

Controlling im Krankenhaus

Winfried Zapp *Hrsg.*

Controlling im Krankenhaus

Das Zusammenspiel von Werten,
Prozessen und Innovationen



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Springer Gabler

Controlling im Krankenhaus

Reihe herausgegeben von

Winfried Zapp, Osnabrück, Deutschland

Unter Mitarbeit von

Julian Terbeck, Osnabrück, Deutschland

Die Bücher der Reihe richten sich an Fach- und Führungskräfte im Controlling von Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen sowie an Dozenten und Studierende aus dem Bereich Gesundheitsmanagement und Controlling. Herausgegeben werden sie von Prof. Dr. Winfried Zapp, Allgemeine Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Rechnungswesen, insbesondere Controlling im Gesundheitswesen an der Hochschule Osnabrück unter Mitarbeit von Julian Terbeck, MA. Aktuelle und relevante Themen des Controllings in Gesundheitseinrichtungen werden praxisnah aufbereitet. Neben den theoretischen Grundlagen zu Bereichen wie Leistungsverrechnung, Benchmarking, Prozesskostenrechnung und Berichtswesen bietet die Reihe konkrete Handlungsempfehlungen und Instrumente. Die Bücher, die in Zusammenarbeit mit Experten aus Wissenschaft und Praxis geschrieben werden, unterstützen die Leser dabei, ihr Wissen und ihre Kompetenz in den Bereichen Kostenmanagement, Controlling und Prozessmanagement zu erweitern und praktisch umzusetzen.

Weitere Bände in der Reihe <http://www.springer.com/series/13107>

Winfried Zapp
(Hrsg.)

Controlling im Krankenhaus

Das Zusammenspiel von Werten,
Prozessen und Innovationen

Hrsg.
Winfried Zapp
Hochschule Osnabrück
Osnabrück, Deutschland

ISSN 2198-6010 ISSN 2198-6029 (electronic)
Controlling im Krankenhaus
ISBN 978-3-658-25842-9 ISBN 978-3-658-25843-6 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-25843-6>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Gabler

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer Gabler ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Vorwort

Werte, Prozesse, Innovationen: Das klingt nach Dreischritt und bedeutet vorangehen. Es schwingt auch etwas der Dreiklang mit – dann klingt es nach Harmonie. Und dennoch gehören Werte, Prozesse und Innovationen nicht zu den Standardbegriffen der Betriebswirtschaftslehre.

Dort sind Wertberichtigungen, Wertminderungen, Fortschreibung der Werte oder Due Diligence Ausdruck von Werten, womit vor allem die tatsächlichen Verhältnisse abgebildet werden sollen. Diese Wertbegriffe stehen für sich, sie sind nicht verbunden mit anderen Begriffen.

Prozesse sind Controllinghebel, um Optimierungen, Verbesserungen oder Anpassungen herbeizuführen. Und mit Innovationen sind Neuerungen gemeint, die als Erneuerungen oder als neue Ideen und Erfindungen verstanden werden. Beide Begriffe werden nicht im Zusammenhang mit Werten verwendet.

In diesem Buch soll der Versuch unternommen werden, über eine Bestandsaufnahme der Werte, die Bedeutung der Prozesse als nachfolgendes Instrument herauszuarbeiten und die Denkweise von Innovationen hervorzuheben und mit Beispielen deutlich werden zu lassen.

Dieses Buch wurde wieder in bewährter Weise von einigen Personen wesentlich beeinflusst:

Claudia Hasenbalg von Springer Gabler hat die ersten Schritte zu diesem Buch eingeleitet. Margit Schlomski hat uns bis zum Druck fachlich qualifiziert und engagiert begleitet, unterstützt und so wesentlich zum Gelingen dieses Buches beigetragen.

Diesem Team, das sich immer wieder mit seinen Erfahrungen in diese Buchreihe eingebracht hat, danken wir in besonderer Weise.

Hans im Glück wollte nach seinen sieben Dienstjahren wieder zurück nach Hause zu seiner Mutter. Er tauscht seinen Lohn in Form eines großen Klumpen Goldes gegen ein Pferd ein, dann für eine Kuh, für eine Gans und schließlich für einen Schleifstein mitsamt einem einfachen Feldstein. Beide Steine fallen ihm in einen Brunnen. „So glücklich wie ich, rief er aus, gibt es keinen Menschen unter der Sonne. Mit leichtem

Herzen und frei von aller Last ging er nun fort, bis er daheim bei seiner Mutter angekommen war.“ – Fassung der Brüder Grimm (https://de.wikipedia.org/wiki/Hans_im_Glück abgerufen am 07.12.2019).

Hier erleben wir die unterschiedlichen **Wert**-Vorstellungen, die Hans im Glück den einzelnen Gegenständen zuordnet. Er ist bei diesen Tausch-**Prozessen** immer glücklich. Sein wichtigster **Wert** ist das Ankommen bei seiner Mutter. Deshalb kündigt er seinen Dienst und macht sich auf den Weg. **Innovativ** ist seine Definition von Glück und die Vielfalt des Empfindens von Glück.

Diese Geschichte möchte anregen, die einzelnen Beiträge dieses Buches genau zu lesen, um daraus Anregungen für den Berufsalltag zu erhalten. Zahlreiche Autoren haben sich zu den unterschiedlichen Themen dazu geäußert. Die Autoren kommen aus den Bereichen der Beratung, des Controllings, der Pflegedienstleitung oder eines Trainee-programms. Einige Autoren haben sich im Rahmen ihres Masterstudiums mit den Themenschwerpunkten auseinandergesetzt.

Der Leser kann so aus den Themengebieten Werte und Prozesse differenzierte und aussagefähige Informationen erhalten. Im Themenblock Innovationen sind zahlreiche beispielhafte und anwendungsorientierte Verfahren dargestellt, analysiert und abgehandelt worden, sodass damit eine Transferleistung und Übertragbarkeit auf die eigene Situation vorgenommen werden kann.

Wir wünschen unseren Lesern viele mutmachende Anregungen und auch ein gewisses Lesevergnügen, wie Hans im Glück es empfunden haben muss, als er von seinem Dienstherrn aufbrach.

Osnabrück
im März 2019

Prof. Dr. Winfried Zapp

Inhaltsverzeichnis

1	Werte, Prozesse, Innovationen – im Spannungsbogen des Controllings . . .	1
	Winfried Zapp	
2	Ökonomische Werte im Gesundheitsbereich	5
	Manuela Klein	
2.1	Einleitung	5
2.2	Dimensionen des Wertebegriffs	6
2.2.1	Volkswirtschaftliche Perspektive	6
2.2.2	Gesundheitsökonomische Perspektive	9
2.2.3	Betriebswirtschaftliche Perspektive	14
2.2.4	Ethische Perspektive	20
2.3	Auswirkungen und kritische Abwägung der Perspektiven	23
2.3.1	Ziele und Wirkungsweisen der vier Perspektiven	23
2.3.2	Fallbeispiel	27
2.4	Fazit	28
	Literatur	29
3	Ethische Anforderungen im Controlling: Ethik, Moral, Regeln, Tugend	33
	Vera Hundeler	
3.1	Einführung in die Thematik	33
3.2	Theoretische Grundlagen	34
3.2.1	Begriffsbestimmung Controlling	34
3.2.2	Spannweite des Begriffs Ethik und angrenzende Begriffe	36
3.2.3	Konzeptionen und Ansätze der (Unternehmens-)Ethik	40
3.3	Controlling von ethisch orientiertem Handeln	43
3.3.1	Darstellung von Problemfeldern	43
3.3.2	Anforderungen an ein ethikorientiertes Controlling	50
3.3.3	Aufbau eines ethikorientierten Controllings	52
3.4	Ausblick	61
	Literatur	63

4	Corporate Social Responsibility (CSR): Konstruktiv-kritische Analyse für den Gesundheitsbereich	67
	Merle Richter und Luise Steen	
4.1	Einführung in die Thematik.....	67
4.2	Spannweite des Begriffs CSR.....	68
4.2.1	Corporate Citizenship und Corporate Governance.....	68
4.2.2	Begriffsdefinitionen von CSR.....	70
4.3	Modelle und Dimensionen.....	74
4.3.1	Das 3-Säulen-Modell.....	74
4.3.2	Das Reifegradmodell.....	75
4.3.3	Die Verantwortungsbereiche nach Carroll.....	78
4.3.4	Ebenen der Verantwortung.....	79
4.3.5	Zusammenhang der Dimensionen und Modelle.....	80
4.4	Umsetzung von CSR.....	81
4.4.1	CSR in der Betriebswirtschaft.....	82
4.4.2	CSR im Krankenhaus.....	84
4.5	Kritische Würdigung.....	88
4.6	Fazit.....	91
	Literatur.....	92
5	Prozessanalyse und Service Blueprinting für ein Prozesscontrolling	95
	Katharina Albers	
5.1	Einleitung.....	95
5.2	Theoretische Grundlagen.....	96
5.2.1	Der Prozessbegriff.....	96
5.2.2	Die Prozessanalyse.....	99
5.3	Konzeption des Service Blueprinting für ein Krankenhaus.....	103
5.3.1	Die Methode des Service Blueprinting.....	103
5.3.2	Anwendungsmöglichkeiten im Krankenhaus.....	105
5.3.3	Zwischenfazit: Kritische Würdigung.....	109
5.4	Gestaltung eines Prozesscontrollings.....	109
5.4.1	Service Blueprinting als Prozessanalyse.....	109
5.4.2	Service Blueprinting für ein Prozesscontrolling.....	111
5.4.3	Zusammenfassende Bewertung: Die Bedeutung des Service Blueprinting für das Krankenhaus.....	116
5.5	Ausblick.....	117
	Literatur.....	117

6	Lean Management – Anforderungen, Ziele, Möglichkeiten	121
	Frauke Teuber	
6.1	Spannweite von Lean Management	121
6.1.1	Begriffsbestimmung.	121
6.1.2	Betrachtung der Entwicklung	122
6.1.3	Theoretische Fundierung	123
6.2	Lean Hospital – Übertragung von Lean Management auf das Krankenhaus	126
6.2.1	Faktoren für ineffiziente und ineffektive Krankenhausprozesse.	126
6.2.2	Übertragung der Leitprinzipien in die Krankenhauspraxis ...	127
6.2.3	Anforderungen an Lean Hospital.	131
6.2.4	Methoden zur Realisierung eines Lean Hospital.	133
6.2.5	Anwendungsbeispiele	138
6.2.6	Kritische Würdigung	141
6.3	Fazit	142
	Literatur.	143
7	Innovationscontrolling – Innovation für den Gesundheitsbereich: Bedeutung von Innovationen und deren Controlling im Krankenhausektor	145
	Maria Tiedal	
7.1	Hinführung zum Thema	145
7.2	Theoretische Grundlagen	146
7.2.1	Spannweite des Begriffs Innovation	147
7.2.2	Innovationsarten.	147
7.2.3	Innovationscontrolling als Performance Measurement und Management.	153
7.3	Innovationscontrolling im Krankenhausbereich	160
7.3.1	Das Innovation Excellence Modell als Konzeptionsansatz	161
7.3.2	Bedeutung des Controllings für die Steuerung von Innovationen im Krankenhaus	165
7.4	Ausblick	166
	Literatur.	168
8	Kognitive Verzerrungen als Ausgangsbasis für ein Controlling	171
	Timo Neunaber	
8.1	Problemstellung und Zielsetzung.	171
8.2	Theoretische Grundlagen	173
8.2.1	Begriffsbestimmung: Kognitive Verzerrungen als Ausdruck begrenzter Rationalität	173
8.2.2	Kognitive Verzerrungen nach Kahneman und Tversky	175

8.3	Kognitive Verzerrungen als Thema des Controllings.	179
8.3.1	Kategorisierung von kognitiven Verzerrungen in der Unternehmenspraxis	179
8.3.2	Kognitive Verzerrungen am Beispiel des Management-Reportings	181
8.3.3	Debiasing als Controlleraufgabe	183
8.3.4	Auswirkungen auf das Controllerverständnis	187
8.4	Ausblick	189
	Literatur.	190
9	Behavioral Accounting	193
	Lisa-Marie Klotzbücher	
9.1	Problem und Ziel	193
9.2	Grundlagen des Behavioral Accounting.	195
9.2.1	Spannweite des Begriffs	195
9.2.2	Definition.	197
9.2.3	Geschichtliche Entwicklung	198
9.2.4	Ziele	200
9.3	Die differenzierten Bereiche des Behavioral Accounting	200
9.3.1	Behavioral Financial Accounting.	201
9.3.2	Behavioral Tax Accounting	202
9.3.3	Behavioral Management Accounting.	202
9.3.4	Behavioral Accounting Research.	203
9.4	Behavioral Accounting in der Praxis	203
9.4.1	Budgetierung	204
9.4.2	Management	206
9.5	Ausblick	209
	Literatur.	211
10	Fallmixorientiertes Controlling	213
	Saskia-Lana Leicht	
10.1	Problemstellung und Zielsetzung.	213
10.2	Theoretische Grundlage des fallmixorientierten Controllings.	214
10.3	Praktische Umsetzung anhand eines Fallbeispiels.	217
10.3.1	Vorstellung der Fallsituation	217
10.3.2	Anwendung einer Fallmixoptimierung	219
10.3.3	Ergebnisanalyse der Fallmixoptimierung	228
10.3.4	Kritische Würdigung des fallmixorientierten Controllings.	231
	Literatur.	233

11 Intensivpflege im Spannungsfeld zwischen Personalkosten und Personalbedarf am Beispiel des Intensivpflege- und Leistungserfassungssystems INPULS®	235
Maria Wilczek und Monika Dammer	
11.1 Hinführung zum Thema	235
11.2 Gemeinkostenkalkulation im Bereich der Intensivstation	236
11.3 Leistungserfassung in der Intensivversorgung mittels des Intensivpflege- und Leistungserfassungssystems INPULS®	240
11.3.1 Entwicklung von INPULS®	240
11.3.2 Leistungserfassung mittels der sechs Pflegekategorien	240
11.3.3 INPULS® als Modell zur Bestimmung der Behandlungsintensität in der Intensivversorgung	243
11.4 Analyse der Personalkosten der vier Intensivstationen auf Basis der InEK-Kostenkalkulation	245
11.4.1 Pflegepersonalverrechnung der vier Intensivstationen	245
11.4.2 Bewertung der InEK-Gewichtung und INPULS®-Kategorisierung	267
11.4.3 Konstruktiv kritische Würdigung	272
11.5 Personalbedarfsermittlung mittels INPULS®	275
11.5.1 Personalbedarf und Personalbedarfsermittlung	275
11.5.2 Anhaltzahlen zur Personalbedarfsermittlung im Intensivpflegebereich	278
11.5.3 Erhebungsinstrumente zur Personalbedarfsermittlung	281
11.5.4 INPULS® als Erhebungsinstrument zur Personalbedarfsermittlung	283
11.5.5 Verhältnis Pflegekraft zu Patient nach InEK und INPULS®	285
11.5.6 Personalbedarfsberechnung der vier Intensivstationen auf Basis der INPULS®-Leistungsdaten	288
11.5.7 Konstruktiv kritische Würdigung	294
11.6 Gesamtanalytische Bewertung	295
Literatur	298

Herausgeber- und Autorenverzeichnis

Über den Herausgeber



Winfried Zapp Prof. Dr. rer. pol., Dipl.-Ökonom Studium der Wirtschaftswissenschaften; Dipl. Ökonom; wissenschaftlicher Mitarbeiter; Promotion zum Dr. rer. pol.; Assistent des Verwaltungsleiters in einem evangelischen Krankenhaus, gleichzeitig Traineeprogramm für Führungsnachwuchskräfte des Berufsbildungswerks Deutscher Krankenhäuser (BBDK); Krankenhausbetriebsleiter und in Personalunion Finanzleiter in einer Komplexeinrichtung; Ernennung zum Professor an der Hochschule Osnabrück mit dem Lehrgebiet Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, Rechnungswesen und Controlling in Gesundheitseinrichtungen. Forschungsschwerpunkte: Internes Rechnungswesen (KLEE-Rechnung), Prozessmanagement, Controlling.

Autorenverzeichnis



Katharina Albers B.A. Ausbildung zur Bankkauffrau; Bachelorstudium Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen an der Hochschule Osnabrück (B.A.); gleichzeitig studentische Hilfskraft in einem Forschungsprojekt an der Hochschule Osnabrück; Studentin im Masterstudiengang Management in der Gesundheitsversorgung an der Hochschule Osnabrück (M.A.) und Tätigkeit als wissenschaftliche Hilfskraft mit dem Schwerpunkt Tutorien an der Hochschule Osnabrück.



Monika Dammer Dipl.-Kff., MBA Stellvertretende Pflegedirektorin im Katholischen Klinikum Ruhrgebiet Nord GmbH, Studium Master of Business Administration Gesundheitsmanagement an der Hochschule Osnabrück, Studium Pflege- und Gesundheitsmanagement an der Fachhochschule Osnabrück mit dem Abschluss Dipl.-Kff., Qualitätsmanagerin und Fachauditorin im Sozial- und Gesundheitswesen, Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für Intensivpflege und Anästhesie und Palliativ-Care.



Vera Hundeler B.A. Bachelorstudium Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen an der Hochschule Osnabrück (B.A.); Studentin im Masterstudiengang Management in der Gesundheitsversorgung an der Hochschule Osnabrück; Nebenberufliche Tätigkeit als Tutorin für das Modul „Gesundheitswissenschaften und Pharmaökonomie“ an der Hochschule Osnabrück.



Manuela Klein B.A. Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte; Bachelorstudium Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen an der Hochschule Osnabrück; Mitarbeiterin der Finanzbuchhaltung bei der Deutschen Windtechnik X-Service GmbH; Studentin im Masterstudiengang Management im Gesundheitswesen an der Hochschule Osnabrück.



Lisa-Marie Klotzbücher B.Sc. Bachelorstudium Angewandte Gesundheitswissenschaften an der Hochschule Furtwangen (B.Sc.); Studentin im Masterstudiengang Management im Gesundheitswesen an der Hochschule Osnabrück, Trainee.



Saskia-Lana Leicht M.A. Bachelorstudium Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen (B.A.) an der Hochschule Osnabrück; Masterstudium Management im Gesundheitswesen (M.A.) an der Hochschule Osnabrück, Trainee in den Knappschaft Kliniken.



Timo Neunaber B.A. Bachelorstudium Sozial und Gesundheitsmanagement in der Studienrichtung Gesundheitsmanagement an der Hochschule Emden/Leer (B.A.); Student im Masterstudiengang Management in der Gesundheitsversorgung an der Hochschule Osnabrück.



Merle Richter M.A. Bachelorstudium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen; Studentin im Masterstudiengang Management im Gesundheitswesen an der Hochschule Osnabrück; Controllerin in einem kommunalen Krankenhaus.



Luise Steen M.A. Bachelorstudium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen (B.A.); Masterstudium in Management im Gesundheitswesen an der Hochschule Osnabrück (M.A.); Unternehmensberatung bei einer auf Gesundheitswesen/Sozialwirtschaft spezialisierten Wirtschaftsprüfungsgesellschaft.



Frauke Teuber B.A. Ausbildung und mehrjährige Berufserfahrung als medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin; Studium Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen (B.A.) an der Hochschule Osnabrück mit den Schwerpunkten Gesundheitsökonomik und Gesundheitspolitik, Management von Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Recht der Gesundheitswirtschaft und der sozialen Sicherung; Studium Management im Gesundheitswesen (M.A.) an der Hochschule Osnabrück mit den Schwerpunkten Controlling und Finanzen für Gesundheitsunternehmen, Personalmanagement und Law & Human Resources.



Maria Tiedal B.A. Ausbildung zur Kauffrau für Dialogmarketing; Bachelorstudium Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen an der Hochschule Osnabrück (B.A.); wissenschaftliche Hilfskraft bei der Forschungsgruppe Informatik im Gesundheitswesen; Studentin im Masterstudiengang Management in der Gesundheitsversorgung (M.A.) an der Hochschule Osnabrück, studentische Mitarbeiterin bei den Schüchtermann-Schiller'sche Kliniken Bad Rothenfelde.



Maria Wilczek Dipl.-Kff., MBA Stellvertretende Pflegedirektorin im Katholischen Klinikum Ruhrgebiet Nord GmbH, Studium Master of Business Administration Gesundheitsmanagement an der Hochschule Osnabrück, Studium Pflege- und Gesundheitsmanagement an der Fachhochschule Osnabrück mit dem Abschluss Dipl.-Kff., Qualitätsmanagerin und Fachauditorin im Sozial- und Gesundheitswesen, Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für Intensivpflege und Anästhesie.

Werte, Prozesse, Innovationen – im Spannungsbogen des Controllings

1

Winfried Zapp

Wenn in der Betriebswirtschaftslehre von Werten gesprochen wird, dann geht es immer um Eurobeträge: Bilanzpositionen, Anschaffungs- oder Herstellungskosten, Kosten oder Erlöse u. a. werden in Euro ausgedrückt. Auch im Gesundheitsbereich stehen die Kosten von Kranken- und Pflegekassen oder die Budgets im Vordergrund der Auseinandersetzungen.

Wenn aber von Unglücken berichtet wird – z. B. von Bergleuten in wasserüberfluteten Gruben – dann wird alles unternommen, um die Kumpel zu retten. Der Wert jedes Einzelnen wird herausgestellt, nicht die Kosten der Bergung. Ethikkommissionen werden sich eher an den Begriffen um die Werte orientieren als immer wieder Wirtschaftlichkeitsberechnungen durchzuführen.

Wie kann man das einordnen, wie passen unterschiedliche Vorstellungen von Wertekonstellationen zusammen und wie sind diese miteinander zu verbinden?

Die Fachleute, die betriebswirtschaftliche Werte bewegen und Handlungen auf dieser Basis auslösen, sollten hinter den Eurobeträgen die Wertediskussion beachten und diese mit in ihre Begründung für eine Entscheidung einbeziehen – vor allem vor dem Hintergrund, dass dann Nichtökonominnen den Entscheidungen besser folgen können.

Die Werte werden so zu Lösungskonzeptionen entwickelt, die es ermöglichen, ökonomisches Handeln unter sozialer Verantwortung zu erreichen.

Den Begriffen von Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit, Rentabilität und Liquidität und Ergebnisorientierung sind Werte als Leitlinie vorzuziehen für ein Management, in dem Ökonomen, Mediziner und Pflegekräfte mit- und nebeneinander agieren.

W. Zapp (✉)
Hochschule Osnabrück, Osnabrück, Deutschland
E-Mail: W.Zapp@hs-osnabrueck.de

Wenn das so zutrifft, müsste dann nicht daraus ein anderes gestaltetes Management folgen?

Wie bei dem oben genannten Grubenunglück würden Maßnahmen zur Rettung der Bergleute eingeleitet werden. Diese Maßnahmen lassen sich ganz einfach als Prozesse abbilden. Dabei sollten die Prozessabläufe mit ihren Verzweigungen, Schnittstellen und mit ihren integrativen Bestandteilen beachtet, analysiert und gestaltet werden. Nicht so sehr die Prozessorganisation steht im Vordergrund, vielmehr die Sicherstellung der Abläufe von Prozessen.

Solche Prozessabläufe sind auf der Normalstation zu entwickeln und zu gestalten. In der Notaufnahme, um ein Beispiel zu nennen, sind solche Abläufe genau vorstrukturiert, um in Stresssituationen, wenn der schwer verletzte Patient eintrifft, optimal agieren zu können. Die Gestaltung der Prozessabläufe hat nicht nur eine ökonomische Zielperspektive. Durchdachte Prozesse dienen auch der Patientenversorgung und der Mitarbeiterzufriedenheit.

Die Gestaltung, Entwicklung und Lenkung von Prozessen unter Beachtung von Werten wird Schwachstellen aufdecken, handelnde Personen ins Nachdenken bringen, eine konstruktiv-kritische Würdigung einleiten und über diese Reflexion zu neuen Gedanken der Gestaltung anregen.

Oft nennt man das, was dann folgt, eine Innovation; aber oft sind es Verbesserungen oder Optimierungen. Schließlich – als dritter Aspekt von Innovationen – kann dann die Erneuerung Platz greifen. Dieser Dreiklang von Werten, Prozessen und Innovationen soll helfen, Entscheidungen und Ziele aufeinander abzustimmen, über Berufsfelder und Professionen hinaus (s. Abb. 1.1).

Werte beeinflussen nach diesem Modell die Prozesse, die wiederum Einfluss auf die Innovationen haben können. Der Charme dieses Modells liegt darin begründet, dass so ermöglicht wird, neue Denkmuster einzuüben: Sowohl Mediziner, Pflegekräfte und Manager müssen sich auf diese Konstellation einlassen und überlegen, wie diese drei Vorgaben miteinander abgestimmt werden sollen.

Die Spannweite der Werte ist herauszuarbeiten. Betriebswirtschaftliche Werte sollen dabei nicht in den zweiten Rang verbannt werden. Aber sie müssen und können ethischen Werten standhalten. Auch ethische Werte können nicht losgelöst von Zahlen, Daten und Fakten debattiert werden. Gerade in sozialpolitischen Diskussionen werden diese Zusammenhänge immer wieder deutlich: Fördern und Fordern ist dabei nur ein Schlagwort. Ethisches Handeln schließt schließlich ökonomisches Denken nicht aus. Es geht eher darum herauszuarbeiten, dass ökonomisches Handeln unter sozialer Verantwortung erfolgt, beziehungsweise dass soziales Handeln mit ökonomischen Entscheidungen zu tun hat.

Im Krankenhaus und im Gesundheitssektor allgemein können nur gestalterische Aufgaben optimiert werden, wenn der Prozessgedanke im Denken und Handeln berücksichtigt wird.

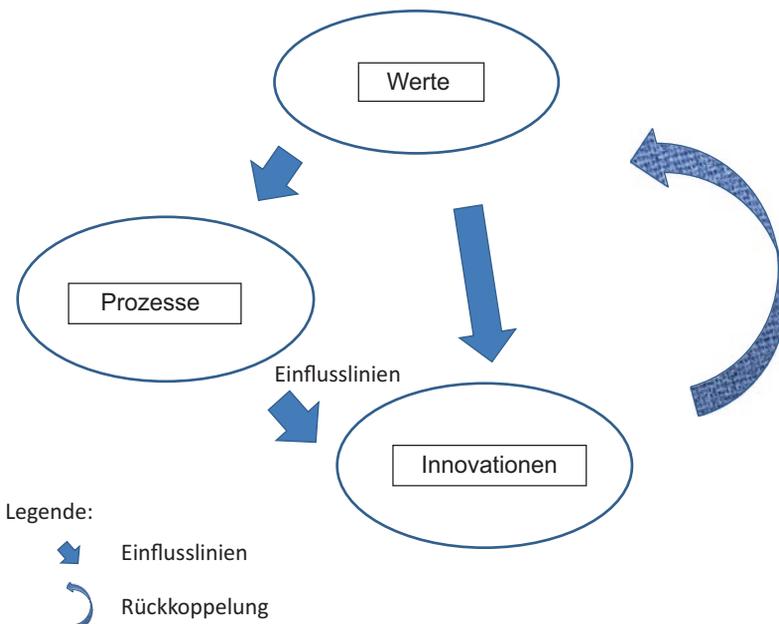


Abb. 1.1 Dreiklang von Werten – Prozessen – Innovationen. (Quelle: Eigene Darstellung)

Die bisher entwickelten Ansätze, Verfahren und Methoden sind nicht zu vernachlässigen: Kennzahlencockpits, Spitzenkennzahlen (wie Economic Value Added (EVA) oder Geschäftswertbeitrag (GWB); Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization (EBITDA) für „Gewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände“, o. ä.), Berichtswesen und Reporting, Deckungsbeitragsrechnung oder Target Costing und vieles andere mehr. Diese Instrumente zeigen auf, wo Handlungsbedarf besteht. Veränderungen auf Knopfdruck werden durch Instrumente nicht erreicht.

Es scheint deshalb so, dass die Prozesse der wesentliche Motor sind, um schlechte Kennzahlen in gute zu überführen, um negative Jahresabschlüsse in positive zu wandeln, sodass die Optimierung im Zentrum des Handelns steht. Dabei darf man sich innovativer Wege und Denkstrukturen nicht verwehren. Aus den gewohnten Wegen heraus Neues denken – nichts Abstruses aber Gang- und Machbares! Diese Innovationen, wenn sie denen tragfähig sind, werden andere Prozessverläufe einleiten, um damit die normativen Werte zu stärken.

Ökonomische Werte im Gesundheitsbereich

2

Manuela Klein

2.1 Einleitung

Die Ökonomie ist im Gesundheitswesen ein viel diskutiertes Thema. Besonders das Finanzierungssystem des Krankenhauses im Rahmen der DRG-Vergütung gerät in dieser Diskussion wiederkehrend in den Mittelpunkt. Dieser Prozess wird bereits seit einigen Jahrzehnten durch eine zunehmend marktwirtschaftliche Gesundheitspolitik gefördert. Damit verbunden stehen Ärzte und Pflegekräfte in der Rolle, ihre Entscheidungen nicht nur medizinisch transparent zu machen, sondern auch unter ökonomischen Gesichtspunkten abzuwägen. Gleichmaßen wird der Patient nicht einfach als kranker Mensch wahrgenommen, sondern entwickelt sich zu einem Konsumenten. Kritisch wird in diesem Sinne von einer sogenannten Umwertung gesprochen, die dazu führt, dass die Medizin ihrem sozialen Charakter nicht mehr gerecht werden kann.¹

Durch dieses Spannungsfeld tritt der Begriff der Wertediskussion in den Vordergrund. Nach der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin liegt diese darin begründet, dass Managemententscheidungen einer rein gewinnmaximierenden Logik zugrunde liegen und einen höheren Stellenwert zugeordnet bekommen als Qualitätsstandards, die ihrerseits eine medizinisch-ethische Basis haben. Damit würden Fehlanreize geschaffen, die sich beispielsweise in vertraglichen Bonusregelungen für ärztliche Führungskräfte widerspiegeln können. Hinzu kommt die verstärkte Motivation, das Leistungsspektrum

¹Vgl. Flintrop (2014), S. 1930.

M. Klein (✉)
Hochschule Osnabrück, Osnabrück, Deutschland
E-Mail: klein_manuela@outlook.com

des Krankenhauses auf gewinnbringende Leistungen abzustimmen.² Die daraus resultierenden Fragen sind: Was hat einen Wert? In welcher Form kann er sich als messbar herausstellen und wie hoch ist er dann? Werte werden häufig im Zusammenhang mit Gütern und Dienstleistungen bestimmt.³ Daran angeschlossen ist im Gesundheitswesen der Wert der Gesundheit eines Menschen zu hinterfragen, beziehungsweise der Wunsch, den Wert des Menschen auch aus ökonomischer Sichtweise zu beurteilen.

2.2 Dimensionen des Wertebegriffs

2.2.1 Volkswirtschaftliche Perspektive

2.2.1.1 Begriffliche Abgrenzung

In der grundlegenden Betrachtungsweise, hinsichtlich der Definition des Wertes aus der volkswirtschaftlichen Perspektive, wird auf den *Wert eines Gutes* verwiesen. Dieses wird durch die menschliche Arbeit bestimmt, was gleichermaßen einen Produktionsfaktor darstellt. Alle Produktionsfaktoren basieren auf der menschlichen Arbeit und werden dadurch beschrieben, weshalb auch von dem Arbeitswert gesprochen wird. Der Arbeitswert ist jedoch nicht mit dem Marktpreis gleichzusetzen. Die Wertebildung beruht auf einer Klassifizierung von Gütern in:

- Einmalige Güter
- Seltene Güter
- Beliebig vermehrbare Güter

Ein Gut wird durch seinen *Gebrauchswert* beschrieben, welches dem sogenannten *Nutzwert* entspricht. Diese Voraussetzung muss erfüllt sein, um einen *Tauschwert* am Markt zu erzielen und meint gleichermaßen den Preis. In der volkswirtschaftlichen Betrachtung kann daraus eine Wertparadoxie entstehen:

- Ein Gut mit einem hohen Gebrauchswert hat einen geringen Tauschwert, z. B. Lebensmittel,
oder
- ein Gut mit einem geringen Gebrauchswert hat einen hohen Tauschwert, z. B. Schmuck.⁴

²Vgl. Schumm-Draeger et al. (2016, S. 1183 f.).

³Vgl. Ritsert (2013, S. 1).

⁴Vgl. Woll (2007), S. 109.

In der makroökonomischen Betrachtung wird der Wertebegriff in Zusammenhang mit dem *Bruttosozialprodukt (BSP)*, dem *Bruttoinlandsprodukt (BIP)* und dem *Volkseinkommen* erläutert. Bei dem *BSP* handelt es sich um den Wert, der in einem bestimmten Zeitraum erstellten Güter und Dienstleistungen in einer Volkswirtschaft. Alle Leistungen, die von inländischen Bürgern produziert werden, liegen unabhängig ihres Wohnortes vor. Daher wird hierbei von einem Inländerprodukt gesprochen.⁵

Das *BIP* bezieht sich ebenfalls auf den Wert der gesamten Waren und Dienstleistungen, allerdings werden hierbei sowohl in- und ausländische Bürger betrachtet, die im Inland produziert haben. In diesem Fall wird daher von einem Inlandsprodukt gesprochen. Die Errechnung erfolgt aus der Summe der Wertschöpfung, wobei es sich dabei um den Teil des Verkaufspreises handelt, der durch die Weiterverarbeitung an einem Gut zu verzeichnen ist.⁶ Der Begriff Wert umfasst demnach den sogenannten Marktwert, also eine monetäre Darstellung der Zahlungsbereitschaft für Güter und Dienstleistungen.⁷ Ausgangspunkt für die Ermittlung des BIP ist die Wertschöpfungskette: Produktionswert von Gütern und Dienstleistungen abzüglich der Vorleistungen. Volkswirtschaftlich wird in der Bruttowertschöpfung eine Bewertung von Gütern und Dienstleistungen zu Marktpreisen vorgenommen. Mit der Wertschöpfung kann somit die wirtschaftliche Struktur eines Landes genauer bestimmt werden.⁸ Mit 54,2 % ist der Hauptanteil an der Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft, Dienstleistungen stationärer und nichtstationärer Einrichtungen zuzuordnen. Der dazugehörige Anteil der Erwerbstätigen liegt bei 62,4 %. Damit wird die Stellung als Kernbereich in der Gesundheitswirtschaft deutlich.⁹

Das *Volkseinkommen* zeigt sich ebenfalls als ökonomischer Wert einer Volkswirtschaft. Dabei wird das Erwerbs- und Vermögenseinkommen der inländischen Bürger fokussiert, wie beispielsweise Löhne und Gehälter. Ausgenommen sind Steuern und Sozialbeiträge. Es wird von dem Inländereinkommen gesprochen oder auch Nationalnettoeinkommen zu Faktorpreisen.¹⁰

Insgesamt fließen alle erläuterten Werte in die *volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (VGR)*, um die ökonomische Entwicklung eines Landes einzustufen. Zentraler Bestandteil ist das BIP und deren Nebenrechnungen (Input-Output- und Vermögensrechnungen). So kann eine Abbildung der Geldströme unter Beachtung der unterschiedlichen Wirtschaftssektoren vorgenommen werden.¹¹

⁵Vgl. Paschke (2007, S. 149 f.).

⁶Vgl. Paschke (2007, S. 149 f.).

⁷Vgl. Mankiw und Taylor (2008, S. 564 f.).

⁸Vgl. Hohlstein et al. (2009, S. 758 f.).

⁹Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie [Hrsg.] (2016, S. 27 f.).

¹⁰Vgl. Hohlstein et al. (2009), S. 730 f. und Altmann (2003, S. 128 f.).

¹¹Vgl. Krugmann und Wells (2010, S. 668).

Zusammengefasst handelt es sich um eine monetäre Bewertung von Gütern und Dienstleistungen, die zur Vergleichbarkeit der Volkswirtschaften ihren Beitrag leisten.

2.2.1.2 Krankheitskostenberechnung

Die Krankheitskostenberechnung zielt darauf ab, herauszufinden, inwiefern eine Volkswirtschaft durch eine bestimmte Krankheit bzw. Diagnose belastet wird. Mit der Belastung ist ein monetärer Wert gemeint, also die Kosten, die im Gesundheitsbereich auf eine Krankheit entfallen.¹² Jedoch muss festgehalten werden, dass die Anwendung des rein volkswirtschaftlich verwendeten Kostenbegriffs hier nicht möglich ist. Volkswirtschaftlich wird unter dem Begriff „Kosten“ der Wert verstanden, der notwendig ist, unter Einsatz der Produktionsfaktoren, Güter und Dienstleistungen herzustellen. Die eingesetzten Produktionsfaktoren werden allerdings zu Marktpreisen bewertet. Im Gesundheitswesen kann jedoch nicht von wirklichen Marktpreisen gesprochen werden, denn diese sind entweder von betroffenen Parteien verhandelt oder administrativ festgelegt. Somit kommt es zur Anwendung eines ausgabenorientierten Kostenbegriffs, der sich im Kern auf die Kosten durch den Verbrauch von Gütern und Dienstleistungen beschränkt, die direkt in einer Verbindung mit einer Gesundheitsleistung stehen. Investitionen unterliegen einer Zuordnungsproblematik, weshalb diese nicht berücksichtigt werden können. Folglich zeigt sich die Krankheitskostenrechnung in ihrem Wert niedriger als die Gesamtgesundheitsausgaben.¹³

Der direkte Ressourcenverbrauch zur Ermittlung der Kosten einer Krankheit ergibt sich aus folgenden Aspekten:

- Behandlung
- Prävention
- Rehabilitation
- Pflegemaßnahmen¹⁴

Bei diesem Ressourcenverbrauch sind auch die Verwaltungskosten der Leistungserbringer und die Kosten privater und öffentlicher Einrichtungen zu berücksichtigen, welche dazu dienen, Gesundheitsleistungen zu finanzieren. Keine Berücksichtigung erhalten bei der Krankheitskostenermittlung die nichtmedizinischen Kosten. Allerdings müssen für eine volkswirtschaftliche Betrachtung etwaige Ressourcenverluste, welche sich auf Erwerbstätigkeitsjahre und auf verlorene Lebensjahre beziehen, in Form von indirekten Krankheitskosten berücksichtigt werden. Diese Situation kann beispielsweise durch eine Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität eintreten.¹⁵ Diese Bestandteile zusammengefasst

¹²Vgl. Statistisches Bundesamt [Hrsg.] (2017a, o. S.).

¹³Vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes [Hrsg.] (2015, S. 386).

¹⁴Vgl. Statistisches Bundesamt [Hrsg.] (2017a, o. S.).

¹⁵Vgl. Forster (2004, S. 1433).

beschreiben die Krankheitskosten. Eine Abgrenzung der Krankheit erfolgt auf Grundlage der Klassifizierung nach ICD-10.¹⁶ Epidemiologisch wird der Prävalenzansatz (Krankheitsfälle innerhalb eines Zeitbereichs) angewendet, um die Krankheitskosten zu ermitteln. Grundlegend wurden dafür bundesweite und regionale Erhebungen durchgeführt, um eine ausgewogene Verschlüsselung zu ermöglichen.¹⁷

Das Vorgehen wird durch einen Top-Down-Ansatz beschrieben. Dazu gehört, dass die Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen, wie beispielsweise Krankenhaus, Arztpraxis, Vorsorgeeinrichtung usw., aufgestellt werden. Mittels eines mehrstufigen Verfahrens werden durch den Einsatz von Schlüsseln Krankheitskapitel, Krankheitsgruppen und Krankheitskategorien gebildet.¹⁸

Ein Problem stellt der Umgang mit multimorbiden Patienten (bspw. ältere Patienten mit Mehrfacherkrankungen) dar. Problematisch ist, dass jede Erkrankung kostentechnisch für sich ausgewiesen werden muss. Dafür gibt es zwei mögliche Lösungsansätze: 1. die Zurechnung der Krankheitskosten nach Hauptdiagnosen, um eine Strukturierung vorzunehmen oder 2. die gleichrangige Bewertung der Diagnosen. Der Unterschied der beiden Lösungsansätze zeigt sich somit in der Gewichtung.¹⁹

In der Abb. 2.1 sind die Krankheitskosten für eine ausgewählte ICD-10 F00–F99 für stationäre und teilstationäre Einrichtungen ausgewertet. Unter diese Kategorie fallen psychische Störungen und Verhaltensstörungen, wie beispielsweise demenzielle Erkrankungen, Schizophrenie und Depressionen. Unter den teilnehmenden Einrichtungen des Gesundheitswesens in Deutschland werden, bezogen auf den stationären und teilstationären Bereich, Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehaeinrichtungen und die stationäre/teilstationäre Pflege dargestellt.²⁰ Deutlich wird in dem Jahresvergleich von 2002–2008, dass unabhängig der Einrichtungen ein kontinuierlicher Zuwachs an Krankheitskosten für den Bereich der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen zu verzeichnen ist.

In Abb. 2.2 werden in Ergänzung dazu die Krankheitskosten für die ICD-10 F00–F99 Psychische Störungen und Verhaltensstörungen anteilig an den Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen dargestellt.

2.2.2 Gesundheitsökonomische Perspektive

2.2.2.1 Begriffliche Abgrenzung

In die Gesundheitsökonomie fließen sowohl die Ziele der Medizin als auch die der Ökonomie ein. Durch Letztere entsteht eine hohe Nähe zu volkswirtschaftlichen

¹⁶Vgl. Statistisches Bundesamt [Hrsg.] (2017a, o. S.).

¹⁷Vgl. Forster (2004, S. 1433).

¹⁸Vgl. Statistisches Bundesamt [Hrsg.] (2017a, o. S.).

¹⁹Vgl. Statistisches Bundesamt [Hrsg.] (2017a, o. S.).

²⁰Vgl. Statistisches Bundesamt [Hrsg.] (2017b, S. 20).

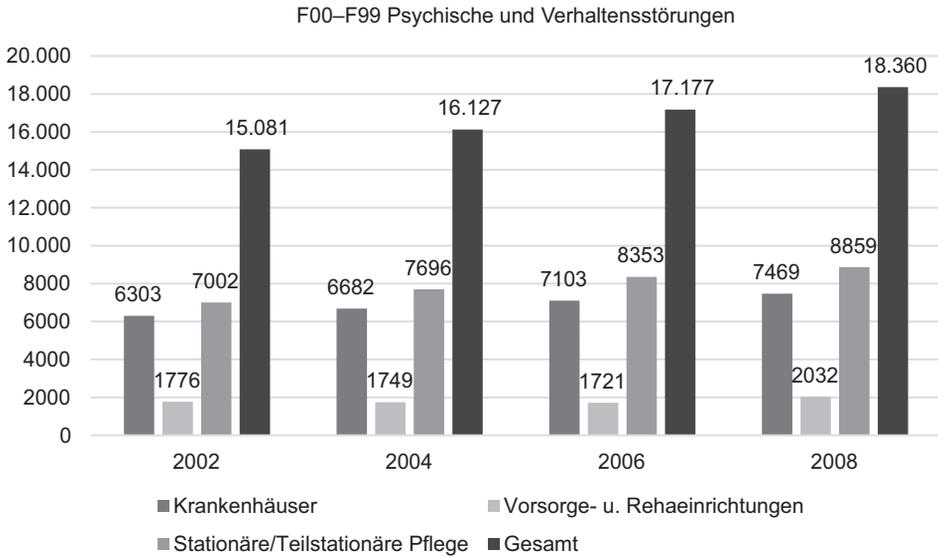


Abb. 2.1 Krankheitskosten für ICD-10 F00–F99 nach stationären und teilstationären Einrichtungen in Mio. Euro. (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt [Hrsg.] 2017b, S. 19ff.)

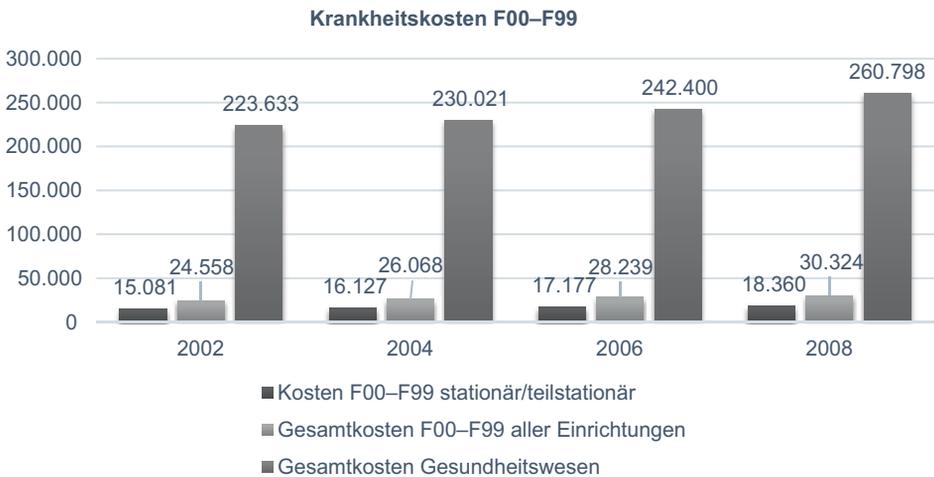


Abb. 2.2 Krankheitskosten für ICD-10 F00–F99 in Mio. Euro. (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt [Hrsg.] 2017b, S. 19 ff.)

Gesichtspunkten. Dadurch bedingt stehen auf der einen Seite die medizinischen Ziele, wie beispielsweise die qualitativ hochwertige Versorgung eines Patienten und der Erfolg einer Behandlung unter ethischen Wertvorstellungen. Auf der anderen Seite steht die ökonomische Perspektive mit der optimalen Allokation knapper Ressourcen unter Einbezug unterschiedlicher Zielgruppen (Bevölkerung, Patienten etc.). Dementsprechend erfolgt eine Bewertung des Behandlungsergebnisses basierend auf einem *Kostenwert*.²¹

In Ergänzung zu der volkswirtschaftlichen Perspektive stehen in der Gesundheitsökonomie besonders die *Gesundheitsleistungen* im Vordergrund. Hierbei handelt es sich um Dienstleistungen, die im Gesundheitsbereich von medizinischem Personal (z. B. Ärzten) erbracht werden. Diese Gesundheitsleistungen benötigen in aller Regel Zulieferer, wie Arzneimittelhersteller oder die Medizintechnik. Eine Ausnahme bilden in dieser Sache das ärztliche Gespräch oder die Psychotherapie, die isoliert stattfinden.²²

Der Wertebegriff in der Gesundheitsökonomie steht in einer starken Abhängigkeit zu der medizinischen Versorgung und der persönlichen Gesundheit. Dieser Begriff wird im Weiteren von Kosten und *Nutzen* beschrieben. In der Gesundheitsökonomie entsteht demnach ein komplexes Spannungsfeld, in dem Entscheidungen getroffen werden müssen. Im Fokus stehen dabei die Mittelverwendung und die Frage, wofür die begrenzten Ressourcen eingesetzt werden sollen. Es wird versucht, die Knappheit und die unbegrenzten Bedürfnisse in ein Gleichgewicht zu bringen.²³

Um eine Beschreibung des *Kosten- und des Nutzenwertes* vornehmen zu können, ist die Ausgangsperspektive zu berücksichtigen. Der Einsatz der gesundheitsökonomischen Evaluation ermöglicht hier eine differenzierte Betrachtung (z. B. Krankenkassen). Im Zentrum des Interesses stehen hier die Kosten, die für die Behandlung einer Erkrankung, anfallen. Damit in Verbindung stehende Kosten, wie z. B. Kosten durch Wartezeiten (mögliche Produktivitätsverluste des Arbeitnehmers), finden bei dieser Bewertung allerdings keine Berücksichtigung. Beispielhaft für das Krankenhaus bedeutet das: Im Zentrum der Bewertung stehen die Kosten einer Operation, die durch eine Erkrankung oder einen Unfall ausgelöst worden sind. Keine Berücksichtigung finden an dieser Stelle die Kosten, die durch die daraus entstehende Krankschreibung eines Arbeitnehmers auftreten. Daraus wird deutlich, dass die Perspektive, aus der die Kosten gleichermaßen wie der Nutzen beurteilt werden, sich als zentrales Kriterium herausbildet. Mögliche perspektivische Verzerrungen können als Folge wahrgenommen werden, welche bei der Beurteilung des Ergebnisses und letztendlich auch bei Entscheidungen differenziert betrachtet werden müssen.²⁴

²¹Vgl. Brunner und Furmaniak (2009, S. 13.)

²²Vgl. Wernitz und Pelz (2015, S. 29.)

²³Vgl. Längen (2009, S. 37).

²⁴Vgl. Längen und Büscher (2015, S. 137).

Die direkten *Kosten* werden angeschlossen an die volkswirtschaftliche Perspektive in Form des monetären Ressourcenverbrauchs bewertet. Die Bewertung erfolgt durch den Marktpreis, welcher sich entweder durch Angebot und Nachfrage bilden kann oder, wie häufig im Gesundheitswesen, administrativ festgelegt wird. Die Kosten des Ressourcenverbrauchs sind an den Einsatz der Produktionsfaktoren gebunden. Bei Ressourcen ohne vorhandenen Marktwert handelt es sich beispielsweise um das Vertrauen, welches eine Zielgruppe zu einem Gesundheitsprogramm hat. Die Abbildung von indirekten Kosten erfolgt durch die Opportunitätskosten einer Krankheit, welche durch den volkswirtschaftlichen Ausfall einer Arbeitskraft eine Bewertung erfahren kann.²⁵

Die Definition des *Nutzens* im Gesundheitswesen bekommt in diesem Kontext einen entscheidenden Stellenwert zugewiesen. Damit verbunden steht zwingend die Fokussierung auf die Qualität einer erbrachten Leistung und wird zu einem Kernelement. Die ökonomischen Rahmenbedingungen, unter denen das Gesundheitswesen zunehmend beurteilt wird, unterstützt eine neue Wertigkeit der Qualität, denn eine Beurteilung der Qualität beispielsweise einer Behandlung hatte zuvor auch Bestand.²⁶

Der Nutzen kann sich allerdings vielfältig ausdrücken, beispielsweise anhand einer Behandlung mit der Verabreichung eines Arzneimittels. Hierbei würde die Messung des Nutzens mit einer Verbesserung der körperlichen Werte stehen, wie z. B. Blutdruck oder Blutwerte, im Vergleich zur Ausgangsmessung. Alternativ kann als Nutzen auch die Reduktion an einer weiteren Erkrankung, die damit in Verbindung steht, erfasst werden. Es handelt sich dann um konkrete Größen. Den Nutzen in Form von Geldeinheiten abzubilden, ist eine Möglichkeit, um die Entscheidung vornehmen zu können, ob eine Maßnahme (Behandlung) durchgeführt wird oder nicht. In der Bewertung werden *Kosten- und Nutzenwert* dann gegenübergestellt und abgewogen. Dennoch tritt das Problem der Nutzenmessung immer wieder in den Vordergrund, da das Gesundheitswesen von Verzerrungen, wie Zahlungsbereitschaft und Präferenzen der Akteure geprägt ist. Zusammengefasst wird das Ziel verfolgt, den Nutzen in eine klare monetäre Größe zu fassen, die genauso wie ein Kostenwert perspektivisch beeinflusst wird.²⁷

2.2.2.2 QALY-Konzept

Durch den Einsatz der gesundheitsökonomischen Evaluation kann eine Analyse der Wirtschaftlichkeit von Leistungen, die im Gesundheitsbereich erstellt werden, erfolgen. Dafür werden grundlegend die Kosten und die Effekte von Alternativen verglichen. Dabei gilt es, drei Formen bezogen auf die Effektmessung im Bereich der vollständigen Evaluation zu unterscheiden (Tab. 2.1):

Entscheidungen, die auf dieser Grundlage gefällt werden, sind allerdings häufig durch Unsicherheit geprägt, weshalb Entscheidungsträger eine differenzierte Abwägung

²⁵Vgl. Fleßa und Greiner (2013, S. 193 f).

²⁶Vgl. Köck (2004, S. 287).

²⁷Vgl. Lünen und Büscher (2015, S. 140 f).

2.1 Typen vollständiger Evaluation. (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an König 2009, S. 240)

Typ	Kostenmessung	Effektmessung	Zielgrößen
Kosten-Effektivitäts-Analyse	Geldeinheiten	Klinische Effektmaße (z. B. gewonnene Lebensjahre)	$\frac{\text{Kosten A} - \text{Kosten B}}{\text{Effekt A} - \text{Effekt B}}$
Kosten-Nutzwert-Analyse	Geldeinheiten	Qualitätsadjustierte Lebensjahre (QALYs)	$\frac{\text{Kosten A} - \text{Kosten B}}{\text{QALYs A} - \text{QALYs B}}$
Kosten-Nutzen-Analyse	Geldeinheiten	Geldeinheiten	(Nutzen A – Kosten A) – (Nutzen B – Kosten B)

vornehmen müssen. Da es sich bei der Kosten-Nutzwert-Analyse um eine der häufigsten durchgeführten Formen handelt, wird diese im Folgenden kurz vorgestellt.²⁸

Der Einsatz von Kosten-Nutzwert-Analysen ermöglicht die Abbildung der gesundheitsökonomischen Perspektive. Hier geht es um die Abwägung einer medizinischen Intervention durch beispielsweise den Einsatz einer bestimmten Gesundheitstechnologie.²⁹ Das QALY-Konzept ermöglicht die Abbildung der Auswirkung einer Maßnahme auf Lebensqualität und Lebensdauer.³⁰

Bei dem Instrument QALY wird eine Fokussierung auf die Nutzenperspektive vorgenommen. Es handelt sich um qualitätsbewertete Lebensjahre, die quality-adjusted-life-years. Hier erfolgt die Bewertung sowohl quantitativ als auch qualitativ, welches im Schwerpunkt durch das IQWiG in Deutschland durchgeführt wird. In der Anwendung wird zunächst der Zustand des Patienten in dem Wertebereich von 0–1 abgebildet, welcher dann mit der entsprechenden Zeitperiode multipliziert wird.³¹

Anwendung findet dieses Verfahren im Bereich der chronischen Erkrankungen, wie z. B. der Onkologie. Hier kann eine Abbildung der Lebensqualität ohne Einsatz einer Maßnahme erfolgen und im Vergleich dazu der Nutzwert für den Menschen mit einer Zytostatika-Therapie aufgezeigt werden. Für die Ermittlung der Lebensqualität werden methodisch Befragungsbögen oder strukturierte Interviews eingesetzt.³²

In Abb. 2.3 werden die ermittelten Lebensqualitäten von 2 unterschiedlichen Therapien über den Zeitraum von 12 Monaten gegenübergestellt, wobei sich zeigt, dass Therapie B in ihrem Nutzenwert Therapie A vorzuziehen ist:

- Therapie A: Lebensqualität 1 bezogen auf 6 Monate Lebensdauer; danach Lebensqualität 0, weil verstorben
 $1 \times 0,5 = 0,5 \text{ QALY}$

²⁸Vgl. König (2009, S. 238).

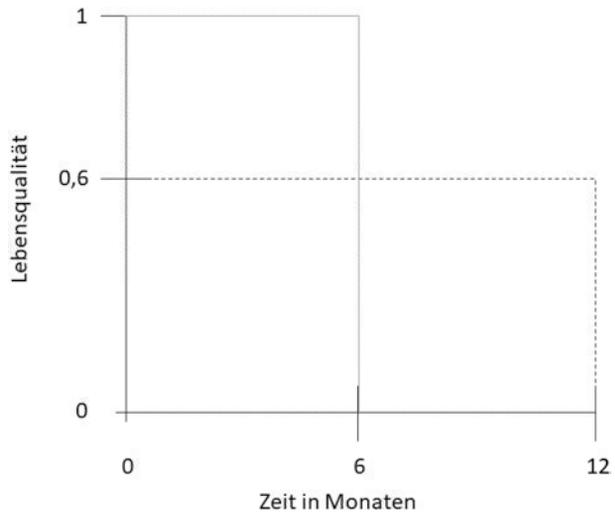
²⁹Vgl. Wernitz und Pelz (2015, S. 175).

³⁰Vgl. König (2009, S. 240).

³¹Vgl. Längen und Büscher (2015, S. 141).

³²Vgl. Wernitz und Pelz (2015, S. 176).

Abb. 2.3 Effektvergleich von Alternativen. (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Lüngen und Büscher 2015, S. 142)



- Therapie B: Lebensqualität 0,6 bezogen auf 12 Monate Lebensdauer
 $0,6 \times 1 = 0,6$ QALY

2.2.3 Betriebswirtschaftliche Perspektive

2.2.3.1 Begriffliche Abgrenzung

Der Begriff des Wertes ist in der betriebswirtschaftlichen Perspektive mit den verschiedensten Denkausrichtungen verbunden, weshalb im Folgenden nur jene Gesichtspunkte dargestellt werden, die eine begriffliche Eingrenzung ermöglichen.

Die Aufgabe eines Betriebes bildet sich im Wesentlichen in der *Tätigkeit des Wirtschaftens* ab, welche auf der Grundlage des ökonomischen Prinzips beruht. Eine wirtschaftliche Handlung ist demnach *Kosten und Nutzen* zu vergleichen, wobei der *Nutzen* dem *Gebrauchswert* und der Aufwand für den Wert der Beschaffung entspricht. Die Knappheit der Güter bestimmt dann den zu leistenden Aufwand für ein Gut. Die Quantifizierung des Nutzens ist der Ertragswert und aufwandseitig entsteht der *Kostenwert*, welcher von dem *Tauschwert* (Preis) abgeleitet wird. Da der Tauschwert durch den Preis bestimmt wird, handelt es sich demnach bei dem Marktpreis um einen entscheidenden ökonomischen Wert.³³

Ein Baustein eines Betriebes stellt in jedem Fall immer das *Rechnungswesen* dar, in dem eine Sammlung von Werten vorgenommen wird. So wird versucht, Vermögens- und Schuldspositionen in Geldeinheiten auszudrücken, also eine monetäre Größe zuzuweisen.

³³Vgl. Löffelholz (1980, S. 55 f).