

Nutzung von Controllinginstrumenten im innerklinischen Pflegermanagement

Bachelor-Thesis

Frederic Fürschke

7. FS Pflegermanagement und Organisationswissen

Fließner Fachhochschule

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	S. 5
2. Deutsche Krankenhausfinanzierung und das G-DRG-System	S. 6
2.1. Krankenhaus-Finanzierung als Rahmen des Controllings	S. 6
2.1.1 Das G-DRG-System	S. 6
2.1.2 Pflegekosten im G-DRG-System	S. 7
2.1.3. Konsequenzen des DRG-Systems für die Krankenhäuser und die Krankenpflege	S. 8
2.2. Pflegepersonaluntergrenzen und Auslagerung der Pflegekosten aus den G-DRGs seit 2020	S. 12
2.2.1. Pflegepersonaluntergrenzen	S. 12
2.2.2. Auslagerung der Pflegekosten aus dem DRG-System	S. 14
3. Recherche und Methodik für diese Arbeit	S. 17
3.1. Recherche zum Thema Controlling	S. 17
3.1.1. Krankenhauscontrolling	S. 17
3.1.2. Pflegecontrolling im Krankenhaus	S. 17
3.1.3. Controlling in der Altenpflege	S. 18
3.2. Recherche zum Thema Krankenhausfinanzierung und DRG-System	S. 18
3.3. Rückblickende Bewertung der Recherche	S. 18
4. Controlling im Gesundheitswesen	S. 20
4.1. Hintergründe des Controllings	S. 20
4.1.1. Historischer und Wissenschaftstheoretischer Hintergrund des Controllings	S. 20
4.1.2. Controlling als Profitmaximierung?	S. 23
4.2. Stand des Controllings im Krankenhaus	S. 25
4.2.1. Status quo	S. 25
4.2.2. Arten des Controllings im Krankenhaus	S. 26
4.2.3. Grundlagen des Krankenhauscontrollings	S. 26
4.2.3.1. Die KLEE-Rechnung als Grundlage betriebswirtschaftlichen Controllings im Krankenhaus	S. 26
4.2.3.2. Prozesscontrolling als Qualitätsmanagement	S.27
4.2.4. Benchmarking im Krankenhauscontrolling	S. 29
4.3. Das pflegerische Controlling im Krankenhaus	S. 30
4.3.1. Das pflegerische Controlling in Krankenhäusern bis 2020	S. 30

5.5.3 Welche Bedeutung könnte die Balanced Scorecard für die Krankenpflege haben?	S. 62
5.6. Diskussion der Ergebnisse	S. 64
5.6.1. Diskussion	S. 64
5.6.2. Fazit	S. 66
Literaturverzeichnis	S.69
Abbildungsverzeichnis	S. 73
Glossar	S. 74
Ehrenabsichtserklärung	S. 76

1. Einleitung

Die Idee zum Thema dieser Arbeit fußt auf einer Hausarbeit, welche ich während meines Studiums geschrieben habe. Ich habe mich in dieser Arbeit allgemein mit Controllinginstrumenten und speziell mit der „SWOT-Analyse“ befasst. Des Weiteren wurde das Thema Controlling im Krankenhaus und Pflegecontrolling im Krankenhaus – welches mir bis zu diesem Zeitpunkt in meiner Ausbildung und Arbeit als Gesundheits- und Krankenpfleger noch nicht begegnet war – in einem anderen Modul des Studiums behandelt.

Nach diesen Erfahrungen war mein Interesse für das Thema Pflegecontrolling im Krankenhaus geweckt. Ziel dieser Arbeit wird sein, im Rahmen der Literaturrecherche zu erörtern, inwiefern es pflegerisches Controlling in Krankenhäusern gibt, Parallelen und Unterschiede zum Pflegecontrolling stationärer Pflegeeinrichtungen und ambulanter Pflegedienstleister darzulegen, eine Übersicht über das Krankenhaus-Controlling zu geben, fünf Controllinginstrumente konkret zu erläutern, ihre mögliche Anwendung im pflegerischen Management eines Krankenhauses darzustellen und mögliche Konsequenzen abzuleiten. Diese Fragestellung ist für das Pflegemanagement insofern relevant, als dass Controlling ein bisher wenig diskutierter Ansatz im innerklinischen Pflegemanagement zu sein scheint, jedoch ein Aspekt von Unternehmenssteuerung ist, welcher insgesamt sehr verbreitet ist und auch im Krankenhausmanagement als Routine bezeichnet werden kann.

Die leitende Forschungsfrage dieser theoretischen Arbeit setzt sich dementsprechend aus diesen Überlegungen zusammen.

Können Controllinginstrumente im innerklinischen Pflegemanagement sinnvoll sein, und welche Vor-, bzw. Nachteile können sie haben?

Relevant ist für diese Forschungsfrage zunächst die aktuelle Marktlage von Krankenhäusern. Daher ist eine Grundlage zur Erörterung der Thematik des Pflegecontrollings die aktuelle Krankenhausfinanzierung, besonders das G-DRG-System mit seinen neuesten Änderungen. Diese Situation bildet den Rahmen für den möglichen wirtschaftlichen Nutzen von Controllinginstrumenten im innerklinischen Pflegemanagement. Auf Basis dieser vorgestellten Rahmenbedingungen beziehen sich die Ausführungen dieser Arbeit auf Krankenhäuser in Deutschland.

Nicht außer Acht gelassen soll aber im Rahmen dieser Forschungsarbeit auch die Dimension der Prozessqualität in der Pflege und das Personalmanagement und wie diese durch Pflegecontrolling beeinflusst werden können.

Entsprechend findet die Analyse der einzelnen Controllinginstrumente immer aus diesen Perspektiven statt, um die möglichen Konsequenzen des Pflegecontrollings entsprechend ableiten zu können und darzustellen.

2. Deutsche Krankenhausfinanzierung und das G-DRG-System

2.1. Krankenhaus-Finanzierung als Rahmen des Controllings

Im Kontext des pflegerischen Controllings in deutschen Krankenhäusern muss zunächst das gängige Finanzierungssystem erläutert werden, da dieses den Rahmen für Controlling im Krankenhaus und somit auch im innerklinischen Pflegemanagement darstellt. Wie dieses System im Allgemeinen funktioniert, welche Konsequenzen dies speziell für die Pflege und das Pflegemanagement im Krankenhaus hat und welche Kritikpunkte es daran gibt, soll im Folgenden erläutert werden.

2.1.1. Das G-DRG-System

Die Umstellung des Krankenhausfinanzierungssystems erfolgte verpflichtend Anfang 2004. Das German-DRG-System – eine deutsche Adaptierung des ursprünglich aus Australien stammenden DRG-Systems - ist ein Abrechnungssystem, bei welchem die Vergütung in Form von Fallpauschalen erfolgt. Wenn ein Patient entlassen wird, erfolgt durch die Abrechnungsabteilungen der Krankenhäuser eine Kodierung der erbrachten Leistungen anhand der Haupt- und Nebendiagnosen sowie spezieller Prozeduren. Aus diesen Daten ergibt sich eine DRG, also eine Fallpauschale, welche mit der entsprechenden Krankenkasse der Patient/innen abgerechnet wird.

Dies mündet in die duale Finanzierung deutscher Krankenhäuser, in welchem die Investitionskosten durch den Krankenhausträger zu tragen sind, die Betriebskosten dagegen durch das DRG-System abgedeckt werden müssen.

Das DRG-System fußt auf medizinischen Diagnosen, woran erkennbar wird, dass es „[...] von Ärzten entwickelt wurde. Folglich bilden die Kategorien primär ärztliche Leistungen ab.“ (Leber/Vogt 2020, S. 114). Diese Diagnosen werden nach dem ICD-System und weitere Behandlungen nach dem OPS-System kodiert (vgl. Simon 2019, S. 24).

Hintergrund der Einführung dieses Systems war eine gesundheitspolitische Debatte in den 1990er Jahren über steigende Kosten in den Krankenhäusern, welche vorher durch das „Selbstkostendeckungsprinzip[s]“ (Simon 2019, S. 7) geregelt wurden. Abhilfe schaffen sollte das DRG-System, durch das ein Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern entstanden ist, bei welchem die DRGs als Preis für bestimmte Leistungen fungieren. So sollten langfristig Kosten gesenkt und die Effizienz der Krankenhäuser verbessert werden.

Die entsprechenden Beträge, welche im DRG-Katalog als Punktwert hinterlegt sind, wurden errechnet aus den gemessenen Kosten ausgewählter Kliniken. Die dort festgestellten Ausgaben, aber auch der durchschnittliche Zeitraum zur Versorgung einer bestimmten ICD-Diagnose oder OPS-Behandlung, werden als Grundlage der pauschalen Vergütung

verwendet.

Zudem wird die Abrechnung durch die sog. „Landesbasisfallwerte“ (Simon 2019, S. 13) modifiziert, bei welcher der Betrag der DRG mit diesem Wert multipliziert wurde. Dieser Landesbasisfallwert soll – stand 2019 - ab 2021 durch einen „Bundesbasisfallwert“ (Simon 2019, S. 13), also einen Fallwert für alle Krankenhäuser in Deutschland, ersetzt werden. Die DRGs legen neben der finanziellen Vergütung auch eine Mindest- sowie Höchstverweildauer der Patient/innen fest. Eine Unter- bzw. Überschreitung dieser vorgegebenen Verweildauern wird mit Streichungen oder Abzügen bei der Abrechnung bedacht.

2.1.2. Pflegekosten im G-DRG-System

Um die Pflegekosten, welche in der ursprünglichen Version der DRGs von 2004 - infolge der medizinisch zentrierten Entwicklung des Systems - kaum mitgerechnet wurden, besser abbilden zu können, wurden in den letzten Jahren verschiedene Anpassungen vorgenommen.

Ein Problem war vor allem, dass besonders die erhöhten Kosten für überdurchschnittlich pflegeaufwändige Patient/innen kaum abgerechnet werden konnten. So sollte auch diesen Patient/innen weiterhin eine entsprechende Behandlung ermöglicht werden, die in diesem System finanzielle Verluste für ein Krankenhaus bedeuten würden. Ohne eine solche Regelung hätten Kliniken dazu verleitet werden können, solche Patient/innen nicht zu behandeln. Infolgedessen wurde das PKMS-System eingeführt. Mit diesem war es nun möglich, mit entsprechender Dokumentation zusätzlichen pflegerischen Aufwand abrechnen zu können. Jedoch wurden nur vergleichsweise wenige Patient/innen via einer PKMS-Dokumentation entsprechend abgerechnet, Leber/Vogt sprechen davon, dass weniger als 5% aller Krankenhausbehandlungen durch PKMS zusätzlich vergütet worden sind. Als Gründe dafür werden beispielsweise der erhebliche Mehraufwand bei der Dokumentation für die Krankenhäuser und die strengen Rechnungsprüfungen bei PKMS-Fällen seitens der Kostenträger genannt (vgl. Leber/Vogt 2020, S. 115).

Im weiteren Verlauf wurde zudem noch die Möglichkeit für Kliniken geschaffen, die Behandlung von Patient/innen mit einem Pflegegrad zusätzlich über die Pflegeversicherung abzurechnen. Relevant hierbei ist die Höhe des Pflegegrades und die Dauer des Aufenthaltes (vgl. Leber/Vogt 2020, S. 116).

Eine weitere Anpassung erfolgte, indem 2009 bis 2011 eine Förderung für Krankenhäuser – welche infolge der Einführung des DRG-Systems massiv Pflegestellen abgebaut hatten – eingerichtet wurde, wenn die Kliniken wieder mehr Pflegekräfte einstellten.

2.1.3. Konsequenzen des DRG-Systems für die Krankenhäuser und die Krankenpflege

Wie oben bereits erwähnt, erzeugte die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips, welches vorher eine vollständige Refinanzierung der Krankenhäuser bedeutet hatte und die Einführung des DRG-Systems einen Krankenhausmarkt. Kliniken mussten nun stark auf ihre Ausgaben achten, da ihr Budget durch die DRGs begrenzt wurde. Dies sowie die schwache finanzielle Situation der kommunalen und ländlichen Träger sorgten für massive Sparmaßnahmen in vielen Krankenhäusern (vgl. Bücker 2005, S. 8ff).

Zudem veränderte sich in den Jahren nach Einführung der DRGs die Art der Krankenhausbehandlung erheblich. Die Krankenhausfallzahlen stiegen von 2005 bis 2017 um insgesamt 18%, die Liegezeiten in den Krankenhäusern fiel seit Einführung der DRGs um ca. 15% (vgl. Milstein/Schreyögg 2020, S. 27ff). Milstein/Schreyögg stellen zudem fest, dass vor allem kurze Krankenhaus-Aufenthalte (24-72 Stunden) zwischen 2005 und 2017 um etwa 43% zugenommen haben, während längere Aufenthalte (mehr als sechs Liegetage) eher rückläufig waren (vgl. Milstein/Schreyögg 2020, S. 27ff).

Die angesprochenen Sparmaßnahmen schlagen sich unter anderem in der Personalstruktur der Krankenhäuser nieder.

Diese hat sich zwischen 1991 und 2017 in den Krankenhäusern wie folgt verändert: Der ärztliche Dienst hat im Durchschnitt 70% mehr Stellen, der pflegerische Dienst wuchs um 0,7% (vgl. Braun 2019, S. 72ff). Die Dynamik der Veränderungen des pflegerischen Dienstes stellt sich insofern dar, als dass vor allem von 2000 bis 2010 Pflegestellen in den Kliniken abgebaut wurden und erst zwischen 2010 und 2017 wieder stiegen, bis sie ungefähr auf der Höhe von 1991 auskommen (vgl. Braun 2019, S: 73f). Diese Veränderung lässt sich durchaus kausal mit der Einführung des DRG-Systems und den genannten Veränderungen an der Refinanzierung der Pflegekosten im DRG-System in einen Zusammenhang bringen. Jedoch stehen hier auch noch andere Gründe im Raum, Braun beschreibt hier, in Bezug auf eine Studie von Simon im Jahr 2008, beispielsweise interne Umstrukturierungen der Krankenhäuser als verantwortlich für etwa 64% des Stellenabbaus in der Pflege zwischen 1996 und 2006 (vgl. Braun 2019, S. 76).

Diese – auch durch die DRGs verursachte und daher für diesen Kontext relevante – relative Reduktion der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern führt zu einer „impliziten Rationierung durch Pflegekräfte“ (Braun 2019, S. 90). Relativ ist die Reduktion der Pflegekräfte, da die Zahl der Pflegekräfte letztlich im Vergleich zu 2020 stabil geblieben ist, sich jedoch die Patientenzahlen in den Krankenhäusern erhöht hat.

Diese implizite Rationierung von Pflegeleistungen in Krankenhäusern stellt Braun wie folgt dar:

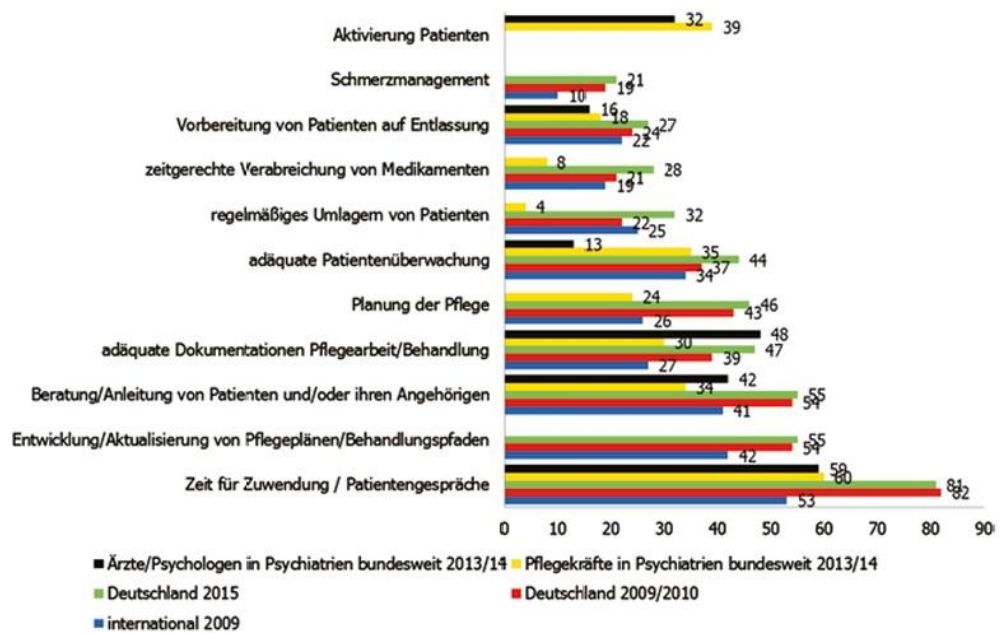


Abb. 1: Durch Pflegekräfte implizit rationierte Tätigkeiten (von: Braun 2019, S. 90)

Ein weiterer Effekt der DRGs lässt sich bei genauerer Betrachtung der steigenden Fallzahlen und der sinkenden Verweildauern beobachten.

So ergab eine Studie von Krämer und Schreyögg aus dem Jahr 2019, dass etwa 80% des Fallzahlenanstiegs zwischen 2007 und 2011 nicht auf demographische Veränderungen (beispielsweise zunehmende Hochaltrigkeit und Multimorbidität) oder verbesserte medizinische Behandlungen zurückzuführen sind, sondern möglicherweise - zumindest in Teilen - auch durch die Kliniken selbst evoziert werden (vgl. Milstein/Schreyögg 2020, S. 31f).

Diese These wird erhärtet durch eine Befragung von 2018: In dieser wurden 20 Geschäftsführer und leitende Ärzte zum Thema ökonomischer Entscheidungen in der medizinischen Versorgung befragt. So bejahen in dieser Studie 80% der Ärzte, dass Patient/innen aus ökonomischen Gründen aufgenommen werden, auch wenn es medizinisch nicht unbedingt nötig wäre (vgl. Braun 2019, S. 86). Zudem bestätigen 90% der Ärzte und etwa ein Drittel der Geschäftsführer, dass lukrative Behandlungen dabei priorisiert werden (vgl. Braun 2019, S. 86). Etwa die Hälfte der Ärzte und Geschäftsführer beschreiben außerdem, dass seit der Einführung des DRG-Systems ein ehemals langer Krankenhausaufenthalt heute in mehrere kürzere Aufenthalte gesplittet wird – aus abrechnungstaktischen Gründen, nicht aus medizinischen (vgl. Braun 2019, S. 86). Daraus lässt sich also folgern, dass die beschriebenen Veränderungen der Fallzahlen und Liegezeiten durch zunehmenden ökonomischen Druck auf die Krankenhäuser von diesen zumindest mitverursacht werden.

Des Weiteren sagt Bode, dass der oben beschriebene ökonomische Druck, welcher oftmals

in einer Unterfinanzierung der Krankenhäuser begründet ist, auch ein ständiges politisches Thema ist, was die regelmäßigen Reformen und Anpassungen am DRG-System, wie beispielsweise die weiter oben genannten Änderungen bei der Abbildung der Pflegekosten, beweisen. Gründe für diese Unterfinanzierung könnten in der Konzeption des DRG-Systems selbst liegen. Beispielsweise ist es denkbar, dass eine bestimmte Behandlung zwar in der einen Klinik, in welcher die Kosten zur Festlegung des DRG-Punktwertes gemessen werden, bei den Ausgaben mit Betrag X zu Buche schlägt, jedoch kann eine andere Klinik die Kosten für gleiche Behandlung eben nicht mit Betrag X decken und gerät so in eine Unterfinanzierung. Bode bezeichnet dies als eine „nur *unter Umständen* kostendeckenden Finanzierung stationärer Behandlungsleistungen“ (Bode 2019, S. 48). Dies, zusammen mit der teilweise Nicht-Abdeckung von Investitionskosten durch die öffentlichen Träger (vgl. Bode 2019, S. 49), erzeugt eben jenen ökonomischen Druck, welcher die genannten Nachteile mit sich bringen kann.

Die DRGs erzeugen einen Konkurrenzmarkt um das günstigste Angebot einer bestimmten Behandlung/Therapie/etc. Da die Krankenhäuser die Preise nicht ihren Kosten oder der Nachfrage anpassen können - schließlich sind diese durch die DRGs festgelegt - können sie nur drei Dinge tun, um einer Unterfinanzierung entgegenzuwirken: Kosten senken, „gezielt die Nachfrage zu bearbeiten“ (Bode 2019, S. 53) oder gewisse Therapien, welche für sie ökonomische Risiken darstellen, nicht mehr anzubieten (vgl. Bode 2019, S. 54f).

An dieser Stelle könnte der Staat also intervenierend tätig werden, um eine solche Unterfinanzierung direkt mit steuerlichen Mitteln abzufangen. Dies könnte den ökonomischen Druck und seine Auswirkungen verringern. „Genau dieser Regulierungsmechanismus sollte nun aber durch die Krankenhausreformen der letzten Jahrzehnte aus- oder zumindest abgebremst werden [...]. Die Hoffnung, auf die sich die herrschende Gesundheitspolitik und -ökonomie stützte, bestand darin, dass permanenter Erlösdruck bei den Einrichtungen eine kostengünstigere Leistungserstellung ohne Qualitätsverluste nach sich zieht“ (Bode 2019, S. 54). Diese gesundheitspolitische Strategie folgt dem Vorbild der freien Wirtschaft (vgl. Bode 2019, S. 55f). Der große Unterschied zwischen der freien Wirtschaft und dem Gesundheitswesen besteht jedoch darin, dass in der freien Wirtschaft nicht die Erbringung einer guten Dienstleistung bzw. das Produzieren hochwertiger Güter an oberster Stelle der Unternehmensziele steht, sondern das Generieren von Profiten (vgl. Bode 2019, S. 56). Entsprechend folgen auch Krankenhäuser im DRG-System möglicherweise eher einer ökonomischen als einer qualitätsorientierten Maxime, was durchaus zu Qualitätseinbußen bei der Patientenversorgung führen kann. Dies führt nach Logik des freien Marktes zu größerem Druck bei anderen Krankenhäusern. Wenn eine Klinik beispielsweise durch massive Sparmaßnahmen und Streichung gewisser Angebote zwar Qualitätseinbußen erleidet, jedoch eine vollständige Refinanzierung erreicht oder sogar Profite erwirtschaftet, dann werden der Logik folgend andere Kliniken auch dazu genötigt, entsprechende

Entscheidungen zugunsten der Gewinnerzielung zu treffen, wenn sie am Markt bestehen wollen (vgl. Bode 2019, S. 55f). Es könnte so also eine Abwärtsspirale der Versorgungsqualität zugunsten einer Profitmaximierung oder zumindest einer Sicherung der Refinanzierung entstehen.

Eine weitere Kritik am DRG-System wird von Weimann und Meyer formuliert. Diese stammt zwar aus dem ärztlichen Bereich, ist aber auch für die Pflegenden relevant. Im Rahmen der weiter oben beschriebenen ärztlichen Steuerung der stationären Versorgung im Krankenhaus, mit dem Zweck der Erreichung ökonomischer Ziele, wird die gängige Entscheidungspraxis im chirurgischen Bereich mit ethischen Grundsätzen kontrastiert. Es hat in der Medizin eine tiefgreifende Veränderung gegeben. Wo bisher vornehmlich medizinische Gründe die Entscheidungen zu Therapien und Eingriffen bestimmt haben, haben in den Jahren seit Einführung der DRGs auch betriebswirtschaftliche Überlegungen Eingang in diese Entscheidungsfindung gefunden. Dies geht so weit, dass sowohl in Stellenausschreibungen für leitende Mediziner/innen die Fähigkeit wirtschaftlichen Denkens zum Eignungsprofil hinzugefügt wurde, als auch dass viele leitenden Mediziner/innen heute eine entsprechende formale betriebswirtschaftliche Qualifikation besitzen (vgl. Weimann/Meier 2019, S. 128f). Dies wird als logische Folge des im DRG-Zeitalter zunehmend praktizierten Krankenhauscontrollings bezeichnet (vgl. Weimann/Meier 2019, S. 128). Auch hier zeigt sich die weiter oben erwähnte Fokussierung der Kliniken auf den durch die DRGs erzeugten Krankenhausmarkt und die entsprechende ökonomische Ausrichtung, welche nicht zuletzt durch „Die zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern mit Übernahme durch oftmals börsennotierte Konzerne [...]“ (Weimann/Meier 2019, S. 128) vorangetrieben wird. Hierbei wird ebenfalls festgestellt, dass wirtschaftliches Handeln nicht bedeutet, dass ein schonender, gezielter Umgang mit den Kapazitäten des Gesundheitswesens im Sinne einer optimalen Versorgung der gesamten Bevölkerung die Maxime dieses Handelns ist, sondern eine für die Klinik lukrative Versorgung der Patient/innen gewünscht wird (vgl. Weimann/Meier 2019, S: 129).

Eine weitere Dimension des bereits erwähnten Pflegenotstandes wird durch Simon angesprochen. Dieser stellt fest, dass es bereits vor Einführung der DRGs einen Mangel an Pflegekräften in den Kliniken gegeben hat. Die kurzzeitige Einführung der PPR im Jahr 1993 hat einen Anstieg bei den Pflegekräften bewirkt, welcher nach Abschaffung der PPR 1997 schnell (bis 2001) wieder negiert wurde (vgl. Simon 2019, S: 220). Entsprechend muss davon ausgegangen werden, dass bereits vor Einführung des DRG-Systems bereits ein Pflegepersonalmangel in den Kliniken zur Realität gehörte. Dies verschärft den bereits beschriebenen Abbau von Pflegefachkräften im Rahmen der Einführung des DRG-Systems noch weiter. Dieser Abbau bedeutete konkret: „[...] zwischen 2002 und 2007 wurde die Zahl der Vollkräfte (Vollzeitäquivalente) um ca. 33.000 oder mehr als 10% verringert [...]“ (Simon 2019, S. 220). Ein so massiver Stellenabbau einer Berufsgruppe, welche zuvor bereits über

Probleme mit Unterbesetzung geklagt hatte, verschlimmerte den Pflegemangel entsprechend deutlich. Ein solcher Mangel an Pflegefachkräften bewirkt, neben allen anderen hier bereits beschriebenen Problemen, eine empirisch nachgewiesene Gefährdung der Patient/innen und eine Gefährdung der Gesundheit der Pflegenden in deutschen Krankenhäusern, was der Attraktivität des Krankenpflegeberufes folglich abträglich war (vgl. Simon 2019, S. 221f).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Kontext des DRG-Systems die bereits von einem Personalnotstand betroffene Berufsgruppe der Pflegekräfte in Krankenhäusern weiter personell verringert wurde, was sich bis dato noch kaum verändert hat, allen gesundheitspolitischen Reformen zum Trotz. Das Krankenhauswesen wurde in einen Konkurrenzkampf unter den Krankenhäusern verwickelt, welcher großen ökonomischen Druck auf die Kliniken ausübt. Dies bewirkte eine entsprechende Veränderung der betriebspolitischen Maxime hin zu einer stark betriebswirtschaftlich orientierten Ausrichtung der Krankenhäuser und vor allem auch ihrer ärztlichen Dienste. All diese Faktoren wirken sich auf Mitarbeitende und Patient/innen aus. Sowohl die Gesundheit der Pflegenden kann in diesem System gefährdet sein, als auch die Versorgungsqualität der Patient/innen kann unter impliziter Rationierung leiden, ausgelöst durch den Mangel an Pflegekräften. Diese beiden Aspekte bewirken einen Attraktivitätsverlust der Krankenpflege, was langfristig die Pflegepersonalakquise in den Krankenhäusern erschwert und die Grundproblematik weiter verschlimmert. Die Berufsgruppe der Pflegenden in deutschen Krankenhäusern befindet sich also infolge der Einführung des DRG-Systems in einem Kreislauf des Personalmangels, welcher letztlich die Arbeitsbedingungen verschlechtert, was wieder die Attraktivität des Berufes senkt und somit den Personalmangel verstärkt.

2.2. Pflegepersonaluntergrenzen und Auslagerung der Pflegekosten aus den G-DRGs seit 2020

2.2.1. Pflegepersonaluntergrenzen

Seit dem 1.1.2019 gelten in deutschen Krankenhäusern Pflegepersonaluntergrenzen in sogenannten pflegesensitiven Bereichen. Während solche gesetzlich festgelegten Grenzen in der stationären Altenpflege (seit 2002, vgl. Leber/Vogt 2020, S. 118) und in der neonatologischen (Neu- und Frühgeborene) Intensivmedizin (seit 2006, vgl. Leber/Vogt 2020, S. 119) bereits existieren, sind solche Vorgaben in der restlichen Krankenpflege ein Novum, seit 1997 die PPR abgeschafft wurde. Als Richtwert zur Festlegung der Untergrenzen wurden tatsächliche Patienten/Pflegekraft-Verhältnisse deutscher Krankenhäuser herangezogen und Perzentilen gebildet (vgl. Leber/Vogt 2020, S. 118); eine evidenzbasierte Studie, welche eine bestimmte Anzahl Pflegekräfte mit einem bestimmten

Portfolio an Qualifikationen zur Erreichung einer bestimmten Versorgungsqualität empfiehlt, gibt es nicht.

Konkret gibt es sechs Bereiche, in denen nun Untergrenzen gelten: Geriatrie (spezielle medizinische Versorgung älterer und hochaltriger Menschen), Neurologie (Nervenheilkunde), Herzchirurgie, Kardiologie, Unfallchirurgie und Intensivmedizin. Diese wurden anhand mehrerer Studien ausgewählt, welche den Zusammenhang zwischen der Qualität der pflegerischen Versorgung und der relativen Anzahl von Pflegekräften in verschiedenen Fachbereichen untersucht haben (vgl. Leber/Vogt 2020, S. 122).

Diese Abbildung bietet eine Übersicht über die konkreten Pflegepersonaluntergrenzen von 2019 und die kommende Anpassung für 2020, welche im Rahmen der SARS-COV-2-Pandemie nun jedoch erst 2021 gelten wird (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2020):

	PpUGV 2019 vom 05.10.2018				PpUGV 2020 vom 28.10.2019			
	Maximale Anzahl von Patienten je Pflegekraft		Maximaler Anteil von Pflegehilfskräften (in %)		Maximale Anzahl von Patienten je Pflegekraft		Maximaler Anteil von Pflegehilfskräften (in %)	
	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht
Intensivmedizin	2,5	3,5	8	8	2,5	3,5	8	0
Geriatrie	10	20	20	40	10	20	15	20
Unfallchirurgie	10	20	10	15	10	20	10	15
Kardiologie	12	24	10	15	10	20	10	10
Neurologie	-	-	-	-	10	20	10	8
Neurol. Schlaganfall	-	-	-	-	3	5	0	0
Neurol. Frühreha	-	-	-	-	5	12	10	8
Herzchirurgie	-	-	-	-	7	15	5	0

Abb. 2: Pflegepersonaluntergrenzen (von Leber/Vogt 2020, S. 126)

Im weiteren Verlauf sollen dieser Verordnung weitere Bereiche hinzugefügt werden. 2019 konnte die Selbstverwaltung aus GKV, PKV und DKG sich nicht auf weitere Bereiche einigen, entsprechend müssten diese nun durch das BMG festgelegt werden (vgl. Leber/Vogt 2020, S: 125).

Auch die Qualifikationen der Pflegekräfte wurden in dieser Verordnung bedacht, so zählen Krankenpflegehelfer/innen und Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/innen (also die einjährig ausgebildeten Krankenpflegekräfte) nur anteilig, während ein/e Gesundheits- und Krankenpfleger/in als ganze Kraft zählt. Dieser Katalog soll in Zukunft ergänzt werden, beispielsweise um medizinische Fachangestellte, anästhesietechnische Assistent/innen und Notfallsanitäter/innen (vgl. Leber/Vogt 2020, S. 125).

2.2.2. Auslagerung der Pflegekosten aus dem DRG-System

Diese Maßnahme, welche in den Medien auch als „Pflexit“ bezeichnet wird, ist gesundheitspolitisch im Kontext der oben beschriebenen Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen entstanden. Ihren Ursprung nahm diese Regelung im Koalitionsvertrag der großen Koalition 2018: „Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausespezifischen Pflegepersonalbedarf. Die DRG-Berechnungen werden um die Pflegepersonalkosten bereinigt.“ (Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 2018, S. 97, vgl. auch Leber/Vogt 2020, S. 130).

Diese Änderung wird als insofern verwunderlich beschrieben, als dass vor den entsprechenden Koalitionsverhandlungen nicht geplant oder zumindest diskutiert wurde, die Pflegekosten unabhängig vom DRG-System zu vergüten (vgl. Leber/Vogt 2020, S. 130). Die Pflegekosten in Krankenhäusern werden also von nun an nach dem „Selbstkostendeckungsprinzip“ (Simon 2019, S. 7) refinanziert. Die vorher festgelegten Pflegekosten wurden aus dem DRG-Katalog entfernt und werden nun separat von den einzelnen Krankenhäusern mit den Kostenträgern verhandelt. Dabei sollen den Krankenhäusern ihre nachgewiesenen Pflegekosten auf den bettenführenden Bereichen vollständig erstattet werden.

Dies soll mithilfe der sogenannten „Spaltenlösung“ (Leber/Vogt 2020, S. 133) geschehen. Diese besteht darin, dass aus den herausgerechneten Pflegekosten der Fallpauschalen ein Tagesfallwert errechnet wird, welcher mit den Behandlungstagen und einem krankenhauseigenem Wert multipliziert wird. Der spezielle Krankenhauswert soll aus den Selbstkosten des Krankenhauses berechnet werden. Die folgende Abbildung zeigt ein Beispiel für eine solche Berechnungsgrundlage:

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	[...]	Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag
1	2	3	4	5-13	14
Prä-MDC					
A01A	O	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 h oder kombinierter Dünndarmtransplantation	21,483	[...]	3,5493
A01B	O	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 h oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder mit kombinierter Pankrestransplantation oder Alter < 6 Jahre	12,506	[...]	2,5709
A01C	O	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 h, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, ohne kombinierte Pankrestransplantation, Alter > 5 Jahre	8,835	[...]	2,2879
A02Z	O	Transplantation von Niere und Pankreas	8,606	[...]	1,8611
A03A	O	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 h	22,919	[...]	3,2952
[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]

Abb. 3: Berechnungsgrundlage Pflegekosten in der Übergangslösung (von Leber/Vogt 2020, S. 134)

Diese Bewertungsrelation bildet die Berechnungsgrundlage für die Refinanzierung der Pflegekosten für die Krankenhäuser. Gegenstand der erwähnten Verhandlungen werden die krankenhauseigenen Werte, mit denen die Tagesfallwerte multipliziert werden. Durch eine entsprechende Modifikation dieses Wertes im Rahmen einer Verhandlung zwischen Klinik und Kostenträger, soll eine vollständige Refinanzierung erreicht werden. Bis dahin soll eine Pauschale von 130€ die fallbezogenen Bewertungsrelationen ersetzen und die Pflegekosten finanzieren. Alternativ haben die DKG und der GKV-Spitzenverband vorgeschlagen, den noch zu verhandelnden krankenhauseigenen Wert pauschal festzulegen, sodass die Spaltenlösung sofort zum Einsatz kommen kann, bis eine entsprechende Verhandlung erfolgt ist. (vgl. Leber/Vogt 2020, S. 133f).

Dies fügt der Krankenhausfinanzierung eine weitere Säule hinzu, was den gesamten Vorgang noch aufwändiger macht, als er ohnehin bereits ist. Zusätzlich zu den DRG-Verhandlungen müssen die Kliniken nun noch separate Verhandlungen über das Pflegebudget führen, ihre entsprechenden Kosten aufbereiten, darlegen und verhandeln. Kritiker dieser Entscheidung nennen genau diesen gesteigerten Aufwand als großen Nachteil dieser Regelung. Zudem wird eine mögliche Kostenverschiebung in den Krankenhäusern als Kritik diskutiert. Es wird davon ausgegangen, dass im Zuge der Selbstkostendeckung im Pflegekostenbereich viele, aktuell noch extern verbuchte, Kosten in den Bereich der Pflege

fällt und somit auch einige an beispielsweise Service-Kräfte oder Reinigungskräfte abgegebene Tätigkeiten wieder zu Aufgaben von Pflegenden in Krankenhäusern wird. Dies wird eine Vielzahl von Folgen für das pflegerische Management haben, auf welche im späteren Verlauf noch eingegangen werden soll.

3. Recherche und Methodik zum Controlling in der Pflege

In diesem Kapitel soll nun der Rechercheprozess zu dieser Arbeit dargestellt werden. Dieser ist für die Methodik dieser Arbeit von besonderem Wert, da eine theoretische Arbeit durchgeführt wird, deren Ergebnisse massiv von der Literaturrecherche abhängig sind. Dieser Rechercheprozess bildet die Ausgangsdatenlage zur später folgenden Analyse.

3.1. Recherche zum Thema Controlling

3.1.1. Krankenhauscontrolling

Zu Beginn der Recherche für diese Arbeit habe ich zu den Schlagworten „Krankenhausmanagement“ und „Krankenhauscontrolling“ in der Bibliothek der Fliedner Fachhochschule gesucht. Dort habe ich einiges an Literatur gefunden, vor allem aus den Jahren nach Einführung des DRG-Systems. Mithilfe von Begriffen und Autoren aus dieser Literatur gelang es mir über die Datenbanken CINAHL und CareLit, weitere Literatur neueren Datums zu identifizieren, welche sich als maßgeblich für meine Literaturarbeit erwies. Generell würde ich die Menge an Literatur zum Thema Krankenhauscontrolling, welche ich im Laufe meiner Recherche identifiziert habe, als sehr groß bezeichnen. Jedoch konnte ich im Zuge der Recherche einige Monographien bzw. Herausgeberbände als maßgeblich bewerten, weshalb ich mich in meiner Arbeit auch auf diese beziehe.

Was die Recherche bezüglich Controllinginstrumenten in Krankenhäusern betraf, konnte ich auf einige Literaturquellen aus meiner Hausarbeit zurückgreifen und fand viel Material in der Literatur zum Thema „Krankenhauscontrolling“

3.1.2. Pflegecontrolling im Krankenhaus

Darauf folgend wollte ich weiter zum Thema Pflegecontrolling recherchieren. Hier erwies sich die Anzahl an Literatur als deutlich geringer, das Schlagwort „Pflegecontrolling“ ergab in keiner Datenbank viele Treffer. Deutlich bessere Ergebnisse konnte ich mit dem Schlagwort „Pflegermanagement“ erzielen, jedoch war auch hier wenig aktuelle Literatur (ab 2015 in diesem Fall) zu finden, sodass auf ältere Werke zurückgegriffen wurde. Generell ließ sich jedoch feststellen, dass spezielles Controlling im Pflegermanagement der Krankenhäuser kaum ein Thema in der deutschsprachigen Literatur ist. Wichtig war mir an dieser Stelle die Deutschsprachigkeit der Literatur, da sich meine Arbeit explizit auf deutsche Krankenhäuser mit den Veränderungen des Finanzierungssystems in Deutschland bezieht. Außerdem muss gesagt werden, dass ich auch international wenig passende Literatur zum Thema Controlling in der Krankenpflege identifizieren konnte.

3.1.3. Controlling in der Altenpflege

Darauf folgte die Recherche zum Thema Pflegecontrolling in der ambulanten und stationären Altenpflege. Hier bin ich im Zuge des Versuches Literatur zum Pflegecontrolling in Krankenhäusern bereits in der Bibliothek der Fliedner Fachhochschule fündig geworden, weitere Literatur konnte ich mithilfe von Autoren und Begriffen aus diesen Quellen in der Datenbank GeroLit identifizieren. Auch hier erwies sich wieder die Menge an verfügbarer Literatur als enorm groß, sodass ich spezielle Werke zum Thema Pflegecontrolling in der Altenpflege, differenziert nach stationärer und ambulanter Versorgung, mit relativer Aktualität, in meine Arbeit einbeziehen konnte.

3.2. Recherche zum Thema Krankenhausfinanzierung und DRG-System

Zum Schluss fand meine Recherche zu diesen Themen statt. In der Bibliothek wurde ich kaum fündig, in den Datenbanken CareLit und CINAHL, sowie aus den Literaturverzeichnissen meiner Literatur zum Thema Krankenhauscontrolling jedoch schon. Vor allem zum Thema „Kritik am DRG-System“, dessen Literatur auch teilweise mit einer Darstellung der Einführung des DRG-Systems und den entsprechenden Veränderungen verbunden war, konnte ich viel Literatur identifizieren. Entsprechend konnte ich sehr aktuelle Monographien zu diesem Thema in meiner Arbeit verwenden. Wenn es um die jüngsten Veränderungen am Finanzierungssystem ging, war hier vor allem die Datenbank CareLit relevant, da es beispielsweise zum Thema der Auslagerung der Pflegekosten bisher kaum Monographien oder Herausgeberbände gibt, jedoch viele gute Artikel erschienen sind, welche ich sinnvoll in meine Arbeit einfließen lassen konnte.

3.3. Rückblickende Bewertung der Recherche

Da meine Arbeit theoretischer Natur ist, ist die Literaturarbeit und -recherche ein sehr wichtiger Aspekt meiner Forschung. Von der Qualität der Literatur hängen letztlich auch meine Analyse und die daraus resultierenden Schlussfolgerungen ab. Daher zog sich dieser Prozess parallel zum Schreibprozess bis circa 6 Wochen vor Ende der Bearbeitungszeit hin. Immer wieder kamen – auch im Gespräch mit meiner Erstprüferin Frau Prof. Dr. Ketzer – neue Aspekte meiner Arbeit auf, welche wissenschaftlich fundiert werden sollten, um sinnvoll in der Analyse berücksichtigt werden zu können. Insgesamt konnte ich viel weiße Literatur in Form von Monographien und Herausgeberbänden identifizieren, jedoch auch Artikel aus Fachzeitschriften und dem Internet sind in diese Arbeit eingeflossen. Ich würde rückblickend die Literaturrecherche als Prozess der Wissensfindung und auch Themenfindung für meine Bachelor-Thesis beschreiben, welcher viel Zeit und Arbeit in

Anspruch genommen hat und sich an einigen Stellen als sehr mühevoll – nicht zuletzt wegen des hohen Theorieanteils des Themas allgemein und der Arbeit speziell – erwies. Dennoch denke ich, für mein Thema angemessen recherchiert zu haben und eine ausreichende Menge an Informationen und Wissen zusammengetragen zu haben, um meine Analyse wissenschaftlich fundiert zu gestalten und entsprechend valide Ergebnisse zu erhalten.

4. Controlling im Gesundheitswesen

4.1. Hintergründe des Controllings

4.1.1. Historischer und Wissenschaftstheoretischer Hintergrund des Controllings

Modernes Controlling entstand in seiner ersten Form in Unternehmen der freien Wirtschaft um 1900, als Finanzcontrolling (vgl. Weber/Schäffer 2020, S. 5, Schirmer 2017, S. 16f), welche Kosten und Ausgaben eines Unternehmens überwachten. Seit diesen Anfängen wurde das Controlling weiterentwickelt zu einem Steuerungsinstrument für Manager, welches zwar weiterhin Informationen generiert, diese jedoch eine strategische Planung ermöglichen (vgl. Weber/Schäffer 2020, S. 5ff).

„Controlling lässt sich primär als ein Praxisphänomen einordnen und die Fachvertreter haben den Fokus traditionell stärker auf die Gestaltungs- als auf die Erklärungsaufgabe der Wissenschaft gelegt.“ (Weber/Schäffer 2020, S.4).

Wo zunächst die Informationssammlung im Rahmen des internen Rechnungswesens im Zentrum der Aufgaben eines Controllers standen, rückte die Planungsdimension mehr und mehr in den Mittelpunkt (vgl. Weber/Schäffer 2020, S. 5ff). Zusammen mit der Planung wurden die Aufgaben des Controllings auch um den Aspekt der Kontrolle, um eventuelle Planungsabweichungen festzustellen und deren Ursache ausfindig zu machen, erweitert. Diese Erweiterung der Aufgaben des Controllings auf Planung und Kontrolle der Unternehmen, ihrer Produkte und/oder Dienstleistungen benötigte entsprechend neue theoretische Ansätze für das Controlling.

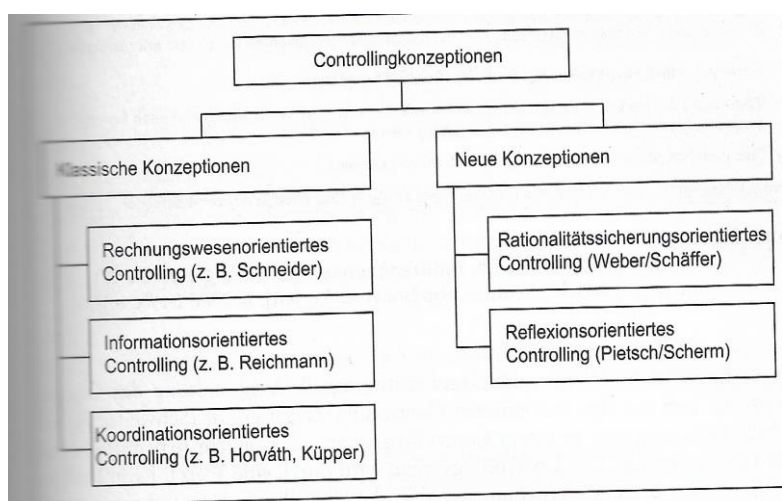


Abb. 4: Controllingkonzeptionen (von Zapp/Oswald 2009, S. 77)

Während also die ursprünglichen Ansätze des Controllings aus der Betriebswirtschaftslehre stammen, gibt es seit Anfang der 2000er Jahre auch sozialwissenschaftlich geprägte

Controllingansätze (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 76). Beispielsweise findet die Überlegung statt, wie aus Controllinginstrumenten tatsächliche Planung wird: „[...] dass Controlling im Dialog zwischen Manager und Controller stattfindet [...]“ (Zapp/Oswald 2009, S. 76). Entsprechend findet auch die Systemtheorie ihren Eingang in die Entstehung von Controlling in Unternehmen. Zentral ist hier die Annahme, dass Unternehmen wie beispielsweise Krankenhäuser „autopoietische Sozialsysteme“ (Zapp/Oswald 2009, S. 76) sind, welche Kommunikation erzeugen und damit sich selbst produzieren. (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 76). Krankenhäuser aus dieser Perspektive zu betrachten, ist im Folgenden relevant für den wissenschaftstheoretischen Ansatz des Controllings, welchen ich erläutern werde.

Im Krankenhaus bedeutet Controlling – neben den Aufgaben des internen Rechnungswesens – auch Planung und Kontrolle bestimmter Prozesse. Dies wird später noch weiter aufgeführt, hier soll nun ein wissenschaftstheoretischer Ansatz, der für das Controlling als Prozessmanagement geeignet ist, erläutert werden: der Systemansatz. Der Systemansatz kann keiner wissenschaftlichen Disziplin fest zugeordnet werden. Seine Anwendung auf das Controlling stammt aus der „Management-Theorie“ (Zapp/Oswald 2009, S: 79) und somit aus der Betriebswirtschaftslehre. Da die Systemtheorie, welche diesem Ansatz zugrunde liegt, aus der Soziologie stammt, könnte man diesen Ansatz als sozioökonomisch beschreiben.

„Charakteristisch für die Sozioökonomie ist der umfassende Anspruch, Wirtschaften und wirtschaftliches Handeln ‚realistischer‘ und damit umfassender beschreiben und erklären zu können, als dies die Standardökonomik bzw. neo-klassische Ansätze tun. Dahinter steht ein komplexes Verständnis der Aufgaben und der Methodologie einer modernen Sozialwissenschaft, von der die Wirtschaftswissenschaft ein Teil ist“ (Gabler Wirtschaftslexikon: „Sozioökonomie“ 2020).

Der Systemansatz ist sinnvoll im Bezug auf die Zielfindung des Controllings in einem Unternehmen. Wenn ein Controllingssystem in einem Unternehmen etabliert werden soll, müssen vorher – wie oben beschrieben – die durch das Controlling verfolgten Ziele definiert werden. „Er [der Systemansatz] fördert durch die Bereitstellung eines formal-logischen Gedankenrahmens das Erkennen von Vernetzungen zwischen den Elementen, bzw. Subsystemen und führt weg von inadecuaten, isolierten Betrachtungen [...]“ (Zapp/Oswald 2009, S. 79). Durch die aus dem Systemansatz stammende „Systemanalyse“ (Zapp/Oswald 2009, S.79) kann das Unternehmen, oder seine Bereiche als komplexe Systeme betrachtet werden, was dem Controllingssystem und seinen Instrumenten mehr Realitätsnähe verschafft. Es kommen ebenfalls die aus der Systemtheorie kommenden Makro-, Meso- und Mikroebenen zum Tragen (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 80f).

„Methodisch wird dazu mittels Systemanalyse die Unternehmung gedanklich in seine einzelnen Komponenten zerlegt. Gegenstand der Analyse sind Zwecke [...] Elemente [...] Beziehungen [...] Verhalten [...]“ (Zapp/Oswald 2009, S. 79).

Auf diese Weise wird das komplexe System Unternehmen in einzelne Subsysteme zerlegt und die entsprechenden Parameter einzelner Subsysteme festgestellt.

Die nächsten Schritte sind nun die „Systemsynthese“ (Zapp/Oswald 2009, S. 79) und die „Systemimplementierung“ (Zapp/Oswald 2009, S. 80), bei welcher die Systeme in einen Kontext gebracht werden. Dies bildet die Basis für die Steuerung der (Sub-)Systeme und somit des Unternehmens. An dieser Stelle kommt das Controlling zum Tragen, welches auf Basis der Systemanalyse mit seinen Controllinginstrumenten die einzelnen Bereiche steuern soll (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 82f). Des Weiteren ist für die Entwicklung eines Controllingsystems und seiner Zielsetzung relevant, welche Faktoren außerhalb der Systeme und Subsysteme auf diese einwirken (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 81f).

Im Kontext eines Krankenhauses als Unternehmen spielt die Abstimmung der Subsysteme eine große Rolle, da die einzelnen Systeme sehr verschiedene Aufgaben erfüllen müssen und daher verschiedene Strukturen haben, jedoch zusammen agieren sollen, damit die entsprechenden Aufgaben interdisziplinär erledigt werden können.

„Dabei können das Wertesystem, Organisationssystem, Personalführungssystem, Planungs- und Kontrollsystem sowie das Informationssystem als wesentlich angesehen werden. [...] Das Ausführungs-System stellt das System unterhalb des Führungssystems dar.“ (Zapp/Oswald 2009, S. 81). Die entsprechende Koordination dieser Systeme ist Inhalt des Controllings, die verschiedenen Systeme und Subsysteme sollen miteinander verbunden werden, und so sollen durch das Controlling „Strukturen“ (Zapp/Oswald, 2009, S. 81) geschaffen werden. Auch die Umwelt des Unternehmens spielt in diesem Kontext eine Rolle, die geschaffenen Strukturen sollen auch auf diese Einflüsse (beispielsweise Budget-Verhandlungen der Krankenhäuser mit den Kostenträgern) abgestimmt werden. Dies kann als „Harmonisation“ (Zapp/Oswald 2009, S.81) bezeichnet werden.

Auf diesem Wege kommt das Controlling im Rahmen des Systemsansatzes zu seiner Kernaufgabe: der „Lenkung“ (Zapp/Oswald 2009, S.82) eines Unternehmens.

Ziele des Controllings können verschieden sein, das primäre Ziel ist historisch betrachtet der ökonomische Erfolg einer Organisation. Damit ist gemeint, ob sich die Unternehmung finanziell lohnt und das Controlling entsprechend darauf hinarbeitet, dass monetärer Gewinn entsteht bzw. je nach Träger der Organisation eine Refinanzierung erreicht wird (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 85f). Ein weiteres Ziel kann die Erreichung einer gewissen Arbeitsqualität sein. Im Vordergrund steht hier häufig das Ausführungs-System mit seinen Subsystemen, deren Ergebnisqualität durch Controlling gelenkt werden soll (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 86).

Die folgende Abbildung zeigt verschiedene mögliche Ziele eines Controllingsystems:

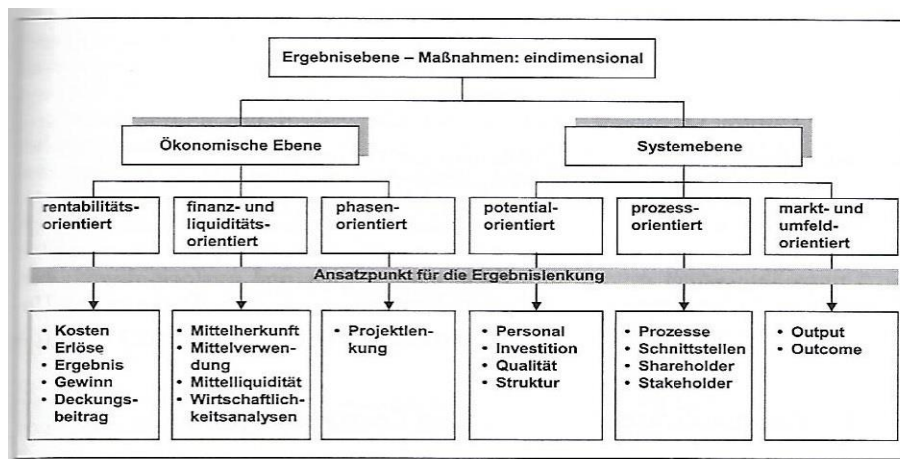


Abb. 5: Ergebnisse eines Controllingssystems (von Zapp/Oswald 2009, S. 87)

Es lässt sich also sagen, dass der Systemansatz dem Controlling ein breiteres Wirkspektrum ermöglicht. Ursprünglich ging es im Controlling primär um die Sicherung ökonomischer Ziele, im Rahmen des Systemansatzes können jedoch beispielsweise auch die Qualität der Dienstleistungen oder das Personalmanagement mithilfe eines Controllingssystems beeinflusst werden.

4.1.2. Controlling als Profitmaximierung?

Die gewählte Literatur zum Thema Stakeholder-Nutzen und Shareholder-Nutzen befasst sich mit dem Management und den Zielsetzungen ihrer Beschreibungen. Im Rahmen der oben beschriebenen Funktion des Controllings als zentrales Beratungsinstrument für das Management werde ich im Folgenden die Ausführungen direkt auf das Controlling beziehen. Traditionell ist im Controlling die ökonomische Perspektive zentral. Dementsprechend steht der Nutzen der Shareholder - also Inhaber des Unternehmens - im Mittelpunkt der Controllingziele, es sollen also durch ein Controllingssystem der Kapitalertrag erhöht und somit der Wert des Unternehmens für diese Inhaber gesteigert werden (vgl. Wall/Schröder 2009, S. 4f). Diese Betrachtung stellt das Controlling in den Kontext kapitalistischer Unternehmensführung und maximaler Profitgenerierung. Dies lässt sich auch an der historischen Entstehung von Controlling und den traditionellen Controlling-Konzeptionen ableiten.

Modernes Controlling kann jedoch auch den Zweck haben, die Stakeholder in diese Überlegungen einzubeziehen. Die Stakeholder eines Unternehmens sind alle an der Unternehmung beteiligten Personen. „Der Begriff ‚Stakeholder‘ ist weit gefasst [...]. Diese Abgrenzung lässt Raum für zahlreiche Gruppen, wenngleich üblicherweise (zumindest) Eigentümer/innen (Shareholder), Fremdkapitalgeber/innen, Kundinnen und Kunden,

Mitarbeitende, Zuliefernde und die lokale Kommune/Kommunalverwaltung unterschieden werden, ohne dass dies auch nur annähernd eine abschließende Aufzählung wäre“ (Wall/Schröder 2009, S. 6). Es wird deutlich, dass Controlling aus Sicht der Stakeholder mehr leisten muss als die bloße Ertragssteigerung. Beispielsweise können Controlling-Ziele im Stakeholder-Ansatz darin bestehen, die Qualität des Produktes zu steigern im Interesse des Kunden, die Wartezeiten für Lieferanten zu verringern, die Arbeitsumstände für die Mitarbeitende zu optimieren etc. Die folgende Abbildung stellt die beiden Ansätze gegenüber:

	Shareholder Value-Perspektive	Stakeholder Value-Perspektive
Verständnis der Unternehmung als ...	Shareholder Value maximierende Einheit	Sozio-ökonomisches System
Zweck der Unternehmung	Erreichen der Ziele der Eigentümer	Erfüllen der Interessen aller Stakeholder
Langfristiges Ziel	Maximierung des Shareholder Value	Nachhaltigkeit der Entwicklung/Fortbestand der Unternehmung
Stakeholder Interessen	Mittel zur Maximierung des Shareholder Value („means“)	Ziel und Mittel („end and means“)
Hauptproblem	Interessenkonflikte und Informationsasymmetrien zwischen Prinzipal (Shareholder) und Agenten (Management)	Ausbalancieren der Interessen verschiedener Stakeholder
Corporate Governance durch ...	Regulation und externe Überwachung	Vertretung von Stakeholdern
Beitrag zum Gemeinwohl durch ...	Verfolgung individueller Interessen	Verfolgung ausbalancierter Interessen

Abb. 6: Shareholder-Perspektive versus Stakeholder-Perspektive (von Wall/Schröder 2009, S. 7)

Es gibt Argumente für beide Betrachtungsweisen. Argumente für den Stakeholder-Ansatz sind beispielsweise, dass auch die Forderungen der Mitarbeitenden, Kunden und Kooperationspartner relevant für ein Unternehmen seien; dass die Fixierung auf den direkten Kapitalertrag dem dauerhaften Durchsetzen des Unternehmens am Markt schaden könnte; dass nicht genügend investiert werden würde und dass die Führungsebene mehr ihren eigenen Nutzen verfolgt, als den Bestand des Unternehmens zu sichern (vgl. Wall/Schröder 2009, S. 8).

Dem entgegen stehen die Überlegungen aus dem Shareholder-Ansatz: die Frage, wessen Forderungen nun priorisiert behandelt werden sollen, muss vom Management willkürlich beantwortet werden, da es viele verschiedene Stakeholder mit entsprechend vielen verschiedenen Meinungen, Bedürfnissen und Forderungen gibt; es ist extrem schwierig mehr als ein Unternehmensziel zu verfolgen und es bleibt ebenfalls unklar, ob und warum die Führungsebene bestimmte Stakeholder möglicherweise bevorzugt, bzw. ihre Forderungen priorisiert, was sowohl Machtmissbrauch begünstigt, als auch die Bewertung des Managements und seiner Entscheidungen extrem erschwert (vgl. Wall/Schröder 2009, S. 8). Zusammenfassend lässt sich der Diskurs wie folgt beschreiben: Der Shareholder-Ansatz lässt wichtige Parteien des Unternehmens bei der Entscheidungsfindung außen vor, was

kaum gerecht ist. Jedoch bietet dieser Ansatz ein klares Ziel für Management und Controlling. Der Stakeholder-Ansatz hingegen versucht ebendiese Ungerechtigkeit auszugleichen, indem die Forderungen aller am Unternehmen beteiligten Personen in die Zielvorgaben einfließen. Dies wirft jedoch die Frage auf, welche Parteien im Unternehmen welche Gewichtung bekommen müssen und wer diese Priorisierung im Sinne des Unternehmens vornimmt.

Controlling im Krankenhaus könnte demzufolge also auch eingesetzt werden, um auf Bedürfnisse der Mitarbeitenden, z.B. der Pflegenden oder der Patient/innen einzugehen.

4.2. Stand des Controllings im Krankenhaus

Die anfangs beschriebenen Umstände, in welchen Krankenhäuser zurzeit existieren, führen zu einer immer weiter fortschreitenden betriebswirtschaftlichen Orientierung der Kliniken (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 5). In diesem Kontext bedient sich das allgemeine Krankenhausmanagement auch vermehrt Controllinginstrumenten, um den ökonomischen Bedingungen am Markt gerecht zu werden (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 5f). Im folgenden wird weiter aufgeschlüsselt, was Controlling im Krankenhaus konkret bedeutet.

4.2.1. Status quo

Für das Krankenhaus-Controlling werden mehrere Aspekte in der Literatur genannt. „Es werden Controllinginstrumente benötigt, die die Unternehmensführung in Planungs- und Kontrollprozessen unterstützen und eine entscheidungsorientierte Informationsversorgung garantieren.“ (Zapp/Oswald 2009, S. 17). Eine Rolle spielen also die strategische Planung der Krankenhausprozesse, die Kontrolle der Abläufe in den Bereichen und die Bereitstellung entsprechender Daten.

Bei der Erreichung ökonomischer Ziele einer Klinik stehen „Kostenrechnungssysteme“ (Zapp/Oswald 2009, S. 17) im Zentrum des Controllings. Diese sollen dem oberen Management Informationen dazu liefern, wie sich gewisse Veränderungen auf „Leistungen, Kosten und Erlöse“ (Zapp/Oswald 2009, S.17) auswirken können, um entsprechend für das Krankenhaus ökonomisch vorteilhafte Entscheidungen treffen zu können.

Konkrete Instrumente dieses Controlling-Aspektes sind in Krankenhäusern beispielsweise Fixkostenmanagement, Zielkostenmanagement oder Deckungsbeitragsmanagement (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 17).

Ein weiterer Aspekt des Controllings betrifft die klinikinternen Abläufe. Diese sollen effizient gestaltet werden. „Es [das Controlling] übernimmt nicht die Kontrolle in Form der Schuldzuweisung, sondern in Form der Motivation, der Anreizbildung und der

strategischen Ausrichtung einer erfolgreichen Unternehmung.“ (Zapp/Oswald 2009, S.17). Dies bedeutet, dass also die Beeinflussung des Verhaltens der Mitarbeitenden, welches die Abläufe im Krankenhaus bestimmt, ebenfalls ein wichtiger Teil der Controllings ist. Ein Ziel des Krankenhaus-Controllings ist es also in diesem Zusammenhang, Anreize für bestimmtes Verhalten zu setzen und eine entsprechende Motivation bei den Mitarbeitenden zu erzeugen. Instrumente, welche diesen Aspekt von Controlling besonders zum Vorschein bringen sind unter anderem: Clinical Pathways, Stärken-Schwächen-Analyse und Portfolio-Analyse (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 18 und S. 116). Zu beachten ist jedoch, dass beide Aspekte nicht voneinander isoliert betrachtet werden, sondern zusammen zur Unternehmensführung in Krankenhäusern genutzt werden (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 18f).

4.2.2. Arten des Controllings im Krankenhaus

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass analog zum allgemeinen Controlling der ursprünglichste Aspekt des Krankenhauscontrollings die Sicherung des ökonomischen Erfolges eines Krankenhauses ist. Grundlage dieser Sicherung ist eine Auflistung von Kosten und Erlösen bezogen auf die erbrachten Leistungen. Die genannte Definition von Controlling bezieht sich jedoch auf die Ergebnisse eines Krankenhauses, die über betriebswirtschaftliche Ziele und Prinzipien hinausgehen. Auch die Qualität der erbrachten Leistungen können ein Ziel von Controlling sein (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 53f). Controlling im Krankenhaus stellt also insgesamt einen „Lenkungsrahmen“ (Zapp/Oswald 2009, S. 75) dar. Grob können dabei die beiden genannten Zwecke unterschieden werden: Erreichung betriebswirtschaftlicher Ziele und Sicherung der Dienstleistungsqualität.

4.2.3 Grundlagen des Krankenhauscontrollings

4.2.3.1. Die KLEE-Rechnung als Grundlage betriebswirtschaftlichen Controllings im Krankenhaus

Controlling im Krankenhaus befasst sich zunächst mit den „harten Daten“ (Zapp/Oswald 2009, S. 30ff) der betriebswirtschaftlichen Situation eines Krankenhauses. Im Zentrum stehen Kosten, Erlöse und finanzielle Ergebnisse. In diesem Zusammenhang wird die betriebswirtschaftliche Perspektive des Controllings deutlich.

Grundlage der Berechnungen in dieser Art von Controlling ist eine Kostenrechnung (vgl. Zapp/Oswald 2009). Diese ist im Krankenhaus eng mit den Dienstleistungen und letztlich auch mit den entsprechenden Erlösen verknüpft, weswegen der vorherrschende Rechnungsansatz im Krankenhauscontrolling eine „Kosten-, Leistungs- und Erlös- und Ergebnisrechnung“ (Zapp/Oswald 2009, S. 30), auch als „KLEE-Rechnung“ (vgl.

Zapp/Oswald 2009, zitiert nach Zapp 2006) bezeichnet.

Eine solche KLEE-Rechnung dient als Informationsbasis betriebswirtschaftlicher Entscheidungen und kann organisationell als eigenständige Einheit oder als Stabstelle der Krankenhausleitung vorkommen (vgl Zapp/Oswald 2009, S. 30).

Betriebswirtschaftlich betrachtet ist die KLEE-Rechnung ein Instrument des Internen Rechnungswesens und somit nicht direkt Teil der Krankenhausbuchführungsverordnung, sondern ist individuell abhängig vom entsprechenden Zweck, den sie im jeweiligen Krankenhaus erfüllen soll. Dieser Zweck kann einmal im Rahmen der Erfüllung betriebswirtschaftlicher Ziele liegen, ist aber auch zur Erfüllung motivationaler Ziele geeignet, je nach Zielsetzung des oberen Krankenhausmanagements (vgl. Zapp/Oswald 2009, S.31f). Dies kann erreicht werden, indem mithilfe einer KLEE-Rechnung Kennzahlen für z.B. bestimmte Leistungen im Sinne von Häufigkeit der erbrachten Leistung oder einer Kostenkontrolle berechnet werden und diese den Mitarbeitenden als Arbeitsziel vermittelt wird. Auf diese Weise soll das Mitarbeiterverhalten entsprechend zur Einhaltung der Kennzahlen beeinflusst werden. „Im Rahmen der Kontrollinformationen sind Abweichungsanalysen durchzuführen“ (Zapp/Oswald 2009, S. 32). Durch die Erweiterung der klassischen KLEE-Rechnung um eine Abweichungsanalyse ist jene nicht nur ein Instrument zur Informationssammlung, sondern es rückt die Optimierung der Prozesse in den Vordergrund.

Somit kann die KLEE-Rechnung neben dem strategischen Controlling auch dem Prozessmanagement, also dem operativen Controlling, zugeordnet werden.

Die folgende Abbildung zeigt die möglichen Ziele einer KLEE-Rechnung:

Funktionen der Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnisrechnung	
<i>1. Abbildungsfunktion</i>	<i>Abbildung der Unternehmungsprozesse in Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnisgrößen</i>
1a) Ermittlungsfunktion	Erfassung sämtlicher Kosten, Leistungen, Erlöse und Ergebnisse
1b) Dokumentationsfunktion	Dokumentation und Offenlegung des tatsächlichen Kostenverlaufs
1c) Informationsfunktion	Bereitstellung von Informationen in Abhängigkeit der definierten Ziele
<i>2. Lenkungsfunktion</i>	<i>Lenkung von Prozessen der Planrealisation und Lenkung von Entscheidungs- bzw. Verhaltensprozessen durch Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnisgrößen</i>
2a) Sach-rationale Lenkung	Im Sinne der Kybernetik kann über ein Rechnungssystem gesteuert (als Frühwarnsystem) oder geregelt werden (über Planung, Kontrolle und Abweichungsanalyse).
2b) Sozio-emotionale Lenkung	Beeinflussung des Mitarbeiterverhaltens

Abb. 7: Funktionen der KLEE-Rechnung (von: Zapp/Oswald 2009, S. 31)

Die KLEE-Rechnung stellt also die ursprünglichste Form und somit die Basis des Krankenhauscontrollings mit dem Ziel der Erreichung betriebswirtschaftlicher Ziele dar.

4.2.3.2. Prozesscontrolling als Qualitätsmanagement

Im Zentrum der Qualitätsdimension des Krankenhauscontrollings steht die Optimierung von Abläufen in einer Klinik, der sog. Prozesse. „Zur weiteren Unterscheidung werden Kern-, Support- und Managementprozesse differenziert“ (Zapp/Oswald 2009, S. 51).

Als Kernprozesse eines Krankenhauses werden die Dienstleistungen an den Patient/innen, also Pflege, Therapie und Hotelleistungen definiert.

Supportprozesse sind beispielsweise Leistungen des Betriebsrates für die Belegschaft oder die Personalabteilung, etc. Diese Abläufe haben mit den Patient/innen selbst keinen Kontakt (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 51).

Des Weiteren haben die Managementprozesse zum Ziel, die beiden erstgenannten Prozessarten zu steuern und zu optimieren (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 51f).

Der Qualitätsbegriff in Krankenhäusern in Bezug auf die genannten Prozessarten kann nach Donabedian (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 53f) in drei Kategorien unterteilt werden:

„Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität“ (Zapp/Oswald 2009, S. 53).

Qualitätscontrolling im Krankenhaus bezieht diese drei Qualitätsdimensionen vor allem auf die Kernprozesse, QM-Systeme wie das KTQ haben vor allem die Qualität der

Patientenversorgung (Ergebnisqualität), offene Darstellung des Dienstleistungs-Portfolios für Außenstehende (Prozessqualität) und gute Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit den Patient/innen und Kostenträgern (Strukturqualität) zum Ziel (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 55). Grundlage einer Steuerung der (Kern-)Prozesse ist eine Prozessanalyse.

„Prozessgestaltung besteht aus der Analyse und dem Zusammenfügen der Teilprozesse zu einem Ganzen zur besseren Strukturierung (zeitliche Ordnung, Koordinierung, Integration) des Prozesszusammenhangs [...] im Hinblick auf die Ziele Zeit, Kosten, Qualität und Patientenzufriedenheit“ (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 57, zitiert nach Zapp/Dorenkamp 2002, S. 65).

Hierbei müssen die entsprechenden Abläufe als erstes beobachtet und dann präzisiert werden. Beispielsweise kann der Kernprozess der Patientenversorgung in einem Krankenhaus in verschiedene sog. „Teilprozesse“ (Zapp/Oswald 2009, S. 58f) aufgeteilt werden. Dies dient der Vereinfachung und schärferen Begrenzung der Prozesse, damit diese sinnvoll analysiert werden können. So kann ein Teilprozess der Patientenversorgung die „pflegerische Versorgung von Patienten“ (Zapp/Oswald 2009, S.59) sein. Dieser Teilprozess kann weiter aufgeteilt werden, beispielsweise in „grundpflegerische Versorgung von Patient/innen“ und weiter präzisiert zu „grundpflegerische Versorgung von Patient/innen nach Hüft-TEP“. Diese Verkleinerung der Prozesse ist solange erforderlich, bis der bezeichnete Prozess übersichtlich darstellbar ist (vgl. Oswald/Zapp 2009, S. 58f).

Nachdem ein spezifischer Teilprozess isoliert und beschrieben wurde, kann die Steuerung durchgeführt werden. Es muss unter anderem festgestellt werden, wer am Prozess direkt

und indirekt beteiligt ist und welche Prozesse an diesen anknüpfen (vgl. Zapp/Oswald 2009), zum Beispiel: „grundpflegerische Versorgung von Patient/innen nach Hüft-TEP“ und „Mobilisation nach einer Operation“.

Darauf folgend müssen eventuelle Probleme mit diesem Prozess erkannt und durch Veränderungen am Ablauf verbessert oder behoben werden. Solche Analysen können beispielsweise im Rahmen eines Arbeitskreises, in welchem Mitglieder aller am Prozess beteiligten Berufsgruppen vertreten sind, durchgeführt werden (vgl. Zapp/Oswald, S. 59f). Solche Prozessanalysen und daraus resultierendes Prozessmanagement bilden die Grundlage für ein Qualitätscontrolling in einem Krankenhaus.

Überprüfung von Qualität spielt in diesem Zusammenhang ebenfalls eine wichtige Rolle. So wie in Arbeitskreisen intern Prozesse analysiert, bewertet und optimiert werden können, so können auch Patientenbefragungen nach Aufhalten schriftlich oder persönlich eingeholt werden, um die Qualität der Versorgung und damit letztlich der einzelnen Prozesse zu beurteilen. Besonders negative Rückmeldungen haben hierbei einen Schlüsselcharakter, um die eigenen Abläufe besser zu gestalten (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 62).

Auf Basis dieser Prozessanalyse und dem darauf folgenden Prozessmanagement gibt es viele Instrumente, die dem Qualitätscontrolling dienen. Diese werden zu einem späteren Zeitpunkt thematisiert.

4.2.4. Benchmarking im Krankenhauscontrolling

In der Literatur der letzten Jahre wird im Rahmen des Controllings in Krankenhäusern auch von der Etablierung der „Kennzahlensysteme[n]“ (Schirmer 2017, S. 212f) gesprochen. Damit ist gemeint, dass die Prozesse in Krankenhäusern anhand gewisser, objektivierbarer Daten, nachvollzogen werden können und dementsprechend beeinflussbar sind (vgl. Schirmer 2017, S. 212). Beispiele für solche Kennzahlen können sein „[...] das Eigenkapital, das Fremdkapital, [...] die Personalkosten, [...] Bettenbelegung im stationären Bereich, Krankenstand der Mitarbeiter [...]“ (Schirmer 2017, S. 212), es wird deutlich, dass Kennzahlensysteme primär aus der Betriebswirtschaftslehre stammen. Diese Kennzahlen müssen regelmäßig von den Controllern für das obere Management offengelegt werden. Auf Benchmarking im Krankenhaus soll im Verlauf noch weiter eingegangen werden. Nachdem nun die Grundlagen des Krankenhauscontrollings im Bezug auf die betriebswirtschaftlichen und qualitativen Dimensionen sowie der Aspekt des Benchmarking erläutert wurden, soll im Folgenden das Pflegecontrolling in Krankenhäusern dargestellt werden.

4.3. Das pflegerische Controlling im Krankenhaus

4.3.1. Das pflegerische Controlling in Krankenhäusern bis 2020

Relevant für das Pflegecontrolling im Krankenhaus ist die oben beschriebene Einführung des DRG-Systems, infolgedessen sich die ökonomische Belastung der Krankenhäuser erhöht hat, das Pflegemanagement muss diesen Bedingungen Rechnung tragen (vgl. Bückner 2005, S. 8ff). Bückner stellt diese Situation wie folgt dar:

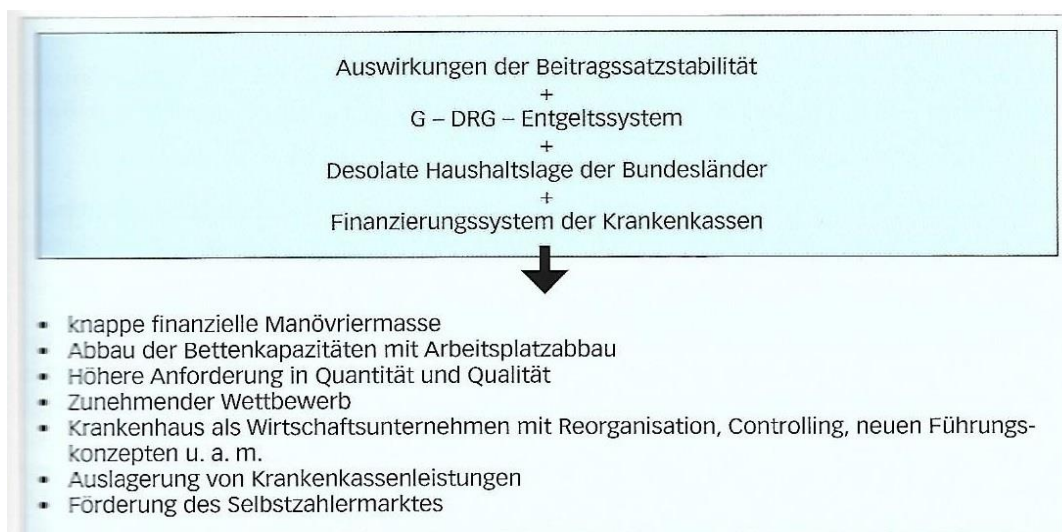


Abb. 8: Rahmenbedingungen der Krankenpflege (von: Bückner 2005, S. 11)

Speziell für die Krankenpflege, welche - wie oben geschrieben – im ursprünglich eingeführten DRG-System nahezu nicht bedacht worden ist, wurden die oben beschriebenen Änderungen eingeführt.

Unter diesen Umständen wird das operative Pflegecontrolling in Krankenhäusern zu Teilen als Qualitätscontrolling definiert (vgl. Bückner 2005, S. 14f). Hier wird vor allem das direkte Stationsmanagement und die Einhaltung von Pflegestandards zur Erreichung qualitativ hochwertiger Pflege als pflegerisches Controlling betrachtet. Eine betriebswirtschaftlich zentrierte, also strategische Ausrichtung wird auch genannt, soll aber nicht das Hauptziel des Controllings sein. Das operative Controlling soll hierarchisch eher vom mittleren Management, ergo den Leitungen der Pflegeteams in den einzelnen Bereichen, durchgeführt werden. Die strategische Perspektive obliegt eher dem höheren Pflegemanagement, also den Pflegedienstleitungen und Pflegedirektor/innen (vgl. Bückner, S. 35).

Strategisches Controlling bedeutet im Krankenhausmanagement, dass nicht die Kernprozesse optimiert werden sollen, sondern die Management-Prozesse. Dies beinhaltet beispielsweise die Etablierung von Kennzahlen, Analyse der Marktsituation und eine dementsprechende Ausrichtung des Unternehmens im Bezug auf sein

Dienstleistungsangebot (vgl. Bücken 2005, S. 36).

Operatives Controlling dagegen bezieht sich eher auf die Kernprozesse, also die Behandlung der Patient/innen im Krankenhaus. Dazu gehört ein Projektmanagement, Prozessanalysen, -steuerung, -optimierung und -koordination.

Eine daran anschließende Perspektive bieten die Clinical Pathways. Diese sind ein Controllinginstrument, welches die gesamte stationäre Behandlung eines Patienten anhand „ärztlicher Leitlinien“ (Zapp et al 2004, S. 152) und „pflegerische[r] Standards“ (Zapp et al 2004, S. 152) abbildet und einen Krankenhausaufenthalt somit planbar machen soll. Hier koordiniert das Pflegecontrolling zusammen mit dem Medizincontrolling einen ökonomischen Behandlungsablauf, um beispielsweise die Kosten der Behandlung zu senken. An dieser Stelle werden beide Aspekte, also das finanzielle Controlling und das Qualitätscontrolling, Teil des Pflegecontrollings. Dieses Instrument wird im späteren Verlauf dieser Arbeit noch ausführlich behandelt.

Folgende Abbildung verdeutlicht, was operatives und auch strategisches Controlling im innerklinischen Pflegemanagement bedeuten kann.

	strategisch	operativ
Zielrichtung	Wohin führt die Pflege?	Wie ist die Pflege heute?
Gegenstand	Pflegeleitbilder QM-Standards Personal Outsourcing	Pflegeprozess Pflegesysteme QM-Standards Pflegeleistungen
Methoden	Gap-Analysen Potentialanalysen Portfolioanalysen Umweltanalysen Kundenbefragungen	Potentialanalysen Gap-Analysen Portfolioanalysen Berichtswesen Kostenkontrolle

Abb. 9: Operatives und strategisches Pflegecontrolling im Krankenhaus (von Bücken 2005, S. 37).

Diese Prozesse können aus Sicht des Controllings eingeteilt werden. Jeder Prozess kann nach verschiedenen Kriterien gesteuert werden. Diese drei Kriterien sind „Kosten“, „Qualität“, „Zeit“ und „Fall“ (Bücken 2005, S. 38f).

Auffallend am in der Literatur beschriebenen Controlling im innerklinischen Pflegemanagement ist, dass im Kontrast zum Medizincontrolling oder dem allgemeinen Krankenhauscontrolling die Menge an Literatur eher gering ist. Nur wenig Literatur befasst sich direkt mit dem Thema, wie eine Führungskraft, bzw. ein Führungsteam in der Pflege im Krankenhaus mithilfe von gezieltem Controlling sowohl ökonomische als auch qualitative Ziele realisieren könnte. Das Qualitätscontrolling steht in der vorhandenen Literatur klar im Zentrum pflegemanageriellen Controllings. Kosten- und Erlösrechnungen, wie beispielsweise

die KLEE-Rechnung, werden im Kontext des Pflegecontrollings kaum genannt und scheinen dem oberen Krankenhausmanagement und zu Teilen den Leitungen des ärztlichen Dienstes vorbehalten.

Es lässt sich also festhalten, dass das Pflegecontrolling aktuell eher Instrumente nutzt, um Prozesse in der Pflege zu optimieren, also operativ arbeitet (vgl. Bücken 2005, S. 26f).

Dieser Ansatz des Controllings folgt dem vorgestellten Systemansatz und „dem St. Galler Ansatz“ (Bücken 2005, S. 29), welcher eine systemische Betrachtung von Organisationen vorsieht.

Diese kurze Übersicht bezieht sich auf das Pflegecontrolling in deutschen Krankenhäusern in Zeiten der DRG-systemischen Vergütung der stationären Behandlung inklusive der Pflegekosten. Im folgenden soll dargestellt werden, welche Veränderungen die Auslagerungen der Pflegekosten aus den DRGs ab 2020 für das Pflegecontrolling bewirken könnten.

4.3.2. Das pflegerische Controlling in Krankenhäusern ab 2020

Das nun aktuelle, neue System mit einer aus den DRGs fast exkludierten Abrechnung der Pflege soll in Zukunft eine vollständige Refinanzierung der Pflegekosten für die Krankenhäuser gewährleisten. Dies könnte in den kommenden Jahren das Verständnis von Pflegecontrolling in deutschen Krankenhäusern massiv prägen.

Die oben beschriebenen Verhandlungen um den krankenhauseigenen Multiplikator könnten nun zur Aufgabe des Pflegemanagements werden und somit auch große Bedeutung für das pflegerische Controlling bekommen. Die Darstellung der fallbezogenen Pflegekosten, welche die Grundlage für diesen Multiplikator, welcher den Kern der Verhandlungen ausmachen wird, fällt am ehesten in den Bereich des pflegerischen Managements. Wie dies konkret durchgeführt werden könnte, soll im Verlauf dargestellt werden.

Dies könnte dem Pflegecontrolling eine strategische Perspektive hinzufügen bzw. dieser einen größeren Stellenwert verschaffen.

Diese Perspektive wird insofern verschärft, als dass beispielsweise Leber/Vogt die Prognose abgeben, dass das „Selbstkostendeckungsprinzip“ (Simon 2019, S. 7), nach welchem die Pflegekosten nun finanziert werden soll, nicht lange gültig bleiben wird (vgl. Leber/Vogt 2020, S. 140f).

Die steigenden Kosten, mit denen nun zu rechnen sein wird, allein „weil die Krankenhäuser in das Pflegebudget umbuchen“ (Leber/Vogt 2020, S. 131), werden bald eine Anpassung beispielsweise eine Kostenbegrenzung notwendig machen. In einem solchen Szenario wäre das Pflegecontrolling sehr gefordert und hätte eine große Verantwortung.

Des Weiteren wirft diese Änderung an der Pflegefinanzierung der Krankenhäuser die Frage auf, welche Tätigkeiten die Pflegenden konkret durchführen. „Was genau ist Pflege am

Bett?“ (Heske 2019, S. 19) ist eine Frage, die entsprechend geklärt werden muss. Auch hier könnte pflegerisches Controlling einen Beitrag leisten, beispielsweise mit Pflegevisiten oder Clinical Pathways aufzuzeigen, was alles im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes geleistet wird und welchen Anteil die Pflegenden daran haben. Inwiefern diese Änderungen nun das Pflegemanagement beeinflussen, ob das Pflegecontrolling nun eine strategischere Komponente bekommt, oder ob diese Entwicklungen ganz andere Auswirkungen haben werden, ist ungewiss. Die Veränderung der Finanzierung selbst wird sich entwickeln, um zukunftstauglich sein zu können. In welche Richtung diese Entwicklung geht, ist schwer zu prognostizieren (vgl. Leber/Vogt 2020, S. 142f).

4.3.3. Tätigkeiten der modernen Krankenpflege

An dieser Stelle möchte ich einen Exkurs zum Thema Tätigkeiten in der Pflege einbringen, da diese Diskussion für die Bedeutung der Ergebnisse meiner Analyse relevant ist. Eine Studie eines Krankenhauses mit 440 Bettplätzen ergab, dass die dortigen Pflegekräfte deutlich mehr Zeit für organisatorische Arbeiten (beispielsweise Übergaben zum Schichtwechsel und Pflegedokumentation) als für pflegerische Tätigkeiten (z.B. Grundpflege, orale Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr und Versorgung bei Inkontinenz und Aktivierung und Positionierung der Patient/innen) und ärztlich delegierte Tätigkeiten (unter anderem Medikamente vorbereiten und verabreichen) aufgewendet haben (vgl. Nerlich/Klewer 2019). Die folgenden Abbildungen zeigen die einzelnen Ergebnisse dieser Studie:

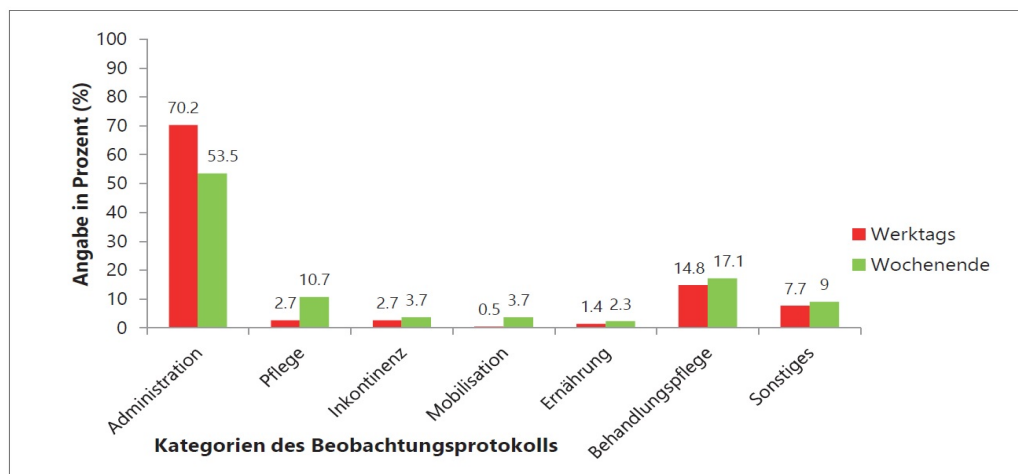


Abb. 10: Zeitaufwand für Tätigkeiten in der Pflege im Frühdienst (Nerlich/Klewer 2019, S. 434)

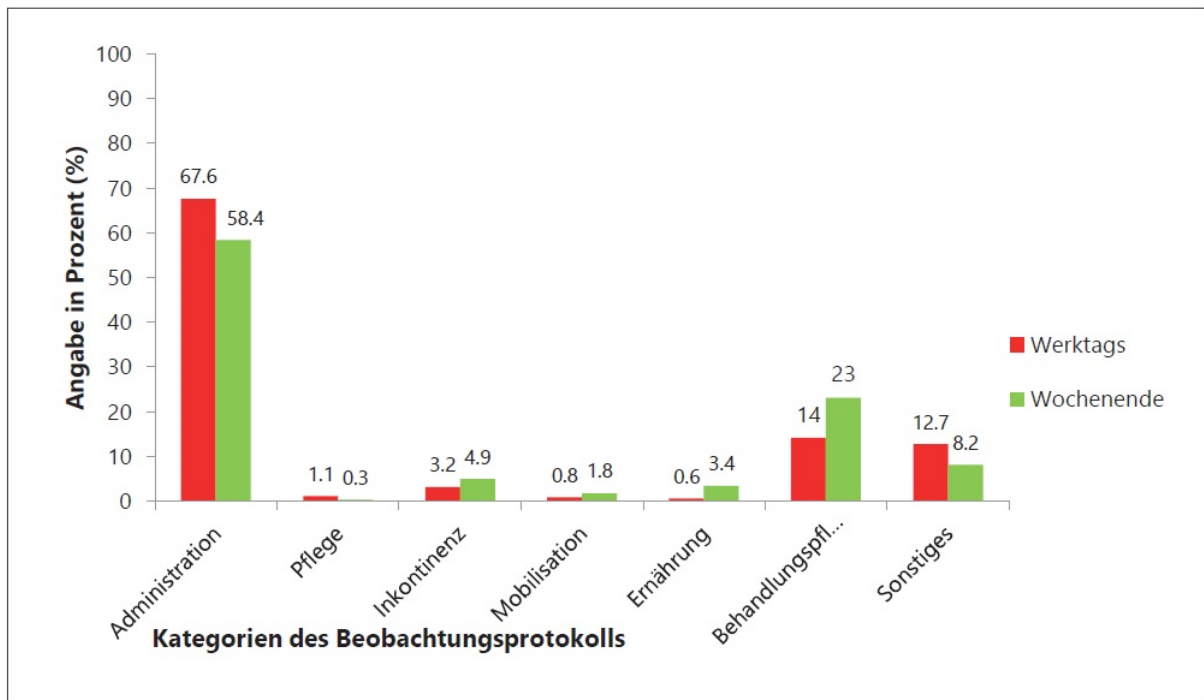


Abb. 11: Zeitaufwand für Tätigkeiten in der Pflege im Spätdienst (Nerlich/Klewer 2019, S. 435)

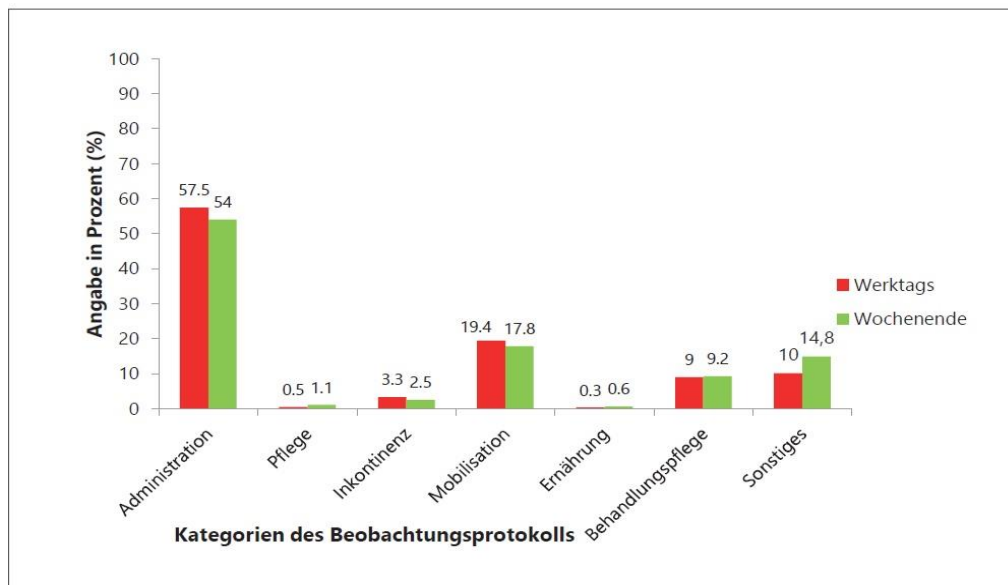


Abb. 12: Zeitaufwand für Tätigkeiten in der Pflege im Nachtdienst (Nerlich/Klewer 2019, S. 436)

Während diese Studie anhand des Datensatzes kaum repräsentativ ist (es wurde lediglich ein Bereich der Inneren Medizin mit 39 Bettenplätzen untersucht), decken sich die Ergebnisse mit denen ähnlicher Forschungen, der Trend zu größerem Zeitaufwand für organisatorische Tätigkeiten wird auch in anderer Literatur beschrieben (vgl. Nerlich/Klewer 2019, S. 433f).

Der Untersucher stellte dabei zudem fest, dass die Qualität der Tätigkeiten in den Bereichen Mobilisation und Ernährung teilweise Mängel aufwies, speziell wurde die Kontinuität der Positionierung von Patient/innen und das zu schnelle Anreichen von Nahrung kritisiert (vgl. Nerlich/Klewer 2019, S. 434).

Eine weitere Studie aus dem Jahr 2015 beschäftigte sich mit der Frage, wie Pflegekräfte und Mediziner/innen ihre Tätigkeiten reorganisieren können. Diese Befragung unter Experten des Gesundheitswesens ergab, dass diese deutlich für eine Übernahme der „medizinisch-pflegerischen Routineversorgung“ (Dreier et al 2015, S. 290) plädierten. Es sollen also ärztlich delegierte Tätigkeiten, wie beispielsweise die Verabreichung bestimmter Medikamente, Entlassmanagement, oder diagnostische Untersuchungen, fest in das Tätigkeitsportfolio Pflegender aufgenommen werden.

Abschließend lässt sich also feststellen, dass die Frage, was Pflege im Krankenhaus tut oder tun sollte, in einem Entwicklungsprozess steckt. Während die Pflegekräfte auf Station einerseits mit vielen administrativen Aufgaben beschäftigt sind und wenig Zeit für aktuelle pflegerische Tätigkeiten haben, wird auf der anderen Seite gefordert, ihnen zusätzliche, aktuell noch medizinische Tätigkeiten zum Aufgabenportfolio hinzuzufügen. Dies birgt einen Konflikt, denn so sinnvoll die Emanzipierung des Pflegeberufes mit Erweiterung des Tätigkeitsfeldes und größerer Akademisierung in der Theorie auch sein mag, so komplex wäre die Umsetzung dieser neuen Aufgabenverteilung. Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Probleme der Krankenpflege, wie chronischer Personalmangel und der bisherigen Problematik der Refinanzierung der Pflegekosten, wird das pflegerische Management in Zukunft möglicherweise vor der Aufgabe stehen, diese unterschiedlichen Anforderungen in pflegerischen Versorgungskonzepten in Einklang zu bringen. Dies könnte auch beinhalten, attraktive Arbeitsplätze für die beschriebenen, hochqualifizierten und akademisierten Pflegekräfte zu schaffen und diese in Verhandlungen mit den Kostenträgern zu refinanzieren.

4.4. Stand des pflegerischen Controllings in Pflegeunternehmen

4.4.1. Ambulante Pflege

Zunächst ist festzuhalten, dass in ambulanten Pflegediensten sämtliche Tätigkeiten von Pflegekräften durchgeführt werden, ein entsprechendes Controlling wird von der Leitung des Pflegedienstes, durchgeführt. Es findet in einem Pflegedienst also Pflegecontrolling statt. Auch in der Literatur zum Controlling in ambulanten Pflegediensten werden wieder die beiden bekannten Zwecke des Controllings erwähnt: finanzieller Erfolg und Qualitätsziele, ebenso fallen die Begriffe des operativen und strategischen Controllings.

Zusätzlich wird jedoch auch der Fokus auf Personalcontrolling gelegt, beispielsweise ist

Ausfallmanagement, oder der Qualifikations-Mix der Mitarbeitenden ein Thema.

Wenn es um den finanziellen Erfolg eines ambulanten Pflegedienstes geht, werden in der Literatur vor allem leistungsorientierte Kostenrechnungssysteme diskutiert (vgl. Bruns 2004, S. 363ff, Fauth 2008, S. 49ff). Da in der ambulanten Pflege jede Leistung einzeln abgerechnet wird, bzw. sogenannte „Leistungspakete“ (Fauth 2008, S. 49) erlösrelevant sind, sollten die entsprechenden Kostenrechnungen darauf basieren. Fauth empfiehlt hier, den Deckungsbeitrag für jedes Leistungspaket auf Basis der Vollkosten zu berechnen und so die Wirtschaftlichkeit des Dienstleistungsportfolios zu steuern (vgl. Fauth 2008, S. 50f). Bruns spricht davon, anhand der Gesamtkosten und der Arbeitszeit aller Mitarbeiter die Kosten pro Minute zu berechnen und so anhand der Tourenplanung die Kosten und Erlöse jeder Tour zu erfassen und dementsprechend zu steuern (vgl. Bruns 2004, S. 361ff)

Zum Thema Prozesssteuerung werden beispielsweise die Pflegevisite (vgl. Schlürmann 2018, S. 15) oder die Erfassung der „Kundenzufriedenheit“ (Schlürmann 2018, S. 17) als Controllinginstrumente erwähnt. Das Personalcontrolling gestaltet sich entsprechend anhand von Kennzahlen bezüglich der „Ausfall-Quote“ (Fauth 2008, S. 76), der „Fachkraft-Quote“ (Fauth 2008, S. 76ff) und anderer Kennzahlen (vgl. Fauth 2008, S. 78ff). Die Empfehlung, die Kosten pro Arbeitsminute (vgl. Bruns 2004, S. 361ff) zu berechnen beinhaltet ebenfalls bereits den Ansatz eines Personalkostencontrollings. Neben der Erfassung der Pflegepersonalkosten kann auch die Zufriedenheit der Pflegenden im ambulanten Pflegedienst relevant sein (vgl. Schlürmann 2018, S. 17). Die jüngste Literatur zum Thema Controlling in ambulanten Pflegediensten legt den Fokus sehr auf ein kennzahlenbasiertes Management (vgl. Schlürmann 2018, S. 9ff). Zwei Controllinginstrumente, welche die drei genannten Zwecke eines Controllingsystems zusammenbringen, sind die Balanced Scorecard und das EFQM-Modell (vgl. Schlürmann 2018, S. 29ff).

Die Balanced Scorecard ist ein Controlling-Instrument, welches vier Aspekte des Benchmarkings in Unternehmen in einen Kontext setzt und somit erlaubt Strategien und Maßnahmen in ihrer Wirkung zu überprüfen (vgl. Dinter 2004, S. 354f, vgl. auch Schlürmann 2018, S. 32ff, vgl. auch Schulze 2014, S. 52ff). Diese vier Aspekte sind „Finanzen“, „Kundenorientierung“, „Prozesse der internen Leistungserstellung“ und „strategische Innovation“ (Dinter 2004, S. 354; vgl. auch Schlürmann 2018, S. 32f).

Ähnlich funktioniert das EFQM-Modell. Dieses ist ursprünglich ein Qualitätsmanagementsystem welches die Faktoren „Menschen, Prozesse, Ergebnisse“ (Schlürmann 2018, S. 38) berücksichtigt. Genau wie bei der Balanced Scorecard werden hier sowohl die Bedürfnisse der Stakeholder als auch die monetäre Situation erfasst, und entsprechende Entscheidungen können getroffen werden (vgl. Schlürmann 2018, S. 38f).

Letztlich lässt sich feststellen, dass das Pflegecontrolling in einem ambulanten Pflegedienst

sich deutlich vom Pflegecontrolling im Krankenhaus unterscheidet. Der Fokus liegt mehr auf Kostenrechnungen und der finanziellen Situation als auf Qualitätssicherung und Prozesssteuerung, wobei auch diese Aspekte in der ambulanten Pflege vorhanden sind. Ebenso ist das Personalcontrolling ein Aspekt, welcher innerklinisch im Zusammenhang mit Pflegemanagement, bzw. Pflegecontrolling eher eine untergeordnete Rolle spielt, in den ambulanten Diensten wichtig, primär das Personalkostencontrolling.

4.4.2. Stationäre Pflege

In der stationären Altenpflege funktioniert die Abrechnung anders. Hier erhalten die Unternehmen für jeden Bewohner eine bestimmte Summe, abhängig von der Pflegestufe. Ein weiterer großer Unterschied zu ambulanten Diensten ist, dass die Preise nicht festgelegt sind. Zwar sind die Erlöse der Pflegeversicherungen durch die Pflegestufen vorgegeben, jeder Bewohner zahlt jedoch noch einen Eigenanteil, welchen das Unternehmen festlegt. Auch in der stationären Altenhilfe gibt es Kennzahlen, jedoch andere als in der ambulanten Pflege. Da nicht leistungsorientiert abgerechnet wird, müssen die Kosten anders berechnet werden. Maier/Maier sprechen in diesem Kontext davon, eine Deckungsbeitragsrechnung bezogen auf die Pflegestufen durchzuführen. Die einzelnen Kosten werden pro Bereich gemessen und als sog. „Kostenstellen“ (Maier/Maier 2017, S. 128) deklariert. Zu einer Kostenstelle, also einem Bereich, gehören immer Bewohner, welche die Erlöse generieren, welche von der Pflegestufe abhängig sind. Aus diesen Daten werden die besagten Kennzahlen gefolgert.

Auch in der stationären Altenhilfe gibt es die Balanced Scorecard zur Darstellung der Stakeholder-Perspektive, der finanziellen Situation, des Ablaufgeschehens und der Potenziale des Unternehmens (vgl. Bienert/Brase 2014, S. 203). Entsprechend werden auch hier Kennzahlen zur Überprüfung des Unternehmenserfolgs und zur Maßnahmenplanung genutzt.

Zusätzlich zu den genannten Controllinginstrumenten werden in der Literatur zum Controlling in der stationären Altenpflege auch die „ABC-Analyse“ (Bienert/Brase 2014, S. 215f) und die „SWOT-Analyse“ (Bienert/Brase 2014, S. 228f) sowie die daran angrenzende „Portfolioanalyse“ (Bienert/Brase 2014, S. 230f) genannt. Diese Controllinginstrumente dienen dazu, lukrative Kunden (ABC-Analyse) zu identifizieren und auf dieser Basis, unter Einbezug der Umwelt bzw. „Makroumwelt“ (Bienert/Brase 2014, S. 223), eine Einschätzung einzelner Leistungen mit ihren Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken (SWOT-Analyse) zu erstellen und das Leistungssortiment des Unternehmens entsprechend anzupassen (Portfolioanalyse) (vgl. Bienert/Brase 2014, S. 213ff).

Abschließend lässt sich sagen, dass trotz der anderen Gegebenheiten in der stationären Altenpflege die vorhandenen Controllingroutinen denen der ambulanten Pflege sehr ähnlich sind.

5. Vorstellung und Analyse von fünf Controllinginstrumenten im pflegerischen Kontext

Die hier dargestellten Controllinginstrumente sind eine Auswahl möglicher Instrumente, welche im innerklinischen Pflegemanagement eingesetzt werden könnten. Diese Auflistung basiert auf den Recherchen in Kapitel 4 und ist keinesfalls vollständig oder soll bedeuten, dass andere Controllinginstrumente für das Krankenpflegemanagement grundsätzlich unbrauchbar wären, jedoch sind diese fünf Instrumente im Rahmen der Recherche wiederholt vorgekommen und sollen deshalb exemplarisch dargestellt und analysiert werden.

5.1. Die Pflegevisite

5.1.1. Was ist eine Pflegevisite?

Im Rahmen einer Pflegevisite wird der Pflegeprozess betrachtet. Es ist also primär ein operatives Controllinginstrument, da es einen Kernprozess steuern kann.

Die folgende Abbildung stellt die Pflegevisite nach Bücken schematisch dar:

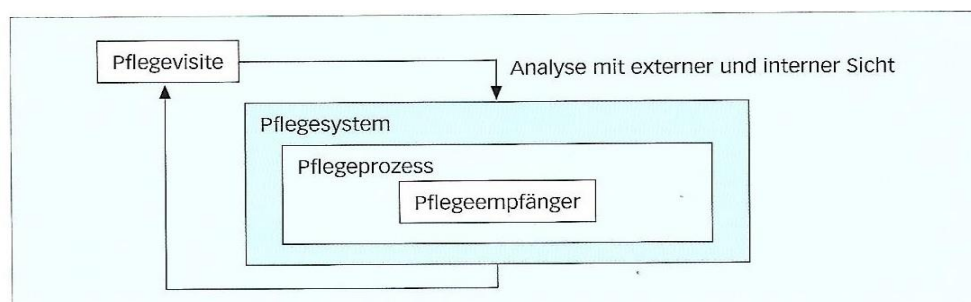


Abb. 13: Das Konzept Pflegevisite (von Bücken 2005, S. 62)

Im Zentrum der Pflegevisite im Krankenhaus stehen also die Patient/innen. Die Pflegevisite wird von einer nicht direkt am Pflegeprozess beteiligten Person zusammen mit den Pflegenden und dem Pflegeempfänger durchgeführt (vgl. Bücken 2005, S. 62f). Sie sollte in festgelegten Zeitabständen stattfinden, die geplante Pflege mit dem Empfänger besprechen und bestimmte, vorher festgelegte Parameter abfragen (vgl. Bücken 2005, S. 63). Beispiele für diese Parameter könnten sein: Zufriedenheit des Patienten, Vorhandensein von Wunden, Vollständigkeit der Dokumentation, etc. Das Erfüllen bzw. Nicht-Erfüllen der Parameter wird mit Punkten gewertet, der Endpunktstand bewertet dann die Qualität der Pflege bzw. des Pflegeprozesses anhand der festgelegten Kriterien, bzw. Parameter (vgl. Bücken 2005, S. 64).

Die Pflegevisite kann so der Qualitätsdimension der Patientenversorgung dienen, sie hat aber noch weitere Dimensionen. Eine Pflegevisite kann „systembezogen“ (Bücken 2005, S. 63) sein, also das System der Pflege betrachten, den Pflegeaufwand beschreiben und so

dem Personalmanagement Informationen liefern. Des Weiteren kann sie „personalbezogen“ (Bücker 2005, S: 63) genutzt werden, wobei die Ergebnisse der Visite mit den Pflegenden besprochen werden und eine Reflektion des eigenen pflegerischen Handelns stattfindet. Gleichzeitig kann der externe Mitarbeitende, welcher die Pflegevisite durchführt, die „fachliche[n] Kompetenz der Pflegekraft“ (Bücker 2005, S. 63) beurteilen. Die letzte Dimension der Pflegevisite ist die „patientenbezogen[e]“ (Bücker 2005, S. 63), bei welcher die Patient/innen am Pflegeprozess beteiligt werden und ihre Autonomie gewahrt bleibt.

5.1.2. Wie kann die Pflegevisite im innerklinischen, pflegemanageriellen Kontext eingesetzt werden?

In diesem Fall ist das Einsatzgebiet offensichtlich, da die Pflegevisite bereits ein spezialisiertes Controllinginstrument für die Pflege darstellt. Lohnenswert wäre eine Pflegevisite am ehesten bei Patienten, die längerfristig in Krankenhaus liegen. Patienten, welche nur ein paar Tage im Krankenhaus sind, sind wohl eher ungeeignet für eine Pflegevisite, ebenso wie Patienten, die kaum pflegeaufwändig sind. Es sollte also bei Einführung von regelmäßigen Pflegevisiten darauf geachtet werden, welche Patienten nach wie vielen Liegetagen wie oft visitiert werden sollen. Zudem muss im Vorfeld festgelegt werden, welchen Zweck die Pflegevisite erfüllen soll, ob beispielsweise die Qualität der Pflege, der pflegerische Aufwand, die Fachkenntnis der Pflegekraft/Pflegekräfte etc. im Fokus der Visite steht und wie dementsprechend der Informationsfluss zu gestalten ist.

5.1.3. Was könnte eine Pflegevisite für das Pflegemanagement und die Pflege bedeuten?

Hier soll nun, aufgrund der bisher dargestellten Informationen zu den Themen: Krankenhausfinanzierung und Pflegekostenrefinanzierung im Krankenhaus, ökonomische Situation in der stationären Krankenpflege, Controlling allgemein und im Krankenhaus, sowie vergleichend mit den Ausführungen zum Thema Controlling in der Altenpflege, analysiert werden, welchen Nutzen und welche Gefahren das Controllinginstrument Pflegevisite mit sich bringen könnte.

Die drei zentralen Dimensionen des Controllings in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, welche im Vorfeld erarbeitet wurden, sollen hier als Grundlage der Analyse gelten:

1. Das finanzielle Controlling in Form von Kosten- und Erlösrechnungen,
2. Die qualitative Perspektive des Controllings in Gestalt der Kernprozesssteuerung in der stationären Krankenpflege und
3. das personelle Controlling, beispielsweise mit den Personalkosten oder dem

Qualifikations-Mix.

Bei der Pflegevisite soll nun mit der qualitativen Perspektive des Controllings begonnen werden. Nach den Ausführungen vom Bückner ist ein zentraler Punkt einer Pflegevisite die Überprüfung des Pflegeprozesses. Eine Pflegevisite kann die Einhaltung gewisser Standards prüfen, die Vollständigkeit der Dokumentation, das Auftreten pflegerisch verschuldeter Komplikationen, beispielsweise kann mithilfe einer pflegerischen Visite bei einem Patienten mit einer nosokomialen (also im Krankenhaus erworbenen) Pneumonie (Lungenentzündung) überprüft werden, ob die standardisierten Maßnahmen zur Pneumonieprophylaxe durchgeführt wurden. Auf diese Weise könnte die Qualität der durchgeführten Pflege evaluiert werden und Kennzahlen – nach dem Vorbild des Pflegecontrollings in ambulanten Diensten und Einrichtungen der stationären Altenpflege - entwickelt werden, welche als eigene Zielsetzung pflegerischer Qualität etabliert werden könnten. Abweichungen von diesen Zielen könnten zur Aufdeckung struktureller Probleme beim Pflegeprozess dienen, beispielsweise ob das Pflegesystem evaluiert oder verändert werden sollte.

Nahtlos daran anknüpfend schließt das Personalcontrolling an diese Überlegungen an. Nicht erfüllte Kennzahlen könnten in Personalmangel oder einem ungünstigen Qualifikations-Mix des Personals begründet sein. Beispielsweise könnte es eine Abteilung geben, in dem das Pflegeteam mehrheitlich aus Krankenpflegehelfer/innen bzw. Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/innen besteht, während in diesem Bereich viele Patient/innen mit Tracheostoma (Luftröhrenschnitt) liegen und für deren Pflege die entsprechenden Pflegekräfte nicht ausreichend ausgebildet oder geschult sind. So könnte ein Evaluationssystem mit regelmäßigen Pflegevisiten dazu beitragen, Probleme bei der Personalstruktur zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Dazu wäre es jedoch wichtig, im Rahmen der Pflegevisite auch darauf zu achten, welche Pflegekräfte mit welcher Erfahrung und Qualifikation die Patient/innen wann versorgt haben. Hier wird noch einmal deutlich, dass es wichtig ist, den Zweck eines Controllinginstrumentes vor seiner Einführung präzise festzulegen und entsprechend anzupassen.

Ein weiterer Aspekt des Personalcontrollings im Kontext der Pflegevisite ist die Möglichkeit, über die Einschätzung der Kompetenz einzelner Pflegekräfte innerhalb der Visite eine leistungsorientierte Personalbeurteilung durchzuführen. Dies könnte Einfluss haben auf Entscheidungen der Personalentwicklung oder die Vergütung, Bonuszahlungen, etc. Dies könnte einerseits die Motivation erhöhen (vgl. Mielchen 2004), jedoch auch zu Problemen führen. Wenn eine Beurteilung durch regelmäßige Pflegevisiten stattfindet, stehen die Pflegekräfte ständig unter Druck, die Kriterien der Pflegevisite zu erfüllen. Dies könnte insofern problematisch sein, als dass andere Aspekte, welche in der Pflegevisite möglicherweise nicht abgefragt werden, vernachlässigt werden, was wiederum der Qualität des Pflegeprozesses abträglich sein könnte. Dies könnte zudem frustrierend auf die Pflegekräfte wirken, wenn gewisse Aspekte ihrer Arbeit weniger geschätzt werden, da sie für

die Pflegevisite keine Bedeutung haben.

Ein Beispiel hierfür wäre ein guter zwischenmenschlicher Kontakt und Gespräche mit dem Pflegeempfänger, was im Rahmen der Pflegevisite jedoch kaum überprüft und objektiviert werden kann. Eine Pflegekraft, welche großen Wert auf diesen Aspekt der Pflege legt, könnte die Pflegevisiten und ihre Kriterien als unzutreffend und eine auf der Visite basierende Beurteilung als ungerecht empfinden, was Frust erzeugt und möglicherweise das Arbeitsklima schädigt. Zudem könnte ständiger Leistungsdruck bzw. das Gefühl ständiger Überwachung des eigenen Handelns ebenfalls das Arbeitsklima negativ beeinflussen. Wenn also eine Pflegevisite dazu genutzt wird, um die Qualität des Pflegeprozesses zu steuern oder um personelle Beurteilungen und Entscheidungen zu treffen, ist es wichtig, die Kriterien und die generelle praktische Umsetzung der Pflegevisiten in Zusammenarbeit mit den Pflegenden zu planen und zu evaluieren sowie einen direkten Kontakt zum Pflegeteam zu haben, um Veränderungen im Arbeitsklima erkennen zu können. Dies erfordert jedoch zusätzliches Engagement von den Pflegenden, welches in Zeiten des Pflegenotstandes nicht als gegeben vorauszusetzen ist.

Zum Abschluss soll die Perspektive des finanziellen Controllings im Rahmen der Pflegevisite betrachtet werden. Nach Bücken kann die Pflegevisite auch den Arbeitsaufwand der Pflege bei der Versorgung einzelner Patient/innen erfassen, was letztlich auch einen Schluss auf den gesamten Arbeitsaufwand der Pflege in einem Bereich zulässt. So könnte eine Pflegevisite auch dazu beitragen, beispielsweise die speziellen Pflegekosten bestimmter Patientengruppen bzw. Fallgruppen zu bemessen, welche dann im Verlauf mit den entsprechenden Erlösen in Zusammenhang gebracht werden, welche durch die „Spaltenlösung“ (Leber/Vogt 2020, S.133) festgelegt werden. Dieser Gedanke wird bei im Kontext der Deckungsbeitragsrechnung noch weiter ausgeführt.

Die Pflegevisite hat also letztlich Auswirkungen auf alle drei Controllingperspektiven, welche hier betrachtet werden. Während ihr Einsatz durchaus Vorteile haben kann, muss vor Einführung von standardisierten Pflegevisiten in Absprache mit dem betreffenden Pflegeteam festgelegt werden, welche Parameter visitiert werden und welchen Zweck die Pflegevisite verfolgen soll, um das Arbeitsklima nicht negativ zu verändern. Zudem sollte bei der Einführung eines solchen Systems beachtet werden, dass hier vor allem in der Planungsphase, zusätzliche Arbeit für das Pflegeteam anfällt.

5.2. Die Clinical Pathways aus pflegerischer Sicht

5.2.1. Was sind Clinical Pathways?

Die Clinical Pathways sind ein bereits für den Krankenhausgebrauch spezialisiertes Controllinginstrument. Sie stellen den gesamten Versorgungsprozess, beginnend mit der stationären Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus und endend mit seiner Entlassung, dar (vgl. Schulze 2014, S. 80f). Dabei können „[...] die erbrachten Leistungen und aufgewendeten Ressourcen während des Behandlungsablaufs transparent [...]“ (Schulze 2014, S. 80) erfasst werden.

Dabei soll aber kein absolutes Standardvorgehen für Patienten bestimmter Fallgruppen über die Clinical Pathways festgeschrieben werden (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 221), sondern eher über den Vergleich verschiedener Verläufe die optimalen „Behandlungspfade“ (Schulze 2014, S. 79) ermittelt werden. Anhand dieser optimierten Pathways können Benchmarks für die Behandlung festgelegt werden, und aktuelle, stationäre Fälle können damit verglichen werden (vgl. Schulze 2014, S. 81f), dies wird als „Pfadcontrolling“ (Schulze 2014, S. 81) bezeichnet. Ein großer Wettbewerbsfaktor in Zeiten des DRG-Systems für Krankenhäuser ist die Steuerung der Kernprozesse im Bezug auf Kostencontrolling und Qualitätscontrolling, was auch als ein Grund zur Entwicklung und Implementierung von Clinical Pathways bezeichnet werden kann (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 221ff, vgl. Schulze 2014, S. 80). Entsprechend kann abgeleitet werden, dass diese beiden Controllingdimensionen zentral für die Clinical Pathways sind.

Zu beachten ist, dass Clinical Pathways immer berufsgruppenübergreifend erstellt werden müssen (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 225), sowohl der ärztliche Anteil an der Behandlung als auch die pflegerische Perspektive auf die Versorgung spielen hierbei eine Rolle.

Ein Behandlungspfad nach Zapp/Oswald soll unter Hinzuziehen vorhandener Daten aus der jeweiligen Klinik erfolgen. Diesen Daten soll entnommen werden, wie der Altersschnitt, typische Nebendiagnosen, zu erwartende pflegerische Aufwand etc. einer bestimmten Fallgruppe, über deren Behandlung ein optimaler Behandlungspfad erstellt werden soll, ist. Im Anschluss soll mit diesem gedachten durchschnittlichen Patienten anhand der Klinikdaten ein typischer Verlauf simuliert werden.

Tag 1 ist die stationäre Aufnahme mit den Untersuchungen A, B und C, der Zuweisung eines Bettplatzes und so weiter; Tag 2 ist die Hauptuntersuchung/Operation/Beginn einer bestimmten Therapie/etc. und so weiter bis beispielsweise Tag 9, welcher in der Regel der Entlassungstag ist (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 225). Dann sollen die an diesem Behandlungspfad beteiligten Berufsgruppen ermittelt werden und die innerhalb dieses Behandlungspfades erbrachten Leistungen diesen zugeordnet werden. Nun steht ein allgemeiner Behandlungspfad für die Patient/innen einer bestimmten Fallgruppe fest, wer an

dieser Behandlung in welcher Form beteiligt ist und wie lange diese Behandlung im Schnitt dauert. Nun sollen anhand dieses Ablaufes Effizienzpotenziale erkannt und der Behandlungspfad entsprechend angepasst werden (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 225). Im letzten Schritt sollen die entsprechenden Kosten, welche durch die erbrachten Leistungen der einzelnen Berufsgruppen entstanden sind, dem Behandlungspfad zugerechnet werden. Nun ist der Clinical Pathway komplettiert und kann anhand der Daten neuer Fälle im Krankenhaus abgeglichen werden (vgl. Zapp/Oswald 2009, S: 225).

Es wird deutlich, dass bei der Erstellung von Clinical Pathways ein enormer Aufwand für das Management entsteht, daher empfehlen Zapp/Oswald nicht jede im Krankenhaus vorkommende Fallgruppe so dezidiert aufzuarbeiten, sondern lediglich die häufig vorkommenden (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 226).

Clinical Pathways bieten weiterhin die Möglichkeit, Kennzahlen festzulegen, welche bei der realen Behandlung echter Patienten zum Einsatz kommen, um Kosten zu senken, die Kommunikationswege zwischen Abteilungen und Berufsgruppen zu verbessern und auch die Verweildauern zu senken. Der Einwand, dass die Clinical Pathways Pflegende, Ärzt/innen, etc. massiv in ihrer Entscheidungsfreiheit bei der Patientenversorgung begrenzen, steht zwar im Raum, soll aber nicht Sinn und Zweck dieses Controllinginstrumentes sein (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 226f).

5.2.2. Welche Rolle spielt das Pflegemanagement bei der Implementierung von Clinical Pathways?

Das Pflegemanagement im Krankenhaus ist unvermeidlich an der Implementierung von Clinical Pathways beteiligt. Einige der oben beschriebenen Schritte bei der Erstellung von Behandlungspfaden müssen von Pflegefachkräften vorgenommen werden, welche ihre Expertise bei der Einschätzung des Pflegeaufwandes bestimmter Fallgruppen und dem Ermessen der generellen pflegerischen Tätigkeiten an diesen einbringen können. Es werden in diesem Kontext also sowohl das Pflegemanagement als auch die Pflegenden selbst gefordert, was einen hohen Aufwand bedeuten könnte.

Zudem bilden die Clinical Pathways eine Schnittstelle zu anderen Berufsgruppen, wenn es um Koordinierung von Prozessen bei der Patientenversorgung geht. Dies bietet auch die Möglichkeit für das Pflegemanagement, auf Augenhöhe mit dem Medizincontrolling etc. zu arbeiten, Entscheidungen zu treffen und zu kommunizieren.

Clinical Pathways sind also ein erster Schritt der Vernetzung eines möglichen pflegerischen Controllings mit dem bereits vorhandenen Medizincontrolling, vor allem im Sinne eines finanziell fokussierten Controllingansatzes.

5.2.3. Was können die Clinical Pathways für die Pflege bedeuten?

Speziell für die Pflege können die Clinical Pathways wieder auf mehreren Ebenen analysiert werden.

Ich beginne mit der Qualitätsdimension des Pflegecontrollings. Die Steuerung der Kernprozesse durch die Clinical Pathways beinhaltet eine Synchronisierung pflegerischer Tätigkeiten mit denen anderer Berufsgruppen im Krankenhaus. Dies bietet sowohl Vorteile für die Pflegenden als auch für die Patient/innen und andere Berufsgruppen. Zu erkennen, an welchem Tag welche Berufsgruppe welche Tätigkeit durchführt und diese als Prozess zu beschreiben kann, beispielsweise Überschneidungen verhindern. Denkbar ist eine Situation, in denen gerade eine pflegerische Tätigkeit wie beispielsweise Verbandswechsel, Grundpflege, Mobilisation, etc. durchgeführt wird und das Ärzteteam währenddessen die tägliche Visite durchführen möchte. Diese Überschneidung verringert die Ergebnisqualität beider Prozesse, eine Koordinierung via Clinical Pathways beispielsweise könnte dies verhindern. Zudem kann eine Optimierung der Behandlungswege Zeit sparen, unnötige Wartezeiten verhindern und somit Verweildauern verkürzen, was bei bestimmten, tendenziell pflegeaufwändigen Fallgruppen das Pflegepersonal entlasten könnte. Nicht außer Acht gelassen werden sollte jedoch der oben genannte Einwand, dass möglicherweise Clinical Pathways dazu führen, dass bestimmte Fallgruppen nach einem festen Schema behandelt werden, keine individuelle Abweichung geduldet wird, um bestimmte Kennzahlen zu erreichen. Dies könnte negative Auswirkungen für die Patient/innen haben und wertet zudem die Professionalität der Pflege ab, wenn diese keine patientenbezogenen Entscheidungen mehr treffen können. Beispiele hierfür wären die Verlängerung der Verweildauer in Absprache mit dem ärztlichen Dienst bei einem Patienten, dessen pflegerische Versorgung zuhause nicht ausreichend gewährleistet ist, oder eine verspätete Erstmobilisation einer Patient/in aufgrund von überdurchschnittlich starken Schmerzen. Wenn die Erreichung eines Benchmarks solche Einzelentscheidungen verbietet, könnten Clinical Pathways sowohl die Qualität der Kernprozesse verschlechtern als auch zu Frust bei Pflegenden führen. Dieser Überlegung möchte ich die Dimension des Personalcontrollings anschließen. Hier stellen die Clinical Pathways vor allem ein Mittel dar, um den tatsächlichen Pflegebedarf einer Fallgruppe darzustellen, und somit eine Grundlage für eine Personalbemessung zu bilden. Eine korrekte Berechnung des Personalschlüssels eines Bereiches unter anderem mithilfe der Clinical Pathways könnte die Arbeitsbedingungen für Pflegenden im Krankenhaus positiv beeinflussen, wenn beispielsweise deutlich wird, dass ein bestimmter Bereich im Schnitt eine bestimmte Anzahl an Patienten der Fallgruppe X innerhalb eines Quartals betreut, welche laut Clinical Pathways einen Pflegedarf von Y Minuten pro Tag haben, was aber mit dem vorhandenen Personal in diesem Bereich kaum abgedeckt werden kann. Ich möchte jedoch anmerken, dass die Clinical Pathways kein alleiniges Mittel sind, um eine

bedarfsgerechte Personalplanung durchzuführen. Würde man nur die Daten der Clinical Pathways als Grundlage nehmen, könnten bei der Erstellung von Personalplänen beispielsweise administrative Tätigkeiten welche, wie weiter oben beschrieben, einen großen Anteil der pflegerischen Aufgaben darstellen, nicht ausreichend gewertet werden. Dies könnte zur Folge haben, dass die nach diesen Kriterien angeblich bedarfsgerechte Personalbemessung in der Realität eine Überforderung der Pflegekräfte verursacht und die Arbeitsbedingungen negativ beeinflusst.

Abschließend soll noch die Finanzperspektive des Controllings betrachtet werden. Eine dezidierte, fallbezogene Aufstellung der Pflegekosten ermöglicht eine Deckungsbeitragsrechnung, mit allen positiven wie negativen möglichen Konsequenzen. Dies soll weiter unten noch ausgeführt werden. Des Weiteren kann aber durch den Einsatz von Clinical Pathways selbst Einfluss auf die Pflegekosten genommen werden. Auch an dieser Stelle muss genau betrachtet werden, auf welche Weise dies geschieht. Positiv kann eine Kostenersparnis durch Verkürzung der Verweildauer mithilfe der Elimination von Wartezeiten oder der besseren Koordinierung verschiedener Prozesse sein. Negativ kann aber die Streichung bestimmter Leistungen oder ein zu strenger Umgang mit Benchmarking auf die Pflege wirken, sowohl im Bezug auf die Qualität der Kernprozesse, als auch unter dem Aspekt des Personalcontrollings

Es lässt sich also festhalten, dass die Clinical Pathways Einfluss auf alle betrachteten Controllingdimensionen nehmen, und auch hier wird wieder deutlich, dass keine dieser Perspektiven zu sehr in den Fokus rücken darf, um sich nicht negativ auf die anderen auszuwirken.

5.3. Die Deckungsbeitragsrechnung im Pflegerischen Kontext

5.3.1. Was ist eine Deckungsbeitragsrechnung?

Der Deckungsbeitrag, als Begriff der Betriebswirtschaftslehre, soll in Unternehmen die Frage beantworten, zu welchem Preis ein Produkt oder eine Dienstleistung lukrativ ist. Es müssen also sowohl die Kosten einer Dienstleistung im Krankenhaus als auch die Kosten selbiger bekannt sein, um letztlich festzustellen, welche Dienstleistungen gewinn- und welche verlustbringend erbracht werden (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 116). Der Punkt, an dem eine Dienstleistung mit dem Kostenpunkt X genau denselben Erlös X einbringt, wird „Gewinnschwelle“ (Zapp/Oswald 2009, S. 117) oder auch „Break-even-point“ (Zapp/Oswald 2009, S. 117) genannt. Da sich dieses Controllinginstrument auf die Kernprozesse bezieht, ist es primär dem operativen Controlling zuzuordnen.

Die Kosten im Krankenhaus können beispielsweise mithilfe einer „Kostenstellenechnung“ (Schulze 2014, S. 46) ermittelt werden. Hierbei werden den einzelnen Bereichen des Krankenhauses Kosten zugeordnet (vgl. Schulze 2014, S. 46f). Im nächsten Schritt können diese Kosten mit den Erlösen in einen Kontext gebracht werden. Dies geschieht durch eine „Kostenträgerrechnung“ (Schulze 2014, S. 47ff), bei der die Kosten auf die einzelnen Patient/innen umgerechnet werden. Eine solche Rechnung kann im Krankenhaus wie folgt erstellt werden:

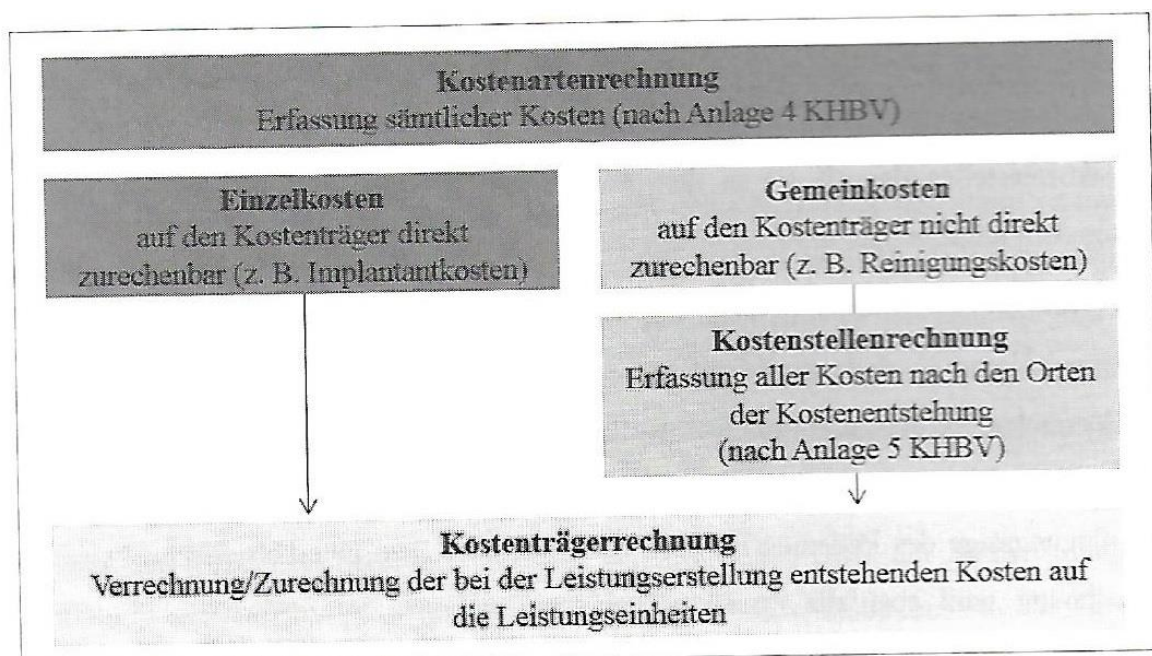


Abb. 14: Erstellung einer Kostenträgerrechnung (von Schulze 2014, S. 48)

Nachdem auf diese Weise die Kosten pro Patient näherungsweise bestimmt worden sind, können diese Kosten nun mit den festgelegten Erlösen durch die entsprechenden DRGs verglichen werden. Zu beachten ist, dass sowohl die Kosten als auch die Erlöse nicht exakt berechnet werden können, sondern letztlich für eine spätere Planung mit Durchschnittswerten gearbeitet werden muss. Beispielsweise kann das Krankenhaus für Patient/innen mit einer bestimmten DRG eine Erlösspanne von Betrag X bis Y generieren, das Kostenspektrum erstreckt sich dabei von Betrag B bis C, da die Gesamtkosten des Krankenhauses auf einen bestimmten Fall sehr komplex ist (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 122ff).

Alternativ kann auch ein Deckungsbeitrag für einzelne Bereiche errechnet werden, bei der die gemessenen Kosten einer Abteilung mit den gesamten DRG-Erlösen für diesen Bereich abgeglichen werden (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 121).

Nachdem nun die Grundlagen einer Deckungsbeitragsrechnung im Krankenhaus erläutert wurden, soll nun dargestellt werden, wie dieses Controllinginstrument im Pflegemanagement Anwendung finden könnte.

5.3.2. Wie kann eine Deckungsbeitragsrechnung im innerklinischen Pflegemanagement aussehen?

Um eine Deckungsbeitragsrechnung erstellen zu können, müssen zunächst die Kosten der Pflege bestimmt werden. Relevant für das Pflegemanagement sind hierbei vor allem die Kosten für die Pflege auf den bettenführenden Stationen, da diese Bereiche ab 2020 gesondert abgerechnet und vergütet werden. Die Kosten für Pflegepersonal in operativen, anästhesiologischen und endoskopischen Bereichen oder Herzkatheterlaboren, evtl. auch das in Notaufnahmen, werden weiterhin über die DRGs abgebildet und fallen somit traditionell in den Wirkungsbereich der Medizincontroller. Wie weiter oben beschrieben, bezieht sich also das Pflegecontrolling also eher auf die bettenführenden Stationen, da für diese ein neues Abrechnungssystem etabliert wurde.

Auch hier stellt sich die Frage, ob die Deckungsbeitragsrechnung des pflegerischen Dienstes auf die entsprechenden Abteilungen gerechnet wird oder auf den einzelnen Patienten bezogen sein soll. Um einer möglichen Diskriminierung von Bereichen, welche hauptsächlich „teure“ Patienten versorgen, also pflegeaufwändige Patienten, deren Refinanzierung schwierig sein könnte, vorzubeugen, würde ich eher eine patientenbezogene Deckungsbeitragsrechnung bevorzugen. Bei diesem Ansatz können einzelne erlösrelevante Fallgruppen und ihre entsprechenden Kosten verglichen und oben beschriebene „teure“ Patientengruppen als solche identifiziert werden.

Komplex ist nun die Zuweisung von Kosten zunächst in den Pflegekostenbereich und später auf einzelnen den Kostenträger.

Generell teilen sich die Pflegekosten in einem Bereich auf in „Sach- und Personalkosten“ (Bücker 2005, S. 64).

Sachkosten, also Material, welches bei der pflegerischen Versorgung verbraucht wird, können einfach einem Bereich anhand der Bestellungen zugeordnet werden. Die Frage, welches Material nun in den Bereich der Pflegekosten fallen soll, ist schwieriger. Material wie Schutzhosen, Wäsche oder Pflegeöle sind definitiv den Pflegekosten zuzuordnen. Viele Medikamente beispielsweise werden vom Arzt verordnet, aber von der Pflegekraft verabreicht, entsprechend sollten Medikamente als solches nicht in die Pflegekosten fallen, der Aufwand für das Verabreichen lässt sich jedoch im Rahmen der Personalkosten widerspiegeln. Hier müsste entsprechend interdisziplinär verhandelt werden, welches Material den Pflegekosten zugeordnet werden muss.

Danach muss die Frage geklärt werden, wie Sachkosten auf den einzelnen Patienten gerechnet werden können. Denkbar wäre hier, Clinical Pathways und Pflegevisiten entsprechend so zu gestalten, dass verbrauchtes Material näherungsweise erfasst wird und im Anschluss den einzelnen Patient/innen zugewiesen werden kann. Ergänzend dazu kann die Dokumentation so gestaltet werden, dass gewisse Materialien, beispielsweise Infusionsbestecke, automatisch den Patientinnen kostentechnisch zugewiesen werden, wenn dieser eine Infusion erhält. Digitale Dokumentationslösungen könnten hier vorteilhaft sein. Zudem muss die Frage geklärt werden, wie generelle Fixkosten des Krankenhauses wie zum Beispiel Wasser, Strom, oder Heizkosten im Pflegebudget abgerechnet werden müssen. Wenn eine getrennte Abrechnung erfolgt, wäre es kaum gerecht oder sinnvoll, diese Kostenarten nur über die DRGs abzurechnen, da beispielsweise bei der Grundpflege von Pflegenden Wasser verbraucht wird. Hier wäre eine Spezifizierung des Verbrauchs einzelner Bereiche und eine Aufteilung eines Teils dieser Kosten auf den einzelnen Patienten denkbar. Personalkosten sind auch problemlos den Abteilungen zuzuweisen, jedoch komplex dem einzelnen Patienten zuzurechnen. Eine Option ist, ähnlich dem System der ambulanten Pflege, die Kosten für eine Minute pflegerischer Versorgung unter Berücksichtigung des Qualifikations-Mixes zu berechnen. Im Anschluss können auch hier sowohl die Pflegevisite als auch die Clinical Pathways so ausgestaltet werden, dass die entsprechenden Zeitaufwände bei der Versorgung bestimmter Patientengruppen erfasst werden. Auf diese Weise könnten die Sach- und Personalkosten patientenbezogen berechnet werden.

Nachdem dies geschehen ist, muss für die spätere Abgleichung mit den Erlösen eine Kostenrechnung pro Tag erfolgen. Dabei sollen auf Grundlage der oben genannten Daten, die für das Pflegebudget relevanten Gesamtkosten des Patienten pro Tag berechnet werden. Auch an dieser Stelle können Clinical Pathways wertvolle Informationen liefern, um eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer zu ermitteln, mit deren Hilfe die Pflegekosten pro Tag berechnet werden können.

Wenn also diese Pflegekosten pro Tag berechnet worden sind, kann dieser mit den in der „Spaltenlösung“ (Leber/Vogt 2020, S. 133) vorgesehenen Tagespauschalen für die jeweilige Fallgruppe verglichen werden und so entsprechende Diskrepanzen ermittelt werden. In Betracht zu ziehen ist zudem der krankenhauseigene Multiplikator, mit dem die Tagespauschalen verrechnet werden und wie dieser sich auf bestimmte Fallgruppen im Rahmen der Deckungsbeitragsrechnung auswirkt.

5.3.3 Was kann eine Deckungsbeitragsrechnung im innerklinischen, pflegemanageriellen Kontext für die Pflege bedeuten?

Nachdem nun dargestellt wurde, wie eine Deckungsbeitragsrechnung für die Pflegekosten im Krankenhaus aussehen könnte, soll nun der Gestaltungsrahmen infolge der Berechnung des Deckungsbeitrages analysiert werden.

Die Analyse orientiert sich wieder am finanziellen Controlling, der Kernprozessessteuerung und dem Ansatz des Personalcontrollings.

Zunächst soll die naheliegenste Perspektive aufgegriffen werden, die Auswirkungen der Deckungsbeitragsrechnung auf das Finanzcontrolling. Durch die Offenlegung und den Abgleich von Pflegekosten und Pflegeerlösen im Kontext der Spaltenlösung können wirtschaftlich ungünstige Fallgruppen identifiziert werden, sowie die Wirtschaftlichkeit des gesamten pflegerischen Dienstes, in diesem Modell vor allem auf den bettenführenden Bereichen, beurteilt werden. Dies macht einerseits gezielte Verhandlungen mit den Kostenträgern möglich, um den krankenhauseigenen Multiplikator so verhandeln zu können, dass die Pflegekosten insgesamt refinanziert werden. Denkbar wäre an dieser Stelle die Berechnung eines Case-Mix-Indexes, ähnlich dem Medizincontrolling, bei dem aus allen Fällen, welche innerhalb eines Zeitraumes versorgt worden sind, die Häufigkeit bestimmter Fallgruppen, ihrer Kosten und Erlösen darzulegen und den entsprechend notwendigen Multiplikator zu berechnen, welcher dafür sorgt, dass im Schnitt alle diese Fälle refinanziert werden können. Dies ist im Kontext der Deckungsbeitragsrechnung für die „Pflege-DRGs“ der Spaltenlösung ein finanzieller Gestaltungsrahmen: den Preis anzupassen. Des Weiteren könnte die Verweildauer bestimmter Fallgruppen in Absprache mit dem ärztlichen Dienst und dem Medizincontrolling nach oben oder unten angepasst werden, je nachdem ob diese mit dem entsprechenden Multiplikator lukrativ sind oder nicht, was eine Analogie zur Priorisierung bestimmter Therapieformen des ärztlichen Dienstes aufgrund ökonomischer Gründe darstellt. Ethisch ist dies jedoch möglicherweise kritisch zu beurteilen. Ein weiterer Gestaltungsrahmen im Kontext des finanziellen Controllings auf Basis der Deckungsbeitragsrechnung, ist die Regulation der Kosten. Hier wäre eine niedrige Kennzahl zum Verbrauch bestimmter Materialien für das mittlere Pflegemanagement, ergo die Stationsleitungen, denkbar, um die Sachkosten zu senken. Des Weiteren kann infolge einer

Deckungsbeitragsrechnung darüber nachgedacht werden, die Personalkosten anzupassen, vor allem in einem Bereich, wo häufig Fallgruppen vorkommen, welche ökonomisch eher ungünstig sind. Dies kann über eine einfache Reduktion des Personals im Rahmen der Untergrenzen passieren, oder durch eine Anpassung des Qualifikations-Mixes des Pflegeteams, beispielsweise können mehr Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten oder ähnliche eingestellt werden.

Diese Überlegungen führen weiter zum Personalcontrolling-Aspekt des innerklinischen Pflegecontrollings. Es wird deutlich, dass hier eine Deckungsbeitragsrechnung auch Risiken birgt, wenn festgestellt wird, dass bestimmte pflegerische Fallgruppen nicht lukrativ bzw. für das Krankenhaus teuer zu versorgen sind, laufen bestimmte Bereiche Gefahr, personellen Streichungen ausgesetzt zu werden, insbesondere wenn es in diesem Bereich keine gesetzlichen Personaluntergrenzen gibt. Dies würde den lokalen Pflegenotstand möglicherweise verschärfen und die Arbeitsbedingungen der Pflegenden eher verschlechtern.

Direkt im Anschluss daran möchte ich die Kernprozessesteuerung betrachten.

Kostensenkungen, egal ob Sachkosten oder Personalkosten, erhöhen den Druck auf die Pflegenden und können die Perspektive vor allem des eigentlich eher qualitätsbezogenen agierenden mittleren Pflegemanagements auf ökonomische Gesichtspunkte lenken. Dies könnte zu Folge haben, dass die Steuerung der Kernprozesse in einem Krankenhaus, dessen oberes Pflegemanagement Controlling via einer Deckungsbeitragsrechnung betreibt, primär die Erfüllung ökonomischer Kennzahlen zum Ziel hat, statt der Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung. Zudem könnte der oben genannte erhöhte Druck auf die Pflegenden zu einer weiteren „impliziten Rationierung“ (Braun 2019, S. 90), und so zu einer Verschlechterung der Versorgung führen. Dies wird durch die Möglichkeit verstärkt, dass bestimmte Fallgruppen schneller entlassen werden oder länger bleiben. So wäre es beispielsweise denkbar, dass Patienten der Fallgruppe X, welche tendenziell eher wenig pflegeaufwändig sind, entsprechend auch einen geringen Erlös für die Pflege generieren und deswegen schneller entlassen werden. Fallgruppe Y dagegen, welche tendenziell sehr pflegeaufwändig ist und hohe Erlöse generiert und zudem gut mit dem verhandelten Multiplikator skaliert (da der Multiplikator möglicherweise eher durch Fallgruppen mit hohen Pflegekosten erhöht wird), werden dafür länger stationär gehalten. Dieses mögliche Szenario bedeutet – neben der ethischen Komponente, welche hier nicht weiter beleuchtet werden soll – einen erhöhten Aufwand für die Pflege, was insgesamt auch zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen führen könnte.

Abschließend lässt sich festhalten, dass im Sinne des Finanzcontrollings die Deckungsbeitragsrechnung eine gute Möglichkeit bietet, Pflegekosten refinanzierbar zu machen und ggf. sogar Profite zu generieren. Dies birgt jedoch das große Risiko, dass das Personalcontrolling dieser Perspektive angepasst wird, was sich für die Pflegenden am Bett

durchaus negativ auswirken kann, sowie die Gefahr die Kernprozesssteuerung an ökonomischen Gesichtspunkten auszurichten und die Qualitätsdimension zu vernachlässigen. Es muss also sehr genau beobachtet werden, wenn eine Deckungsbeitragsrechnung im innerklinischen Pflegemanagement benutzt werden soll, dass die ökonomische Perspektive nicht überformt wird und andere Aspekte vollständig oder teilweise verdrängt. Beispielsweise ist der Einsatz einer Deckungsbeitragsrechnung mit dem Zweck, die Verhandlungen mit den Kostenträgern im Kontext der Spaltenlösung möglichst positiv zu gestalten, durchaus sinnvoll und potentiell gut für die Pflege. Eine rücksichtslose Senkung der Kosten dagegen kann große Nachteile für die Pflege mit sich bringen.

5.4. Die SWOT-Analyse für „Pflege DRGs“

5.4.1. Was ist eine SWOT-Analyse?

Die Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats-Analyse – kurz SWOT-Analyse - ist ein Controllinginstrument, welches Prozesse und Dienstleistungen bzw. Angebote eines Unternehmens beleuchtet und mit der Umwelt des Unternehmens abgleicht (vgl. Schulze 2014, S. 54f). Die vier Begriffe bilden dabei jeweils einen Aspekt der Analyse. Die folgende Abbildung zeigt das Schema einer SWOT-Analyse:

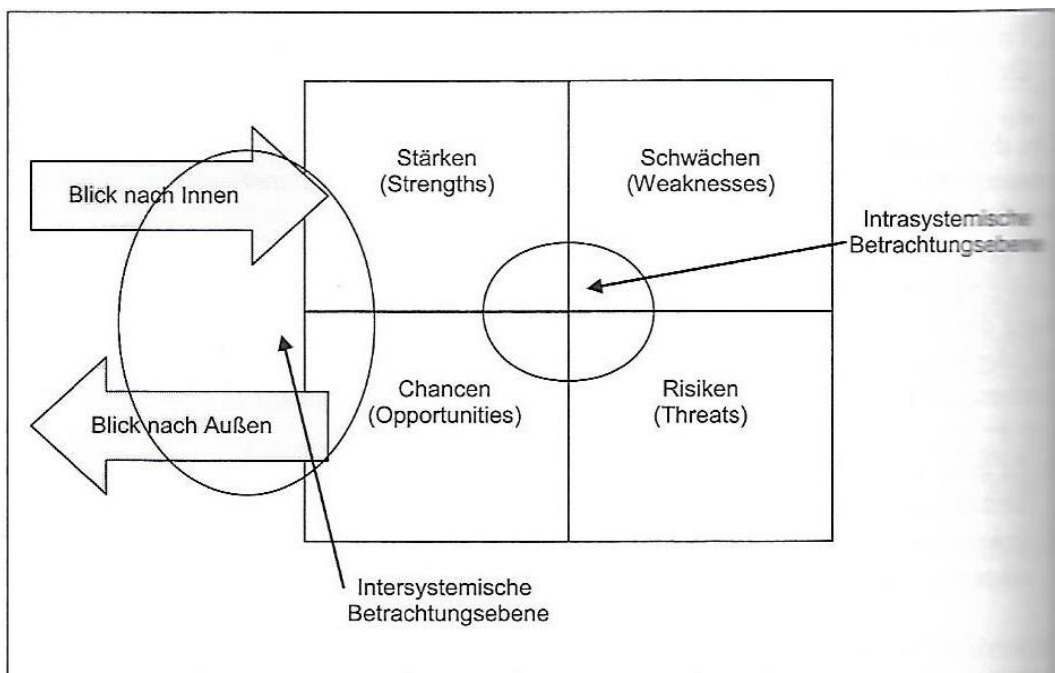


Abb. 15: Schema einer SWOT-Analyse (von Zapp/Oswald 2009, S. 248)

Mit dem Blick nach Innen ist gemeint, dass hier das Unternehmen selbst betrachtet wird, welche Prozesse sind effizient, welche dagegen verursachen Probleme. Der Blick nach Außen soll die Umwelt des Unternehmens beleuchten, beispielsweise Gesetzesänderungen oder grundsätzliche Regelungen zur Finanzierung wie beispielsweise die duale Finanzierung der Krankenhäuser und die Auslagerung der Pflegekosten (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 248f). Elementar für das Gelingen einer solchen Analyse ist die präzise Festlegung des zu analysierenden Objektes, um eine Eingrenzung der relevanten Informationen vornehmen zu können (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 249f, vgl. auch Schulze 2014, S. 54f).

Ziel dieser Analyse ist, Strategien zu finden, um die eigenen Stärken am Markt optimal anbringen zu können sowie die eigenen Schwächen zu verbessern und aus Schwächen und Gefahren resultierende Probleme frühzeitig zu erkennen und diesen entgegenzuwirken (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 249f).

Die folgende Abbildung soll diese Strategieentwicklung schematisch darstellen:

	Chancen (Opportunities)	Risiken (Threats)
Stärken (Strengths)	Stärken-Schwächen-Strategie <ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der Stärken der Unternehmung • Nutzung von Chancen im Umfeld 	Stärken-Risiken-Strategie <ul style="list-style-type: none"> • Nutzung unternehmensinterner Stärken zur Abschwächung, Begrenzung und Neutralisation von externen Risiken
Schwächen (Weaknesses)	Schwächen-Chancen-Strategie <ul style="list-style-type: none"> • Nutzung von Chancen im Umfeld • Schwächung bzw. Beseitigung eigener Schwächen 	Schwächen-Risiken-Strategie <ul style="list-style-type: none"> • Abschwächung, Begrenzung und Neutralisation bestehender unternehmensinterner Schwächen • Abschwächung, Begrenzung und Neutralisation von umweltspezifischen Risiken

Abb. 16: Strategieentwicklung mit der SWOT-Analyse (von Zapp/Oswald 2009, S. 250)

Um eine SWOT-Analyse durchführen zu können, müssen zunächst entsprechende Informationen gesammelt werden. Zunächst muss eine Analyse der Umweltfaktoren erfolgen (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 251ff, vgl. auch Schulze 2014, S. 55f).

Zapp/Oswald empfehlen hierbei eine Unterteilung der Umwelt des Unternehmens in eine „Makroumwelt“ (Zapp/Oswald 2009, S. 252) und eine „Mikroumwelt“ (Zapp/Oswald 2009, S. 252).

Als Makroumwelt werden hierbei die gesetzliche Situation oder die demographische Entwicklung beispielhaft genannt, unter der Mikroumwelt kann man sich eher Faktoren wie konkurrierende Kliniken oder lokale Inzidenzen bestimmter Krankheitsbilder - wie beispielsweise häufig auftretende Lungenerkrankungen im Ruhrgebiet - vorstellen (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 252f).

Nachdem also die relevanten Umweltfaktoren identifiziert wurden, muss nun eine Analyse des Unternehmens selbst durchgeführt werden. Hierbei können Benchmarks zum Einsatz kommen, um bestimmte Bereiche oder Prozesse bewerten zu können hinsichtlich ihres ökonomischen Erfolges oder anderer Unternehmensziele (vgl. Zapp/Oswald 2009, S. 254f). Solche Bewertungen können dann in einer „Potentialanalyse“ (Schulze 2014, S. 56f), welche auch als „Ressourcenanalyse“ (Zapp/Oswald 2009, S. 254, vgl. dazu Schulze 2014, S. 56f) bezeichnet wird, dargestellt werden.

Nachdem diese Analysen durchgeführt wurden, können die erhobenen Daten in die Matrizen der SWOT-Analyse (vgl. Abbildung 15 und 16) überführt werden, um entsprechende Zusammenhänge festzustellen und daraus resultierende Ergebnisse strategisch aufarbeiten zu können.

5.4.2. Wie kann eine SWOT-Analyse im innerklinischen Pflegemanagement eingesetzt werden?

Wenn eine SWOT-Analyse wie oben beschrieben durchgeführt werden soll, muss zunächst das Ziel der SWOT-Analyse festgelegt werden. Ziel ist es immer, eine Strategie zur Anpassung eigener Prozesse, sowohl der Kernprozesse als auch der Managementprozesse, an die Entwicklungen außerhalb des Unternehmens zu entwickeln.

Hierzu sehe ich im Pflegemanagement viele Möglichkeiten, von denen ich hier eine vorstellen möchte. Diese nun folgende Analyse ist fiktiv und entbehrt daher spezieller krankenhauseigener Faktoren, welche normalerweise zu den genannten Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken hinzukommen würden. Sie ist eher als exemplarisch zu verstehen und soll eine mögliche Nutzung der SWOT-Analyse im innerklinischen Pflegemanagement simulieren, um daraus Vor- und Nachteile abzuleiten.

In diesem Beispiel soll der Einsatz einer SWOT-Analyse auf die „Pflege-DRGs“, also die im Rahmen der Spaltenlösung entstandenen Tagespauschalen zur Refinanzierung der Pflegekosten, dargestellt werden. Hier würde die Unternehmensanalyse im Rahmen der Clinical Pathways erfolgen, welche den Behandlungspfad und somit letztlich den Fallgruppen die Pflegekosten zuordnen. Mit der Deckungsbeitragsrechnung könnten dann die Pauschalen identifiziert werden, welche lukrativ sind – also unter Stärken einzutragen wären –, und diese, die es nicht sind und als Schwächen gelten könnten.

Die Umweltanalyse in diesem Zusammenhang könnte ergeben, dass relevante Umweltfaktoren die geplanten Multiplikatorverhandlungen für das neue Pflegebudget, der Pflegepersonalnotstand, konkurrierende Kliniken mit beispielsweise einer übertariflichen Vergütung und die bereits vorhandenen und möglicherweise in Zukunft noch erweiterten Personaluntergrenzen mit den entsprechenden Strafzahlungen bei ihrer Unterschreitung sind.

So könnte folgende Matrix erstellt werden:

<u>Stärken:</u> - Pflegepauschale zu DRG A - Pflegepauschale zu DRG B - Pflegepauschale zu DRG C	<u>Schwächen:</u> - Pflegepauschale zu DRG X - Pflegepauschale zu DRG Y Pflegepauschale zu DRG Z
<u>Chancen:</u> - Multiplikatorverhandlungen	<u>Risiken:</u> - Strafzahlungen durch Nichteinhaltung der Personaluntergrenzen durch Personalmangel

Abb. 17: SWOT-Matrix im Pflegemanagement (in Anlehnung an Abb. 15)

Um nun Strategien zu entwickeln, um diesen Umständen Rechnung zu tragen, müssen nun differenziert Abgleiche der Stärken-Chancen, Stärken-Risiken, Schwächen-Chancen und Schwächen-Risiken durchgeführt werden.

Begonnen werden soll nun mit der Stärken-Chancen-Strategie für dieses Beispiel.

Die Stärken, also die DRGs, deren pflegerische Versorgung weniger kostet, als sie einbringt, könnten durch geschickte Verhandlungen durch einen erhöhten Multiplikator noch lukrativer werden und so eine bessere Refinanzierung des gesamten pflegerischen Dienstes und bestimmter Projekte ermöglicht. Die Strategie in diesem Kontext könnte also sein, dass Verhandlungen so geführt werden müssen, dass auch die bereits lukrativ vergüteten Pauschalen von dem Multiplikator profitieren.

Die Stärken-Risiken-Strategie wird sein, dass eventuell erwirtschaftete Gewinne aus den Stärken-DRGs dazu verwandt werden sollten, die Arbeitsbedingungen für Pflegende zu verbessern und eine lokal konkurrenzfähige Vergütung zu gewährleisten, um dem Personalmangel entgegenzuwirken und etwaige Strafzahlungen zu vermeiden.

Die Schwächen-Chancen-Strategie könnte entsprechend ähnlich der Stärken-Chancen-Strategie sein, dass den Verhandlungen zum Ziel gesetzt wird, dass ökonomisch unrentable Pauschalen durch den Multiplikator rentabel oder zumindest voll refinanzierbar werden.

Abschließend soll die Schwächen-Risiken-Strategie dargestellt werden. Es besteht das Risiko, dass eine unzureichende Personalausstattung in Bereichen mit häufig vorkommenden „schwachen“ Pauschalen zusätzlich durch Strafzahlungen zu einer ökonomischen Belastung für das gesamte Unternehmen werden. Hier muss geschaut werden, ob dies durch andere Pauschalen ausgeglichen werden kann, ob ggf. diese Fallgruppen noch versorgt werden können – aus ökonomischer Sicht – oder ob Kosten gesenkt werden können. Immer im Blick zu behalten sind dabei die personelle Ausstattung des Bereiches. Wenn zu aggressiv Kosten gesenkt werden, könnte dies zu schlechteren Arbeitsbedingungen für die Pflegenden führen und damit zu größerer Fluktuation bzw. dem Verlust vieler Pflegekräfte, was die Ausgangssituation noch verschlimmert.

Anhand dieses Beispiels konnte nun gezeigt werden, welche Informationen und Entscheidungshilfen eine SWOT-Analyse für das innerklinische Pflegemanagement generieren kann.

Auch andere Beispiele wären denkbar, beispielsweise aus dem Personalcontrolling: Stärken könnten hier spezialisiert ausgebildete Pflegenden mit Fachweiterbildungen und hoher Motivation sein; Schwächen wären dann im Kontrast dazu pflegerische Mitarbeiter mit geringerer Qualifikation und niedriger Motivation. Als dafür relevante Umweltfaktoren könnten konkurrierende Kliniken, Zeitarbeitsfirmen, etc. gelten. Der Einsatz einer SWOT-Analyse ist vielseitig möglich und bietet sich immer dann an, wenn das Management Hilfen bei der Entscheidungsfindung benötigt.

5.4.3. Was kann eine SWOT-Analyse für die Pflege im Krankenhaus bedeuten?

Nachdem nun beispielhaft erläutert wurde, wie eine SWOT-Analyse im pflegemanageriellen Kontext angewendet werden könnte, möchte ich daraus ableiten, welche Bedeutung dieses Controllinginstrument für die Pflege im Krankenhaus haben kann.

Allgemein ermöglicht es eine SWOT-Analyse dem Pflegemanagement, fundierte Entscheidungen in einem bestimmten Bereich zu treffen.

Bezogen auf die einzelnen Controllingdimensionen, nach denen hier analysiert werden soll, fällt hier besonders ein Aspekt auf, der auch bei den bisherigen Controllinginstrumenten schon erkenntlich war: Alle diese Dimensionen sind miteinander verbunden, Entscheidungen zugunsten einer bestimmten Perspektive bergen immer auch Konsequenzen für die anderen Dimensionen.

Während die Stärken und Schwächen im Beispiel anhand ökonomischen Benchmarkings ausgewählt wurden, zeigt diese SWOT-Analyse durch die Umweltperspektive, dass das Personalcontrolling Einfluss auf das Finanzcontrolling nimmt und umgekehrt. Es bedeutet also, dass diese Perspektiven immer im Kontext betrachtet werden müssen und nicht für sich genommen werden können.

Besonders deutlich macht die vorgestellte, exemplarische SWOT-Analyse dies im Kontext der Stärken-Risiken und Schwächen-Risiken-Strategien. Beide stellen eine Verbindung der finanziellen Perspektive mit der Personalausstattung des pflegerischen Dienstes her und sehen vor, die Mitarbeiter zu halten und eine geringe Fluktuation anzustreben.

Letztlich kann eine SWOT-Analyse für das Pflegemanagement bedeuten, dass der eigene pflegerische Dienst genau betrachtet wird und in seine Unternehmensumwelt, egal ob Makro- oder Mikroumwelt, eingeordnet werden muss; es können Zusammenhänge erkannt werden und Wechselwirkungen managerieller Entscheidungen identifiziert werden.

Für die Pflege bedeutet dies letztlich, dass die SWOT-Analyse eine Chance bietet, die bisher bereits festgestellten Risiken beim Anwenden verschiedener Controllinginstrumente darzustellen und entsprechend zu verhindern. Insofern ist die SWOT-Analyse für die Pflege eher positiv zu bewerten, jedoch auch nicht völlig ohne Bedenken. Eine gründliche Unternehmens- und Umweltanalyse ist aufwändig zu erstellen. Wenn dies nicht mit der gebotenen Gründlichkeit geschieht, verfälscht dies die Ergebnisse der SWOT-Analyse unter Umständen massiv (vgl. Künzli 2012, S. 126ff). Dies könnte, um beim vorgestellten Beispiel zu bleiben, unter Umständen dazu führen, dass der Einfluss der Personalausstattung auf die ökonomische Perspektive der Pflegepauschalen verkannt wird und eine denkbare, daraus resultierende Strategie der rigorosen Umsetzung ökonomischer Benchmarks zu schlechteren Arbeitsbedingungen der Pflege führt, was eine größere Fluktuation verursacht und möglicherweise einen Schaden für das gesamte Klinikum nach sich ziehen könnte. Es ist also geboten, die SWOT-Analysetechnik sehr gezielt einzusetzen und sich dieser

Problematik bewusst zu sein.

5.5. Die Balanced Scorecard

5.5.1. Was ist eine Balanced Scorecard?

Wie bereits oben angeschnitten, ist die Balanced Scorecard ein Controllinginstrument, welches mit Kennzahlen, also mit Benchmarking arbeitet. Ziel ist es, die Ziele des Unternehmens mit der Realität abzugleichen, um so den Effekt bestimmter Maßnahmen oder Strategien zu erkennen. Die folgende Abbildung zeigt die Aspekte einer Balanced Scorecard:

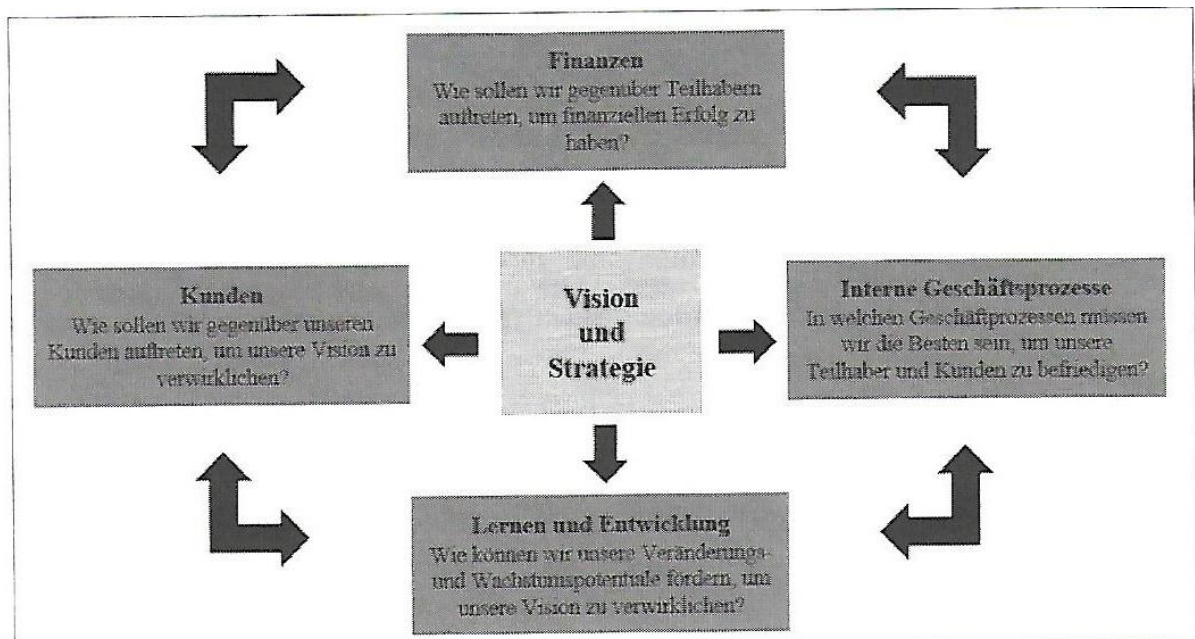


Abb. 18: Aspekte des Benchmarkings im Kontext der Balanced Scorecard (von Schulze 2014, S. 52)

Diese vier Aspekte des Benchmarkings in Unternehmen werden auch als: „Finanzen“, „Kundenorientierung“, „Prozesse der internen Leistungserstellung“ und „strategische Innovation“ (Dinter 2004, S. 354; vgl. auch Schlürmann 2018, S. 32f) bezeichnet. Die Kennzahlen aus diesen vier Dimensionen des Controllings sollen in einen Kontext gesetzt werden. Die folgende Abbildung ist beispielhaft für eine Darstellung von Kennzahlen eines ambulanten Pflegedienstes nach Prinzip der Balanced Scorecard:

Kennzahl	Zielwert	Maßnahmen zur Erreichung
Kundenanzahl absolut (ohne § 37.3-Kunden)	+ 10% im Quartal	Ausbau des Zuweisernetzwerkes Präsenz bei potenziellen Zuweisern zeigen
Prospektiver Personalbedarf Soll/Ist	+ 0,3 VK	Akquise von Aushilfen Akquise von Teilzeitkräften Erhöhung von Stundenkontinenten der Mitarbeiter
Krankheitsquote	7%	Mitarbeiterorientierte Tourenplanung Dienstplanverlässlichkeit Förderung des Teamzusammenhaltes Nachhaltige Arbeitsschutzmaßnahmen Maßnahmen der Psychohygiene
Verhältnis Personalqualifikation zu Leistungsmix	150% Abdeckung Behandlungs-pflege	Einstellung von Pflegefachkräften mit Priorität vornehmen Keine oder nur wenige Aufnahmen aufwändiger Einsätze wie z. B. Portversorgung oder Tracheostoma-Versorgung
Anteil Umsatz Top 10 in %	15%	Akquise von Leistungen im Kundenmittelfeld
Quote der Forderungsausfälle in %	3%	Saubere, vollständige Abrechnungsunterlagen bereithalten Sämtliche Unterlagen für Kostenklärungen bereithalten Handlungssicherheit im Verordnungswesen bei allen Leitungskräften schaffen
Umsatz/Vollzeitkraft (Monat)	5.500 €	Erstgespräche führen zu Einsätzen mit 0,90 € Erlös/min
Umsatz je Minute	0,90 €	Eine an der Wirtschaftlichkeit des Pflegedienstes orientierte Gesprächsführung in Erst- und Folgegesprächen
MA-Produktivstunden/PFK	110 Std./VK	Genauer Soll/Ist-Abgleich Abzug von nicht geleisteten Stunden (Ist) zu geplanten Stunden (Soll) Minutengenaue Fahrtzeiten planen Anpassung der fortlaufenden Tourenplanung durch Rückmeldung stv. PDL
MA-Produktivstunden/PH	120 Std./VK	s. o.
Kosten pro Produktivstunde	45,00 €	Optimierung der Mitarbeiterproduktivstunden
Sachleistungsquote SGB XI (nur § 36)	60%	Anleitung der Pflegekräfte zur Krankenbeobachtung analog NBI Verkaufstraining für die PDL Erst- und Folgegespräche erfolgreich gestalten
Gewinn pro Tour	10%	Optimierung der Fahrtzeiten Erhöhung des Umsatzes/Minute Passender Personaleinsatz (Qualifikation muss zu Einsätzen passen)
Kennzahl		
Anzahl durchgeführter Pflegevisiten	2 pro Jahr und Kunde	Pflegevisiten als festen Bestandteil der PDL-Arbeitszeit verankern durch feste Tage
Quote der beseitigten Mängel aus Pflegevisiten	100%	Reflexionsgespräche festlegen und im jeweiligen MA-Tourenplan hinterlegen Mängelbeseitigung tatsächlich durch Nachschauen/Nachvisitieren kontrollieren

Abb. 19: Kennzahlen eines ambulanten Pflegedienstes nach der Balanced Scorecard (von Schlürmann 2018, S. 126f)

Dieser Übersicht könnten noch weitere Werte hinzugefügt werden (beispielsweise Zufriedenheit von Stakeholdern wie Kunden und deren Angehörige, Zulieferern oder Pflegenden).

Wichtig bei der Erstellung einer Balanced Scorecard ist, dass die Ziele des Unternehmens klar sind, die Balanced Scorecard hilft bei der Umsetzung dieser Ziele und lässt frühzeitige Abweichungen deutlich werden, zudem können mit ihrer Hilfe Auswirkungen bestimmter Maßnahmen sichtbar gemacht werden (vgl. Schlürmann 2018, S. 15f und S. 30ff).

Bevor also eine Balanced Scorecard erstellt werden kann, müssen die relevanten Kennzahlen aus den vier genannten Bereichen festgelegt werden. Diese Daten kommen aus anderen Controlling-Instrumenten und sollen ausgewogen in ihrer Ausprägung sein (vgl. Schulze 2014, S. 53). Dieser Implementierungsprozess ist aufwändig, und es sollte daher gründlich überlegt werden, welches Ziel das Management mit der Erstellung einer Balanced Scorecard für das Unternehmen verfolgt und ob dies den Aufwand rechtfertigt (vgl. Schulze 2014, S. 52f).

An anderer Stelle der Literatur wird noch hervorgehoben, dass die Balanced Scorecard aufgrund ihrer verschiedenen Aspekte in der Lage ist, auch sehr komplexe Unternehmen sinnvoll abzubilden und fundierte Entscheidungen zu ermöglichen (Zapp/Oswald 2009, S. 210f).

5.5.2. Wie kann eine Balanced Scorecard im Pflegemanagement der Krankenhäuser eingesetzt werden?

Nach Vorstellung anderer Controllinginstrumente für das Pflegemanagement soll nun abschließend überlegt werden, wie die Balanced Scorecard in diesem Kontext angewendet werden kann. Dazu ist es zunächst wichtig festzuhalten, dass die Balanced Scorecard immer zusammen mit anderen Controllinginstrumenten implementiert werden sollte, da sie auf Informationen aus anderen Instrumenten angewiesen ist.

Im Zuge der Nutzung anderer Controllinginstrumente können, wie bereits weiter oben erwähnt, Kennzahlen zum Einsatz kommen. Im Kontext der Pflegevisite kann dies die Rate von entstandenen Dekubiti oder die Zufriedenheit der Patient/innen sein; via der Clinical Pathways können beispielsweise Kennzahlen im Bezug auf Verweildauer bestimmter Fallgruppen erstellt werden; im Rahmen der Deckungsbeitragsrechnung werden die Kosten für bestimmte Fallgruppen oder die Wirtschaftlichkeit bestimmter Abteilungen erfasst etc. All diese Daten können nicht nur im Kontext der SWOT-Analyse zur Strategieentwicklung und Maßnahmenplanung genutzt werden, sondern auch in Form von Benchmarks Eingang in eine Balanced Scorecard finden. Weitere denkbare Kennzahlen wären unter anderem Mitarbeiterzufriedenheit, Mitarbeiterfluktuation oder Personalausstattung eines Bereiches im Kontext mit den erbrachten Pflegeleistungen aus den Clinical Pathways. All diese Daten

können unter den verschiedenen Aspekten Finanzen, Patienten, interne Prozesse und Innovation eingetragen werden und bilden so eine Übersicht über die Leistungen des Unternehmens. Ähnlich wie bei der SWOT-Analyse können auch hier wieder verschiedene Dimensionen des Controllings verknüpft werden und anhand der Veränderung der Daten im Verlauf die Wirkung bestimmter Maßnahmen, bzw. Strategien auf das gesamte Unternehmen betrachtet werden.

Würde beispielsweise die Stärken-Chancen-Strategie aus dem Beispiel zur SWOT-Analyse in Kapitel 5.4.2. angewendet und eine Erhöhung des Multiplikators in der Verhandlung mit den Kostenträgern erreicht werden, so könnte im Verlauf durch die Balanced Scorecard möglicherweise beobachtet werden, wie sich dies auf die Wirtschaftlichkeit einzelner Fallgruppen und ganzer Bereiche auswirkt.

Wird die Schwächen-Risiken-Strategie aus oben genanntem Beispiel durchgeführt und werden Maßnahmen zur Kostensenkung in den pflegerischen Bereichen getroffen, können mit der Balanced Scorecard sowohl die Wirkungen auf die ökonomische Situation eines Bereiches als auch die Auswirkungen dieser Maßnahmen auf beispielsweise die Mitarbeiterzufriedenheit, Patientenzufriedenheit oder Mitarbeiterfluktuation beobachtet werden. Es findet also eine Verknüpfung verschiedener Controllingdimensionen durch die Balanced Scorecard statt.

5.5.3 Welche Bedeutung könnte die Balanced Scorecard für die Krankenpflege haben?

Letztlich kann man für die Bedeutung der Balanced Scorecard zu einer ähnlichen Bewertung kommen wie bei der SWOT-Analysetechnik. Es findet eine Verknüpfung sowohl der Qualität der Kernprozesssteuerung (Kundenaspekt und Aspekt der internen Prozesse), des Finanzcontrolling (Finanzen) statt. Die Personalcontrollingdimension wird nur indirekt tangiert, könnte aber aufgrund seiner geringeren Bedeutung im Krankenhaus- und innerklinischem Pflegecontrolling möglicherweise unter dem Aspekt der Innovation und dem der internen Prozesse, mit denen auch Supportprozesse gemeint sein könnten, Eingang in die Balanced Scorecard finden. Die Verknüpfung dieser Controllingdimensionen erlaubt ein ausgewogenes Controlling im Hinblick auf alle untersuchten Dimensionen und kann dafür sorgen, dass es nicht zu einer massiven Fokussierung auf eine bestimmte Dimension kommt. Auch muss hier wieder betont werden, dass die Erstellung einer Balanced Scorecard sehr aufwändig ist und sie entsprechend gezielt eingesetzt werden sollte. Der Vorteil für die Pflege ist dementsprechend, dass auch die Perspektive der Situation der Pflegenden in der Balanced Scorecard berücksichtigt werden kann. Jedoch bleibt anzumerken, dass die Arbeitsbedingungen der Pflegenden in der stationären Altenpflege kaum besser sind als die in der stationären Krankenpflege (vgl. Leber/Vogt 2020, S. 130ff), obwohl im Pflegecontrolling dieser Einrichtungen die Balanced Scorecard durchaus geläufig

ist. Dies lässt den Schluss zu, dass ein Pflegecontrolling mit der Balanced Scorecard kein Garant dafür ist, eine zu starke Fokussierung beispielsweise auf das Finanzcontrolling gegenüber dem Personalcontrolling im Sinne einer Gewährleistung guter Arbeitsbedingungen zu verhindern. Wenn also im innerklinischen Pflegemanagement ein Controllingssystem mit einer Balanced Scorecard implementiert werden soll, ist im Sinne der Pflege darauf zu achten, dass die Perspektiven Finanzen, Qualitätsmanagement und Personalcontrolling tatsächlich in ausgewogenem Maße einbezogen werden und entsprechende Entscheidungen getroffen werden. Wenn eine zu starke Fokussierung auf einen Aspekt auftritt, könnte dies - analog zu meinen Ausführungen in Kapitel 5.4.3. - zu weiterführenden Problemen für das gesamte Krankenhaus führen.

Mit diesem Gedanken möchte ich nun im Folgenden die Ergebnisse meiner Analyse in einen Kontext bringen und ein Fazit zum Thema Nutzung von Controllinginstrumenten im innerklinischen Pflegemanagement ziehen.

5.6. Diskussion der Ergebnisse

5.6.1. Diskussion

Nun sollen die Ergebnisse der Analyse der einzelnen Controllinginstrumente in Kontext gesetzt und diskutiert werden. Zunächst möchte ich festhalten, dass die Analyse zunächst ergeben hat, dass Controllinginstrumente im innerklinischen Pflegemanagement einsetzbar sind. Für jedes genannte Instrument konnte eine sinnvolle Anwendung erläutert werden. Dabei ist zudem noch der Aspekt des Aufwandes zu beachten, egal welches Controllinginstrument auf seine Anwendbarkeit hin untersucht wurde; immer wurde festgestellt, dass eine Implementierung von Controllinginstrumenten sehr arbeitsintensiv sowohl für das Pflegemanagement als auch für die gesamte Pflege in dem betreffenden Krankenhaus ist.

Diesem Aufwand muss entsprechend ein gewisser Nutzen folgen, um jenen zu rechtfertigen. Im Kontext des Finanzcontrollings bieten alle untersuchten Controllinginstrumente durchaus Vorteile, sei es bei der Erfassung der Pflegekosten, der Schaffung einer soliden Verhandlungsgrundlage für die Multiplikatorverhandlungen mit den Kostenträgern oder der Identifizierung von Effizienzpotenzialen. Dies wird vor allem begünstigt durch die Auslagerung der Pflegekosten aus dem DRG-System. Hier bietet sich vor allem eine Kombination aus verschiedenen Controllinginstrumenten im Sinne eines ganzheitlichen Controllingsystems an, um ökonomische Ziele zu erreichen und eine lukrative oder mindestens refinanzierbare pflegerische Versorgung in den Krankenhäusern zu gewährleisten. Dies lässt den Schluss zu, dass mit Pflegecontrolling im Krankenhaus durchaus Gewinne erzielt werden können bzw. ökonomisch marode Abteilungen saniert werden können.

Auch für die Perspektive der Kernprozessessteuerung zur Erreichung bzw. Erhaltung eines bestimmten Qualitätsniveaus bieten die untersuchten Controllinginstrumente viele Möglichkeiten. Ein effizienter Ablauf, erzeugt durch Clinical Pathways, reduziert Wartezeiten und kann die Zufriedenheit der Patient/innen erhöhen. Die Einbeziehung der zu Pflegenden im Rahmen der Pflegevisite kann ebenfalls einen positiven Einfluss auf die Qualität der pflegerischen Kernprozesse haben. Jedoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass ein durch Deckungsbeitragsrechnungen, SWOT-Analysen und Benchmarking geprägtes Controlling auch negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität haben kann, wenn die Profiterzielung beispielsweise im Vordergrund steht und massive Kostensenkungen vorgenommen werden, was möglicherweise zu einem Pflegekraftmangel und zu ungünstigeren Pflegekraft/Patient/innen-Verhältnissen führt. Das heißt, hier ist Controlling durchaus kontrovers zu bewerten und kann sowohl positive, als auch negative Konsequenzen für die Pflege haben.

Zum Schluss möchte ich die Personalcontrolling-Perspektive ansprechen. Hier kann die Pflegevisite sowohl Vorteile als auch Nachteile bergen. Vorteilhaft kann sie sein, wenn in einem dafür geeigneten Arbeitsklima zusammen mit Pflegekraft und Patient/in der Pflegeprozess reflektiert und dieser konstruktiv verbessert werden kann. Nachteile können entstehen, wenn die Kommunikation zwischen Management und Pflege gestört ist, beispielsweise durch ein schlechtes Arbeitsklima oder andere Faktoren. Dann kann eine Pflegevisite von den Pflegenden als Kontrollmaßnahme interpretiert werden und das Arbeitsklima schädigen. Ähnlich verhält es sich auch bei anderen Controllinginstrumenten im Bezug auf die Situation des Pflegepersonals im Krankenhaus. In einem guten Arbeitsklima und in einem Setting mit direkter Kommunikation zwischen Pflegemanagement und Pflegenden in den Abteilungen können gewisse Controllinginstrumente die Arbeitsbedingungen verbessern, sei es durch eine konstruktive Reflektion der erbrachten Leistungen, durch Einbeziehung der Pflegenden und ihrer Perspektive auf die Versorgung bei der Erstellung von Behandlungspfaden oder durch ein Kostencontrolling, das nicht die Arbeit der Pflegenden zusätzlich erschwert, sondern dessen ökonomische Erfolge möglicherweise sogar in die Pflege reinvestiert werden in Form von großzügigeren Personaldecken, Bonuszahlungen, Anschaffung neuer Devices oder der Möglichkeit auf bestimmte Weiter- und Fortbildungen. Es besteht also definitiv die Möglichkeit, mithilfe von Controlling ein zukunftsorientiertes Personalcontrolling zu betreiben, was die Arbeitsbedingungen der Pflegenden positiv beeinflusst, den Pflegenden Karriere- und Aufstiegschancen bietet, was möglicherweise eine geringere Fluktuation zur Folge hat. Vor allem dieser Aspekt ist im Kontext eines erfolgreichen Pflegecontrollings vor dem Hintergrund eines generellen Pflegenotstandes in Deutschland und der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen, welche in den kommenden Jahren wahrscheinlich noch ausgeweitet werden, nicht zu unterschätzen.

Zusätzlich halte ich das Ergebnis der Analyse für wichtig, dass – wie vor allem bei der SWOT-Analyse und der Balanced Scorecard festgestellt – die drei untersuchten Controllingdimensionen immer als ganzheitlich betrachtet werden müssen. Eine zu starke Fokussierung des Controllingsystems auf einen Aspekt kann zur Folge haben, dass die beiden anderen Aspekte nicht ausreichend beachtet werden und es entsprechend in diesen Bereichen zu Managementversäumnissen kommen könnte. Auch dies ist bei der Konzeption eines Controllingsystems und der Implementierung einzelner Controllinginstrumente zu beachten, welches Ziel das Management mit seinem Controlling verfolgt und welche Rolle die einzelnen Instrumente in diesem Kontext einnehmen. Diese Überlegungen müssen unbedingt im Vorfeld getroffen werden, wobei die angesprochene Fokussierung auf bestimmte Perspektiven und die gebotene Balance zwischen diesen immer beachtet werden sollte. Erst danach können passende Controllinginstrumente ausgewählt und ihrem Zweck entsprechend angepasst und implementiert werden. Eine gründliche Vorbereitung ist zudem

sehr wichtig, da die Implementierung einzelner Controllinginstrumente oder eines ganzen Controllingsystems ein sehr aufwändiges Projekt ist, an dem nicht nur das Pflegemanagement beteiligt ist, sondern auch andere Managementbereiche und die Pflegenden selbst einbezogen werden müssen. Und bei alledem soll noch eine transparente und konstruktive Kommunikation vor allem zwischen Pflegemanagement und Pflegenden gewährleistet werden.

5.6.2. Fazit

Diese Ergebnisse sollen nun noch einmal in den Gesamtkontext gesetzt werden und mit der Leitfrage dieser Arbeit, ob Controllinginstrumente im innerklinischen Pflegemanagement sinnvoll sein können, abgeglichen werden.

Es kann festgestellt werden, dass die gesamte DRG-Reform eine massive Fokussierung des Krankenhauswesens und Krankenhausmanagements auf ökonomische Perspektiven bewirkt hat. Diesem System nun eine weitere Komponente zur Finanzierung der Pflegekosten hinzuzufügen, könnte nun analog dazu eine entsprechende Wirkung auch im Pflegemanagement speziell zur Folge haben. Ökonomischer Druck wirkt zwar bereits jetzt auf die Pflege und somit auch auf das Pflegemanagement, beispielsweise in Form vom Stellenabbau in der Pflege und einem Anstieg der Fallzahlen in Krankenhäusern infolge der Einführung des DRG-Systems und einer damit verbundenen Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für die Pflegenden. Diese Faktoren sind sicherlich als durchaus relevant für den aktuellen Pflegenotstand zu bewerten, entsprechend lässt sich die Vermutung aufstellen, dass ein weiteres Fortschreiten ökonomischer Perspektiven auch in pflegerische Entscheidungs- und Führungsprozesse diesen Trend eher fortsetzen werden als ihm Einhalt zu gebieten.

Auf der anderen Seite bewirken diese Änderungen möglicherweise, dass das Pflegemanagement in Krankenhäusern mittelfristig nicht den Einsatz eines gezielten Controllings zur Sicherung der Refinanzierung der Pflegekosten umgehen können wird, wenn das Krankenhaus marktfähig bleiben soll. Beispielsweise bedürfen die geplanten Verhandlungen um das Pflegebudget mit den Kostenträgern einer gewissen Vorbereitung, welche mithilfe von Controllinginstrumenten wie Clinical Pathways, Deckungsbeitragsrechnungen und SWOT-Analysen getroffen werden können. Es besteht also die Möglichkeit, dass – sofern das Pflegemanagement diese zukünftig sehr wichtigen Entscheidungs- und Führungsprozesse nicht anderen Abteilungen, beispielsweise dem Finanzcontrolling, überlassen möchte – Pflegecontrolling im innerklinischen Pflegemanagement mandatorisch werden könnte.

Mit dieser Überlegung vor Augen kann dem Pflegecontrolling durch ein Pflegemanagement, welches eine konstruktive und transparente Kommunikation mit seinen Pflegeteams

gewährleistet, durchaus einiges Potenzial zugeschrieben werden. Das Pflegemanagement kann beispielsweise gegenüber dem Finanzcontrolling, welches in der Regel von allgemein betriebswirtschaftlich ausgebildetem Personal durchgeführt wird, den Vorteil eines besseren Bezuges zu den Pflegenden haben, sofern wie oben angesprochen, eine entsprechende Kommunikation stattfindet. Das Pflegemanagement ist in so einem Fall in der Lage, betriebswirtschaftliche Interessen in sein Controllingsystem mit der Qualitätsperspektive und dem Personalcontrolling ausgewogen in Einklang zu bringen und entsprechende, für alle Dimensionen vorteilhafte, Entscheidungen zu treffen. Dies kann als das denkbare Optimum für den Einsatz von Controllinginstrumenten im innerklinischen Pflegemanagement bezeichnet werden. Es könnte theoretisch die Finanzierung des Pflegedienstes einer Klinik sichern, eine Qualitätssteigerung und -sicherung bewirken und ein nachhaltiges Personalmanagement – damit ist hier vor allem eine stabile, ausreichende Personalausstattung und eine geringe Fluktuation von Pflegekräften gemeint - gewährleisten, jedoch unter erheblichem Aufwand für das Pflegemanagement des betreffenden Krankenhauses – zusätzlich zu den bereits vorhandenen Aufgaben. Hier würden entsprechend größere Kapazitäten benötigt.

Die tatsächliche Realisierung eines solchen Optimums muss jedoch kritisch betrachtet werden. Die angesprochene Fokussierung auf ökonomische Gesichtspunkte in der Medizin und im gesamten Krankenhausmanagement bzw. Krankenhauscontrolling ist die aktuelle Realität, die Wahrscheinlichkeit, dass diese Entwicklung vor dem innerklinischen Pflegecontrolling Halt macht ist eher gering.

Auch ein Blick in die Situation der Altenpflege, wo Pflegecontrolling infolge der Einführung der Pflegeversicherung und der Pflegestärkungsgesetze (vgl. Fauth 2008, S. 6ff, vgl. auch Maier/Tybussek 2017, S. 11ff) in allen dreien Dimensionen zur Routine geworden ist, lässt feststellen, dass die Arbeitsbedingungen für die Pflegenden dort kaum verbessert wurden, sondern eher das Gegenteil der Fall ist. Dies sind schwerwiegende Argumente, die durchaus den Schluss zulassen, dass der Einsatz von Controllinginstrumenten im innerklinischen Pflegemanagement die Situation der Pflegenden wahrscheinlich eher nicht verbessert, sondern eine stärkere Fokussierung auf ökonomische Interessen katalysieren könnte, was erfahrungsgemäß die Arbeitsbedingungen der Pflegenden eher negativ beeinflusst.

Dennoch, sofern die Entwicklungen des Krankenhauswesens dazu führen, dass ein gezieltes Controlling pflegerischer Kern-, Support- und Managementprozesse unvermeidlich wird, können die Funktionäre des Pflegemanagements in den Krankenhäusern dies trotz allen ökonomischen Drucks, dem sie möglicherweise ausgesetzt sind, als Chance nutzen. So lässt sich die Einführung eines eigenständigen Steuerungssystems mit eigenem Finanzcontrolling, Qualitätsmanagement und Personalmanagement auch als Aufwertung der Pflege als Ganzes interpretieren und eröffnet Entwicklungsmöglichkeiten im Bezug auf eine mögliche berufspolitische Aktivität oder einer Partizipation in der Pflegekammer. So könnte

das Pflegemanagement mithilfe eines ausgewogenen Pflegecontrollings innerhalb der Selbstverwaltung auch fundiert auf Missstände in der Pflege aufmerksam machen, oder es könnte Einfluss auf die bereits vorhandene Diskussion um das Tätigkeitsportfolio von Pflegekräften in deutschen Krankenhäusern und deren gesetzliche Grundlagen genommen werden. So könnte im Optimalfall das Pflegemanagement durch fundierte Argumente auch dazu beitragen, Krankenpflegegesetze und Ausbildungsverordnungen zu reformieren, was beispielsweise den speziellen Einsatz akademisierter, hochqualifizierter Pflegekräfte mit einem erweiterten Tätigkeitsportfolio in den Krankenhäusern ermöglicht und die Refinanzierung solcher Stellen und Versorgungskonzepte in Verhandlungen mit den Kostenträgern sichert. Ebenfalls denkbar wäre die Entwicklung eines Personalbemessungssystems aufgrund von Daten aus dem Pflegecontrolling oder auch das Einbringen von Vorschlägen zur Anpassung des Abrechnungssystems mit dem Ziel einer besseren Abbildung der Kosten, da das G-DRG-System durchaus umstritten ist und auch die Auslagerung der Pflegekosten kritisch betrachtet wird (vgl. Leber 2019, S. 208ff).

Pflegecontrolling und seine Instrumente sind also letztlich durchaus kritisch zu beurteilen. Die Möglichkeit einer so gearteten Anwendung von Controllinginstrumenten im innerklinischen Pflegemanagement, welche negative Konsequenzen für die Pflegenden mit sich bringt, ist vorhanden. Erfahrungen aus dem Medizincontrolling oder dem Pflegecontrolling der Altenpflege liefern hier entsprechende Argumente.

Dennoch könnte ein Pflegecontrolling letztlich in den Kliniken unumgänglich werden und durchaus Chancen auf Aufwertung der Pflege als Profession bieten, mit einem Pflegemanagement, welches sich als organisatorisch tätigen Teil der pflegerischen Patientenversorgung versteht und mit entsprechender Nähe zu den Pflegeteams organisiert, führt und steuert.

Unter diesen Umständen könnte mit dem Einsatz innerklinischer Controllinginstrumente im Pflegemanagement ein Pflegecontrollingsystem entstehen, welchem der Spagat zwischen ökonomischen Perspektiven, einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung und einem nachhaltigen Personalmanagement gelingt.

Literaturverzeichnis

1. Schirmer, H. (2017): Krankenhaus-Controlling – Handlungsempfehlungen für Krankenhausmanager, Krankenhauscontroller und alle mit Controlling befassten Führungs- und Fachkräfte in der Gesundheitswirtschaft, 5., überarbeitete und erweiterte Auflage, Renningen: expert Verlag.
2. Zapp, W., Oswald, J (2009): Controlling-Instrumente für Krankenhäuser, 1. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
3. Schulze, S. (2014): Controlling im Krankenhaus – Empirische Untersuchung zu Nutzungsmöglichkeiten etablierter Controlling-Instrumente im Zuge der zunehmenden Globalisierung von Gesundheitsdienstleistungen, Hamburg: disserta Verlag.
4. Bücken, T. (2005): Operatives Pflegecontrolling im Krankenhaus – Pflegeökonomisches Handeln im DRG-System, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
5. Wall, F., Schröder, R. W. (2009): Zwischen Shareholder Value und Stakeholder Value: Neue Herausforderungen für das Controlling?!, S. 3-18. In: Wall, F., Schröder, R. W. (Hrsg.): Controlling zwischen Shareholder Value und Stakeholder Value – Neue Anforderungen, Konzepte und Instrumente, München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
6. Zapp, W., Füll, M., Brüwer, M. (2004): Clinical Pathways als Controlling-Instrument in Medizin und Pflege, S. 151-167. In: Zapp, W. (Hrsg.): Controlling in der Pflege, 1. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.
7. Bruns, B. (2004): Kosten- und Leistungsrechnung als Ausgangspunkt des betrieblichen Controllings in der ambulanten Pflege, S. 361-380. In: Zapp, W. (Hrsg.): Controlling in der Pflege, 1. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.
8. Dinter, R. (2004): Die Bedeutung <<weicher>> Faktoren für ein verfahrens- und verhaltensorientiertes Controlling-System in der ambulanten Pflege, S. 349-360. In: Zapp, W. (Hrsg.): Controlling in der Pflege, 1. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.
9. Fauth, T. (2008): Controlling in ambulanten Pflegeeinrichtungen – Entwicklung einer Kosten- und Leistungsrechnung sowie steuerungsrelevanter Kennzahlen, Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.

10. Bienert, M. L., Brase, R. (2014): Management stationärer Pflegeeinrichtungen, Heidelberg: medhochzwei Verlag.
11. Maier, B., Tybussek, K. (2017): Einleitung, S. 9-13. In: Maier, B., Tybussek, K. (Hrsg.): Management und Controlling in der Pflege – Handlungsoptionen infolge der neuen Pflegestärkungsgesetze, 1. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
12. Maier, B., Maier, T. (2017): Grundlagen des Controllings für die Steuerung stationärer Altenhilfeeinrichtungen, S. 126-138. In: Maier, B., Tybussek, K. (Hrsg.): Management und Controlling in der Pflege – Handlungsoptionen infolge der neuen Pflegestärkungsgesetze, 1. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
13. Schlürmann, B. (2018): Controlling für ambulante Pflegedienste – Mit Kennzahlen den Pflegedienst erfolgreich steuern, Berlin: Springer-Verlag.
14. Mielstein, R., Schreyögg, J. (2020): Empirische Evidenz zu den Wirkungen der Einführung des G-DRG-Systems, S. 26-39. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J., Beivers, A. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2020 – Finanzierung und Vergütung am Scheideweg, Berlin: Springer-Verlag.
15. Leber, W.-D., Vogt, C. (2020): Reformschwerpunkt Pflege: Personaluntergrenzen und DRG-Pflege-Split, S. 113-144. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J., Beivers, A. (Hrsg.): „Krankenhaus-Report 2020 – Finanzierung und Vergütung am Scheideweg“, Berlin: Springer-Verlag.
16. Weber, J., Schäffer, U. (2020): Einführung in das Controlling, 16. Auflage, Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
17. Heske, C. (2019): Verflixter „Pflexit“. Health&Care Management, Ausgabe 12/2020, S. 18-19.
18. Simon, M. (2019): Das Deutsche DRG-System: Vorgeschichte und Entwicklung seit seiner Einführung, S. 3-27. In: Dieterich, A., Braun, B., Gerlinger, T., Simon, M. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus – Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden: Springer Fachmedien.

19. Braun, B. (2019): Das Innenleben des Krankenhauses – zwischen Bedarfsorientierung, Überversorgung, Personalmangel, professionellen Logiken und Strukturdefiziten, S: 69-105. In: Dieterich, A., Braun, B., Gerlinger, T., Simon, M. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus – Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden: Springer Fachmedien.
20. Bode, I. (2019): DRG oder Markt? Zum Ambivalenzdruck im deutschen Krankenhauswesen, S. 47-65. In: Dieterich, A., Braun, B., Gerlinger, T., Simon, M. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus – Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden: Springer Fachmedien.
21. Weimann, A., Meyer, H.-J. (2019): Ethische Aspekte im DRG-System aus chirurgischer Sicht, S. 127-138. In: Dieterich, A., Braun, B., Gerlinger, T., Simon, M. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus – Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden: Springer Fachmedien.
22. Simon, M. (2019): Die Bedeutung des DRG-Systems für Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, S. 219-251. In: Dieterich, A., Braun, B., Gerlinger, T., Simon, M. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus – Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden: Springer Fachmedien.
23. Leber, W.-D. (2019): Integrale Vergütung. führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jahrgang 36/3, S. 208-210, Melsungen: Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft.
24. Mielchen, S. (2004): Grenzen von Leistungsbeurteilungssystemen und ihre motivatorischen Möglichkeiten, Hamburg: diplomica Verlag.
25. Dreier, A., Rogalski, H., Homeyer, S., Oppermann, R. F., Hingst, P., Hoffmann, W. (2015): Erwartungen, Wünsche und Grenzen der künftigen Aufgabenteilung von Pflege und Medizin – Ergebnisse der Care-N Study M-V. Pflege – die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Jahrgang 28, S. 287-296, Bern: Verlag Hans Huber.
26. Nerlich, S., Klewer, J. (2019): Analyse der pflegerischen Tätigkeiten auf einer internistischen Station in einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung. Pflegewissenschaft, Ausgabe 11-12 2019, S. 429-438, Hungen: Verlag hpsmedia.
27. Künzli, B. (2012): SWOT-Analyse – Ein klassisches Instrument der Strategieentwicklung mit viel ungenutztem Potenzial. Zeitschrift Führung+Organisation, Ausgabe 2/2012, S. 126-129, Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

28. CDU, CSU, SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode.
https://www.csu.de/common/csu/content/csu/hauptnavigation/dokumente/2018/Koalitionsvertrag_2018.pdf [Zugriff am 3.12.2020].
29. EFQM (2020): Our History.
<https://www.efqm.org/index.php/about-us/our-history/> [Zugriff am 3.12.2020].
30. Bundesgesundheitsministerium (2020): Pflegepersonaluntergrenzen.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/personaluntergrenzen.html> [Zugriff am 3.12.2020].
31. Springer Gabler | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH (2020): Gabler Wirtschaftslexikon: Sozioökonomie.
<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/soziooekonomie-53796> [Zugriff am 3.12.2020].

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Durch Pflegekräfte implizit rationierte Tätigkeiten	S. 9
Abbildung 2: Pflegepersonaluntergrenzen	S. 13
Abbildung 3: Berechnungsgrundlage Pflegekosten in der Übergangslösung	S. 15
Abbildung 4: Controllingkonzeptionen	S. 20
Abbildung 5: Ergebnisse eines Controllingsystems	S. 23
Abbildung 6: Shareholder-Perspektive versus Stakeholder-Perspektive	S. 24
Abbildung 7: Funktionen der KLEE-Rechnung	S. 27
Abbildung 8: Rahmenbedingungen der Krankenpflege	S. 30
Abbildung 9: Operatives und strategisches Pflegecontrolling im Krankenhaus	S. 31
Abbildung 10: Zeitaufwand für Tätigkeiten in der Pflege im Frühdienst	S. 33
Abbildung 11: Zeitaufwand für Tätigkeiten in der Pflege im Spätdienst	S. 34
Abbildung 12: Zeitaufwand für Tätigkeiten in der Pflege im Nachtdienst	S. 34
Abbildung 13: Das Konzept Pflegevisite	S. 39
Abbildung 14: Erstellung einer Kostenträgerrechnung	S. 47
Abbildung 15: Schema einer SWOT-Analyse	S. 53
Abbildung 16: Strategieentwicklung mit der SWOT-Analyse	S. 54
Abbildung 17: SWOT-Matrix im Pflegemanagement	S. 55
Abbildung 18: Aspekte des Benchmarkings im Kontext der Balanced Scorecard	S. 59
Abbildung 19: Kennzahlen eines ambulanten Pflegedienstes nach der Balanced Scorecard	S. 60

Glossar

Abb.

Abkürzung für „Abbildung“.

G-DRG-System

„german diagnosis related groups“ ist ein Fallpauschalensystem, welches anhand der Haupt- und Nebendiagnosen der Patient/innen eine pauschale Vergütung für Krankenhäuser festlegt.

PKV

Private Krankenversicherungen

GKV

Gesetzliche Krankenversicherung

DKG

Deutsche Krankenhausgesellschaft

BMG

Bundesministerium für Gesundheit

InEK

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

PKMS

Pflegekomplexmaßnahmen-Score, ein System zur gesonderten Abrechnung der Pflegekosten besonders pflegeaufwändiger Patient/innen in Krankenhäusern.

PPR

Pflegepersonalregelung, eine von 1993 bis 1996 gesetzliche Vorschrift zur Erstellung individueller Pflegepersonalschlüssel für Bereiche in einem Krankenhaus.

SWOT-Analyse

Analyse von Stärken, Schwachen, Chancen und Gefahren zur strategischen Positionierung und Planung.

KLEE-Rechnung

Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnisrechnung im Krankenhaus.

QM-Systeme

Qualitätsmanagement-Systeme, Controlling-Einheiten zur Steuerung der Qualität.

Hüft-TEP

Totale Endoprothese des Hüftgelenks, also ein vollständiger, operativ vorzunehmender, Ersatz von Hüftkopf und Hüftpfanne

KTQ

„Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ eine Firma, welche Zertifizierungen und Qualitätsmanagement-Systeme im Gesundheitswesen anbietet.

EFQM

European Foundation for Quality Management

SARS-COV-2

Neuartiges Virus, welches zur Gruppe der Coronaviren gehört und von Mensch zu Mensch übertragbar ist, wodurch es eine globale Pandemie ab 2020 ausgelöst hat.

Ehrenabsichtserklärung

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere an Eides statt, diese Bachelorarbeit selbstständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben. Alle aus der Literatur und sonstigen Quellen (insbesondere auch aus Internettexten) übernommenen Inhalte wurden kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Frederic Fürschke