen und Arbeitsleistungen haben. Auch das positive Gruppenverhalten ist Gegenstand der Soziologie und hat Einfluss auf die qualitative und quantitative Leistungserbringung im Gesundheitsbetrieb.

Enge Beziehungs- und Berührungspunkte der Gesundheitsbetriebslehre gibt es zur **Ingenieur- und Arbeitswissenschaft**. Diese liegen insbesondere in der effizienten Nutzung der Medizintechniken im Gesundheitsbereich, die zur Erforschung und Heilung von Krankheiten sowie deren Symptomatik von Bedeutung sind. Außerdem gibt es technische Produkte und Ausrüstungen, die ständig erforscht und weiterentwickelt werden müssen, um den neuen Anforderungen im ambulanten und stationären Bereich im Sinne der Patient:innenheilung besser gerecht zu werden.

Eine weitere Beziehung der Gesundheitsbetriebslehre zur Ingenieurwissenschaft liegt darin, den **technischen Standard weiter auszubauen**, um markt- und konkurrenzfähig zu bleiben. Auch die Arbeitswissenschaft ist eine ursprüngliche Ingenieurwissenschaft, die die Arbeit des Menschen unter verschiedenen Aspekten betrachtet. Sie untersucht die menschliche Zusammenarbeit und das Zusammenspiel von Mensch und Arbeitsmittel. Ihr Anliegen liegt darin, die Arbeitsprozesse Planung, Gestaltung, Leistung, Durchführung und Arbeitsplatzbewertung optimal umzusetzen. Mit diesen Prozessen beschäftigen sich auch die Gesundheitsbetriebslehre und deren Betriebe gemeinsam mit den Betriebswissenschaftler:innen, Ingenieur:innen, Soziolog:innen und Mediziner:innen für eine optimale Lösung des effektiven Einsatzes der Mitarbeitenden im Arbeitsprozess der Gesundheitsbetriebe.

Eine letzte Beziehung der Gesundheitsbetriebslehre liegt in der Beziehung zur **Rechtswissenschaft**. Die Beziehungen zur Rechtswissenschaft liegen vor allem in den vielfältigen Gesetzen und anderen rechtlichen Regelungen, die den Rahmen für die Handhabung vorgeben, der nicht überschritten werden darf. Auch die betrieblichen Entscheidungen werden durch Rechtsnormen und Vorschriften geregelt, wie z. B. die Gestaltung von Gesellschaftsverträgen, der Abschluss von Kaufverträgen sowie die Bestimmungen des Wettbewerbs-, Sozial-, Arbeits-, Bilanz- und Steuerrechts.

Merke: Die Gesundheitsbetriebslehre ist eine Teildisziplin der Speziellen Betriebswirtschaftslehre. Sie befasst sich insbesondere mit den Arbeitsleistungen an Patient:innen, dem Einsatz medizinisch-technischer Betriebsmittel im Arbeits- und Leistungsprozess, dem Einsatz und der Verwendung von medikamentösen Heilmitteln und sonstigen Stoffen, die zum Leistungserstellungsprozess notwendig sind.

1. Nennen und erläutern Sie in Stichpunkten die Beziehungsschnittpunkte der Gesundheitsbetriebslehre zu
 - a) der Psychologie,
 - b) der Soziologie,
 - c) den Ingenieurwissenschaften.
2. Nennen Sie wesentliche Meilensteine der Medizinhistorie.
3. Warum benötigen Angehörige der Medizinalfachberufe in der heutigen Zeit verstärkt juristische Grundkenntnisse?
4. Wie ist die Gesundheitsbetriebslehre im System der Wissenschaften einzuordnen? Bitte verbalisieren Sie.
5. Warum ist Erich Gutenberg nicht nur ein Pionier der Betriebswirtschaftslehre, sondern im übertragenen Sinne auch der Gesundheitsbetriebslehre?
6. Was ist der Unterschied zwischen der Allgemeinen Betriebswirtschaftslehre und der (den) Speziellen Betriebswirtschaftslehre(-n)?

3 Theoretische Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre im Gesundheitswesen

Die Lernziele des folgenden Kapitels sind:

- das Verständnis des ökonomischen Prinzips.
- die Kenntnis und Anwendung der induktiven und deduktiven Methode.
- den Einsatz der Faktoren in Gesundheitsbetrieben darstellen zu können.

3.1 Prinzipien des betriebswirtschaftlichen Handelns (Minimal- und Maximalprinzip)

Das unternehmerische Handeln im Gesundheitsbetrieb muss sich in einem erfolgreichen Verhältnis von Aufwand und Nutzen widerspiegeln (vgl. Frodl 2017, S. 14 ff.).

Das erfordert mit einem gegebenen Einsatz von finanziellen und materiellen Mitteln, einen maximalen Gewinn zu erwirtschaften oder vice versa einen definierten Gewinn mit möglichst geringen Mitteln zu erreichen. Daraus werden wir das **ökonomische Prinzip** ableiten. Grundlage hierfür sind folgende Fakten:

- Wirtschaftliche Ziele, auch als Erfolgsziele definiert, sind z. B. Gewinnmaximierung (hohe Rentabilität) und Kostenminimierung (hohe Produktivität).
- Ökologische Ziele sind z. B. umweltfreundliche Produktion bzw. Dienstleistung, umweltfreundliche Produkte, Schutz der Ressourcen, Abfallminderung, Abfallentsorgung usw.
- Soziale Ziele sind z. B. Arbeitssicherung, Schaffung sozialer und gesundheitlicher Einrichtungen, Patient:innen- und Arbeitszufriedenheit, soziale Gruppenbeziehungen von Patient:innen und Mitarbeitenden.

Das **ökonomische Prinzip**, auch „Rationalprinzip“ genannt, bestimmt das wirtschaftliche Handeln in drei Richtungen:

- als **Maximalprinzip**, das besagt, dass mit einem gegebenen Input an Produktionsfaktoren ein möglichst hoher Output erzielt wird.
- als **Minimalprinzip**, das besagt, dass ein vorgegebener Ertrag (Output) mit möglichst geringem Mitteleinsatz erreicht wird.
- als **Extremprinzip** (Optimum Prinzip), das besagt, dass Output (Aufwand) und Input (Ergebnis) aufeinander abgestimmt werden, um ein optimales ökonomisches Ergebnis zu erzielen.

Beispiel: Wenn eine Hausärztin einem Patienten wegen extremer Kopfschmerzen eine genaue Dosierung für einen möglichst geringen Zeitraum bewährter Tabletten verordnet, welche die Schmerzen verdrängen sollen, dann handelt die Ärztin nach dem Minimalprinzip. Sie versucht, mit dem vorgegebenen Medikamenteneinsatz einen größtmöglichen Verdrängungsschmerz zu erreichen.

Hier folgen weitere Beispiele aus den praktischen Gegebenheiten eines Medizinstudiums. Wer eine Klausurprüfung bestehen möchte, hat nach dem ökonomischen Prinzip folgende Handlungsmöglichkeiten:

- Wenn ein Studierender nicht Wert auf eine gute Note legt, sondern nur auf das Bestehen der Prüfung, dann setzt er nur so viel Zeit ein, dass er gerade noch auf eine „Vier“ kommt. Er versucht mit einem minimalen Einsatz von Zeit und Kraft ans Ziel zu kommen (**= Minimalprinzip**).
- Eine andere Studierende setzt ihre ganze Kraft und Zeit ein, um die beste Note zu erreichen. Diese Studentin handelt ebenfalls nach dem ökonomischen Prinzip. Sie versucht mit einem gegebenen Mitteleinsatz einen maximalen Erfolg zu erreichen (**= Maximalprinzip**).

3.2 Wissenschaftliche Methoden der Betriebswirtschaftslehre (induktive und deduktive Methoden)

Wie in den meisten Wissenschaftsdisziplinen benutzt auch die Gesundheitsbetriebslehre wissenschaftliche Methoden. Sie beinhalten Ansätze der Forschung, die kausale Zusammenhänge von Ursachen und Wirkung beschreiben, um anhand definierter Verfahrensregeln zu nachvollziehbaren und nachprüfbaren Verfahrensabläufen zu gelangen (vgl. Frodl 2017, S. 19).

Es werden die **induktive und die deduktive Methode unterschieden**.

Während die induktive Methode die Verallgemeinerung von Einzelbeobachtungen durch eine induktive Schlussfolgerung darstellt, um daraus Hypothesen und Gesetzmäßigkeiten abzuleiten, beinhaltet die deduktive Methode die Ableitung der vorgegebenen Schlussregeln von allgemeinen auf besondere Aussagen.

Ziel der Empirie ist es, theoretisch entwickelte Zusammenhänge und Hypothesen zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

Die induktive Theorie beschreibt Kausalzusammenhänge und leitet die Aussage auf ein Problem ab. Sie versucht, die getroffene Aussage mit der Realität der Praxis zu vergleichen. Dazu abstrahiert sie Einflüsse aus der Umwelt, die sich auf den kausalen Zusammenhang auswirken.

Zwei Beispiele einer hypothetischen Erkenntnis aus der induktiven Theorie:

- **Beispiel 1:** Ein Patient erhält eine kleine Dosis Medikamente und verspürt eine leichte Besserung. Der Patient erhält eine mittlere Dosis und verspürt eine mittlere Besserung. Der Patient erhält eine hohe Dosis und verspürt eine starke Besserung.
Schlussfolgerung: Das Medikament bewirkt die Besserung.
- **Beispiel 2:** Eine Patientin hat drei pathologische Auffälligkeiten im Blutbild und drei Symptome. Man weiß bereits, dass zwei der Symptome von zwei Auffälligkeiten verursacht wurden. **Schlussfolgerung:** Die dritte Auffälligkeit verursacht das dritte Problem.

Die deduktive Theorie basiert auf der logischen Ableitung vom Allgemeinen auf das Spezielle, vom Ganzen auf das Teil, von der Theorie auf die Hypothese. Bei richtigen Prämissen und korrekten Ableitungen sind deduktive Schlüsse immer richtig. Ziel der Empirie ist es, theoretisch entwickelte Zusammenhänge und Hypothesen in der Praxis zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Der deduktive Forschungsprozess vollzieht sich in folgenden Etappen:

Entdeckungszusammenhang: Hier ist die Gemeinsamkeit zur induktiven Theorie relativ groß, indem ein Problem formuliert und mithilfe theoretischer Überlegungen gelöst wird. In diesem Fall würde die Induktionstheorie ihre Arbeit abbrechen, wobei die Empirie weitergeht.

Begründungszusammenhang: Die theoretische Lösung des Problems wird formuliert. Danach wird eine Behauptung aufgestellt, die auf theoretischen Überlegungen beruht. Es wird geprüft, ob diese Hypothese mit den Vorkommnissen in der Realität übereinstimmt. Dazu wird eine Untersuchung aufgebaut. Begriffe müssen definiert und die dazu zu beobachteten Umstände messbar gemacht werden. Dazu sollte eine wissenschaftliche Methode entwickelt und eine Untersuchungsmenge (z. B. Anzahl der Stichproben) festgelegt werden. Diese Vorarbeiten werden dann durch eine Umfrage in die Realität umgesetzt. Danach werden die ermittelten Daten aufbereitet und beurteilt.

Verwendungszusammenhang: Das Ergebnis der Aussagen kann dann entweder eine Bestätigung oder eine Negierung der aufgestellten Hypothese sein. Das Ergebnis ist ggf. die Grundlage für weitere theoretische Entwicklungen, aber auch die Empirie kann der Praxis dienen.

Beispiel: Es soll untersucht werden, inwieweit die Kooperationsbeziehungen zwischen den Gesundheitsbetrieben zum Vorteil einzelner Gesundheitsbetriebe beitragen.

Dazu werden Analysen angestellt und eine Arbeitshypothese entwickelt. Diese könnte lauten: Kooperationsbeziehungen sind unter bestimmten Voraussetzungen Vorteile einzelner Gesundheitsbetriebe. Um eine Erhebung zu organisieren, werden Betriebe ausgewählt und zu einem bestimmten Thema befragt. Danach erfolgt die Auswertung der Daten. Die Auswertung kann z. B. wie folgt ausfallen: Die Mehrheit der befragten Betriebe sieht in den Kooperationsbeziehungen den Vorteil aller Kooperationspartner, einige der befragten Betriebe dagegen stehen den Kooperationsbeziehungen skeptisch gegenüber, indem sie den Vorteilseffekt für ihren eigenen Betrieb nicht erkennen.

Dieses Ergebnis kann veröffentlicht werden, aber auch neue Erkenntnisse für die weitere theoretische Behandlung dieser Thematik liefern.

Merke: Es werden induktive und deduktive Methoden unterschieden: Während die induktive Methode die Verallgemeinerung von Einzelbeobachtungen durch eine induktive Schlussfolgerung darstellt, um daraus Hypothesen und Gesetzmäßigkeiten abzuleiten, beinhaltet die deduktive Methode die Ableitung der vorgegebenen Schlussregeln von allgemeinen auf besondere Aussagen.

3.3 Faktoreneinsatz in Gesundheitsbetrieben

Nach der Wirtschaftlichkeitsdefinition von Erich Gutenberg kann die Faktorentheorie auch als Grundlage für Gesundheitsbetriebe dienen, insbesondere im Blickfeld auf die Nutzung der Faktorkombination für die Leistungserstellung bei Beachtung kostensparender Aspekte (vgl. Frodl 2017, S. 16 ff.). Der kombinierte Faktoreneinsatz in den Gesundheitsbetrieben richtet sich vor allem an die menschlichen Arbeitsleistungen an Patient:innen durch den Einsatz von medizinischen und sonstigen Betriebsmitteln und an die Verwendung von Heilmitteln und sonstigen Stoffen. Soll der Faktorsertrag ermittelt werden, so sind die Behandlungsleistungen ins Verhältnis zu den Behandlungsaufwendungen zu setzen. Im Gesundheitsbetrieb werden folgende Einsatzfaktoren unterschieden:

- Potenzialfaktoren,
- Verbrauchsfaktoren,
- Dispositivfaktoren.

Zu den **Potenzialfaktoren** gehört die menschliche Arbeit, die sich wiederum in patient:innenbezogene Arbeit (Diagnose, Therapie, Pflege, Betreuung usw.) und dispositive Arbeit (Leitung, Planung, Organisation, Kontrolle usw.) aufteilen lassen. Dazu zählen auch die Produktions- bzw. Leistungsanlagen, die Grundstücke und Gebäude.

Zu den **Verbrauchsfaktoren** zählen Betriebs-, Roh- und Hilfsstoffe, die im Zusammenhang mit den Leistungsprozessen verbraucht werden. Sie **gehen unmittelbar in ein Produkt** bzw. in eine Dienstleistung **ein**. Betriebsstoffe dienen lediglich der Leistungserstellung und sind nicht Bestandteil eines Produktes.

Zu den **dispositiven Faktoren** gehören die **Leitung, die Planung, die Organisation und die Kontrolle**. Diese Faktoren beziehen sich insbesondere auf die leitende, lenkende, planende, organisierende und kontrollierende Tätigkeit im Unternehmen. Ein einzelner Produktionsfaktor, z. B. ein Betriebsmittel, ist ein unproduktiver Faktor, wenn dieser nicht durch andere Faktoren, wie z. B. Arbeit, aktiviert wird, um

die gewünschten Produkte bzw. Leistungen in der vorgegebenen Zeit, Menge und Qualität herzustellen.

Die Effizienz beschreibt die **Wirksamkeit von Strukturen bzw. Aktivitäten**. Konkreter Maßstab dafür ist die Effektivität, die ein Globalmaß darstellt, um die Eignung eines Instrumentes zur Zielerreichung festzulegen.

Effektivität liegt vor, wenn ein vorher definiertes Ziel erreicht wird, z. B. wenn alle geplanten Operationen eines Tages auch durchgeführt wurden. Effizienz dagegen beschreibt das Verhältnis des Zieles zu dem dazu nötigen Aufwand. Die Effizienz ist dann höher, wenn eine OP nicht mit zwei Teams, sondern mit einem Team durchgeführt wird.

Folgende Formen der Effizienz sind in Betrieben des Gesundheitswesens relevant:

Organisatorische Effizienz, wenn bestimmte Organisationsformen unter bestimmten Situationen am Markt erfolgreich sind.

Leitungseffizienz, wenn die Führungs- und Leitungsinstrumente so eingesetzt wurden, dass ein sicherer moralischer und materieller Erfolg eintritt.

Unternehmenseffizienz, wenn die Messgrößen, wie z. B. Absatzleistungen, Kosteneinsparungen, Fluktuation, Fehlzeiten usw., eine als positiv definierte Parametrisierung aufweisen.

Individualeffizienz ist gegeben, wenn z. B. Beschwerden von Patient:*innen oder Mitarbeitenden im vollen Umfang zur Zufriedenheit gelöst werden oder wenn Planvorgaben je Mitarbeiter:in in voller Qualität und Quantität erfüllt werden usw.

Die folgende Abbildung soll dieses Zusammenspiel verdeutlichen:

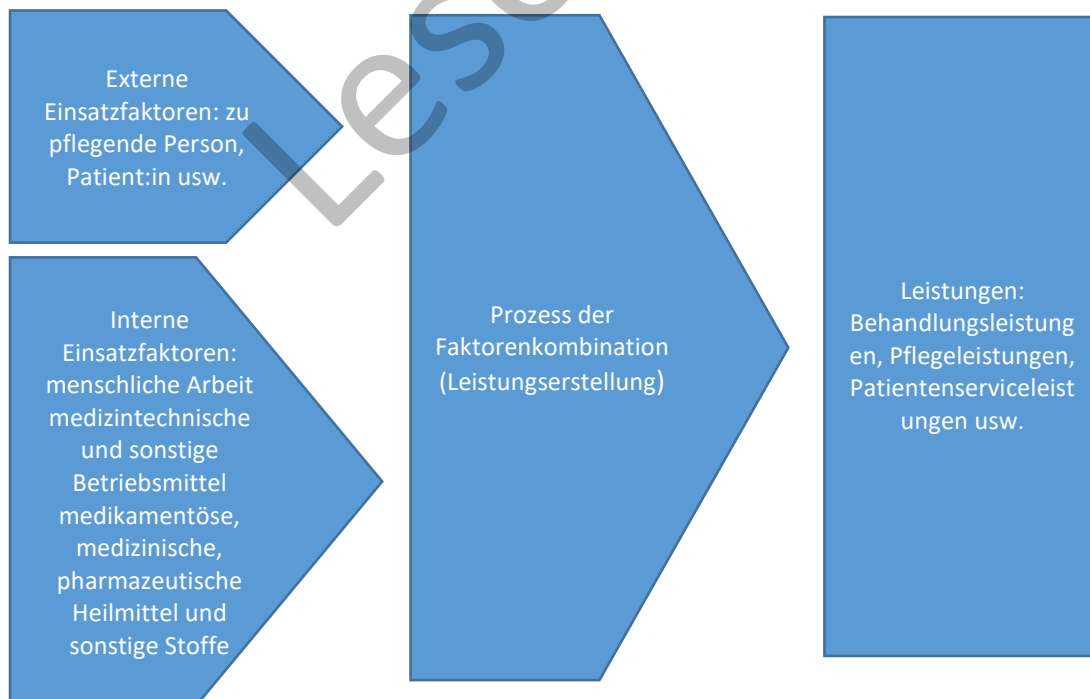


Abb. 2: Faktorenkombination im Leistungserstellungsprozess des Gesundheitsbetriebs (Quelle: eigene Darstellung des Urautoren)

Je mehr Mitarbeiter:innen an einem Planungs- und Gestaltungsprozess mitgewirkt haben, desto mehr werden sie das Ergebnis später mittragen bzw. desto weniger werden sie dagegen opponieren.

Nach der prozessbezogenen Unternehmensführung unterscheiden wir folgende **fünf Planungsphasen**:

Die **Anregungsphase**, in der Informationen zu beschaffen, das Problem zu bestimmen und seine Klärung mittels einer Ursachenanalyse vorzunehmen sind, wie z. B.:

- Problemerkennung,
- Analyse der Ausgangssituation,
- Ermittlung/Beachtung der Unternehmensziele,
- Festlegung/Präzisierung der Entscheidungsaufgabe.

Die **Suchphase**, die zur Vorbereitung der Entscheidung dient und z. B. aus folgenden Maßnahmen besteht:

- Festlegung der Entscheidungskriterien,
- inhaltliche Präzisierung alternativer Lösungsansätze,
- Ermittlung der Auswirkungen alternativer Lösungen,
- Bewertung der Auswirkungen alternativer Lösungen.

Die **Entscheidungsphase**, in welche die Erkenntnisse der Suchphase einfließen. Sie bildet den Abschluss des Planungsprozesses ab und umfasst z. B.:

- Bewertung der Lösungsansätze anhand von Kriterien,
- Aufstellung einer Prioritätenskala der Lösungsansätze,
- Auswahl des Lösungsansatzes mit dem höchsten Zielerreichungsgrad.

Die **Durchführungsphase**, in der dann die geplanten Maßnahmen realisiert werden. Dabei gilt es, verschiedene Aspekte zu berücksichtigen.

Die **Kontrollphase**, welcher folgende Aufgaben zuzuordnen sind:

- Soll-Ist-Abgleich der Planvorgaben;
- Bewertung des eingetretenen Ergebnisses;
- Analyse eventueller Abweichungen und der Abweichungsgründe;
- Ermittlung von Verbesserungsvorschlägen für spätere, ähnlich geartete Situationen.

Merke: Planung ist ein zukunftsbezogenes Durchdenken und Festlegen von Zielen, Maßnahmen, Mitteln und Wegen zur Zielerreichung.

Das **Hauptaugenmerk** liegt auf der **Durchführungsphase**, die wir nun genauer spezifizieren wollen. Das Top-Management legt die langfristigen Unternehmensziele fest, das Middle-Management setzt sie in bereichsübergreifende und bereichsspezifische Strategien um. In der Durchführungsphase stehen dabei folgende Aufgaben im Vordergrund:

Im Materialbereich:

- Angebote einholen,
- Warenannahme durchführen,

- Warenproben entnehmen,
- Waren einlagern.

Im Marketingbereich:

- Kunden gewinnen,
- Werbung durchführen,
- Kundenaufträge bearbeiten,
- Marktstudien erstellen.

Im Finanzbereich

- Zahlungsmiteingänge sicherstellen,
- Zahlungsausgänge bearbeiten,
- Investitionsrechnungen durchführen,
- Finanzplan erstellen.

Innerhalb der Planumsetzung kann es in den Bereichen und Führungsebenen bei der Ausführung der Arbeitsaufgaben zu **Störungen** kommen. Diese müssen möglichst **frühzeitig erkannt und** durch geeignete sach- und personenbezogene Maßnahmen **beseitigt werden**.

Nach dem Zeitbezug unterteilen wir die Planung in:

- strategische Planung,
- taktische Planung,
- operative Planung.

Strategische Planung:

Sie ist eine **langfristige Planung**, die **über den Zeitraum von vier bis fünf Jahren hinausgeht**. Sie erfolgt als Grobplanung in Verantwortung der Unternehmensleitung. Strategien sind formalisierte Handlungsanweisungen zur Lösung grundlegender langfristiger Probleme des Gesundheitsbetriebs und seiner Bereiche. Ausgangspunkt strategischer Planung ist meistens eine Umwelt- und Unternehmensanalyse, um strategische Handlungspotenziale innerhalb und außerhalb des Gesundheitsbetriebes zu identifizieren und miteinander zu verknüpfen, sowie kritische Erfolgsfaktoren abzuleiten und Risiken zu antizipieren.

Instrumente bzw. Methoden, die die strategische Planung unterstützen, sind die **Situationsanalyse, die Lückenanalyse, die SWOT-Analyse, die Stärken-Schwäche-Analyse, die Konkurrenzanalyse und die Kennzahlenanalyse**. Da die strategische Planung mit mangelnder Vorausssehbarkeit und Vorausbestimmbarkeit konfrontiert ist, sollte die Betriebsleitung des Gesundheitsbetriebes zur Unterstützung folgende Planungskonzepte einbeziehen:

Ein Planungskonzept ist ein Entwurf für die strategische Planung, die relativ schwierig durchzuführen ist, weil nicht alle Einflussfaktoren vorhersehbar bzw. vorausbestimmbar sind. Die Unternehmensleitung kann sich **verschiedener Planungskonzepte** bedienen:

Das **Einflussfaktoren-Konzept**, das detaillierte Aufzählungen von strategierelevanten Faktoren enthält, z. B. ökonomischer, politischer, wettbewerbsrelevanter Art.

Das **Stakeholder-Konzept**, das Interessengruppen als Früherkennungspotenzial einbezieht, die am Unternehmensgeschehen teilnehmen, z. B. Kapitalgebende, Kund:innen, Lieferant:innen.

Das **Scoring-Konzept**, das einer Nutzwertanalyse entspricht. Die einzelnen Zielmerkmale werden mit Wertgrößen beziffert, gewichtet und vielfach computergestützt verarbeitet; diese Wertgrößen werden „scores“ genannt.

Das **Synergie-Konzept**, das den **2+2=5-Effekt** beschreibt. Damit sind Leistungsvorteile gemeint, die ein Unternehmen durch Kooperation mehrfach ausnutzt, z. B. durch Verwertung von Forschungsergebnissen in mehreren Unternehmensbereichen.

Das **Lebenszyklus-Konzept**, dessen Grundidee darin besteht, dass ein Produkt vom Zeitpunkt seiner Markteinführung unterschiedliche Nachfragephasen durchläuft.

Das **Erfahrungskurven-Konzept**, das Kostendegressionseffekte kennzeichnet, die sich über längere Zeit hinweg in vielen Branchen einstellen.

Das **Verhaltensmodell-Konzept**, das als Idealtypus von planenden Unternehmen z. B. als Anpasser, Verteidiger, Analytiker und Prospektoren als Ideengeber fungiert.

Eine wesentliche Grundlage zur Entwicklung von Strategien für den Gesundheitsbetrieb liefert das **Lebenszyklus-Konzept**. Das Lebenszyklusmodell beruht im Gesundheitsbetrieb vordergründig auf betrieblichen Aktivitäten und Entscheidungen sowie auf der Ergebniseinwirkung der Umwelt auf den Gesundheitsbetrieb. Der Verlauf des Lebenszyklusmodells unterliegt keinem Rechenmodell oder eindeutig nachvollziehbarer Kausalitäten als Erklärungshintergrund des Modellverlaufs, sondern Hypothesen, die die Phasen und Zeitrelationen bestimmter Verhaltensweisen der Beteiligten der Betriebe einbeziehen.

Die **Gründungsphase** bzw. (im Sinne des klassischen Lebenszyklus-Konzeptes) die **Einführungsphase** des Gesundheitsbetriebs kann durch unterschiedliche Länge, Schwierigkeiten oder Erfolg bzw. Misserfolg gekennzeichnet sein. Es ist eine entscheidende und wichtige Phase, die im Falle des betriebswirtschaftlichen oder anderweitig begründeten Misserfolgs **auch zum Scheitern führen kann**. In dieser Phase sind strategische Entscheidungen zu treffen, die die Größe des Betriebs, das Investitionsvolumen, die Mitarbeiterzahl, die Rechtsform, den Standort, die genaue fachliche Ausrichtung sowie die Marketingkonzeption und die Patientenzielgruppen betreffen. Ständige Optimierungs- und Veränderungsprozesse sind daher in dieser Phase erforderlich, bisweilen auch Improvisation. Die Strategie muss daher in dieser Phase dazu beitragen, durch Sammlung von ausreichenden Informationen möglichst schnell eine dauerhafte Organisation strukturieren zu können. Im Falle der Übernahme einer Arztpraxis handelt es sich um keine Neugründung, da Mitarbeiter:innen, Patient:innen und Ausstattung usw. in der Regel übernommen werden, sodass sich die strategischen Entscheidungen eher auf eine mögliche Neuausrichtung konzentrieren werden.

Die **Wachstumsphase** kann unterschiedlich lange dauern. Wichtige strategische Entscheidungen in dieser Phase beziehen sich auf zukünftigen Behandlungsschwerpunkte, die Personal- und Organisationsentwicklung und die Investition in Behandlungskonzepte. In dieser Phase ist mit einem progressiven Wachstum zu rechnen, alle Prozesse sind sehr dynamisch. Es treten im Falle der Neugründung die ersten Gewinne ein.

Die **Reife- bzw. Sättigungsphase** (im 4-Phasen-Modell des Lebenszyklus-Konzeptes auch **Konsolidierungsphase** genannt) ist in der Regel die längste Phase im Lebenszyklus. Sie ist im Wesentlichen gekennzeichnet durch eine Stabilisierung des Leistungsangebots und des Patientenaufkommens. In diese Phase fallen auch Veränderungen (beispielsweise Umorganisationen, Rechtsformwechsel, Bildung einer Gemeinschaftspraxis, Klinikumbauten, Spezialisierung auf bestimmte Behandlungsmethoden usw.), die langfristig wirksam sind. Strategische Entscheidungen beziehen sich in dieser Phase überwiegend auf Erhaltungsinvestitionen oder Rechtsformwechsel. Auch die Gewinne konsolidieren sich. Wachstum ist noch vorhanden, fällt aber nur noch degressiv an. Die Risiken bestehen in der Routine und der Gewohnheit, die die notwendigen Weiterentwicklungs- und Verbesserungsprozesse im Gesundheitsbetrieb oft verhindern. Insbesondere die Entwicklung der betriebswirtschaftlichen Situation, die durch eine Veränderung der Rahmenbedingungen verursacht sein kann, wird dabei häufig aus den Augen verloren, sodass ein rechtzeitiges, steuerndes Eingreifen nicht möglich wird. In der Konsolidierungsphase muss die Strategie daher einen Beitrag leisten, den wirtschaftlichen Erfolg durch geeignete Kontrollmechanismen und Organisationsentwicklungsmaßnahmen langfristig zu sichern.

Lösung der Übungsaufgaben

LÖ

Lösungen

Zu 1) Beziehungsschnittpunkte zur Psychologie sind in der

- Motivationspsychologie,
 - Verhaltenspsychologie,
 - Führungspsychologie,
 - erfolgswirksamen Psychologie,
 - klinischen Psychologie,
 - Lernpsychologie
- zu sehen.

Beziehungsschnittpunkte zur Soziologie liegen

- in der Beziehung und Verhaltensweise des Zusammenlebens von Menschen untereinander.
- in der Art und Weise des Umgangs der Vorgesetzten mit ihren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen.
- im Gruppenverhalten und dessen Einfluss auf die Leistungserbringung für den Gesundheitsbetrieb.
- in den Wirkungseffekten positiver Verhaltensweisen des Zusammenlebens von Vorgesetzten, Gruppen und Gruppenmitgliedern auf die Entwicklung eines positiven Betriebsklimas.

Beziehungsschnittpunkte zu den Ingenieurwissenschaften sind:

- die Entwicklungen immer neuer medizinischer Apparaturen durch Ingenieur:innen;
- Effizienztests dieser Geräte anhand des Heilerfolges, aber auch der Bedienfreundlichkeit und der Patient:innenakzeptanz;
- statistisch-technische Auswertungen;
- Förderung der medizinischen Forschung durch Ingenieur:innen und Naturwissenschaftler:innen allgemein.

Zu 2) Meilensteine der Medizinhistorie sind

- der Gesetzeskodex des Hammurabi zum Umgang mit Kranken im Allgemeinen;
- die Formulierung des hippokratischen Eides;
- Leprosorien als Pflegeeinrichtungen;
- medizinische Forschung der Araber, erste Krankenhäuser zu Zeiten Harun-ar-Raschids;
- erste Großkrankenhäuser in Österreich und den USA;
- Polikliniken und nun Gemeinschaftspraxen z. B. in (Ost-)Deutschland.

Zu 3)

- Sie sind einer äußerst komplexen Gesetzesumwelt im medizinischen Sektor ausgesetzt.
- Patient:innen neigen bei (vermeintlichen) Schlechtleistungen verstärkt zu juristischen Auseinandersetzungen, z. B. gibt es zahllose Fachanwält:innen für Medizinrecht.
- Gesundheitsberufler:innen sind verstärkt als Unternehmer:in tätig und schließen als solche eine Vielzahl von Verträgen.
- Sie unterliegen ferner dem Handels- und Gesellschaftsrecht in Deutschland.
- Sie sind verstärkt von steuerrechtlichen Fragen betroffen.

Literaturverzeichnis

Anmerkung: Die Bücher aus dem Springer-Verlag und von Springer-Gabler stehen über den Online-Campus der DIPLOMA zum Download bereit.

Betz, B. Praxis-Management für Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag 2014.

Breitkreuz, G.; Lange, B. Praxisrelevante Betriebswirtschaftslehre. Aachen: Shaker Verlag 2010.

Breitkreuz, G.; Lange, B. Controlling – Kompakt, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Aachen: Shaker Verlag 2019.

Busse von Colbe, W.; Coenenberg, A.; Kajüter, P.; Linnhoff, U.; Pellens, B. (Hrsg.). Betriebswirtschaft für Führungskräfte, 5. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel 2021.

Fleßa, S. Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre. München: Oldenbourg Verlag 2014.

Fleßa, S. Grundlagen der Gesundheitsökonomie, 4. Auflage. Berlin/Heidelberg/New York: Springer-Gabler-Verlag 2020.

Frodl, A. Gesundheitsbetriebslehre, 2. Auflage. Wiesbaden: Gabler Verlag 2017.

Frodl, A. Personalmanagement im Gesundheitswesen: Instrumente wertschätzender Personalführung, 2. Auflage. Wiesbaden: Springer 2023.

Genossenschaftsverband (07.07.2022). Quo Vadis? Genossenschaften im Gesundheitssektor. Aufgerufen von <https://www.genossenschaftsverband.de/newsroom/magazin-genial/themen/gesund-mit-genossenschaften/quo-vadis-genossenschaften-im-gesundheitssektor/>, letzter Zugriff am 28.08.2023.

Grethler, A.; Schmitt, W. Betriebswirtschaftslehre für Kaufleute im Gesundheitswesen, 2. überarbeitete Auflage. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag 2019.

Haubrock, M.; Schär, W. Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft, 6. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Haber Verlag 2017.

Kasper, N. Marktorientierte Gestaltung des Krankenhausleistungsprogramms. Medizinstrategie in Theorie und Praxis. Berlin: De Gruyter Oldenbourg 2019.

Lausch, A. Betriebsführung und Organisation im Gesundheitswesen, 7. Auflage. Wien: Wilhelm Maudrich Verlag 2017.

Laux, H. Entscheidungstheorie, 9. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag 2014.

Müller, E. Marburger-Management-Konzept für Unternehmen im Gesundheitswesen. Stuttgart: Kohlhammer 2022.

Olfert, K. Personalwirtschaft, 17. Auflage. Herne: Kiehl-Verlag 2019.

DIPLOMA

Private staatlich anerkannte Hochschule
University of Applied Sciences

DIPLOMA Hochschule

Studienservice

Herminenstraße 17f
31675 Bückeburg

Tel.: +49 (0)40 228 988 240
meinstudium@diploma.de
diploma.de



Leseprobe



Du möchtest mehr erfahren?

Unser aktuelles Studienangebot und weitere Informationen sowie unsere Angebote zur Studienberatung findest Du auf **www.diploma.de**