

# Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheits- wirtschaft

**Manfred Haubrock**  
(Hrsg.)

6., vollständig überarbeitete  
und erweiterte Auflage

# **Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft**

---

# **Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft**

Manfred Haubrock (Hrsg.)

**Manfred Haubrock**

(Hrsg.)

# **Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft**

6. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

unter Mitarbeit von

Wilhelm Brokfeld

Jennifer Decu

Jürgen Georg

Jörg Haßmann

Elisa Liegmann

Mavis Plitt

Constantin Rehers

Christina Riessland

Frank Schäfers

Gabriele Schröder-Sieffker

Volker Schulte

Winfried Zapp



**Prof. Dr. Manfred Haubrock** (Hrsg.), Dipl.Kaufmann, Dipl. Sozialwirt  
Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften  
Caprivistraße 30a  
DE-49076 Osnabrück  
E-Mail: M.Haubrock@hs-osnabrueck.de

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen Internetlinks, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Pflege  
z. Hd.: Jürgen Georg  
Länggass-Strasse 76  
3000 Bern 9  
Schweiz  
Tel: +41 31 300 45 00  
E-Mail: [verlag@hogrefe.ch](mailto:verlag@hogrefe.ch)  
Internet: [www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Jürgen Georg, Michael Herrmann, Martina Kasper  
Bearbeitung: Michael Herrmann  
Herstellung: René Tschirren  
Umschlag: Claude Borer, Riehen  
Satz: punktgenau GmbH, Bühl  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín  
Printed in Czech Republic

6. vollst. überarb. u. erw. Auflage 2018  
© 2018 Hogrefe Verlag, Bern  
© 2002/2007/2009 Verlag Hans Huber, Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-95362-5)  
ISBN 978-3-456-85362-8  
<http://doi.org/10.1024/85362-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung</b>	<b>15</b>
<i>Manfred Haubrock</i>	
<b>Geleitwort zur 6. Auflage aus ökonomischer Sicht</b>	<b>17</b>
<i>Karsten Güldner</i>	
<b>Geleitwort zur 6. Auflage aus medizinischer Sicht</b>	<b>19</b>
<i>Gisbert Kuichwitz</i>	
<b>Geleitwort zur 6. Auflage aus pflegerischer Sicht</b>	<b>21</b>
<i>Peter Bechtel</i>	
<b>Vorwort</b>	<b>23</b>
<i>Manfred Haubrock</i>	
<hr/>	
<b>1 Grundlegende Aspekte des Sozialversicherungssystems</b>	<b>25</b>
<i>Manfred Haubrock</i>	
1.1 Entwicklung der sozialen Sicherung bis 1945	25
1.2 Entstehung der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland	35
1.3 Sozialversicherungen als Elemente der sozialen Sicherung	46
1.3.1 Merkmale der sozialen Sicherung	46
1.3.2 Grundprinzipien und Gemeinsamkeiten der Sozialversicherungen	56
1.3.3 Arbeitslosenversicherung	66
1.3.4 Krankenversicherung	70
1.3.5 Pflegeversicherung	87
1.3.6 Rentenversicherung	93
1.3.7 Unfallversicherung	100
<hr/>	
<b>2 Versorgungsaspekte des Gesundheitssystems als Element des Sozialsystems</b>	<b>111</b>
<i>Manfred Haubrock</i>	
2.1 Soziale Marktwirtschaft als Ordnungsprinzip	111
2.2 Wettbewerb als Koordinationsgröße	124
2.3 Bedarfsgerechte Versorgung als hoheitlicher Auftrag	145
2.4 Spezifika des ersten Gesundheitsmarktes	150

<b>3. Gesundheitsökonomische Evaluationen</b>	<b>177</b>
<i>Manfred Haubrock</i>	
3.1 Notwendigkeit der Evaluation	177
3.2 Kriterien qualifizierter Evaluationen	178
3.3 Kosten-Nutzen-Betrachtungen	179
3.3.1 Überblick	179
3.3.2 Analyseverfahren	182
3.3.3 Grundmuster des Ablaufs bei Kosten-Nutzen-Betrachtungen	183
3.4 Relevanz für das deutsche Gesundheitssystem	187
<b>4. Politische Aspekte der Gesundheitsversorgung</b>	<b>197</b>
<i>Manfred Haubrock</i>	
4.1 Ziele und Funktionen der Gesundheitspolitik	197
4.2 Gesundheitspolitische Herausforderungen	203
4.3 Relevante Gesundheitsreformen als Handlungsstrategien	217
<b>5. Strukturen und Funktionen ausgewählter Versorgungssysteme</b>	<b>277</b>
5.1 Krankenhausversorgung	277
5.1.1 Finanzierung der somatischen Krankenhausleistungen	277
<i>Manfred Haubrock</i>	
5.1.2 Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausleistungen	313
<i>Jennifer Decu</i>	
5.1.2.1 Problemstellung	313
5.1.2.2 Entwicklung des Entgeltsystems in der Psychiatrie	314
5.1.2.3 Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik	320
5.1.2.4 Vergleich zwischen PEPP und DRGs	336
5.1.2.5 Kritische Analyse	336
5.1.2.6 Alternativmodelle	343
5.2 Rehabilitative Versorgung	348
<i>Wilhelm Brokfeld</i>	
5.2.1 Einleitung	348
5.2.1.1 Geschichte der Rehabilitation	348
5.2.1.2 Rechtliche Grundlagen	350
5.2.1.3 ICF und Begriff der Funktionsfähigkeit	352
5.2.1.4 Bio-psycho-soziales Modell	352
5.2.1.5 Ziele und Grenzen der ICF	352
5.2.2 Umfang der Rehabilitation	353
5.2.2.1 Ausgrenzung der beruflichen Rehabilitation	354
5.2.2.2 Ziele und Aufgaben der medizinischen Rehabilitation	354
5.2.2.3 Exkurs: medizinische Rehabilitation und Kur	356
5.2.2.4 Diagnosegruppen in der Rehabilitation	356
5.2.2.5 Wirtschaftliche Aspekte	356
5.2.3 Rehabilitation als Aufgabe der Sozialversicherung	356
5.2.3.1 Rehabilitation als Aufgabe der Unfallversicherung	356
5.2.3.2 Rehabilitation als Aufgabe der Krankenversicherung	357
5.2.3.3 Rehabilitation als Aufgabe der Rentenversicherung	360
5.2.4 Durchführung der Rehabilitation	361

5.2.4.1	Umfassendes Rehabilitations- und Therapiekonzept	361
5.2.4.2	Architektonische Gestaltung der Einrichtungen und Barrierefreiheit	362
5.2.4.3	Interdisziplinäres Rehabilitationsteam und Qualifikation	363
5.2.4.4	Diagnostik	364
5.2.4.5	Rehabilitations- bzw. Therapieziele	365
5.2.4.6	Therapieplan	365
5.2.4.7	Behandlungselemente	366
5.2.5	Weitere an der Rehabilitation Beteiligte	371
5.2.5.1	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.	371
5.2.5.2	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.	372
5.2.5.3	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V.	373
5.2.5.4	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.	374
5.2.5.5	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V.	375
5.2.6	Qualitätsmanagement	375
5.2.6.1	Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung	375
5.2.6.2	Qualitätssicherungsverfahren der Krankenversicherung	379
5.2.6.3	Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement	379
5.2.7	Monetäre Aspekte	380
5.2.7.1	Kosten	380
5.2.7.2	Alternative Finanzierungsformen	384
5.2.8	Fazit	389
5.3	Versorgung durch stationäre Pflegeeinrichtungen	395
	<i>Gabriele Schröder-Siefker</i>	
5.3.1	Gegenstand und Zielsetzung	395
5.3.2	Demografie und Eckpunkte	396
5.3.2.1	Bevölkerungsvorausberechnung	396
5.3.2.2	Pflegestatistik 2013	398
5.3.3	Gesetzliche Rahmenbedingungen für stationäre Pflegeeinrichtungen	401
5.3.3.1	Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung	401
5.3.3.2	Heimrecht	404
5.3.4	Gesetzliche Qualitätsanforderungen an stationäre Pflegeeinrichtungen	407
5.3.4.1	Stand der Qualitätsdiskussion	407
5.3.4.2	Qualitätsverantwortung, -entwicklung und -sicherung	409
5.3.4.3	Pflegebedürftigkeit und ausgewählte Aspekte der pflegerischen Versorgung und sozialen Betreuung	411
5.3.4.4	Anforderungen an Unterkunft und Verpflegung	416
5.3.4.5	Anforderungen an die Qualifikation des Personals	417
5.3.4.6	Qualitätsprüfungen und Transparenzvereinbarung	418
5.3.5	Vertragliche Grundlagen, Finanzierung und Steuerung stationärer Pflegeeinrichtungen	421
5.3.5.1	Beziehungen zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern	421
5.3.5.2	Grundlagen der Finanzierung von stationären Pflegeeinrichtungen	423
5.3.5.3	Steuerung von stationären Pflegeeinrichtungen	429
5.3.6	Zukunftsstrategien der stationären Pflegeeinrichtungen	433
5.3.7	Ausgewählte aktuelle Aspekte zum Pflegestärkungsgesetz II und Ausblick	435
5.3.7.1	Ausgewählte aktuelle Aspekte zum PSG II	435
5.3.7.2	Ausblick	437

5.4	Ambulante pflegerische Versorgung	444
	<i>Christina Riessland</i>	
5.4.1	Ziel der ambulanten Versorgung	444
5.4.1.1	Gesundheitspolitische Zielsetzungen	444
5.4.1.2	Ambulant vor stationär	445
5.4.1.3	Regelungen für den Betrieb eines ambulanten Pflegedienstes	445
5.4.1.4	Normative Rahmenbedingungen der ambulanter Pflege	446
5.4.2	Struktur in der ambulanten Pflege	448
5.4.2.1	Anbieter ambulanter Versorgung	448
5.4.2.2	Finanzierung der ambulanten Pflege	449
5.4.2.3	Betriebswirtschaftliche Aspekte	453
5.4.2.4	Ausdifferenzierungen	457
5.4.3	Fazit	459
5.5	Ambulante ärztliche Versorgung	462
	<i>Manfred Haubrock</i>	
5.6	Arzneimittelversorgung	469
	<i>Manfred Haubrock</i>	

---

## **6. Vom Gesundheitssystem zur Gesundheitswirtschaft** **477**

	<i>Manfred Haubrock</i>	
6.1	Kondratieff-Zyklen – die theoretische Basis	477
6.2	Ursachen und Folgen des Paradigmenwechsels	479
6.3	Veränderungen der Rahmenbedingungen	481
6.3.1	Demografischer Wandel und Finanzierungsproblematik	481
6.3.2	Sozioökonomischer Wandel	484
6.3.3	Medizinisch-technischer Fortschritt	485
6.3.4	Rechtliche und gesundheitspolitische Veränderungen	485
6.4	Primärer und sekundärer Gesundheitsmarkt	489

---

## **7. Ethik in der Gesundheitswirtschaft** **493**

	<i>Volker Schulte</i>	
7.1	Einleitung	493
7.2	Ethik und Moral	493
7.3	Gesundheit und Ethik	494
7.3.1	Autonomieprinzip	494
7.3.2	Prinzip der Schadensvermeidung	494
7.3.3	Fürsorgeprinzip	495
7.3.4	Gleichheits- und Gerechtigkeitsprinzip	495
7.4	Technologischer Fortschritt und Ethik	495
7.4.1	Themenbereich 1 – Enhancement	495
7.4.2	Themenbereich 2 – Organisierte Suizidbeihilfe	496
7.4.3	Themenbereich 3 – Präimplantationsdiagnostik	497
7.4.4	Themenbereich 4 – Transplantationsmedizin	499
7.4.5	Themenbereich 5 – Rationierung	502
7.5	Fazit	503

<b>8. Bedeutung des Managements in der Gesundheitswirtschaft</b>	<b>505</b>
<i>Manfred Haubrock</i>	
8.1 Gesundheitsleistungen als Gegenstand des Managements	505
8.2 Dimensionen des Managements	506
8.2.1 Überblick	506
8.2.2 Funktionales Management	508
8.2.2.1 Prozess der Aufgabenerfüllung	508
8.2.2.2 Informationsbearbeitung	509
8.2.2.3 Zielsetzung	510
8.2.2.4 Planung	512
8.2.2.5 Entscheidung	512
8.2.2.6 Realisierung	514
8.2.2.7 Kontrolle	514
8.2.3 Strukturales Management	516
8.2.3.1 Stellen und Gremien	516
8.2.3.2 Organisationsformen	518
8.2.4 Personales Management	519
8.2.4.1 Struktur- und Wertewandel als Ausgangslage	519
8.2.4.2 Aspekte des Personalmanagements	520
8.2.5 Instrumentales Management	531
<b>9. Relevante Managementkonzepte in der Gesundheitswirtschaft</b>	<b>539</b>
9.1 Kaizen und Lean Management	539
<i>Manfred Haubrock</i>	
9.2 Prozessmanagement	542
<i>Manfred Haubrock</i>	
9.3 Qualitätsmanagement	551
<i>Manfred Haubrock</i>	
9.4 Risikomanagement	575
9.4.1 Ökonomisches Risikomanagement	575
<i>Manfred Haubrock</i>	
9.4.1.1 Begriffliche Abgrenzungen	575
9.4.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen	578
9.4.1.3 Risikomanagementprozess	582
9.4.2 Pflegerisches Risikomanagement	585
<i>Jürgen Georg</i>	
9.4.2.1 Definition, Ziele, Modell	585
9.4.2.2 Risikoassessment	587
9.4.2.3 Risikopflegediagnosen, Surveillance-Diagnosen und potenzielle Komplikationen	588
9.4.2.4 Risikomanagement, Pflegeinterventionen, Expertenstandards und Vigilanz	594
9.4.2.5 Risikomanagement und interdisziplinäre Versorgungspfade	595
9.4.3 Patientensicherheit und Risikomanagement	597
<i>Constantin Rehers</i>	
9.4.3.1 Schlüsselbegriffe im Kontext der Patientensicherheit	598
9.4.3.2 Patientensicherheit als Qualitätsziel	599
9.4.3.3 Bedeutung des Gemeinsamen Bundesausschusses	602

9.5	Versorgungsmanagement	612
	<i>Manfred Haubrock</i>	
9.5.1	Managed Care als Basiskonzept	612
9.5.1.1	Grundlegende Aspekte	612
9.5.1.2	Historische Entwicklung von Managed Care	613
9.5.1.3	Managed-Care-Techniken	616
9.5.1.4	Organisationsformen der Managed Care	621
9.5.1.5	Umsetzungsansätze von Managed Care in den USA	624
9.5.1.6	Beispiele umgesetzter Managed-Care-Strukturen	626
9.5.1.7	Akzeptanz und Kritik der Managed-Care-Strukturen	627
9.5.2	Umsetzungsschritte des Managed-Care-Ansatzes in Deutschland	628
9.5.2.1	Relevanz des Kassenwettbewerbs	628
9.5.2.2	Kassenwettbewerb durch Versorgungsmanagement	630
9.5.2.3	Formen des Versorgungsmanagements	631
9.6	Wissensmanagement	641
	<i>Frank Schäfers</i>	
9.6.1	Grundlegende Aspekte des Wissensmanagements	641
9.6.1.1	Wissenstreppe als Basismodell	641
9.6.1.2	Definitionen von Wissen	643
9.6.1.3	Formen des Wissens	643
9.6.1.4	Wissen aus betriebswirtschaftlicher Sicht	644
9.6.2	Systemisches Wissen	644
9.6.2.1	Definitionen von Wissensmanagement	644
9.6.2.2	Unterscheidung: Wissensmanagementsysteme und -modelle	645
9.6.2.3	Exemplarische Wissensmanagementmodelle	645
9.6.3	Web-2.0-basierte Tools zur Umsetzung von Wissensmanagement	654
9.6.3.1	Allgemeine Hinführung	654
9.6.3.2	Blog	655
9.6.3.3	Videocast	656
9.6.3.4	Social Bookmarking	656
9.6.3.5	Wiki	656
9.7	Betriebliches Gesundheitsmanagement	658
	<i>Mavis Plitt</i>	
9.7.1	Begriffliche Abgrenzungen	658
9.7.1.1	Betriebliche Gesundheitspolitik	658
9.7.1.2	Betriebliches Gesundheitsmanagement	659
9.7.1.3	Betriebliche Gesundheitsförderung	659
9.7.1.4	Prävention	660
9.7.2	Rahmenbedingungen	663
9.7.2.1	Rechtliche Rahmenbedingungen	663
9.7.2.2	Richtlinien und Empfehlungen	669
9.7.2.3	Zertifizierungen	673
9.7.3	Bedeutung des betrieblichen Gesundheitsmanagements	675
9.7.3.1	Ziele	675
9.7.3.2	Voraussetzungen	676
9.7.3.3	Instrumente	677
9.7.3.4	Nutzen	678

9.8	Materialmanagement	685
	<i>Manfred Haubrock</i>	
9.8.1	Elementare und dispositive Produktionsfaktoren	685
9.8.2	Sachgüter im Sinne der Abgrenzungsverordnung	687
9.8.3	Grundsätzliche Überlegungen zur Materialwirtschaft	689
9.8.4	Abfallmanagement	694
9.9	Pflegeprozessmanagement	708
	<i>Jürgen Georg</i>	
9.9.1	Pflegeprozess	708
9.9.1.1	Pflegeassessment	709
9.9.1.2	Pflegediagnosen und -diagnostik	711
9.9.1.3	Pflegeziele und -ergebnisse	717
9.9.1.4	Pflegeplanung	718
9.9.1.5	Pflegeintervention	719
9.9.1.6	Pflegeevaluation	719
9.9.2	Pflegeprozess und Patientenedukation	719
9.9.3	Pflege-, Entlassungsprozess und Entlassungsmanagement	721
9.9.4	Umsetzung des Pflegeprozesses in die Pflegepraxis	725
9.9.5	Interdisziplinäre Prozessgestaltung und Pflegeprozess	727
9.10	Informationsmanagement	733
	<i>Jörg Haßmann</i>	
9.10.1	Einleitende Bemerkungen	733
9.10.2	Datenmanagement in Gesundheitseinrichtungen	734
9.10.2.1	Von Daten über Information zu Wissen	734
9.10.2.2	Klassifikationssysteme	736
9.10.2.3	Organisation des Datenmanagements	743
9.10.3	Anwendungssysteme im praktischen Einsatz	747
9.10.3.1	Krankenhausinformationssysteme (KIS)	747
9.10.3.2	Elektronische Patientenakte (EPA)	758
9.10.4	Kommunikationsaspekte	761
9.10.4.1	Kommunikationsserver	761
9.10.4.2	Kommunikationsstandards	763
9.10.5	Gesundheitstelematik	767
9.10.5.1	eGK, HBA und das Telematikinfrastrukturprojekt	772
9.10.5.2	Elektronische Fallakte	781
9.10.5.3	Mobile Health (mHealth) – Anwendungen mit mobilen Geräten	785
9.10.5.4	Patientengeführte webbasierte Gesundheitsakte	788
9.10.5.5	Institutionsgeführte Portallösungen	790
9.10.6	Technische Grundlagen für Informations- und Kommunikationssysteme	791
9.10.6.1	Client-Server-Architektur	792
9.10.6.2	Servervirtualisierung	794
9.10.6.3	Cloud-Computing	797
9.10.6.4	Einsatz von Rechnernetzen	799

<b>10. Steuerungsinstrumente zur Realisierung der Unternehmensziele</b>	<b>805</b>
10.1 Kennzahlensysteme	805
<i>Manfred Haubrock</i>	
10.1.1 Vorbemerkungen	805
10.1.2 Traditionelle Kennzahlen und Kennzahlensysteme	805
10.1.2.1 Begriffliche Abgrenzungen	805
10.1.2.2 Kennzahlenarten	806
10.1.2.3 Kennzahlen als Vergleichszahlen	806
10.1.2.4 Grenzen der Anwendung von Kennzahlen	807
10.1.3 Traditionelle Kennzahlensysteme	807
10.1.3.1 Vorbemerkungen	807
10.1.3.2 Aufbau eines Kennzahlensystems	808
10.1.3.3 Funktion von Kennzahlen und Kennzahlensystemen	809
10.1.3.4 DuPont-Kennzahlensystem	809
10.1.3.5 ZVEI-Kennzahlensystem	810
10.1.3.6 Grenzen finanzieller Kennzahlensysteme	811
10.1.4 Innovative Performance-Measurement-Systeme	812
10.1.5 Balanced Scorecard als Performance-Measurement-System	813
10.1.5.1 Grundlegende Aspekte	813
10.1.5.2 Begriffliche Abgrenzungen	814
10.1.5.3 Perspektiven	816
10.1.5.4 Verknüpfung von Managementsystemen mit der Balanced Scorecard	819
10.1.6 Einsatzmöglichkeiten der Balanced Scorecard im Krankenhaus	820
10.1.6.1 Status quo des strategischen Managements	820
10.1.6.2 Balanced Scorecard für das Krankenhausmanagement	822
10.1.6.3 Wahl der Perspektiven im Krankenhaus	822
10.1.6.4 Exemplarische Ziele und Kennzahlen für den Krankenhausbereich	824
10.2 Controlling	828
<i>Winfried Zapp</i>	
10.2.1 Hinführung	828
10.2.2 Theoretische Grundlagen	828
10.2.2.1 Ausgangslage: Controllingleitbild	828
10.2.2.2 Basis: Begriffsbestimmung von Controlling	829
10.2.2.3 Controllingkonzeptionen	836
10.2.3 Werkzeuge des Controllings	842
10.2.3.1 Planungssystem	842
10.2.3.2 Kontrollsystem	849
10.2.3.3 Informationsberichte	856
10.2.4 Organisation des Controllings	864
10.2.4.1 Binnenstrukturierung	864
10.2.4.2 Außenstrukturierung	864
10.2.5 Ausblick	865
10.3 Informationsmanagement durch internes Rechnungswesen	870
<i>Winfried Zapp</i>	
10.3.1 Hinführung zum Thema – Grundlagen und Ausrichtung	870
10.3.1.1 Wetterkarten als Ausgangspunkt einer ökonomischen Betrachtung	870
10.3.1.2 Betriebswirtschaftliches Rechnungswesen als Rahmen der Kosten- und Leistungsrechnung	872

10.3.2	Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnisrechnung	878
10.3.2.1	Zwecke, Ziele und Funktionen	878
10.3.2.2	Anforderungen	879
10.3.2.3	Aufgaben	881
10.3.2.4	Begriffsdefinition	882
10.3.3	Aufbau und Konzeption	882
10.3.3.1	Kostenrechnung	882
10.3.3.2	Leistungsrechnung	903
10.3.3.3	Erlös- und Ergebnisrechnung	904
10.3.4	Rechensysteme und Unterscheidungskriterien der Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnisrechnung	906
10.3.4.1	Unterscheidung nach Umfang: Voll- vs. Teilkostenrechnung	906
10.3.4.2	Unterscheidung nach der Zeit: Ist- vs. Plankostenrechnung	908
10.3.5	Rechnungszielorientierung – daten- vs. verhaltensorientierte Rechnung	909
<hr/>		
<b>11.</b>	<b>Marktorientierte Unternehmensführung</b>	<b>913</b>
11.1	Marketing	913
	<i>Manfred Haubrock</i>	
11.1.1	Begriffliche Abgrenzungen	913
11.1.2	Bedeutungswandel des Marketingbegriffs	913
11.1.3	Etablierung einer Marketingstrategie im Krankenhaussektor	916
11.1.4	Marketingziele und Marketingstrategien	918
11.1.5	Marketinginstrumente	921
11.1.6	Rechtliche Rahmenbedingungen für das Krankenhausmarketing	924
11.2	Fundraising	927
	<i>Elisa Liegmann</i>	
11.2.1	Begriffsabgrenzungen	927
11.2.1.1	Spende	927
11.2.1.2	Sponsoring	928
11.2.1.3	Begriffsklärung und -abgrenzung	929
11.2.2	Fundraising-Management	932
11.2.3	Erscheinungsform des Marketings	934
11.2.4	Ansätze	937
11.2.4.1	Transaktionsorientiertes Fundraising vs. Relationship Fundraising	937
11.2.4.2	Exkurs: Relationship Fundraising	939
<b>Herausgeber</b>		<b>945</b>
<b>Autorinnen und Autoren</b>		<b>947</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>		<b>951</b>
<b>Sachwortverzeichnis</b>		<b>961</b>



# Danksagung

Über zwei Jahrzehnte habe ich mit meinem ehemaligen Mitherausgeber Prof. Dr. Walter Schär freundschaftlich und kollegial zusammengearbeitet. Unsere ersten gemeinsamen Aktivitäten hatten wir bereits vor der Wiedervereinigung, als wir mit anderen Kolleginnen und Kollegen daran gearbeitet haben, unter anderem die Inhalte des damaligen Diplom Pflegemanagement-Studiengangs der Berliner Charité an die zukünftigen Herausforderungen anzupassen. Die in diesem Zusammenhang geführten Diskussionen waren für mich auch Lehrjahre. Durch die konstruktiven und persönlichen Gespräche, unter anderem auch im Sommerdomicil des Kollegen, ist bei mir immer ein Erkenntniszuwachs eingetreten. Die Akzeptanz und das Verständnis für die jeweils individuellen Argumentationen und Meinungen, die sich zunächst aus den unterschiedlichen Sozialisationen ergeben hatten, wurden bei Walter Schär und mir immer größer. In den Folgejahren herrschte zwischen Berlin und Osnabrück ein reger Informationsaustausch, der manchmal kontrovers, aber immer fair und respektvoll geführt wurde. Es entstand eine „Vertrauenskultur“. Unser Verhältnis ist bis heute durch Ehrlichkeit, Offenheit und Respekt geprägt.

Im Laufe der Jahre sind von uns neben den fünf Auflagen des relevanten Grundlagenwerks des Huber Verlags gemeinsam viele Lehrbriefe und Manuskripte für wissenschaftliche Einrichtungen in Ost und West verfasst worden. Hierbei ging die Initiative in der Regel vom Kollegen Schär aus. Seine vielfältigen Kontakte öffneten viele Türen. Hieraus resultierten auch die unzähligen Lehrveranstaltungen, Seminare und Vorträge, die wir, um es mit den Worten des Kollegen Schär zu sagen, „getrennt gemeinschaftlich“ durchgeführt haben. Hinzu kommen die jährlichen Treffen mit Medienvertretern und den Spitzenvertretern des organisierten Pflegemanagements im Rahmen des Berliner Pflegekongresses. Walter Schär hat auf diesem Wege die Professionalisierung des Pflegeberufs stark beeinflusst.

Ich möchte mich daher auch an dieser Stelle bei meinem „Kumpel und Mitstreiter“ sehr herzlich für die jahrzehntelange offene und vertrauensvolle Zusammenarbeit, für seine stets humorvollen und hintergründigen Randbemerkungen sowie für alles, was er für mich gemacht hat, bedanken.

*Manfred Haubrock*  
Osnabrück, im April 2017



# Geleitwort zur 6. Auflage aus ökonomischer Sicht

In der Gesundheitswirtschaft brauchen wir heute, aber besonders in der Zukunft, hervorragend qualifizierte Fach- und Führungskräfte mit Fähigkeiten für Kommunikation und interdisziplinäre Kooperation. Entscheidend für eine gute Medizin und Pflege sind motivierte und mit viel Wissen und Können ausgestattete Mitarbeitende in allen Arbeitsbereichen und Berufsgruppen der Krankenhäuser, Reha-Kliniken, Pflegeeinrichtungen und Institutionen der ambulanten medizinischen Versorgung.

Gerade unter dem weiter zunehmenden wirtschaftlichen Druck aufgrund der begrenzten Bereitstellung finanzieller Ressourcen durch die Gesundheitspolitik und den Staat und dem sich verschärfenden Wettbewerb sind Personalgewinnung, -bindung und -entwicklung von existenzieller Bedeutung. So wird der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern insbesondere über die Sicherung des Personals und die Fähigkeit des Unternehmens zur Modernisierung, Restrukturierung und Innovation entschieden. Führung, Change Management und die zeitnahe Möglichkeit, zu investieren, stehen daher im Mittelpunkt.

Die Zusammenarbeit der ÄrztInnen, MitarbeiterInnen des Pflege- und Funktionsdienstes, der kaufmännischen und technischen Bereiche sowie der infrastrukturellen Service-dienste ist für den Erfolg einer Einrichtung unerlässlich. Dieser Prozess muss aktiv organisiert werden und verlangt eine interdisziplinäre Kommunikation auf Augenhöhe. Diese ist daher entscheidender Bestandteil jeder effizienten und zukunftssträchtigen Unternehmensführung. Maßgabe ist, Multiprofessionalität auf Augenhöhe zur gelebten Praxis zu machen.

Wertschätzende Kooperation ist unverzichtbar. Dies bedingt ein gegenseitiges Verständnis der jeweiligen Rolle im Leistungs- und Managementprozess, den Respekt untereinander und die Findung und Realisierung gemeinsamer Ziele. Medizinfachliches, also ärztliches und pflegerisches Wissen und Können und betriebswirtschaftliches Wissen, Denken und Verhalten müssen im Managementprozess zusammengeführt werden.

Dafür bedarf es grundlegenden Basiswissens und spezieller Fachkenntnisse. Genau diesem Anspruch widmet sich die nunmehr 6. Auflage von „Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft“. Die volkswirtschaftliche Bedeutung im Paradigmenwechsel vom Gesundheitssystem zur Gesundheitswirtschaft ist erheblich für Beschäftigung, Wirtschaftskraft und Wertschöpfung. Die Anforderungen und Erwartungen an das Management sind weiter gestiegen.

Komplexität und Dynamik sind rasant. Qualität, Patientensicherheit, Wirtschaftlichkeit, aber auch Mitarbeiterzufriedenheit im Fokus der Leistungsprozesse, insbesondere in den Krankenhäusern, zu gestalten, setzt Wissen, Können, aber auch Know-how-Transfer voraus.

Diesem Anspruch widmen sich zum Beispiel das Kapitel und die vielgliedrigen Abschnitte relevanter Managementkonzepte für die Gesundheitswirtschaft. Controlling als unternehmerisches Führungsinstrument und die marktorientierte Unternehmensführung ergänzen diesen Part.

Grundlagen und Wissen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung für derzeitige und zukünftige

ge Mitarbeitende der Gesundheitswirtschaft zur Verfügung zu stellen, dient die 6. Auflage dieses Standardwerks in bewährter Manier.

*Prof. Dr. Karsten Güldner  
Wissenschaftler Direktor der Akademie  
der Dienstleistungs- und Einkaufsgemeinschaft  
Kommunaler Krankenhäuser eG*

# Geleitwort zur 6. Auflage aus medizinischer Sicht

Seit Beginn der ersten Krankenhausreform im Jahre 1993 hat es bereits grundlegende Veränderungen im Gesundheitswesen gegeben. Die Leistungsfähigkeit konnte beispielsweise im stationären Sektor erheblich gesteigert werden. Während 1990 in den 2447 Krankenhäusern mit ihren 686 000 Betten 13,8 Millionen Patienten mit einer Liegezeit von 15,3 Tagen stationär behandelt wurden, wurden 2014 in den verbliebenen 1980 Krankenhäusern mit 500 680 Betten 19,1 Millionen Patienten mit einer Liegezeit von 7,4 Tagen behandelt. Diese Leistungsverbesserung war nur möglich, weil insbesondere betriebswirtschaftliche Aspekte Einzug in das Gesundheitswesen gehalten haben. Es darf aber nicht verschwiegen werden, dass die Ökonomisierung auch zu einer Leistungsverdichtung vor allem zu Lasten der Gesundheitsberufe geführt hat. Diese neuen insbesondere ethischen Aspekte der Medizin rücken bei dem aktuellen Mangel an Gesundheitsberufen wieder in den Fokus. Medizin wird von Menschen für Menschen gemacht. Es zählt letztlich am Ende einer Behandlung die Qualität, die den Menschen als Patienten zufriedenstellt.

Heute sind Themen wie „Qualitätsmanagement“, „Prozessmanagement“, „Case Management“, „OP-Management“ oder „Betten-Management“ im Gesundheitswesen selbstverständlich geworden. Auch die aktuellen Themen wie „Patientensicherheit“ oder „Fehlermanagement“ haben schon ihren festen Stellenwert im Alltag des Gesundheitssystems. Mit den neuen Krankenhausreformen seit 2014 kommen weitere Aspekte wie „Qualität und Transparenz“ hinzu. Die Entwicklung des Gesund-

heitssystems muss als ein dynamischer Prozess der fortlaufenden Verbesserung verstanden werden und verlangt von den Gesundheitsberufen ein lebenslanges Lernen.

Dieser breiten Facette an dynamischen Veränderungsprozessen im Gesundheitswesen trägt auch die 6. Auflage des Standardwerks „Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft“ mit seiner grundlegenden Neustrukturierung Rechnung. Es wurde den neuen gesundheitspolitischen Herausforderungen angepasst. So wurden die Inhalte gegenüber der 5. Auflage von 2009 umfassend aufgearbeitet und anhand der neuen gesundheitspolitischen Aspekte neu strukturiert. Die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems wurden in den ersten Kapiteln in ihren Kernelementen „Sozialversicherungssystem“, „Gesundheitssystem“, „Gesundheit und Ökonomie“ sowie „Gesundheitspolitik“ für die Lesenden in eigenen inhaltlichen Abschnitten in einen kausal aufeinander aufbauenden Zusammenhang gebracht.

Die aktuellen Strukturen von ausgewählten Versorgungssystemen werden in einem neuen praxisbezogenen Zusammenhang erklärt. Ihm schließt sich in logischer Konsequenz der kontroverse Dialog zwischen Ökonomie und Ethik an.

Es mündet in sehr pragmatisch aufgebaute, lösungsorientierte Kapitel, die das Thema „Management im Gesundheitswesen“ in all seinen Facetten aufarbeiten. Nicht zuletzt zeigt das Standardwerk mit seinen abschließenden Kapiteln, dass sich Controller und Gesundheitsberufe sinnvoll ergänzen können. Neben Kennzahlensystemen zur Steuerung ist es insbesondere das Wissen über die Finanzierung, die das Buch ab-

rundet und die LeserInnen zu ExpertInnen im Gesundheitssystem werden lässt.

Der Autor und Herausgeber Haubrock zeigt damit eindrucksvoll, dass dieses Werk seit Jahren zu Recht zur Pflichtlektüre für Pflegeberufe, Arztberufe und GesundheitsmanagerInnen gehört.

*Prof. Dr. med. Gisbert Knichwitz MBA*

*Chefarzt, Mitgliedschaften in den Vorständen der Ärztekammern, der ärztlichen Weiterbildungskommission, der Lenkungsgruppe im Peer Review Verfahren und des deutsch-niederländischen Gesundheitsnetzwerkes der Euregio*

# Geleitwort zur 6. Auflage aus pflegerischer Sicht

Das Gesundheitssystem in Deutschland hat in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich an Komplexität und Differenzierung zugenommen. Insbesondere mit der Einführung der G-DRGs im Jahre 2004 hat das Finanzierungssystem einen grundlegenden Wandel erfahren, ging es weg von tagesgleichen Pflegesätzen zu einem Preissystem im Sinne von Fallpauschalen, die möglichst sämtliche Leistungen im Akutbereich abdecken sollten. „Geld folgt der Leistung“, so die zentrale Begründung für diesen Paradigmenwechsel in der Finanzierung.

Die Einführung der Fallpauschalen hatte in den Folgejahren weitreichende Konsequenzen für das gesamte System in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Recht schnell wurde von „blutigen Entlassungen“ gesprochen, die Krankenhäuser standen am Pranger, die Patienten zu Lasten der Rehakliniken und der ambulanten Pflegedienste viel zu früh zu entlassen. Gleichzeitig haben wir eine immense Fallzahlsteigerung, einhergehend mit einer gravierenden Verweildauerverkürzung bei Zunahme alter und multimorbider Patienten erlebt. Die Medizin hat in diesen Jahren in fast allen Bereichen revolutionäre Fortschritte gemacht, nehmen wir nur das Beispiel der transfemorale Aortenklappen in der Kardiologie. Dies bedeutet in der Praxis, dass wir heute Patienten mit dieser Methode behandeln können, die sich jenseits des 90. Lebensjahres bewegen. Im Fazit können wir feststellen, dass wir in Deutschland nach wie vor eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme weltweit haben, das jedem einen uneingeschränkten Zugang zu medizinischen und pflegerischen Leistungen ermöglicht, unabhängig von Alter

und sozialer Situation. Wir sollten alles dafür tun, dass wir diesen hohen Level erhalten können.

Das vorliegende Buch von Manfred Haubrock beschäftigt sich nun schon in der 6. Auflage in herausragender Weise mit dieser hohen Komplexität unseres Gesundheitssystems und versucht in seiner Differenziertheit der einzelnen Kapitel und Beiträge, die Wichtigkeit der einzelnen Bereiche darzustellen und gleichzeitig aufzuzeigen, wie stark die Verbindungen und Abhängigkeiten sind. Es wird ein weiter Bogen gespannt von den grundlegenden Aspekten des Sozialversicherungssystems in unserem Land über die politischen Aspekte der Gesundheitsversorgung bis hin zu relevanten Managementkonzepten für die Gesundheitswirtschaft. Hinzu kommt die Betrachtung ausgewählter Versorgungssysteme, die Frage nach Ethik und Moral in den Gesundheitsberufen und ein aus meiner Einschätzung sehr wichtiges Kapitel zur marktorientierten Unternehmensführung.

Gerade der Unternehmensführung, unabhängig in welchem Versorgungsbereich das Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft angesiedelt ist, kommt in der Zukunft noch eine größere Bedeutung zu. Wir werden uns künftig mehr denn je damit auseinandersetzen müssen, wie wir unser hervorragendes Gesundheitsversorgungssystem im Kontext immer knapper werdender Ressourcen aufrechterhalten und weiterentwickeln können.

Seit geraumer Zeit spüren wir klar und eindeutig, dass wir in vielen Bereichen eine Unterfinanzierung erleben, die Unternehmen dazu zwingt, tiefe Einschnitte vorzunehmen, um

wirtschaftlich zu überleben. Gleichzeitig erleben wir aktuell wohl erst die Vorstufe eines Pflegenotstands, der sich nach den prognostischen Vorhersagen verschiedener Institute in dem kommenden Jahrzehnten in einem Bereich bewegen wird, der unvorstellbar ist, wir sprechen von bis zu 300 000 zusätzlichen qualifizierten Pflegekräften bis ins Jahr 2030!

Manfred Haubrock sei an dieser Stelle herzlich dafür gedankt, dass er sein enormes Wissen

und seine jahrzehntelange Erfahrung in diesem System der Gesundheitswirtschaft uns über die 6. Auflage dieses Buches zur Verfügung stellt und uns damit vielfältige Gedankenanstöße gibt.

*Peter Bechtel*

*Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes  
Pflegemanagement*

# Vorwort

Die Erstellung dieser 6. Auflage fiel wiederum in eine ereignisreiche Zeit, die im Wesentlichen durch eine Veränderung der sozioökonomischen Rahmenbedingungen und durch weitere Gesundheitsreformen im Gesundheitswesen geprägt war.

In dieser völlig überarbeiteten und inhaltlich aktualisierten Auflage werden die aktuellen Entwicklungstendenzen, die Ursachen für die Kernprobleme in den Bereichen der Gesundheitswirtschaft sowie potenzielle Lösungsansätze dargestellt. Auch in dieser Auflage geht es darum, neben den wissenschaftstheoretischen Ausführungen an praktischen Beispielen zu verdeutlichen, wie die Gesundheitswirtschaft als zweckorientiertes, dynamisches, äußerst komplexes und soziotechnisches Expertensystem organisiert ist, wie die einzelnen Sektoren miteinander verbunden sind, welche Chancen und Risiken, aber auch welche Stärken und Schwächen in der Gesundheitswirtschaft vorhanden sind.

Im 1. Kapitel wird zunächst die historische Entwicklung der sozialen Absicherung von der Zeit des Absolutismus bis zur Gegenwart verdeutlicht. Es schließen sich Ausführungen über die wesentlichen Merkmale der sozialen Sicherung sowie über die Grundprinzipien und Gemeinsamkeiten der Sozialversicherungen an. Dieser Abschnitt umfasst zudem die Darstellung der fünf Sozialversicherungen in Deutschland.

Versorgungsaspekte des Gesundheitssystems sind Gegenstand des 2. Kapitels. In diesem Kontext wird zunächst das Ordnungsprinzip der Sozialen Marktwirtschaft vorgestellt. Es folgen die Auseinandersetzungen mit den Funktionen des Wettbewerbs und die Darstellung der bedarfs-

gerechten Versorgung. Dieser Abschnitt endet mit der Analyse der Spezifika des ersten Gesundheitsmarktes.

Gesundheitsökonomische Evaluationen sind in den vergangenen Jahren immer relevanter geworden, daher wird diese Thematik im 3. Kapitel aufgearbeitet. Neben der Präsentation der unterschiedlichen Evaluationsmethoden wird die Bedeutung der Kosten-Nutzen-Betrachtungen für den primären Gesundheitsmarkt untersucht.

Die Gesundheitspolitik ist Gegenstand des 4. Kapitels. Neben den Zielen und Funktionen der Gesundheitspolitik werden die aktuellen gesundheitspolitischen Herausforderungen herausgearbeitet. Ein Überblick über die wesentlichen Gesundheitsreformen der vergangenen Jahrzehnte rundet die politische Betrachtung ab.

Im 5. Kapitel werden die Systeme Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtung, Arztpraxis und Apotheke detailliert vorgestellt.

Der Wandel des Gesundheitssystems zur Gesundheitswirtschaft ist Inhalt des 6. Kapitels. Zunächst wird auf die Theorie der langen Wellen eingegangen, es schließen sich die Diskussionen um die hierdurch ausgelösten Veränderungsprozesse sowie um die Abgrenzungen zwischen dem ersten und zweiten Gesundheitsmarkt in Deutschland an.

Im 7. Kapitel wird die Ethik als rationale Begründung für menschliche Handlungsnormen behandelt. Hierbei werden die Interdependenzen zwischen Ethik und Moral, zwischen Gesundheit und Ethik sowie zwischen dem technologischen Fortschritt und der Ethik thematisiert.

Die vierdimensionale Sichtweise des Managements (Struktur, Funktion, Personal, Werkzeuge) wird im 8. Kapitel verdeutlicht. Neben der generellen Sichtweise werden die spezifischen Auswirkungen auf die Gesundheitswirtschaft vorgestellt.

Diverse Managementkonzepte, von der Kaizen-Philosophie bis zum Informationsmanagement, sind Inhalte des 9. Kapitels. Im Detail stellen die Autoren die Konzepte Kaizen, Lean-, Prozess-, Qualitäts-, Risiko-, Versorgungs-, Wissens-, Gesundheits-, Entlassungs-, Pflege- und Informationsmanagement vor.

Unternehmerische Ziele können nur realisiert werden, wenn die hieraus abzuleitenden Strategien und Maßnahmen seitens des Managements gesteuert werden. Zu den Steuerungsinstrumenten gehören immer schon die sogenannten traditionellen Kennzahlensysteme, mit denen der monetäre Unternehmenserfolg gesichert werden soll. In den vergangenen Jahrzehnten sind aber auch die Gesundheitseinrichtungen zu der Erkenntnis gekommen, dass neben den finanziellen Erfolgsfaktoren die sogenannten intangiblen Parameter den unternehmerischen Benefit abbilden. Somit werden im 10. Kapitel auch die Performance-Measurement-Systeme vorgestellt. Dieses Kapitel um-

fasst zudem die Darstellung der wesentlichen Aspekte des Controllings und des betriebswirtschaftlichen Rechnungswesens.

Die marktorientierte Unternehmensführung ist die Thematik des 11. Kapitels. Neben der Relevanz des Marketings für die Gesundheitsunternehmen wird die zunehmende Bedeutung des Fundraisings inhaltlich bearbeitet.

Abschließend möchte ich als Herausgeber Herrn Georg vom Hogrefe Verlag und dem freien Lektor Herrn Herrmann insbesondere für die Hilfestellung bei der methodisch-didaktischen Aufarbeitung der Inhalte sowie für die Unterstützung bei der formalen Gestaltung dieser Publikation danken. Ihre verständnisvolle und fachlich kompetente Beratung bei der Realisierung dieser Auflage hat wesentlich zum Gelingen dieses Projekts beigetragen.

Mein Dank geht auch an die Autorinnen und Autoren, die ihre zum Teil hochkomplexen Inhalte einerseits für den Leser nachvollziehbar, andererseits wissenschaftlich fundiert, fachlich kompetent und sorgfältig präsentieren. Erwähnenswert ist zudem die Aktualität der Beiträge.

*Manfred Haubrock*

Osnabrück, im April 2017

# 1 Grundlegende Aspekte des Sozialversicherungssystems

Manfred Haubrock

## 1.1

### Entwicklung der sozialen Sicherung bis 1945

Das Fundament des deutschen Gesundheitssystems ist die Bilanz einer über viele Jahrhunderte andauernden Entwicklung. Die Betrachtung über diesen Zeitraum zeigt, dass die Entwicklung und Entstehung des Systems der sozialen Sicherung im Wesentlichen von einer in der deutschen Geschichte und Kultur verwurzelten sozialpolitischen Grundüberzeugung, der Einführung der Selbstverwaltung sowie durch viele verschiedene gesellschaftliche und politische Gruppen beeinflusst worden ist.

Einige besonders charakteristische Merkmale des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems lassen sich bis ins Mittelalter zurückverfolgen. Zunächst basiert es auf der christlichen Vorstellung der Solidarität gegenüber den Alten und Kranken. Hier stand jedoch nicht nur die Nächstenliebe im Fokus des Handelns, vielmehr spielte auch der Gedanke an den eigenen Seelenfrieden eine bedeutende Rolle. Kirchliche Hospitäler dienten im Mittelalter der Krankenversorgung und zeichneten sich dadurch aus, dass sie fremden und nicht ortsansässigen Armen und Kranken Unterkunft und Pflege gewährten. Diese Hospitäler waren in erster Linie Armenpflegehäuser. Neben der Kirche widmeten sich auch weltliche Organisationen der Versorgung dieser Personengruppen. Die kirchliche Fürsorge nahm ab Mitte des 15. Jahrhunderts, bedingt durch den gesellschaftlichen Wandel und ausgelöst durch die kirchlichen Reformen (Reformation) sowie die damit verbundenen Schließungen katholischer Häuser, ab. An die

Stelle der kirchlichen Einrichtungen traten zunehmend weltliche Versorgungsinstitutionen. In diesem Kontext spielen die genossenschaftlichen Selbsthilfeeinrichtungen der Gilden, Zünfte und Gesellenbruderschaften, die das gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben in den freien Städten stark geprägt haben, eine wesentliche Rolle.

Diese Veränderungsprozesse spielen sich historisch vor dem Hintergrund einer Wirtschaftsstruktur ab, die im Wesentlichen durch die Entstehung des sogenannten Sektorenmodells gekennzeichnet ist. Bis zum Jahre 1945 wurde die wirtschaftliche Entwicklung in den deutschen Ländern im Wesentlichen durch die Aktivitäten der beiden folgenden Sektoren beeinflusst:

- primärer Sektor (Landwirtschaft, Bergbau, Forstwirtschaft und Fischerei)
- sekundärer Sektor (verarbeitendes Gewerbe, Baugewerbe, Energiewirtschaft).

Die Entwicklung dieser beiden Wirtschaftssektoren ist historisch bedingt. Bis zur industriellen Revolution, die im 18. Jahrhundert zum Beispiel durch die Entwicklung der Dampfmaschine von Newcomen (1705), der „Spinning Jenny“ von Hargreaves (1765), der Baumwollspinnmaschine von Arkwright (1769), des mechanischen Webstuhls von Cartwright (1784), des Puddelverfahrens bei der Eisengewinnung von Corté (1784) und der Baumwollreinigungsmaschine von Whitney (1792) ihren Anfang nahm, dominierte der primäre Sektor.

Dieser **primäre Sektor**, in dem bis zu Beginn der Industrialisierung im 19. Jahrhundert der Wirtschaftsbereich Landwirtschaft eine domi-

nante Bedeutung spielte, war schon in der Vergangenheit durch den Einsatz der beiden volkswirtschaftlichen Produktionsfaktoren Boden und Arbeit geprägt.

**Produktionsfaktoren** waren bzw. sind materielle und immaterielle Ressourcen, die zur Erzeugung von Sachgütern bzw. zur Bereitstellung von Dienstleistungen notwendig sind. Ihr Einsatz ist somit auch für die Unternehmungen des ersten Wirtschaftssektors die Basis für die Herstellung bzw. Bereitstellung von wirtschaftlichen Gütern. Durch ihre Verwendung wird das Unternehmensziel, zum Beispiel der Anbau von Getreide, realisiert. Im Rahmen dieses sogenannten betrieblichen Wertschöpfungsprozesses werden die Produktionsfaktoren teilweise bzw. ganz „verbraucht“. Wird dieser Ressourcenverbrauch monetär bewertet, entstehen für ein Unternehmen Kosten. Kosten lassen sich folglich aus der ökonomischen Perspektive als zweckbezogene, monetäre Ressourcenverbräuche definieren.

Der Faktor **Boden** wird wiederum in einen Anbau-, einen Abbau- und einen Standortboden unterteilt. Unter dem Anbauboden wird zum Beispiel der landwirtschaftlich genutzte Acker verstanden. Diese Art des Bodens ist folglich in der vorindustriellen Phase eine wesentliche Grundlage für die wirtschaftliche Existenz. Bei dem Abbauboden werden die Rohstoffe, die sich in der Erde befinden (z. B. Gas, Kohle, Öl), ökonomisch genutzt. Die Standortfrage ist heute unter anderem relevant für Logistikunternehmen oder für Gesundheitseinrichtungen, für die eine optimale Anbindung an die Infrastruktur und somit eine gute Erreichbarkeit von Bedeutung sind.

Der Faktor **Arbeit** wird in der Betriebswirtschaftslehre in die an der Bereitstellung von Dienstleistungen bzw. an der Erstellung von Sachgütern beteiligten *Elementarfaktoren* sowie in die *derivativen Faktoren* unterteilt. Zu den Elementarfaktoren gehören neben den Betriebsmitteln (z. B. Röntgengerät, Investitionsgüter) und Werkstoffen (z. B. Medikamente, Verbrauchsgüter) auch die ausführenden, erwerbstätigen Menschen. Dieser Teil des Humankapitals wird in der Betriebswirtschaftslehre als sogenannter exekutiver Produktions-

faktor (ausführende Mitarbeiter) bezeichnet. Der sogenannte dispositive Faktor umfasst die Mitarbeiter der Unternehmensführung sowie die Tätigkeiten des Managements. Diese Tätigkeiten der Unternehmensführung werden auch derivative Faktoren genannt. Zu diesen Managementfunktionen gehören die Festlegung von Zielen, die Planung, die Organisation und die Kontrolle.

Diese oben aufgezeigte Differenzierung der Mitarbeiterschaft ist die Grundlage für die Hierarchisierung des Faktors Arbeit. Eine hierarchische Ordnung (Aufbauorganisation, Unternehmensstruktur) besteht aus den Stellen (kleinste Organisationseinheit der ausführenden Arbeit) und aus den Instanzen (kleinste Organisationseinheit des Managements). Instanzen und Stellen bilden zusammen die Organisationseinheit Abteilung.

Der **primäre Sektor** ist geprägt durch die **Agrargesellschaft**. Die meisten Menschen lebten bis zum Ende des 18. Jahrhunderts von der Landwirtschaft und in ländlichen Siedlungen. In Deutschland waren zum Beispiel noch in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts etwa 80 % der Menschen direkt landwirtschaftlich tätig (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 1975: 1). Ein wesentliches unternehmerisches Ziel in der Zeit des Absolutismus, die durch die ständisch-agrarische Ordnung gekennzeichnet war, bestand für die adligen Grundherren darin, die volle **Verfügungsgewalt** über die beiden Produktionsfaktoren Arbeit und Boden zu bekommen. Beim Produktionsfaktor Boden war folglich das Eigentum an der landwirtschaftlichen Anbaufläche notwendig, um die Verfügungsgewalt über den Faktor zu bekommen. Zu dieser wirtschaftlichen Elite gehörten zum Beispiel die ostelbischen Gutsherren. Dieser Stand kontrollierte somit die Bodennutzung und lebte zudem von den Abgaben und Dienstleistungen der von ihm abhängigen landwirtschaftlichen Mitarbeiterschaft. Die Bestimmung des wirtschaftlichen Einsatzes des Produktionsfaktors Arbeit erfolgt zunächst über die Leibeigenschaft und nach den relevanten Reformen über die Hand- und Spanndienste. Diese Dienste, die im preußischen Einflussbereich auch unter der Bezeichnung Heuerlings- oder Kötterwesen be-

kannt waren, zeichneten sich unter anderem dadurch aus, dass zwischen dem Dienstherrn, also in der Regel einem Landadeligen, und den unselbstständigen Bauern eine wirtschaftliche und soziale Abhängigkeit bestand. So wurden in den damals geltenden Gesetzen (in einigen Staaten als Heimatgesetz bekannt) Rechte und Pflichten für beide Seiten festgeschrieben. Unter anderem bestand die Pflicht der Bauern darin, ihre Arbeitskraft zur Verfügung zu stellen, während die Pflicht des Lehnsherrn zum Beispiel darin bestand, die soziale Sicherung der Mitarbeiter zu garantieren. Zu diesen sozialen Pflichten gehörte unter anderem die Versorgung im Fall der Krankheit. Das System war zudem aufgebaut auf dem sogenannten Heimatgedanken, das heißt, die Dorfgemeinschaft bildete die soziale und wirtschaftliche Grundlage für die Menschen. Aus diesen ökonomischen Machtstrukturen ergaben sich politische Herrschaftsstrukturen. Die Führungsschichten der vorindustriellen Gesellschaften rekrutierten sich nahezu ausschließlich aus der Schicht des Adels, also aus der sozialen Schicht (Stand) der Eigentümer des Produktionsfaktors Boden. Der Absolutismus war folglich geprägt durch eine Interessengemeinschaft der politischen Führungselite und der wirtschaftlich mächtigen Personen.

Alternativ zu dieser ländlichen Struktur entwickelte sich in den **Städten** das Bürgertum. Dort spielten die Kaufleute und die Handwerker eine entscheidende Rolle. In den Städten, von denen einige im Laufe der Jahrhunderte bestimmte Privilegien erwerben konnten (z. B. das Marktrecht, das Münzrecht und das Gerichtsrecht), entwickelte sich ein anderes gesellschaftliches Leben. Diese sogenannten freien Städte waren die Wirtschaftszentren einer Region. Eine wesentliche Voraussetzung für diese Entwicklung war die Erlangung des **Marktrechts**. Dieses Recht konnte verliehen oder erworben werden. Das Wirtschaftsleben war durch den Tausch zwischen den Produkten aus den ländlichen Gebieten und den städtischen Handwerkserzeugnissen geprägt. Diese Tauschprozesse fanden auf bestimmten Plätzen, den sogenannten Märkten, statt. Der Marktplatz war somit der Ort, an dem gewirt-

schaftet wurde. **Wirtschaften** bedeutet, dass Waren angeboten und nachgefragt wurden. Verständigen sich der Produzent und der Konsument auf einen Tauschwert, kommt der Kaufvertrag zustande. Aus den anfänglichen Naturaltauschprozessen entwickelte sich nach und nach ein Tausch Geld/Münzen gegen Ware. Ein Tausch Geld gegen Ware setzt voraus, dass dieses Zahlungsmittel zur Verfügung gestellt wird. Zur Herstellung von Münzen erwarben zunächst die Städte und später auch private Geldhäuser **Münzrechte**. Historisch interessant ist hierbei unter anderem die Tatsache, dass zur Herstellung der Münzen zunächst nur Edelmetalle (Gold und Silber) verwendet wurden. Der Münzwert und der Tauschwert einer Münze waren identisch. Durch den Austausch der Edelmetalle gegen minderwertige Materialien (z. B. Bronze) konnte ein Münzgewinn erzielt werden. Dies bedeutet, dass der Herstellungswert und der Tauschwert einer Münze nicht mehr identisch waren.

Die heutige Wirtschaftsordnungsidee der Marktwirtschaft mit dem systemimmanenten Preiswettbewerb basiert auf den Erkenntnissen, die über die Tauschprozesse in den freien Städten gewonnen werden konnten.

Neben dieser Möglichkeit, Einkünfte zu erzielen, konnten die Städte ihre Haushaltslage durch Steuern und Gebühren verbessern. So mussten die Bauern, die ihre Produkte in der Stadt verkaufen wollten, bei Ankunft in der Stadt ein „Eintrittsgeld“ zahlen. Wollte ein Händler sein Produkt mit einem bestimmten Qualitätsnachweis verkaufen, so musste diese Qualität durch Beauftragte der Städte festgestellt und bescheinigt werden. Die Städte hatten hierfür Qualitätsnormierungen (Qualitätsstandards) entwickelt, die eingehalten werden mussten. Für die Verleihung eines solchen Qualitätszertifikats waren entsprechende Gebühren zu entrichten.

Das dritte Recht, das **Gerichtsrecht**, ergänzte die beiden anderen Rechte. Verstöße, die sich unter anderem aus einem unseriösen Marktverhalten ergeben konnten, wurden in der Regel zeitnah und vor Ort geahndet.

Die Städte hatten, im Vergleich zu der in den ländlichen Regionen üblichen Feudalherr-