

Maik Lachmann

Der Einsatz von Controllinginstrumenten in Krankenhäusern

GABLER RESEARCH

Maik Lachmann

Der Einsatz von Controllinginstrumenten in Krankenhäusern

Verbreitung, Kontextfaktoren
und Erfolgspotenziale

Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Wolfgang Berens



RESEARCH

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

Dissertation Westfälische Wilhelms-Universität Münster, 2010

D6

1. Auflage 2011

Alle Rechte vorbehalten

© Gabler Verlag | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2011

Lektorat: Stefanie Brich | Nicole Schweitzer

Gabler Verlag ist eine Marke von Springer Fachmedien.

Springer Fachmedien ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.

www.gabler.de



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: KünkelLopka Medienentwicklung, Heidelberg

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Printed in the Netherlands

ISBN 978-3-8349-2663-0

Geleitwort

In einem von finanziellen Engpässen gekennzeichneten Gesundheitsmarkt unterliegen auch Krankenhäuser einem zunehmenden Ökonomisierungsprozess. Oftmals stellen die Forderung nach einer hohen Qualität der medizinischen Leistungserbringung auf der einen und abnehmende Ressourcen auf der anderen Seite ein nur schwerlich zu überwindendes Dilemma dar. Um den Herausforderungen adäquat begegnen zu können, eignen sich insbesondere Controllinginstrumente, da sie einen wesentlichen Beitrag zur faktenbasierten Fundierung von Entscheidungen leisten können.

Ungeachtet der in der wissenschaftlichen Literatur häufig konstatierten Bedeutungszunahme des Controllings und seiner Instrumente, existierte bisher eine Forschungslücke in Bezug auf die tatsächliche Ausgestaltung des Instrumenteneinsatzes in der Krankenhauspraxis. Zudem lagen kaum empirische Befunde bezüglich der Abhängigkeit der Instrumentennutzung von Einflussfaktoren sowie hinsichtlich der Wirkung betriebswirtschaftlicher Methoden für den Erfolg von Krankenhäusern vor. Herr Lachmann leistet im Zuge einer umfangreichen, bundesweiten Untersuchung einen weitreichenden Beitrag zur Schließung dieser Forschungslücke. Dabei werden sowohl aus dem allgemeinen Unternehmensbereich stammende und gegebenenfalls modifizierte Konzepte als auch krankenhausspezifische Instrumente berücksichtigt.

In der Gesamtbetrachtung wird eine umfassende Nutzung von Controllinginstrumenten in Krankenhäusern festgestellt, welche auf eine Weiterentwicklung des eingesetzten Instrumentariums in deutschen Krankenhäusern im Vergleich zu früheren empirischen Studien hinweist. Allerdings ergeben sich deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Bereichen des Controllings. In der Gesamtbetrachtung werden monetär-quantitative Methoden stärker eingesetzt als qualitativ-strategische.

Zudem erfolgt eine ausführliche Kontextanalyse des Instrumenteneinsatzes. Herr Lachmann findet dabei einerseits Hinweise auf einen Einfluss institutioneller Faktoren, wie bspw. der Krankenhausgröße. Andererseits lassen die Ergebnisse auf eine verstärkte Nutzung von Controllinginstrumenten schließen, falls die Krankenhausführung eine bestimmte Ausrichtung, wie bspw. eine strategische Orientierung oder die intensive Verfolgung erwerbswirtschaftlicher Ziele, vorgibt. Im Rahmen der Diskussion dieser Ergebnisse werden Empfehlungen hin-

sichtlich einer kontextspezifischen Ausgestaltung des Instrumenteneinsatzes generiert.

In Bezug auf die Erfolgswirkung betriebswirtschaftlicher Instrumente in Krankenhäusern wird eine umfassende Analyse sowohl in Bezug auf Performancegrößen als auch hinsichtlich des Ausmaßes der Entscheidungsunterstützung der Krankenhausführung durchgeführt. In der Gesamtbetrachtung deuten die Ergebnisse auf eine positive Wirkung von Controllinginstrumenten hin. Auf der Basis dieser Erkenntnisse werden die bisher vorliegenden, vornehmlich theoriebasierten Empfehlungen des Einsatzes dieser Methoden in der Krankenhauspraxis empirisch validiert.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung des Gesundheitssektors zeichnen sich die Forschungsergebnisse durch eine äußerst hohe praktische und wissenschaftliche Relevanz aus. Die Erkenntnisse der Untersuchung liefern wertvolle Anhaltspunkte für eine effektive Ausgestaltung des betriebswirtschaftlichen Instrumentariums in Gesundheitseinrichtungen unter den heutigen Wettbewerbsbedingungen. Daher bin ich davon überzeugt, dass die Arbeit von Herrn Lachmann eine große Anzahl interessierter Leser finden wird.

Münster, im Juli 2010

Prof. Dr. Wolfgang Berens

Vorwort

Die vorliegende Arbeit entstand während meiner Zeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Controlling an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und wurde im Mai 2010 als Dissertationsschrift angenommen. Gerne möchte ich denjenigen Personen danken, die mich in dieser Zeit unterstützt und daher maßgeblich zum Gelingen des Projektes beigetragen haben.

Ein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater und Erstgutachter, Prof. Dr. Wolfgang Berens, für die fachliche und – insbesondere im Zuge der umfangreichen Befragung – auch organisatorische Unterstützung. Die von ihm gewährten Freiheiten und das Vertrauen, welches er seinen Mitarbeitern entgegen bringt, trugen maßgeblich zu dem sehr angenehmen Arbeitsumfeld bei, in dem die vorliegende Arbeit entstehen konnte. Ebenfalls möchte ich Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff für die Übernahme des Zweitgutachtens und wertvolle Hinweise hinsichtlich der praktischen Umsetzung der Untersuchung danken.

Besonders zum Gelingen der Arbeit beigetragen hat PD Dr. Andreas Wömpener durch seine stetige Bereitschaft zur Diskussion und Auseinandersetzung mit der behandelten Thematik. Meinen Kollegen Dr. Thorsten Knauer, Dipl.-Kffr. Alexandra Rohlmann sowie Dipl.-Kfm. Friedrich Sommer danke ich für die sorgfältige Durchsicht des Manuskripts sowie viele nützliche Hinweise und Anmerkungen. Ein besonderer Dank gilt ebenfalls meinen studentischen Hilfskräften, Frau Simone Bernatzky sowie Dipl.-Kfm. Michael Maihaus, welche mich stets mit besonderem Engagement unterstützt haben.

Dass meine Zeit am Lehrstuhl eine unvergessliche bleiben wird, habe ich vor allem meinen Kollegen zu verdanken, welche ich im Rahmen meiner Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter kennen und schätzen gelernt habe. Namentlich danken möchte ich unserem Sekretariat, Frau Bettina Kleinfelder und Frau Gabriele Paning, sowie meinen wissenschaftlichen Kollegen Dr. Daniel Bolte, Dipl.-Wirt.-Math. Matthias Dirkmorfeld, Dipl.-Wirt. Inform. Marco Dudda, Dr. Klaus Flacke, Dipl.-Kffr. Anna Kaland, Dr. Sabine Knothe, Dipl.-Kffr. Maike König, Dr. Mirko Kraft, Dr. Florian Krol, Dr. Jan-Philipp Menke, Dr. Andreas Röhrig, Dipl.-Kffr. Kerstin Schmidt, Dr. Walter Schmitting, Dipl.-Wirtsch.-Ing. Julian Thiel und Dr. Arnt Wöhrmann.

Ein besonderer Dank gilt zudem meinen Freunden, welche mich in allen Höhen und Tiefen des Promotionsvorhabens unterstützt haben. Gerne erinnere ich mich

an unzählige unvergessliche Momente, die wir zusammen erleben konnten. Hervorheben möchte ich Dipl.-Logist. Lars Dentgen und Dipl.-Ökon. Wojtek Gorski für viele motivierende Gespräche sowie das stetige Interesse an dem Fortschritt der Arbeit. Meinen Eltern danke ich für ihre Unterstützung in allen Phasen meines Lebens. Ohne sie wäre das Gelingen der Arbeit undenkbar gewesen.

Münster, im Juli 2010

Maik Lachmann

Inhaltsverzeichnis

Symbolverzeichnis	XV
Abkürzungsverzeichnis	XIX
Abbildungsverzeichnis	XXIII
Tabellenverzeichnis	XXV
A Literaturgestützte Fundierung der Untersuchung	1
I Einleitung	1
1 Motivation und Problemstellung	1
2 Zielsetzung der Arbeit	3
3 Wissenschaftstheoretische Einordnung	5
4 Gang der Untersuchung	6
II Charakterisierung des deutschen Krankenhauswesens	11
1 Grundlagen des deutschen Gesundheitswesens	11
2 Grundlegende Merkmale von Krankenhäusern	16
2.1 Rahmendaten	16
2.2 Systematisierungsmöglichkeiten	18
2.3 Ziele und Aufgaben	21
2.4 Organisationsstruktur	23
3 Finanzierung von Krankenhäusern	24
3.1 Investitionsfinanzierung	24
3.2 Betriebskostenvergütung	27
3.2.1 Entwicklung des Vergütungssystems	27
3.2.2 Vergütung auf Basis von Diagnosis Related Groups	29
4 Veränderungen des Wettbewerbsumfelds	33
4.1 Verstärkter Kostendruck und Rationalisierungszwang	33
4.2 Zunehmende Transparenz	35
4.3 Leistungswettbewerb auf Basis der Qualität	37
4.4 Akquisitionen, Fusionen und Kooperationen	39
5 Implikationen für die weitere Vorgehensweise	42
III Methodengestütztes Controlling zur Rationalitätssicherung des Krankenhaus-Managements	45
1 Begriff und Funktionen des Controllings	45
1.1 Ausgewählte klassische Konzeptionen	45

1.2	Integrative Konzeption und Ableitung eines der Untersuchung zugrunde liegenden Begriffsverständnisses.....	49
1.3	Grundlegende Systematisierung von Controllinginstrumenten.....	52
1.4	Controlling im kontingenztheoretischen Kontext.....	54
2	Controlling in Krankenhäusern.....	58
2.1	Begriff und Funktion des Krankenhaus-Managements.....	58
2.2	Internes Rechnungswesen im Krankenhaus.....	62
2.3	Charakteristika des Krankenhaus-Controllings.....	66
2.3.1	Grundlagen und Begriffsklärung.....	66
2.3.2	Integration medizinischer Aspekte.....	68
2.3.3	Institutionelle Ausgestaltung.....	69
2.3.4	Grundlegende Aspekte der instrumentellen Ausgestaltung.....	71
2.3.5	Bedeutungszunahme der Controllingfunktionen im Krankenhaus.....	74
2.3.5.1	Informationsversorgung.....	74
2.3.5.2	Planung.....	77
2.3.5.2.1	Strategische und taktische Planung.....	77
2.3.5.2.2	Operative Planung.....	81
2.3.5.3	Kontrolle.....	83
2.3.5.4	Koordination.....	85
2.4	Bisherige empirische Untersuchungen zum Einsatz von Controllinginstrumenten.....	87
2.4.1	Krankenhausspezifische Untersuchungen.....	87
2.4.2	Nicht-krankenhausspezifische Untersuchungen.....	95
3	Zwischenfazit und Implikationen für die weitere Vorgehensweise.....	98

B Empirische Untersuchung 102

I Grundlegende Aspekte 102

1	Untersuchungsdesign und Vorgehen.....	102
2	Auswahl der Forschungsmethode.....	104
3	Aufbau und Inhalt des Fragebogens.....	107
4	Durchführung der Erhebung.....	111
5	Darstellung des Datensatzes und Repräsentativität der Stichprobe.....	113
6	Behandlung fehlender Werte.....	117
7	Zuordnung von Instrumenten zu Controllingfunktionen.....	123

II Deskriptive Analyse des Einsatzes von Controllinginstrumenten.... 129

1	Instrumente der Informationsversorgung.....	129
1.1	Kostenrechnung und Kostenmanagement.....	129
1.2	Kennzahlen und Berichtswesen.....	133

2	Operative Planungs- und Kontrollinstrumente	136
3	Taktische und strategische Planungs- und Kontrollinstrumente	137
3.1	Investitionscontrolling	137
3.2	Risiko-Controlling	139
3.3	Weitere Instrumente	140
4	Beurteilung der Controllinginstrumente	143
5	Zusammenfassung der deskriptiven Ergebnisse	145

III Kontextuelle Analyse des Einsatzes von Controlling-

	instrumenten	148
1	Hypothesenherleitung	148
1.1	Grundlegende Aspekte der betrachteten Kontextfaktoren.....	148
1.2	Größe und Koordinationskomplexität	148
1.3	Rechtsform	151
1.4	Institutionalisierung des Controllings	153
1.5	Interne Abhängigkeit.....	155
1.6	Erwerbswirtschaftliche Ausrichtung.....	157
1.7	Strategische Orientierung.....	160
1.8	Qualitäts- und Patientenorientierung	161
1.9	Wachstumsorientierung	163
2	Statistische Auswertung.....	165
2.1	Operationalisierung verwendeter Konstrukte	165
2.1.1	Charakterisierung und Gütebeurteilung von Messmodellen....	165
2.1.2	Empirische Validierung der angewendeten Systematisierung von Controllinginstrumenten.....	170
2.1.3	Empirische Validierung der Multiple-Item-Konstrukte für einzelne Kontextfaktoren	175
2.2	Überprüfung des Einflusses der hergeleiteten Kontextfaktoren auf die Instrumentennutzung.....	176
2.2.1	Grundlegender Ablauf der kontextuellen Analyse.....	176
2.2.2	Behandlung von Interaktionseffekten	178
2.2.3	Prämissen- und Güteprüfung im Rahmen der Regressions- analysen	184
2.2.4	Analyse des Einflusses auf Teilbereiche der Instrumenten- nutzung	187
2.2.4.1	Informationsversorgung.....	187
2.2.4.1.1	Kostenrechnung und Kostenmanagement	187
2.2.4.1.2	Kennzahlen und Berichtswesen.....	194
2.2.4.2	Operative Planung und Kontrolle	197
2.2.4.3	Strategische und taktische Planung und Kontrolle.....	199

2.2.4.3.1	Investitionscontrolling.....	199
2.2.4.3.2	Risiko-Controlling.....	201
2.2.4.3.3	Weitere Instrumente.....	203
2.2.5	Analyse des Einflusses auf die Gesamtnutzungsintensität von Controllinginstrumenten.....	205
2.2.5.1	Clusteranalyse zur Bildung von Gruppen mit homogener Nutzungsintensität	205
2.2.5.2	Zusammenhang zwischen Kontextfaktoren und Gesamtintensität der Instrumentennutzung	208
3	Diskussion und Zusammenfassung der kontextuellen Ergebnisse	212
IV	Analyse der Wirkung und Bewertung von Controllinginstrumenten.....	219
1	Hypothesenherleitung	219
1.1	Wirkung von Controllinginstrumenten auf Erfolgsgrößen.....	219
1.2	Bewertung von Controllinginstrumenten.....	222
2	Darstellung der Ergebnisse für einzelne Teilbereiche des Controllings	224
2.1	Wirkung von Controllinginstrumenten auf Erfolgsgrößen.....	224
2.2	Bewertung von Controllinginstrumenten.....	227
3	Darstellung der Ergebnisse für die Gesamtnutzungsintensität	231
4	Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse	233
V	Limitationen der Untersuchung	238
C	Schlussbetrachtung	244
I	Zusammenfassung der Untersuchung.....	244
II	Implikationen für die Krankenhauspraxis.....	249
III	Implikationen für die krankenhausspezifische Controllingforschung.....	252
Anhang	257
Anhang 1:	Anschreiben und Fragebogen der Untersuchung.....	258
Anhang 2:	Deskriptive Auswertung der Kontextvariablen.....	265
Anhang 3:	Interaktionseffekte zwischen Rechtsform, Trägerschaft und anderen Kontextvariablen	267
Anhang 4:	Ergänzende Auswertungen zur Kontextabhängigkeit von Instrumenten der Informationsversorgung	268
Anhang 5:	Ergänzende Auswertungen zur Kontextabhängigkeit von Instrumenten der operativen Planung und Kontrolle.....	271

Anhang 6: Ergänzende Auswertungen zur Kontextabhängigkeit von Instrumenten der taktischen und strategischen Planung und Kontrolle	272
Anhang 7: Vollständige Ergebnisse der Clusteranalyse.....	273
Anhang 8: Einfluss von Rechtsform und Trägerschaft auf die Gesamtintensität der Instrumentennutzung	274
Anhang 9: Deskriptive Auswertung der Performancegrößen	275
Anhang 10: Ergänzende Auswertungen zum Einfluss der Instrumentennutzung auf Erfolgsgrößen.....	276
Literaturverzeichnis	279
Rechtsquellenverzeichnis	327

Symbolverzeichnis

Allgemeine Symbole

*	signifikant auf dem 10%-Niveau
**	signifikant auf dem 5%-Niveau
***	signifikant auf dem 1%-Niveau
β_i	Regressionskoeffizient
§	Paragraph
%	Prozent
Σ	Summe
&	und
c	Konstante
CL	Cluster
H	Hypothese
i	Untersuchungsobjekt
n	Gesamtanzahl betrachteter Objekte
R^2	Bestimmtheitsmaß
TM	Trademark
v_i	Störgröße
X, Y, Z	Variablen

Kontextvariablen

ANPSTR	Regelmäßigkeit der Überprüfung und Anpassung der eingesetzten Strategie
ANZABT	Anzahl (Fach-)Abteilungen
ANZBET	Anzahl aufgestellter Betten
ANZEINR	Anzahl Gesundheitseinrichtungen
ANZMA	Anzahl insgesamt beschäftigter Mitarbeiter
ANZMAKC	Anzahl Mitarbeiter im kaufmännischen Controlling
ANZMAMC	Anzahl Mitarbeiter im medizinischen Controlling
BWLZIEL	Bedeutung betriebswirtschaftlicher Ziele
CTRLABT	Einrichtung einer Controllingabteilung
ERWAUSR	Ausmaß der erwerbswirtschaftlichen Ausrichtung
GEWERZ	Bedeutung der Erzielung von Gewinnen
KAPGES	Rechtsform der Kapitalgesellschaft
KOMMSTR	Regelmäßigkeit der Kommunikation strategischer Aspekte an die Mitarbeiter
PATZUF	Bedeutung der Patientenzufriedenheit
QUALLEIST	Bedeutung einer Leistungserbringung auf qualitativ höchstem Niveau

QUALOR	Ausmaß der Qualitätsorientierung
RENDERZ	Bedeutung der Erzielung hoher Kapitalrenditen
SCHRFTSTR	Nutzung einer schriftlich fixierten Strategie
STRATOR	Ausmaß der strategischen Orientierung
TRÄGSCH	Trägerschaftsform
UMSWACHST	angestrebtes Umsatzwachstum

Variablen zur Nutzung und Beurteilung von Controllinginstrumenten

BEHANDQUAL	Beitrag zur Verbesserung der Behandlungsqualität
DB	Deckungsbeitragsrechnungen
EFFIZIENZK	effizienzbezogene Kennzahlen
ENTFIND	Nutzung generierter Informationen im Rahmen der Entscheidungsfindung
FINZK	finanzielle Kennzahlen
FÜHR_UNVERZ	Bedeutung für die Führung des Krankenhauses
GESINT	Gesamtintensität der Instrumentennutzung
INVC	Investitionscontrolling
KOMA	Kostenmanagement
KONFLIKTLSG	Beitrag zur Konfliktlösung
KOTR	Kostenträgerrechnungen
OP_PUK	operative Planung und Kontrolle
OPBW	operatives Berichtswesen
RC	Risiko-Controlling
STABK	stabilitätsbezogene Kennzahlen
STAKEHK	stakeholderbezogene Kennzahlen
STRATBW	strategisches Berichtswesen
STRATC	strategisches Controlling
TRADKR	traditionelle Kostenrechnung
WIRT_ZIELE	Beitrag zur Erreichung betriebswirtschaftlicher Erfolgsgrößen

Performancevariablen

BESTSICHERH	Einschätzung der langfristigen Bestandssicherheit
EFFIZIENZ	Ausprägung der Performancegröße „Effizienz“
ENTWICKLBWL	Entwicklung betriebswirtschaftlicher Performancegrößen
ENTWICKLQUAL	Entwicklung qualitätsorientierter Performancegrößen
ERGEBN_2007	Jahresergebnis 2007
ERGEBN_2008	Jahresergebnis 2008
ERGEBN_2009	Jahresergebnis 2009 (prognostiziert)

GEWINN/JÜ	Ausprägung der Performancegröße „Gewinn bzw. Jahresüberschuss“
IMAGE	Ausprägung der Performancegröße „Positives Image in der Bevölkerung“
KOSTEN	Ausprägung der Performancegröße „Kosten“
LIQUID	Ausprägung der Performancegröße „Liquidität“
MARKTANT	Marktanteil im Einzugsgebiet
PATZUF	Ausprägung der Performancegröße „Patientenzufriedenheit“
QUAL_LEIST	Ausprägung der Performancegröße „Qualität der Leistungserbringung“
RENTAB	Ausprägung der Performancegröße „Rentabilität“
ZUKENT	prognostizierte zukünftige Entwicklung

Abkürzungsverzeichnis

AbgrV	Abgrenzungsverordnung
Abs.	Absatz
AG	Aktiengesellschaft
allg.	allgemein
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Group
Aufl.	Auflage
BpflV	Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung)
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CFROI	Cash-Flow Return on Investment
CIRS	Critical Incident Reporting System
CKM	Centrum für Krankenhaus-Management
d.h.	das heißt
DEV	durchschnittlich erfasste Varianz
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Group
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EK	Eigenkapital
erwerbswirtsch.	erwerbswirtschaftlich
et al.	et alii
etc.	et cetera
EVA™	Economic Value Added
FMEA	Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse
FPG	Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz)
FPV	Fallpauschalenvereinbarung 2009
frei-gem.	frei-gemeinnützig
G-DRG	German Diagnosis Related Group
GewO	Gewerbeordnung
ggf.	gegebenenfalls
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GK	Gesamtkapital
GKV	gesetzliche Krankenversicherung

GKV-GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz)
GKV-GRG	Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz)
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GSG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz)
HGB	Handelsgesetzbuch
Hrsg.	Herausgeber
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
Jg.	Jahrgang
KHBV	Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern (Krankenhausbuchführungsverordnung)
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz)
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)
KHRG	Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz)
KHGG NRW	Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen
KHKG	Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz
Koeff.	Koeffizient
KVKG	Krankenversicherung-Kostendämpfungsgesetz
M&A	Mergers & Acquisitions
MAR	Missing at Random
MCAR	Missing Completely at Random
Mio.	Millionen
mittl.	mittlerer
MNAR	Missing not at Random
Mrd.	Milliarden
neg.	negativ
No.	Number
Nr.	Nummer

NRW	Nordrhein-Westfalen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
öff.	öffentlich
OP	Operationsaal
PLS	Partial-Least-Squares
pos.	positiv
priv.	privat
S.	Seite
SGB V	Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
Sign.	Signifikanz
Sp.	Spalte
stand.	standardisiert
SWOT	Stärken-Schwächen-Chancen-Risiken (Strength-Weaknesses-Opportunities-Threats)
u.a.	unter anderem
US	United States
USA	United States of America
vgl.	vergleiche
Vol.	Volume
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil
ZuInvG	Gesetz zur Umsetzung von Zukunftsinvestitionen der Kommunen und Länder (Zukunftsinvestitionsgesetz)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung A-1: Untersuchungsverlauf.....	10
Abbildung A-2: Hauptakteure des deutschen Gesundheitssystems.....	15
Abbildung A-3: Entwicklung zentraler Indikatoren des deutschen Krankenhauswesens.....	17
Abbildung A-4: Anteile der Trägergruppen von 1996 bis 2008.....	19
Abbildung A-5: Entwicklung der Fördermittel der Länder.....	26
Abbildung A-6: Berechnung der Basisfallwerte.....	32
Abbildung A-7: Chancen des Leistungswettbewerbs.....	38
Abbildung A-8: Unternehmensverbindungen im Krankenhaussektor.....	41
Abbildung A-9: Komponenten des Führungssystems.....	48
Abbildung A-10: Idealtypischer Führungszyklus.....	51
Abbildung A-11: Modell des kontingenztheoretischen Ansatzes.....	55
Abbildung A-12: Anspruchsgruppen eines Krankenhauses.....	60
Abbildung A-13: Exemplarische Kostenstruktur eines Krankenhauses.....	63
Abbildung B-1: Untersuchungsschritte der empirischen Analyse.....	104
Abbildung B-2: Beschreibung des Datensatzes hinsichtlich ausgewählter Strukturmerkmale.....	113
Abbildung B-3: Abgefragte finanzielle und nicht-finanzielle Kennzahlen....	124
Abbildung B-4: Grundlegende Systematisierung von Controlling- instrumenten.....	128
Abbildung B-5: Einsatz von Kostenrechnungsinstrumenten.....	130
Abbildung B-6: Einsatz finanzieller Kennzahlen.....	134
Abbildung B-7: Einsatz operativer Planungs- und Kontrollinstrumente.....	136
Abbildung B-8: Durchführung von Investitionskontrollen.....	139
Abbildung B-9: Einsatz von Instrumenten des Risiko-Controllings.....	139
Abbildung B-10: Beurteilung von Controllinginstrumenten.....	144
Abbildung B-11: Reflektive und formative Konstrukte.....	166
Abbildung B-12: Teilschritte der konfirmatorischen Faktorenanalyse.....	171
Abbildung B-13: Vorgehen im Rahmen der kontextuellen Analyse.....	177
Abbildung B-14: Mediator-Effekt.....	178
Abbildung B-15: Moderator-Effekt.....	179
Abbildung B-16: Regressionsgleichung zur Messung der Kontextabhän- gigkeit der Gesamtnutzungsintensität.....	210
Abbildung B-17: Einflüsse der Kontextfaktoren auf Instrumentenbereiche....	218
<i>Anhangabbildungen</i>	
Abbildung AN-1: Anschreiben der Untersuchung.....	258
Abbildung AN-2: Fragebogen der Untersuchung.....	259

Tabellenverzeichnis

Tabelle A-1: Aufwertung des Krankenhaus-Controllings im Kontext veränderter Wettbewerbsbedingungen	99
Tabelle B-1: Prüfung auf Repräsentativität des Datensatzes.....	114
Tabelle B-2: Darstellung der Spendervariablen für die Ergänzung fehlender Werte.....	121
Tabelle B-3: Einsatz von Kostenmanagementinstrumenten.....	132
Tabelle B-4: Einsatz nicht-finanzieller Kennzahlen	133
Tabelle B-5: Einsatz von Instrumenten des Investitionscontrollings	138
Tabelle B-6: Einsatz strategischer Planungs- und Kontrollinstrumente.....	142
Tabelle B-7: Übersicht über die Nutzungsintensität von Controllinginstrumenten.....	146
Tabelle B-8: Kontextfaktoren und operationalisierende Variablen.....	165
Tabelle B-9: Reliabilitäts- und Validitätsprüfung der Instrumententeilbereiche	172
Tabelle B-10: Reliabilitäts- und Validitätsprüfung der Kontextfaktoren.....	176
Tabelle B-11: Korrelationskoeffizienten der Kontextvariablen	181
Tabelle B-12: Empirisch ermittelte Interaktionseffekte	184
Tabelle B-13: Einfache Korrelationsanalyse Kostenrechnung und Kostenmanagement.....	188
Tabelle B-14: Partielle Korrelationsanalyse Kostenrechnung und Kostenmanagement.....	189
Tabelle B-15: Regressionsanalyse traditionelle Kostenrechnung	191
Tabelle B-16: Regressionsanalyse Kostenträgerrechnung	192
Tabelle B-17: Regressionsanalyse Deckungsbeitragsrechnung	193
Tabelle B-18: Regressionsanalyse Kostenmanagement	193
Tabelle B-19: Einfache Korrelationsanalyse Kennzahlen und Berichtswesen.....	194
Tabelle B-20: Partielle Korrelationsanalyse Kennzahlen und Berichtswesen.....	194
Tabelle B-21: Regressionsanalyse operatives Berichtswesen	196
Tabelle B-22: Regressionsanalyse strategisches Berichtswesen	197
Tabelle B-23: Einfache Korrelationsanalyse operative Planung und Kontrolle	198
Tabelle B-24: Partielle Korrelationsanalyse operative Planung und Kontrolle	198
Tabelle B-25: Regressionsanalyse operative Planung und Kontrolle.....	199
Tabelle B-26: Einfache Korrelationsanalyse Investitionscontrolling.....	200
Tabelle B-27: Partielle Korrelationsanalyse Investitionscontrolling.....	200

Tabelle B-28: Regressionsanalyse Investitionscontrolling.....	201
Tabelle B-29: Einfache Korrelationsanalyse Risiko-Controlling.....	201
Tabelle B-30: Partielle Korrelationsanalyse Risiko-Controlling.....	202
Tabelle B-31: Regressionsanalyse Risiko-Controlling.....	202
Tabelle B-32: Einfache Korrelationsanalyse strategisches Controlling	203
Tabelle B-33: Partielle Korrelationsanalyse strategisches Controlling	203
Tabelle B-34: Regressionsanalyse strategisches Controlling	204
Tabelle B-35: Mittelwerte der Cluster für die einzelnen Instrumenten- bereiche	207
Tabelle B-36: Einfache Korrelationsanalyse Gesamtnutzungsintensität.....	208
Tabelle B-37: Partielle Korrelationsanalyse Gesamtnutzungsintensität	209
Tabelle B-38: Regressionsanalyse Gesamtnutzungsintensität.....	211
Tabelle B-39: Kodierung der Items aus Block C des Fragebogens.....	221
Tabelle B-40: Zusammenhang Nutzungsintensität in Teilbereichen und Performance	225
Tabelle B-41: Korrelationen zwischen Bewertung und Instrumenten- nutzung.....	229
Tabelle B-42: Korrelationen zwischen Bewertung und Nutzung einer Balanced Scorecard bzw. Clinical Pathways.....	231
Tabelle B-43: Zusammenhang Bewertung und Gesamtnutzungsintensität....	232

Anhangtabellen

Tabelle AN-1: Deskriptive Auswertung der intervallskalierten Kontext- variablen.....	265
Tabelle AN-2: Deskriptive Auswertung Bettenanzahl	265
Tabelle AN-3: Deskriptive Auswertung Rechtsform	266
Tabelle AN-4: Deskriptive Auswertung Trägerschaft.....	266
Tabelle AN-5: Einfluss der Rechtsform auf andere Kontextvariablen.....	267
Tabelle AN-6: Zusammenhang zwischen Rechtsform und Trägerschaft....	267
Tabelle AN-7: Einfluss der Trägerschaft auf andere Kontextvariablen	267
Tabelle AN-8: Einfluss der Rechtsform auf Kostenrechnung und Kostenmanagement.....	268
Tabelle AN-9: Einfluss der Trägerschaft auf Kostenrechnung und Kostenmanagement.....	268
Tabelle AN-10: Einfluss der Trägerschaft auf die Nutzung von Berichts- wesen und Kennzahlen	269
Tabelle AN-11: Einfluss der Rechtsform auf die Nutzung von Berichts- wesen und Kennzahlen	269
Tabelle AN-12: Regressionsanalyse stakeholderbezogene Kennzahlen	269
Tabelle AN-13: Regressionsanalyse effizienzbezogene Kennzahlen.....	270

Tabelle AN-14:	Regressionsanalyse stabilitätsbezogene Kennzahlen	270
Tabelle AN-15:	Regressionsanalyse weitere finanzielle Kennzahlen	270
Tabelle AN-16:	Einfluss von Rechtsform und Trägerschaft auf die Nutzung operativer Planungs- und Kontrollinstrumente.....	271
Tabelle AN-17:	Korrelationsanalyse Clinical Pathways	271
Tabelle AN-18:	Einfluss von Rechtsform und Trägerschaft auf die Nutzung von Clinical Pathways.....	271
Tabelle AN-19:	Regressionsanalyse Clinical Pathways	271
Tabelle AN-20:	Einfluss von Rechtsform und Trägerschaft auf die Nut- zung taktischer und strategischer Planungs- und Kontroll- instrumente.....	272
Tabelle AN-21:	Korrelationsanalyse Balanced Scorecard	272
Tabelle AN-22:	Einfluss von Rechtsform und Trägerschaft auf die	272
	Nutzung einer Balanced Scorecard.....	272
Tabelle AN-23:	Regressionsanalyse Balanced Scorecard	272
Tabelle AN-24:	F-Werte der Clusterlösung.....	273
Tabelle AN-25:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Cluster	273
Tabelle AN-26:	Einfluss von Rechtsform und Trägerschaft auf die Gesamtintensität der Instrumentennutzung	274
Tabelle AN-27:	Deskriptive Auswertung der Selbsteinschätzungen zur Performance	275
Tabelle AN-28:	Deskriptive Auswertung der Jahresergebnisse 2007 bis 2009.....	275
Tabelle AN-29:	Korrelationen zwischen dem Einsatz einer Balanced Scorecard bzw. Clinical Pathways und Erfolgsgrößen.....	276
Tabelle AN-30:	Zusammenhang zwischen Gesamtnutzungsintensität und Erfolgsgrößen.....	277

A Literaturgestützte Fundierung der Untersuchung

I Einleitung

1 Motivation und Problemstellung

Die Förderung der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens¹ kann als eine elementare Herausforderung für Politik, Gesellschaft und Leistungserbringer in den nächsten Jahrzehnten angesehen werden. Veränderungskräfte, wie der demografische Wandel oder der medizinische Fortschritt, lassen tiefgreifende Anpassungen im Hinblick auf die Finanzierung und Erbringung medizinischer Leistungen unumgänglich werden.² Bisherige Reformbemühungen erscheinen in diesem Kontext nicht ausreichend, um eine hinreichende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen langfristig finanzierbar zu gestalten.³ Für das Jahr 2010 wird ein Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung von bis zu 7,8 Mrd. Euro prognostiziert.⁴ Studien konstatieren im internationalen Vergleich zudem nicht ausgeschöpfte Effizienzpotenziale des Gesundheitswesens in Deutschland.⁵

Mit einem Anteil von 35,9% an den gesamten Gesundheitsausgaben⁶ stellt der Sektor der stationären und teilstationären Leistungserbringung einen wesentlichen Kostenfaktor des Gesundheitssystems dar. Auch Krankenhäuser unterliegen daher einer *zunehmenden Ökonomisierung* sowie der Notwendigkeit eines effizienten, bedarfsgerechten Ressourceneinsatzes.⁷ Insbesondere in den letzten Jahren führten tiefgreifende Veränderungen der Rahmenbedingungen zu einem erheblichen Anpassungsdruck im deutschen Krankenhauswesen. Tariflohnerhöhungen sowie die weiter zurückgehende Investitionsförderung durch die Länder

¹ Das Gesundheitswesen wird als System verstanden, welches sämtliche Elemente umfasst, die auf die Gesundheit der Bevölkerung positiv einwirken. Vgl. Haubrock (2007a), S. 46 und weiterführend zu Begriff und Grundlagen des Gesundheitswesens Abschnitt A.II.1.

² Vgl. Albrecht/Scriba (2007), S. 20 sowie ausführlich zu den zukünftigen Herausforderungen des deutschen Gesundheitswesens Breyer/Zweifel/Kifmann (2005), S. 507-545.

³ Vgl. Blankart/Fasten/Schwintowski (2009), S. 1.

⁴ Bei einer Berücksichtigung des staatlichen Sonderzuschusses des Jahres 2010 reduziert sich das Defizit auf 3,9 Mrd. Euro. Vgl. Mrusek (2010), S. 35.

⁵ Vgl. exemplarisch Erlandsen (2007) und Kuchinke (2004). Gleichwohl sei angemerkt, dass die Wahl der Input- und Outputgrößen einen signifikanten Einfluss auf die Ergebnisse derartiger Effizienzvergleiche besitzt. Vgl. hierzu Blankart/Fasten/Schwintowski (2009), S. 12.

⁶ Dieser Wert bezieht sich auf das Jahr 2008. Die Ausgaben für stationäre und teilstationäre Einrichtungen (Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitations- sowie Pflegeeinrichtungen) beliefen sich auf 94,6 Mrd. Euro. Der nur den Krankenhäusern zurechenbare Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben lag bei 25,3%. Vgl. Statistisches Bundesamt (2010), S. 26. Für weitere Grunddaten zum deutschen Krankenhaussektor vgl. Abschnitt A.II.1.

⁷ Vgl. Kühnle (2000), S. 61 f.

stellten zusätzliche Treiber eines zunehmenden Rationalisierungszwangs dar.⁸ Zwar sind in den Jahren 2009 und 2010 positive Einmaleffekte durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) und die zusätzlichen Investitionsmittel des Konjunkturpakets II zu verzeichnen,⁹ die Auswirkungen der Finanzkrise sowie die prognostizierten Defizite der gesetzlichen Krankenversicherungen lassen jedoch bereits in naher Zukunft wiederum eine Verknappung der verfügbaren Mittel erwarten. Auch langfristige Prognosen sagen eine weitere Verschlechterung der Ertragslage deutscher Krankenhäuser voraus.¹⁰ Gleichzeitig ist eine *Erhöhung des Wettbewerbsdrucks* im Hinblick auf die Qualitätsanforderungen festzustellen.¹¹ Bestehende Überkapazitäten¹² in Kombination mit einer fallbezogenen Betriebskostenvergütung nach Diagnosis Related Groups (DRGs)¹³ lassen eine hohe Patientenzufriedenheit bedeutender werden.¹⁴

Unter den aufgezeigten Bedingungen können sich Unwirtschaftlichkeiten oder strategisch falsche Entscheidungen in besonderem Maße als bestandsgefährdend herausstellen.¹⁵ Schätzungen gehen davon aus, dass der Anteil der Krankenhäuser mit einer erhöhten Insolvenzgefahr im Jahr 2008 bei 27% lag.¹⁶ In einem derartigen Kontext zeichnen sich nicht rationale Entscheidungen durch ein hohes Risiko aus. Eine Führungsunterstützung, wie das Controlling sie bietet, kann durch die Bereitstellung relevanter Informationen zur *Rationalitätssicherung* im Rahmen des Entscheidungsprozesses beitragen.¹⁷ Den Controllinginstrumenten als *operationalisierende Methoden* der Controllingfunktionen kommt in diesem Zusammenhang eine essenzielle Bedeutung zu.¹⁸

Während in der theoretisch-konzeptionellen Diskussion weitestgehend Einigkeit über die Sinnhaftigkeit des Controllingeinsatzes in Krankenhäusern besteht,¹⁹ liegen in weitaus *geringerem Maße empirische Erkenntnisse* über die tatsächliche Ausgestaltung und Anwendung von Controllinginstrumenten in Kranken-

⁸ Vgl. Augurzky/Krolop/Schmidt (2010), S. 13 f.

⁹ Vgl. zu diesen Effekten ausführlich Abschnitt A.II.3.1.

¹⁰ Vgl. Augurzky/Krolop/Schmidt (2010), S. 21.

¹¹ Vgl. exemplarisch Drösler (2004) und ausführlich Abschnitt A.II.4.3.

¹² Vgl. Geissler/Wörz/Busse (2010).

¹³ Vgl. hierzu ausführlich Abschnitt A.II.3.2.

¹⁴ Vgl. Rüschemann/Rüschemann/Roth (2004), S. 124-126.

¹⁵ Vgl. Flacke (2007), S. 2.

¹⁶ Vgl. Augurzky/Krolop/Schmidt (2010), S. 13.

¹⁷ Vgl. Weber/Schäffer (2008), S. 26 und Berens/Bertelsmann (2002), Sp. 281. Vgl. zu dem der Arbeit zugrunde liegenden Begriffsverständnis des Controllings Abschnitt A.III.1.2.

¹⁸ Vgl. Reichmann (2006), S. 11 f. und weiterführend zu den einzelnen Controllingfunktionen Abschnitt A.III.2.3.5.

¹⁹ Vgl. hierzu stellvertretend Huch/Lenz (2005), S. 69, Adam (1998), S. 144 sowie Güntert (1995), S. 223 f.

häusern vor. Eine Forschungslücke besteht des Weiteren hinsichtlich der Effizienz und Effektivität eingesetzter Methoden und Instrumente.²⁰ Zudem gilt es, zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Ausprägung zu differenzieren.²¹ Nur in sehr geringem Ausmaß ist bisher untersucht worden, ob Unterschiede im Hinblick auf interne Einflussfaktoren gleichsam in divergierenden Formen der instrumentellen Ausgestaltung resultieren. Vorhandene Beiträge behandeln diese Forschungsfragen nicht in umfassendem Maße und liegen zudem z.T. zu lange zurück, um eine Übertragbarkeit der Erkenntnisse auf die heutigen Wettbewerbsbedingungen zu ermöglichen.²²

Die *hohe gesamtwirtschaftliche Bedeutung* des deutschen Krankenhauswesens zum einen sowie die *prekäre betriebswirtschaftliche Lage* vieler Krankenhäuser zum anderen stellen in der Gesamtbetrachtung die Motivation für die Durchführung der Untersuchung dar. In einem derartigen Kontext kann das Controlling ein wesentliches Differenzierungsmerkmal zwischen erfolgreichen Krankenhäusern und von Schließung oder Übernahme bedrohten Institutionen darstellen.²³ Die vorliegende Diskrepanz zwischen einer hohen Praxisrelevanz und dem relativ geringen Forschungsstand stellt ebenfalls ein wesentliches Element der Motivation dar. Der folgende Abschnitt zeigt die in diesem Zusammenhang relevanten Ziele des Forschungsbeitrags auf.

2 Zielsetzung der Arbeit

Vor dem Hintergrund der skizzierten Forschungslücke dient die vorliegende Arbeit der Erweiterung des Erkenntnisstands hinsichtlich der Anwendung von Controllinginstrumenten in Krankenhäusern. Zum Zwecke einer umfassenden Betrachtung wird dieses übergeordnete Ziel anhand von drei Teilzielen konkretisiert.

Im Rahmen des *ersten Teilziels* wird eine Analyse der aktuellen Ausgestaltung des Einsatzes von Controllinginstrumenten in deutschen Krankenhäusern angestrebt. Hierbei soll der Anwendungsgrad unterschiedlicher Methoden des operativen und strategischen Controllings erhoben werden. Ein besonderer Fokus liegt auf der Berücksichtigung eines breiten Spektrums von Instrumenten. Zum Zwecke einer eingehenden Betrachtung werden die Controllinginstrumente unter-

²⁰ Vgl. Lungen/Hochhuth/Ernst (2009), S. 138.

²¹ Vgl. zu den Systematisierungsmöglichkeiten von Krankenhäusern Abschnitt A.II.2.2.

²² Vgl. zu einer ausführlichen Darstellung entsprechender Studien Abschnitt A.III.2.4.1.

²³ Die Zahl der Krankenhäuser hat sich von 1991-2007 um 13% reduziert. Vgl. Neubauer/Beivers (2010), S. 5. Vgl. zu Kooperationsformen im Krankensektor ausführlich Abschnitt A.II.4.4.

schiedlichen Controllingfunktionen zugeordnet. Hierdurch können Entwicklungsstand und Entwicklungsbedarf in einzelnen Bereichen des Controllings differenziert beurteilt werden. Um Hinweise auf Entwicklungen der Instrumentennutzung im Kontext veränderter Rahmenbedingungen zu generieren, sollen die empirischen Ergebnisse zusätzlich mit den Erkenntnissen früherer Studien verglichen werden. Das erste Teilziel liegt somit in der Aktualisierung, Fundierung und Erweiterung des Forschungsstands zur instrumentellen Ausgestaltung des Controllings in Krankenhäusern. Zusätzlich sollen Erkenntnisse hinsichtlich des von den Befragten empfundenen Nutzens eingesetzter Instrumente und Methoden des Controllings gewonnen werden.

Das *zweite Teilziel* des Forschungsbeitrags besteht in einer Untersuchung der Kontextabhängigkeit des Instrumenteneinsatzes. In diesem Zusammenhang sollen Erklärungsansätze für eine divergierende Ausgestaltung der Nutzung von Controllinginstrumenten in unterschiedlichen Krankenhäusern generiert werden. Neben kontingenztheoretisch-basierten Faktoren werden mögliche krankenhausspezifische Einflüsse hergeleitet und empirisch überprüft. Im Sinne einer differenzierten Betrachtung sollen dabei zunächst Zusammenhänge zwischen möglichen Kontextfaktoren und einzelnen Teilbereichen der Instrumentennutzung untersucht werden. Zudem erfolgt eine kontextuelle Analyse der Gesamtnutzungsintensität. Die Bearbeitung dieses Teilziels erfolgt hypothesengeleitet.

Die Auswirkungen des Einsatzes von Controllinginstrumenten in Krankenhäusern stellen den zentralen Betrachtungsgegenstand des *dritten Teilziels* der Untersuchung dar. In diesem Zusammenhang überprüft der vorliegende Forschungsbeitrag, ob die Anwendung entsprechender Methoden nachweislich Konsequenzen für ein Krankenhaus aufweist. Neben einer Analyse des Zusammenhangs zwischen dem vorherrschenden Nutzungsgrad und der Ausprägung von Performancegrößen werden Einschätzungen der Anwender bzgl. der Bedeutung von Controllinginstrumenten im Führungsprozess und deren Beitrag zur Zielerreichung berücksichtigt. Auch im Rahmen dieses Teilbereichs der Untersuchung werden zunächst Hypothesen entwickelt, deren Gültigkeit in einem zweiten Schritt empirisch überprüft wird.²⁴

²⁴ Sowohl das zweite als auch das dritte Teilziel der Untersuchung sind somit als konfirmatorisch zu bezeichnen. Vgl. Göttgens (1996), S. 108.

3 Wissenschaftstheoretische Einordnung

Das Controlling und seine Instrumente stellen den zentralen Betrachtungsgegenstand der vorliegenden Untersuchung dar. Daher ist der Forschungsbeitrag vornehmlich dem Feld der Betriebswirtschaftslehre zuzuordnen. Aufgrund des Betrachtungsobjekts „Krankenhaus“ weist die Untersuchung jedoch ebenfalls Berührungspunkte mit den Disziplinen der Medizin bzw. der Gesundheitswissenschaft²⁵ auf. Insofern spiegelt die Untersuchung eine Verbindung unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen wider, die sich in der Krankenhauspraxis gleichsam durch eine simultane Berücksichtigung medizinischer und betriebswirtschaftlicher Aspekte manifestiert.²⁶

Aufgrund des betriebswirtschaftlichen Schwerpunkts der vorliegenden Arbeit soll im Folgenden eine Zuordnung zu einer wirtschaftswissenschaftlichen Forschungskonzeption erfolgen. CHMIELEWICZ unterscheidet grundlegend zwischen den Konzeptionen Begriffslehre, Wirtschaftstheorie, Wirtschaftstechnologie und Wirtschaftsphilosophie.²⁷ Die *Begriffslehre* hat lediglich die Bildung und Präzisierung von Begriffen und Definitionen zum Ziel. Die *Wirtschaftstheorie* erweitert diesen Forschungsfokus um Aussagen, die einen Ursache/Wirkungs-Zusammenhang wiedergeben. Werden diese Aussagen in der Gestalt umgeformt, dass anstatt Ursachen und Wirkungen finale Zusammenhänge zwischen Mitteln und Zielen betrachtet werden, so fällt dies in die Forschungskonzeption der *Wirtschaftstechnologie*. Sie untersucht demnach, mit welchen Mitteln bestimmte Ziele erreicht werden können. Eine normative Wertung dieser Zusammenhänge erfolgt jedoch nicht. Dies ist Bestandteil der *Wirtschaftsphilosophie*, in deren Fokus die Formulierung von Gestaltungsempfehlungen liegt.

Die vorliegende Arbeit leistet zum einen einen *wirtschaftstheoretischen Forschungsbeitrag*. Im Rahmen der kontextuellen Analyse des Einsatzes von Controllinginstrumenten werden Ursache/Wirkungs-Beziehungen hergeleitet und empirisch getestet. Zum anderen beinhaltet die Untersuchung *wirtschaftstechnologische Aspekte*: Im Hinblick auf die Auswirkungen des Einsatzes von Controllinginstrumenten in Krankenhäusern wird untersucht, inwieweit diese Methoden einen Beitrag zur Zielerreichung leisten und demnach einen Nutzen für die Institution generieren. Insofern wird ein finaler Zusammenhang zwischen Controllinginstrumenten und Krankenhauszielen betrachtet. Den theoretischen und

²⁵ Die Gesundheitswissenschaft, auch als Public Health bezeichnet, betrachtet Maßnahmen zur Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung auf der Makroebene. So stellt das Gesundheitssystem insgesamt ein zentrales Untersuchungsobjekt dieser Wissenschaft dar. Vgl. Carels/Pirk (2005), S. 94.

²⁶ Vgl. hierzu die Ausführungen in Abschnitt A.II.2.3.

²⁷ Vgl. hier und im Folgenden Chmielewicz (1994), S. 8-15.

technologischen Aussagen ist gemeinsam, dass sie *falsifizierbar*²⁸ und daher im Sinne des *kritischen Rationalismus* gehaltvoll sind.²⁹

Wirtschaftsphilosophische Aspekte spielen im Rahmen der vorliegenden Arbeit hingegen lediglich eine untergeordnete Rolle. Weder soll ein Optimalzustand der instrumentellen Ausgestaltung entwickelt werden, noch wird die Beurteilung einzelner Methoden fokussiert.³⁰ Gleichwohl werden in der wissenschaftlichen Literatur vorhandene Empfehlungen diskutiert und den empirischen Ergebnissen gegenübergestellt. Zudem soll auf eine Ableitung praxis- und forschungsrelevanter Schlussfolgerungen nicht verzichtet werden. In der Gesamtbetrachtung stellen jedoch *deskriptive* und *explikative Aussagen*³¹ den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit dar.

4 Gang der Untersuchung

Die vorliegende Arbeit ist in drei Hauptteile untergliedert. In *Teil A* erfolgt eine literaturgestützte Fundierung der Untersuchung. *Teil B* stellt die empirische Untersuchung des Einsatzes von Controllinginstrumenten in Krankenhäusern dar. Schließlich erfolgt vor dem Hintergrund der empirischen Ergebnisse eine Entwicklung von Implikationen für die krankenhausbezogene Forschung und Praxis in *Teil C*.

Der Einleitung der Arbeit folgt in *Kapitel A.II* zunächst eine Darstellung des deutschen Gesundheitswesens, welches die Rahmenbedingungen der Institution Krankenhaus maßgeblich prägt. Ausführungen über grundlegende Merkmale von Krankenhäusern schließen sich an. Aufgrund ihrer großen Bedeutung für das Controlling und der z.T. tiefgreifenden Veränderungen der letzten Jahre werden die Investitionsfinanzierung und die Betriebskostenvergütung im Anschluss ausführlich vorgestellt. Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen erfolgt eine Darstellung der bedeutendsten Veränderungen im Wettbewerbsumfeld

²⁸ Prüfinstanz für Aussagen mit einem empirischen Informationsgehalt ist die Realität. Rein logische Aussagen hingegen werden vor dem Hintergrund ihrer logischen Konsistenz beurteilt. Vgl. Raffée (1974), S. 29.

²⁹ Der kritische Rationalismus versteht die Falsifizierbarkeit als abgrenzendes Element zwischen Wissenschaft und Spekulation. Vgl. Popper (1966). Demnach sind wissenschaftliche Theorien nicht verifizierbar, sondern lediglich falsifizierbar. Während Gesetzhypothesen nicht durch eine endliche Menge an Beobachtungen verifiziert werden können, reicht ein einziges Gegenbeispiel aus, um diese als unwahr zu identifizieren. Dieses Phänomen wird als logische Asymmetrie von Verifikation und Falsifikation bezeichnet. Vgl. Kornmeier (2007), S. 40-42 und Schurz (2006), S. 15.

³⁰ Ebenso wenig wird die normative Ausarbeitung krankenhausspezifischer Modifikationen einzelner Controllinginstrumente angestrebt.

³¹ Während deskriptive Aussagen die Ermittlung beschreibender Merkmale fokussieren, streben explikative Aussagen die Erklärung von Zusammenhängen an. Vgl. Göttgens (1996), S. 108.

deutscher Krankenhäuser in den letzten Jahren. Als Determinanten der zunehmenden Wettbewerbsdynamik werden dabei ein verstärkter Kostendruck und Rationalisierungszwang, zunehmende Transparenz, ein qualitätsbezogener Leistungswettbewerb sowie eine steigende Anzahl diverser Kooperationsformen identifiziert. Die Implikationen, welche aus dieser Entwicklung für das Krankenhaus-Management und -Controlling erwachsen, werden im Anschluss aufgezeigt.

Die zweite Säule der literaturgestützten Fundierung der Untersuchung stellen konzeptionelle Darstellungen zum Controlling und dessen instrumenteller Ausgestaltung in *Kapitel A.III* dar. Nach Darlegungen zu ausgewählten klassischen Konzeptionen wird mit dem rationalitätsorientierten Ansatz nach WEBER und SCHÄFFER³² ein integratives Begriffsverständnis des Controllings vorgestellt, welches den weiteren Ausführungen zugrunde liegt. Die sich anschließende Systematisierung von Controllinginstrumenten baut auf dieser Konzeption auf. In dem darauffolgenden Abschnitt erfolgt eine Darstellung der Kontingenztheorie als Bezugsrahmen der empirischen Untersuchung. In diesem Zusammenhang werden zunächst wissenschaftliche Erkenntnisse zur Kontextabhängigkeit der Organisationsgestaltung im Allgemeinen aufgezeigt, bevor das Controlling im kontingenztheoretischen Kontext diskutiert wird.

Die darauffolgenden Abschnitte widmen sich dem Einsatz des Controllings speziell in Krankenhäusern. Vor dem Hintergrund der Begriffsauffassung des Controllings als rationalitätssichernde Instanz der Geschäftsführung erfolgt zunächst eine Darstellung ausgewählter Aspekte des Krankenhaus-Managements. Ausführungen zum internen Rechnungswesen in Krankenhäusern als elementarer Bestandteil des Controllingbereichs schließen sich an. Nach einer Darstellung spezifischer Charakteristika des Krankenhaus-Controllings wird die Bedeutungszunahme einzelner Controllingfunktionen detailliert aufgeführt. Dies geschieht im Kontext der zuvor dargestellten Veränderungen des Wettbewerbsumfelds von Krankenhäusern, aus welchen neuartige Herausforderungen für die Krankenhausführung erwachsen. Hieraus ergibt sich gleichsam eine Erweiterung des Aufgabenspektrums der originären Controllingfunktionen.

Es folgt eine strukturierte Darstellung empirischer Untersuchungen zum Einsatz von Controllinginstrumenten in Krankenhäusern. Hierbei zeigt sich, dass die bisherige Forschung, insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung der Controllingfunktionen, als unzureichend einzustufen ist. Zusätzlich

³² Vgl. Weber/Schäffer (2008), S. 42-44.