

Bachelorarbeit
im Bachelorstudiengang
Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen
an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Neu-Ulm

Relevanz des Pflegecontrollings – Aspekte eines ganzheitlichen Pflegecontrollings

Erstkorrektor: Herr Prof. Dr. Kuhn

Zweitkorrektor: Herr Prof. Dr. Da-Cruz

Verfasser: Markus Ewaldt (Matrikel-Nr.: 243120)

Thema erhalten: 01.07.2022

Arbeit abgegeben: 02.11.2022

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	III
Abkürzungsverzeichnis.....	VI
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Abstract	IX
1. Einleitung	10
2. Theoretische Grundlagen des Pflegecontrollings	13
2.1 Definition von Controlling und Pflegecontrolling.....	13
2.2 Das strategische und operative Pflegecontrolling.....	16
2.3 Die Einordnung des Pflegecontrollings im Kontext anderer Controlling-Bereiche ...	18
2.4 Die Bedeutung des Qualitätscontrollings für das Pflegecontrolling	19
2.4.1 Die Qualitätsdimensionen	19
2.4.2 Effektivitätsbezogene und effizienzbezogene Instrumente zur Verbesserung der Qualität und der Kostensituation	21
2.4.3 Die Pflegevisite – ein wesentliches Qualitäts- und Dokumentationsinstrument des Pflegecontrollings.....	24
3. Pflegecontrolling am Beispiel einer stationären Altenhilfeeinrichtung	26
3.1 Grundlegendes	26
3.2 Die Informationsfunktion	26
3.3 Die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung	27
3.4 Pflegegradcontrolling	29
3.5 Geschäftsmodelle für Pflegeheime	30
3.5.1 Sich ändernde Rahmenbedingungen	30
3.5.2 Der Komplexträger	30
3.5.3 Kooperative Geschäftsmodelle	32

3.6	Bedeutung des strategischen Pflegecontrollings	33
4.	Die Balanced Scorecard als zentrales Element des strategischen Pflegecontrollings	35
4.1	Das Konzept BSC und dessen Bedeutung für ein Controlling in der Pflege	35
4.2	Die Dimensionen der Balanced Scorecard	37
4.3	Der Prozess der Implementierung einer Balanced Scorecard	37
4.3.1	Die Implementierung	37
4.3.2	Die fertige Balanced Scorecard	38
4.3.3	Ursache-Wirkungs-Ketten	39
4.3.4	Maßnahmen	40
4.4	Herausforderungen bei der Einführung einer Balanced Scorecard	42
4.4.1	Mangel an Ressourcen	42
4.4.2	Mangel an Erfahrung und Wissen	43
4.4.3	Mangel an Identifikation mit der Balanced Scorecard	43
4.4.4	Gegensteuerungsmaßnahmen	44
4.5	Die Pflege der Balanced Scorecard	45
4.6	Umgang mit der Änderung von Strategien	46
5.	Das verhaltensorientierte Pflegecontrolling	49
5.1	Grundlagen	49
5.2	Wollens-Beschränkungen und die Principal-Agent-Theorie	50
5.3	Könnens-Defizite und das Konzept des internen Modells	51
5.4	Besonderheiten der pflegerischen Arbeit	53
5.5	Bedeutung des Führungsverhaltens	54
5.6	Chancen und Grenzen des verhaltensorientierten Controllings	55
6.	Fazit	56
6.1	Reflexion des Vorgehens	56
6.2	Beantwortung der Forschungsfrage bei Zusammenfassung der Ergebnisse	56

6.3	Kritische Betrachtung & Ausblick	59
7.	Literaturverzeichnis	61
	Eidesstattliche Erklärung.....	X

Abkürzungsverzeichnis

BSC	Balanced Scorecard
-----	--------------------

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Controlling-Begriffe (in Anlehnung an Horváth et. al. 2020, S. 15)	13
Abbildung 2: Controlling-Kreis (in Anlehnung an Hellmann u. a. 2017, S. 343)	14
Abbildung 3: Einteilung des Pflegecontrollings (in Anlehnung an Frodl 2012, S. 83)	15
Abbildung 4: Strategisches Pflegecontrolling (in Anlehnung an Ptak 2009, S. 176)	17
Abbildung 5: Beispielhafte Aufgaben des operativen Pflegecontrollings (Eigene Darstellung in Anlehnung an Hellmann et. al. 2017, S. 340 f.)	17
Abbildung 6: Controlling-Matrix: Beispiele für die Bewertung der Pflegeleistung (Potential, Prozess und Ergebnis) anhand der Kriterien Qualität, Zeit und Kosten (in Anlehnung an Fließ et. al. 2005, S. 411)	20
Abbildung 7: Controlling-Instrumente im Pflegemanagement (in Anlehnung an Fließ et. al. 2005, S. 413)	22
Abbildung 8: Effektivitätsbezogene Instrumente (eigene Darstellung, in Anlehnung an Fließ et. al. 2005, S. 414 ff.)	23
Abbildung 9: Effizienzbezogene Instrumente (eigene Darstellung, in Anlehnung an Fließ et. al. 2005, S. 423 ff.)	23
Abbildung 10: Ablauf einer Pflegevisite (in Anlehnung an Frodl 2012, S. 86)	24
Abbildung 11: Operative Controlling-Instrumente zur Entscheidungsunterstützung (eigene Darstellung, in Anlehnung an Maier B., Maier T. 2017, S. 133 ff.)	28
Abbildung 12: Faktoren, die die Entstehung kooperativer Geschäftsmodelle fördern (in Anlehnung an Liedmann 2017, S. 86)	32
Abbildung 13: Struktur und Aufgaben eines modernen Gesundheitszentrums (in Anlehnung an Schirmer 2004, S. 248)	33
Abbildung 14: Balanced Scorecard als Rahmen zur operativen Umsetzung einer Strategie (in Anlehnung an Kaplan/Norton 2018, S. 9)	36
Abbildung 15: Balanced Scorecard des Symponia Krankenhauses	39
Abbildung 16: Ursache-Wirkungsketten des Symponia Krankenhauses (in Anlehnung an: Bohnhardt 2004, S. 222)	40
Abbildung 17: Phasen des Change-Prozesses (eigene Darstellung in Anlehnung an Thiex-Kreye; Saure 2018, S. 255-260)	47

Abbildung 18: Bausteine eines gesunden Führungsverhaltens (eigene Darstellung, in Anlehnung an Dinter 2004, S. 355)	54
--	----

Abstract

Pflegeeinrichtungen stehen unter stetig wachsendem Kostendruck, bedingt durch den demographischen Wandel. Das Ziel in der vorliegenden Arbeit ist die Beantwortung der Frage, welche Rolle ein Pflegecontrolling einnehmen kann, um die finanzielle Situation von Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Die Recherchen dieser Literaturarbeit zeigten, dass Pflegecontrolling ein großes Spektrum an Möglichkeiten aufweist, die Wirtschaftlichkeit eines Gesundheitsbetriebs zu verbessern. Pflegecontrolling kann zudem tiefgreifendere Veränderungen ermöglichen. Der verhaltensorientierte Controllingansatz sowie das Kennzahlen- und Führungssystem Balanced Scorecard ermöglichen eine Ausrichtung auf die wichtigste Ressource in der Pflege: die Pflegekräfte. Die Ansätze zeigen, dass die Investition in das Pflegepersonal, sich positiv auf alle anderen Prozesse – allen voran die Behandlungsqualität, die Zufriedenheit der Mitarbeiter und Patienten – und letztlich auf die Wirtschaftlichkeit und damit das Fortbestehen der Pflegeeinrichtung auswirken.

Schlagworte: Pflegecontrolling, Pflege-Controlling, Controlling, Balanced Scorecard, Rationalitätsdefizite, Pflege

Abstract (English)

Care facilities are facing a constantly growing financial pressure due to the demographic change. The goal of this paper is to answer the question, how nurse controlling can improve their financial situation. The results of this paper show the wide spectrum of instruments which nurse controlling can offer to bring change to an organization. But nurse controlling provides more than that. Holistic approaches like the balanced scorecard and the behavioral accounting allow taking another perspective. They draw attention to the most valuable resource of care facilities: nurses. Supporting them will not only increase quality of care and the satisfaction of patients and nurses themselves. It will secure the existence of care facilities in the long term.

Keywords: nurse controlling, care controlling, controlling, balanced scorecard, nursing

1. Einleitung

In den letzten Jahren kam es zu vielen gesetzlichen Änderungen im Gesundheitswesen. Die Änderungen der Pflegestärkungsgesetze weckten bei mir das Interesse für das Thema Pflege, da sich viele spannende Szenarien bieten, wie Pflege in der Zukunft aussehen könnte. Als ein Familienmitglied von mir pflegebedürftig wurde, fing ich an, mich immer intensiver mit dem Thema auseinanderzusetzen. Freunde, die in der Pflege arbeiteten, steigerten meine Begeisterung zusätzlich, genauso wie ein Praktikum in einem Krankenhaus. Die privaten Eindrücke, die ich zur Pflege gewinnen konnte, verband ich mehr und mehr mit meinem Studium, in dem mich bislang das Controlling am meisten interessierte. Seit Jugendzeiten begeisterte mich der Umgang mit Zahlen, doch erst im Rahmen meines Studiums wurde mir bewusst, wie viel mehr Controlling bedeutet und welche Möglichkeiten sich dadurch bieten. Controlling schafft eine systematische und vielseitige Steuerung eines Unternehmens, die mehr als nur darauf abzielen muss, ein positives Jahresergebnis bzw. möglichst hohe Gewinne zu erzielen. Auf Rat einer Professorin entschied ich mich, die Themen Controlling und Pflege miteinander zu verbinden und über das Pflegecontrolling zu schreiben. So richtet sich diese Arbeit über die Relevanz des Pflegecontrollings in erster Linie an Studierende und Berufstätige im Gesundheitswesen, die in Einrichtungen der Pflege arbeiten oder arbeiten wollen. Ziel dieser Arbeit ist, die Potenziale ganzheitlicher Pflegecontrolling-Ansätze für Pflegeeinrichtungen bzw. Einrichtungen, die Pflegeprozesse inkludieren aufzuzeigen.

Der demographische Wandel hinterlässt seine Spuren. Menschen werden älter und haben eine höhere Lebensqualität als früher. Dies ist dem medizinischen Fortschritt zu verdanken. Mit steigendem Alter erhöht sich das Risiko der Multimorbidität, die Gefahr an mehreren Krankheiten gleichzeitig zu erkranken. Das Sozialsystem und insbesondere die Pflegeversicherung werden dadurch vor große Herausforderungen gestellt, da die Zahl der Pflegebedürftigen im hohen Alter drastisch ansteigt. Neben der älter werdenden Bevölkerung sinkt die Geburtenrate, sodass immer weniger Erwerbstätige das Sozialsystem unterstützen können. Der Fachkräftemangel verstärkt diesen Effekt (vgl. Becker 2017, S. 18 f.).

Gesichert ist, dass es politische Veränderung braucht. Der Pflegeberuf muss attraktiver werden, sodass mehr Menschen sich für diesen Beruf entscheiden. Zudem sind qualifizierte Fachkräfte erforderlich. Die Akademisierung der Pflege kann hier einen wertvollen Beitrag leisten. Dass wir in der Zukunft mehr Pflegebeiträge oder Steuern zur Sicherung des Pflegesystems zahlen werden müssen, ist jedoch unvermeidbar. Doch alle diese Faktoren nützen meiner Meinung nach nichts, wenn eine Einrichtung im Gesundheitswesen nicht proaktiv handelt, sich intensiv mit den Möglichkeiten im Wettbewerb sowie im eigenen Gesundheitsbetrieb auseinandersetzt. Je wirtschaftlicher agiert wird, desto mehr finanzielle Mittel bleiben, die in das Wohl der Patienten investiert werden können. Wie tiefgreifend die Prozesse dahinter jedoch wirklich sind, finde ich besonders wichtig. Das möchte ich mit der Thematik des Pflegecontrolling aufzeigen. Mein Ziel ist, darzustellen, welche Controlling-Ansätze von Gesundheitsbetrieben verwendet werden können, damit diese sich strategisch besser positionieren, Qualität aufrechterhalten und optimieren und die Zufriedenheit aller Beteiligten gewährleisten können. Ich erhoffe mir, wichtige praktische Methoden kennenzulernen, mit denen Pflegecontroller Gesundheitseinrichtungen effektiv bei der langfristigen und kurzfristigen Steuerung des Unternehmens unterstützen können.

Dies ist eine Literaturarbeit mit dem Ziel anhand der Forschungsergebnisse eine Theorie darüber aufzustellen, wie Pflegeeinrichtungen vom Pflegecontrolling profitieren können. Folgende Forschungsfrage soll daher beantwortet werden:

„Welche Rolle kann ein Pflegecontrolling einnehmen, um die finanzielle Situation von Pflegeeinrichtungen zu verbessern, sodass die Menschen – ob Mitarbeiter, Patienten oder Angehörige – davon profitieren?“

Die Arbeit beginnt mit den theoretischen Grundlagen zum Controlling und Pflegecontrolling. Hier wird zwischen strategischem und operativem Controlling differenziert. Zudem findet eine Einordnung des Pflegecontrollings im Kontext des gesamten Controllings und anderer Controllingbereiche statt. Hervorgehoben wird das Qualitätscontrolling, welches dem Pflegecontrolling eine Vielzahl wichtiger Instrumente zur Verbesserung der Pflegequalität an die Hand gibt.

Im dritten Kapitel werden die wesentlichen Aspekte eines Pflegecontrollings im Pflegeheim erläutert. Hier geht es insbesondere um die strategische Bedeutung des

Pflegecontrollings. Zunächst werden die Aufgaben zur Unterstützung der Unternehmensführung bei Entscheidungen erläutert. Dies beinhaltet insbesondere die Sammlung, Aufbereitung und Auswertung von Informationen sowie deren Kommunikation an die Leitungsebene. Im Anschluss wird auf Geschäftsmodelle für Pflegeheime eingegangen. Der letzte Teil des Kapitels beschreibt die Bedeutung des strategischen Pflegecontrollings anhand verschiedener strategischer Ansätze.

In Kapitel vier wird auf ein besonderes Instrument des strategischen Controllings eingegangen: die Balanced Scorecard. Dieses Kennzahlensystem wird zuerst erläutert. Danach wird der Prozess der Implementierung eines solchen Systems an einem fiktiven Beispiel beschrieben. Zuletzt wird auf die Herausforderungen der Implementierung der Balanced Scorecard eingegangen. Im fünften Kapitel werden die wesentlichen Aspekte des verhaltensorientierten Pflegecontrolling dargelegt. Es werden unterschiedliche Arten von irrationalen Verhalten bei Führungskräften aufgezeigt, zu denen auf die Pflege bezogene Lösungsansätze geschildert werden. Zuletzt wird auf die Chancen und Grenzen des verhaltensorientierten Pflegecontrollings sowie die Bedeutung des Führungsverhaltens für das gesamte Unternehmen eingegangen.

Im Fazit wird das Vorgehen bei dieser Arbeit reflektiert. Im Anschluss werden die Ergebnisse zusammengefasst und die Forschungsfrage beantwortet. Den Abschluss dieser Arbeit bildet eine kritische Betrachtung der Vorgehensweise und ein Ausblick auf die Zukunft des Pflegecontrollings bzw. der Forschung dazu.

2. Theoretische Grundlagen des Pflegecontrollings

2.1 Definition von Controlling und Pflegecontrolling

Bevor eine Annäherung an die Begriffe „Controlling“ und „Pflegecontrolling“ stattfinden soll, sei gesagt, dass es keine eindeutige Controlling-Definition gibt. Nach Weber und Schäffer (2016, S. 1) ist Controlling „[...] eine spezielle Führungs- oder Managementfunktion, die von unterschiedlichen Aufgabenträgern [...] vollzogen wird“ und unter einem Controller einen „[...] Stelleninhaber, der für Manager ein bestimmtes Set an Aufgaben wahrnimmt.“ Abbildung 1 zeigt eine ähnliche Definition und bezieht zudem die Begriffe Controllershship und Controllingbereich mit ein.

Controller	Aufgabenträger, der im Zusammenspiel mit dem Manager die Controllingfunktion wahrnimmt
Controllershship	Sammelbegriff für die gesamte Tätigkeit des Controllers
Controlling	Der Steuerungsprozess, der durch Zusammenwirken von Manager und Controller wahrgenommen wird.
Controllingbereich	Die Organisationseinheit, die das Controllershship wahrnimmt

Abbildung 1: Controlling-Begriffe (in Anlehnung an Horváth et. al. 2020, S. 15)

Horváth et. al. (vgl. 2020, S. 14) betonen, dass dem Controlling-Begriff ein grundlegendes Missverständnis zugrunde liegt. Ein Controller führe das Controlling gar nicht allein durch, sondern unterstütze die Führung dabei. So schreiben sie: „Controlling als Steuerungsprozess wird durch das Zusammenwirken von Controller und Manager realisiert.“ (ebd.)

Der Controlling-Kreis stellt dies graphisch dar (siehe Abbildung 2): Ein Controller unterstützt die Unternehmensführung kontinuierlich mit Informationen sowie in der Planung, bei Vergleichen, Analysen und der Einleitung von Gegensteuerungsmaßnahmen. Dieser Steuerungsprozess, das Controlling, wird von Controller und Manager zusammen durchgeführt.

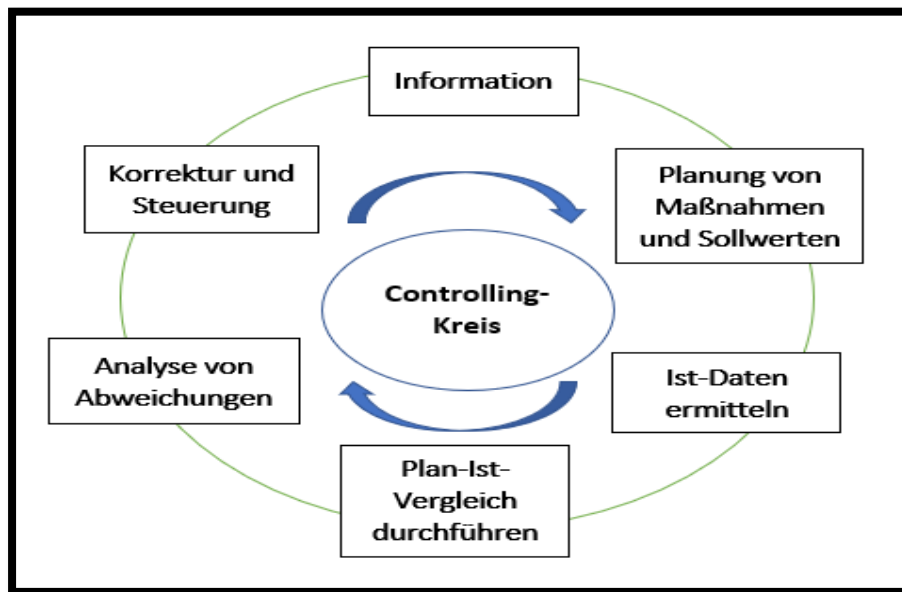


Abbildung 2: Controlling-Kreis (in Anlehnung an Hellmann u. a. 2017, S. 343)

Das Pflegecontrolling ist ein integriertes Konzept, dessen Ausgangspunkt nicht das Rechnungswesen, sondern die pflegerische Arbeit ist. Da der Schwerpunkt nicht nur auf den Kosten, sondern ebenso auf der Behandlung und Pflege liegt, gilt es die Ressourcen so zu nutzen, dass quantitative und qualitative Vorgaben erreicht werden (vgl. Hellmann/Thiele 2020, S. 98).

Frodl (2012, S. 161) definiert das Pflegecontrolling wie folgt:

„Befasst sich neben dem Medizincontrolling insbesondere mit den Besonderheiten der pflegerischen Versorgungs-bzw. Leistungsprozesse. Dies beinhaltet sowohl die Herausbildung eines speziellen Controllings für Pflegeeinrichtungen als auch eines Controllings von Pflegeprozessen.“

Frodl (vgl. Frodl 2012, S. 82 f.) differenziert zwischen dem "Pflegecontrolling im engeren Sinn." und dem "Controlling für die Pflege" (siehe Abbildung 3). Letzteres versorgt die Pflegeleitung bzw. andere Adressaten mit übersichtlich zusammengestellten Informationen und Kennzahlen. In regelmäßigen Abständen wird ein Berichtswesen durchgeführt, um bei wichtigen Entscheidungen eine Unterstützungsfunktion einzunehmen. Das Pflegecontrolling im engeren Sinne stellt den pflegerischen Prozess von Aufnahme des Patienten bis zu seiner Entlassung transparent dar und macht ihn steuerbar, indem Methoden zur Verbesserung der Qualität und Effizienz der Pflegeleistungen herangezogen

Theoretische Grundlagen des Pflegecontrollings

werden (vgl. ebd.). Im weiteren Verlauf dieser Ausarbeitung ist bei der Verwendung des Begriffes Pflegecontrolling das Controlling für die Pflege gemeint.

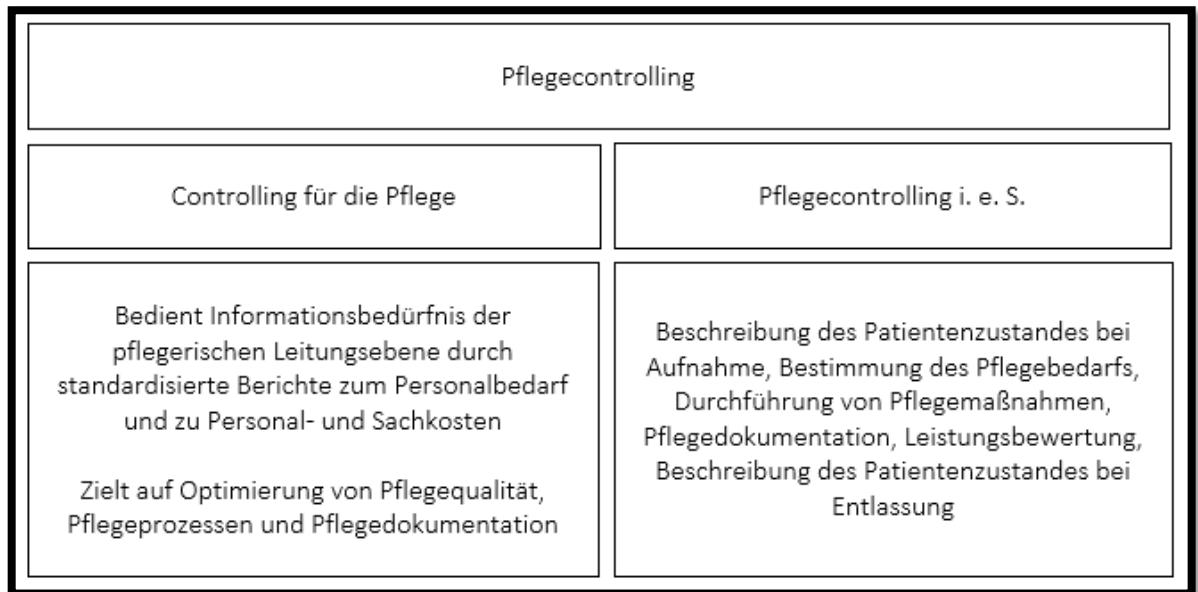


Abbildung 3: Einteilung des Pflegecontrollings (in Anlehnung an Frodl 2012, S. 83)

Doch aus welchem Grund bedarf es eines Pflegecontrollings in Gesundheitseinrichtungen? Schließlich entscheiden sich Menschen nicht einfach dazu, pflegebedürftig zu werden oder kurzfristig auf Pflege angewiesen zu sein. Gesundheit ist ein unbezahlbares Gut und doch sollte jeder Mensch Anspruch darauf haben. Da wir in einer Welt mit begrenzten Ressourcen leben, bedarf es eines ökonomischen Prinzips bei der Durchführung von Gesundheitsleistungen. In Einrichtungen des Gesundheitswesens gilt das Minimalprinzip, nach dem die gegebenen Ziele mit minimalem Ressourceneinsatz erreicht werden sollen. Die finanziellen Mittel sind begrenzt und somit kann nicht jede Leistung durchgeführt werden. Dies verdeutlicht, dass in Bereichen wie der Pflege wirtschaftliche Entscheidungen nicht ohne ethische Grundlagen getroffen werden können. Ein Controlling bzw. Pflegecontrolling hat nicht den Anspruch dieses ethische Problem zu lösen. Es kann jedoch helfen, die begrenzten ökonomischen Mittel so einzusetzen, dass die Anliegen der Patienten so gut wie möglich wahrgenommen werden. Je wirtschaftlicher eine Gesundheitseinrichtung agiert, desto mehr finanzielle Ressourcen bleiben, welche in die Gesundheit von Patienten investiert werden können. Diese erlauben es, systematisch die Effektivität und Effizienz in sämtlichen Bereichen und damit die Wirtschaftlichkeit zu verbessern (vgl. Zapp 2004, S. 114).

2.2 Das strategische und operative Pflegecontrolling

Im strategischen Pflegecontrolling liegt der Fokus auf dem Fortbestehen der Gesundheitseinrichtung. Das strategische Pflegecontrolling steuert die langfristige Pflegeplanung zur Ableitung von Handlungsfeldern und -richtlinien für das operative Controlling (vgl. Ptak 2009, S. 175f.).

Der Fokus liegt bei dieser Controlling-Ebene auf der Effektivität, d. h. die Wirksamkeit der Planung. Der Betrachtungszeitraum des strategischen Pflegecontrollings liegt bei drei bis mindestens fünf Jahren (vgl. Schirmer 2004, S. 249).

Die Maßnahmen zur Erreichung der langfristigen Existenzsicherung lassen sich, wie in Abbildung 4 zu sehen ist, in drei Schritte einteilen. Zuerst werden entscheidungsrelevante Informationen aus der Umwelt gesammelt. Verschiedene Instrumente der Umfeldanalyse (z. B. 5-Kräfte-Modell, Konkurrenzanalyse, Exante-Analyse) können hier behilflich sein. Die erarbeiteten Informationen werden im nächsten Schritt aufbereitet, beziehungsweise mit Unternehmensanalysen (z. B. SWOT-Analyse, Szenario-Technik, Frühwarnsysteme) kombiniert. Diese dienen dazu, die Potenziale und Schwachstellen der eigenen Organisation herauszustellen. Die Ergebnisse dieser Analysen werden dann im letzten Schritt für die Strategiebildung und Maßnahmenplanung an die oberste Leitungsebene weitergeleitet. Wenn das strategische Pflegecontrolling funktioniert, kann die

Koordination der Aufgaben im operativen Pflegecontrolling erfolgreich sein (vgl. Ptak 2009, S. 176; Schirmer 2004, S. 249).

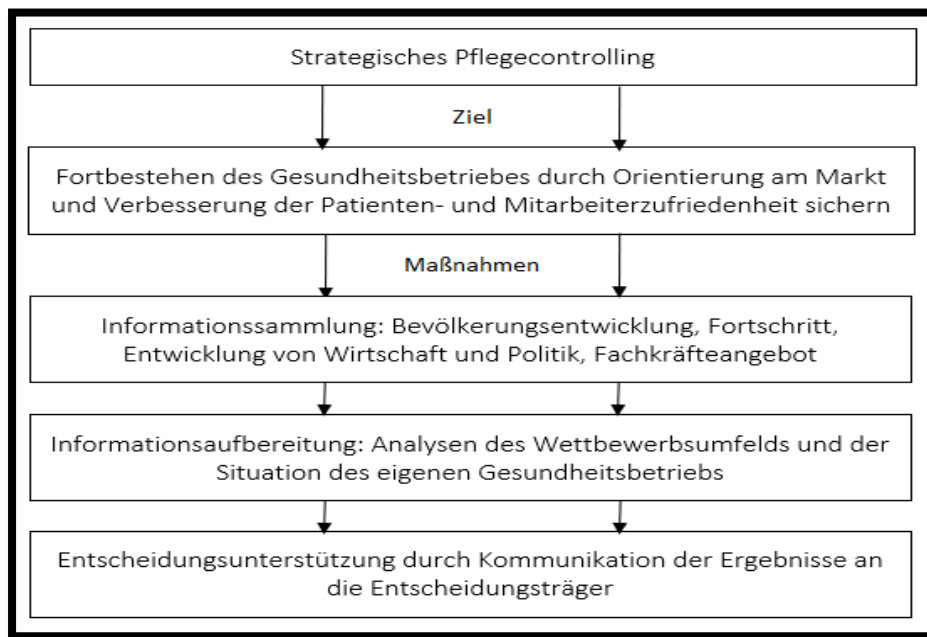


Abbildung 4: Strategisches Pflegecontrolling (in Anlehnung an Ptak 2009, S. 176)

Das operative Pflegecontrolling unterstützt die Unternehmensführung auf Bereichsebene bei der Zielbildung, Zielsteuerung und Zielerreichung. Die Ziele sind kurzfristig, d. h. auf bis zu ein Jahr ausgelegt und dienen der Umsetzung der strategischen Planungsvorgaben. Ziel ist daher, die Effizienz der Pflegeleistungen sowie der Pflegebedarfsplanung zu optimieren. Die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und Liquidität sind als besonders wichtige Ziele des operativen Pflegecontrollings hervorzuheben, da der zunehmende Wettbewerb und die Finanzierungsproblematik wirtschaftliches Handeln im Gesundheitswesen zur obersten Prämisse machen (vgl. Ptak 2009, S. 177 f.). Abbildung 5 veranschaulicht die Aufgaben des operativen Pflegecontrollings, die der Erreichung der Ziele dienen.

Nebenprozesse	Kernprozesse	
	Pflege-Controlling	MC
Personalcontrolling	Ermittlung von Personalbedarf und Pflegeintensität, Soll-Ist-Vergleich von Personalbesetzung	Wird in pflegerischen Fragen beraten
Ergebniscontrolling	Budgetierung, DB-Rechnung, Kostenrechnung	
Qualitätscontrolling	Pflegevisite, SERVQUAL, Qualitätsaudits, Beschwerdeanalysen, Gap-Analyse	

Abbildung 5. Beispielhafte Aufgaben des operativen Pflegecontrollings (Eigene Darstellung in Anlehnung an Hellmann et. al. 2017, S. 340 f.)

2.3 Die Einordnung des Pflegecontrollings im Kontext anderer Controlling-Bereiche

Wie in der Einleitung ausführlich erläutert wurde, bedarf es angesichts der sich verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen, der Gesellschaft und der Wirtschaft einer immer besseren Koordination der Prozessabläufe in der Patientenversorgung. Das Controlling nimmt hier eine zentrale Rolle ein. Daher ist eine gute Zusammenarbeit zwischen dem Controlling im Führungssystem und den unterschiedlichen Controlling-Bereichen erforderlich. Wie sich das Pflegecontrolling im Kontext des gesamten Controlling-Systems einordnen lässt, wird im Folgenden beschrieben.

Das Pflegecontrolling sowie das Medizincontrolling (MC) stellen innerhalb des Controllingsystems Kernprozesse dar, die dem Bereichs-Controlling zuzuordnen sind. Sie tragen direkt zum Wertschöpfungsprozess bei (vgl. Schirmer 2004, S. 245). Beim Personalcontrolling und Kosten- und Erlöscontrolling, handelt es sich dagegen um die relevantesten Nebenprozesse im Kontext des Pflegecontrollings. Sie unterstützen die Wertschöpfung indirekt. Weitere Controlling-Bereiche sind z. B. das Finanz- und Investitionscontrolling sowie das Risikocontrolling.

Das Medizin-Controlling ist für die Steuerung pflegerischer Leistungen sowie für die Ablaufgestaltung bei der Behandlung von Patienten zuständig. Es koordiniert und berät die Führungsebene bei der Planung und schafft durch ein informierendes und qualitätsgesichertes Berichtswesen Transparenz. (vgl. Hellmann et. al. 2017, S. 343). Das Medizin-Controlling und das Pflegecontrolling beinhalten jeweils ihre eigenen Nebenprozesse, die hier im Kontext des letzteren erläutert werden.

Das Personalcontrolling ist der wichtigste Nebenprozess des Pflegecontrollings, da die Personalkosten einen großen Teil der Gesamtkosten ausmachen. Das Ziel des Personalcontrollings ist eine zeitgerechte Bereitstellung personeller Ressourcen. Dabei gilt es, nicht nur die erforderliche Anzahl an Mitarbeitern zur Verfügung zu stellen, sondern qualifizierte Arbeitskräfte (vgl. Plücker 2014, S. 175 ff.). Die wesentliche Funktion des Personalcontrollings ist die Koordination innerhalb des Personalbereiches sowie mit anderen Unternehmensbereichen und der Geschäftsführung. Dies geschieht mithilfe von Kennzahlen (Bettig 2020, S. 117). Zudem rückt die Relevanz der Pflegequalität immer mehr in den Vordergrund. Die Ausrichtung auf eine patientenzentrierte Versorgung wird mehr und mehr zu einer Bedingung, um wettbewerbsfähig zu bleiben. Dies liegt an den in der Einleitung geschilderten, sich verändernden gesellschaftlichen, rechtlichen und

wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Eine Ausweitung des strategischen Horizontes auf mehr als nur das oberste Ziel, wirtschaftlich zu agieren, ist daher unabdingbar für das Fortbestehen von Gesundheitseinrichtungen (vgl. Schirmer 2004, S. 246 f.). Einen Teil trägt das Qualitätscontrolling dazu bei, welches in Kapitel 2.4 näher beschrieben wird.

Das Ergebniscontrolling dient der Gegenüberstellung der Kosten und Erlöse. Im Gesundheitseinrichtungen können Einnahmen u. a. aus dem ambulanten Bereich, dem stationären Bereich und aus Wahlleistungen kommen. Dem gegenüber stehen die Kosten, welche sich aus Personal- und Sachkosten zusammensetzen. Kapitel 3 über das Pflegecontrolling im Pflegeheim zeigt verschiedene Methoden des Ergebniscontrollings auf.

2.4 Die Bedeutung des Qualitätscontrollings für das Pflegecontrolling

2.4.1 Die Qualitätsdimensionen

Qualität ist die „Übereinstimmung von Leistungen mit Ansprüchen. Ansprüche stellen Kunden, Verwender (Konsument/Produzent), Händler und Hersteller.“ (Markgraf 2018, o. S.).

Der Qualitätsbegriff lässt sich zudem in drei verschiedene Dimensionen unterteilen: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität. Diese lassen sich wie folgt definieren:

“Structure denotes the attributes of the settings in which care occurs. [...] Process denotes what is actually done in giving and receiving care. [...] Outcome denotes the effects of care on the health status of patients and populations.” (Donabedian 1988, S. 1745)

Theoretische Grundlagen des Pflegecontrollings

Nach Donabedians Definition der Qualitätsdimensionen beschreibt die Strukturqualität, in welchem Maße die Rahmenbedingungen (Leistungspotentiale) bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung erfüllt werden. Die Prozessqualität bezieht sich auf die Inanspruchnahme von medizinischen und pflegerischen Leistungen durch den Patienten, den Leistungserstellungsprozess. Mit der Ergebnisqualität wird ausgedrückt, wie sich die Gesundheit des Patienten, dessen Einstellung und sein Gesundheitsverhalten verändert haben (Leistungsergebnis). Donabedian betont, dass die Beziehungen zwischen den verschiedenen Qualitätsdimensionen sehr relevant seien (vgl. ebd.).

Controllinggrößen → ↓ Controllingobjekte	Qualität	Zeit	Kosten
Leistungspotential	Qualifikation und Freundlichkeit des Pflegepersonals	Öffnungszeiten, Besuchszeiten	Kosten der räumlichen Ausstattung
Leistungserstellungs- prozess	Gespräche mit den Patienten	Wartezeiten, Dauer des Pflegeprozesses	Kosten der Wundpflege
Leistungsergebnis	Zufriedenheit der Patienten	Wirkung der Pflege auf die Patienten	Gesamtkosten des Aufenthaltes

Abbildung 6: Controlling-Matrix: Beispiele für die Bewertung der Pflegeleistung (Potential, Prozess und Ergebnis) anhand der Kriterien Qualität, Zeit und Kosten (in Anlehnung an Fließ et. al. 2005, S. 411)

Wie Abbildung 6 zu entnehmen ist, gibt es neben der Qualität zwei weitere relevante Controlling-Größen: die Zeit und die Kosten. Die Aufgabe des Pflegecontrollings ist, die Leistungspotentiale, den Leistungserstellungsprozess und das Leistungsergebnis hinsichtlich Qualität, Zeit und Kosten zu optimieren. Die fachlichen und sozialen Fähigkeiten des Pflegepersonals bestimmen die Qualität des Leistungspotentials. Durch Maßnahmen zur Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit und Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen lassen sich bessere Rahmenbedingungen schaffen. Ein Qualitätsmanagementsystem sowie Patientenbefragungen beeinflussen die Qualität nicht nur positiv, sondern tragen ebenso zu einem effizienteren Zeitmanagement bei. Die Qualität des Leistungserstellungsprozesses ist erheblich von der Mitwirkung des Patienten sowie der Pflegekraft abhängig. Die Interaktion mit den Patienten ermöglicht eine positive Beeinflussung sowie eine Einschätzung deren Bereitschaft, sich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Die Dauer von Wartezeiten, einzelnen Pflegeaktivitäten und des gesamten

Pflegeprozesses wirkt sich auf die Wahrnehmung der Qualität durch den Patienten aus. Mithilfe verschiedener Instrumente des Qualitätsmanagements lassen sich die Effektivität und Effizienz von Pflegeprozess und Leistungspotenzial einschätzen (siehe Kapitel 2.4.2).

Das Leistungsergebnis bezieht sich auf die gesamte Pflegedienstleistung. Die Qualität wird anhand der Zufriedenheit der Pflegepersonen bestimmt. Während die Controlling-Größen Qualität und Zeit der Ermittlung der Effektivität der Pflegeleistung dienen, wird unter dem Kostenaspekt die Effizienz bestimmt. Qualität und Zeit wirken sich zudem auf die Entwicklung der Kosten aus. Die Kosten des Leistungspotentials zeigen sich in der Bereitstellung der Leistung an sich, wie z. B. an den Kosten der EDV-Ausstattung oder der Zimmergestaltung. Beim Leistungserstellungsprozess sind die Kosten in hohem Maße von der Mitwirkung bzw. Selbstständigkeit der Patienten abhängig. Die Gesamtkosten (Leistungsergebnis) setzen sich aus den Kosten des Leistungspotentials und des Leistungserstellungsprozesses zusammen. Mittels verschiedener Kosteninstrumente lässt sich die Kostenentwicklung darstellen und analysieren (vgl. Fließ et. al. 2005, S. 411 f.).

2.4.2 Effektivitätsbezogene und effizienzbezogene Instrumente zur Verbesserung der Qualität und der Kostensituation

Das effektivitätsorientierte Controlling versucht zu bestimmen, inwiefern Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Während kundenorientierten Controllinginstrumente die Bewertung der Qualität durch den Kunden in den Vordergrund stellen, zeigen anbieterorientierte Controllinginstrumente, inwiefern die Pflegedienstleistung vorgegebenen Standards gerecht wird. Bei den patientenorientierten, prozessbezogenen Controllinginstrumenten gilt es, die Kontaktpunkte zwischen Pflegeperson und Pflegepersonal zu identifizieren und zu messen, wie die Patienten die Qualität in diesen Situationen wahrnehmen. Abweichungen von Qualitätsanforderungen werden analysiert, damit geeignete Maßnahmen zur Steigerung der Qualität abgeleitet werden können. Die anbieterbezogenen, prozessbezogenen Controllinginstrumente dienen der Analyse der für den Patienten nicht sichtbaren Aktivitäten des Pflegeprozesses (vgl. Fließ et. al. 2005, S. 412 f.).

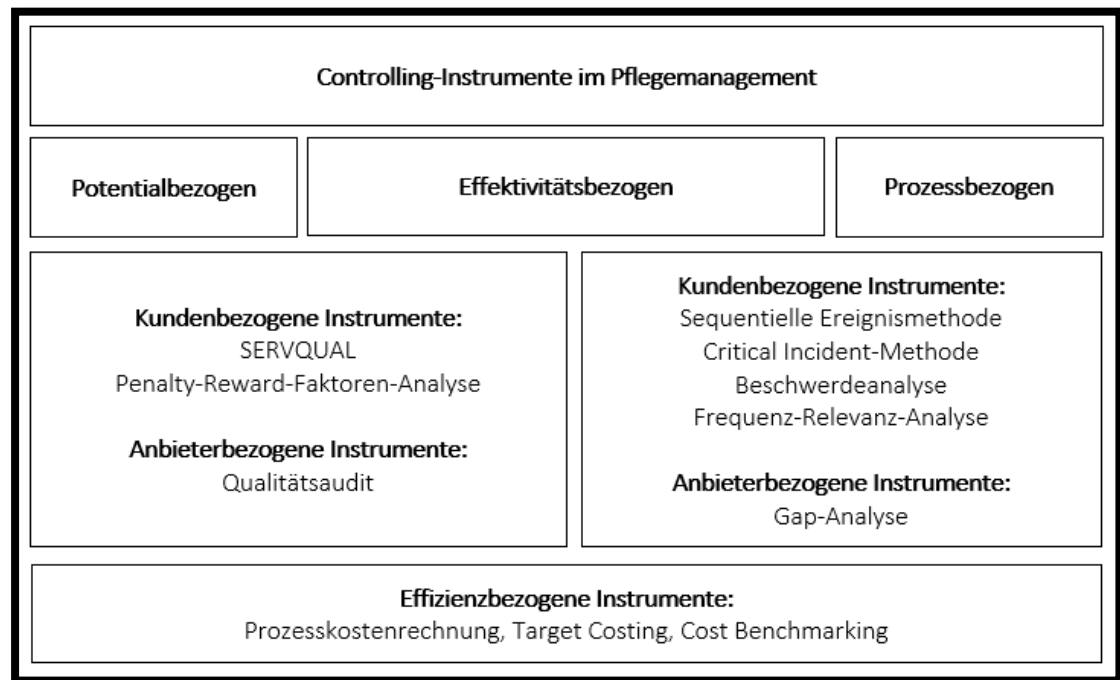


Abbildung 7: Controlling-Instrumente im Pflegemanagement (in Anlehnung an Fließ et. al. 2005, S. 413)

Die Grundlage von patientenorientierten, potenzialbezogenen Instrumenten sind standardisierte Fragebögen. Mit diesen wird versucht, die Zufriedenheit oder die Bewertung von Qualität zu erfassen, in dem mehrere Pflegepersonen befragt werden (vgl. Fließ et. al. 2005, S. 418). Anbieterbezogene, potenzialbezogene Instrumente messen nicht die Pflegequalität selbst, sondern überprüfen die Erfüllung der Voraussetzungen einer hohen Pflegequalität (vgl. ebd., S. 423). Abbildung 7 zeigt eine Übersicht über die Instrumente. Abbildung 8 beschreibt in zusammengefasster Form die Merkmale der verschiedenen Instrumente des effektivitätsbezogenen Controllings.

Methode	Merkmale
Potentialbezogene Instrumente	
SERVQUAL	Dient regelmäßiger Erfassung der Pflegequalität durch Befragung von Patienten mittels eines standardisierten Fragebogen
Penalty-Reward-Faktoren-Analyse	Differenzierung zwischen Faktoren, die bei Nicht-Erfüllung Unzufriedenheit verstärken und solchen, die Zufriedenheit fördern
Qualitätsaudit	Überprüft, in welchem Umfang vorhandene Ressourcen (Personal, Infrastruktur uws.) Pflegequalität erzeugen können
Prozessbezogene Instrumente	
Critical Incident-Methode	Patienten werden nach kritischen (positiv oder negativ), sich auf Ausnahmesituationen beziehende, Erlebnisse befragt
Sequentielle Ereignismethode	Identifikation kritischer Kontaktpunkte mit dem Pflegepersonal durch Zurückversetzen des Patienten in den Pflegeprozess
Beschwerdeanalyse	Heranziehen von Beschwerden als wichtige Informationsquelle für eine Verbesserung der Zufriedenheit der Patienten
Frequenz-Relevanz-Analyse	Kategorisiert auftretende Probleme im Behandlungsprozess nach Wichtigkeit (Relevanz) und Häufigkeit (Frequenz)
GAP-Analyse	Erkennt strukturelle Qualitätslücken und sucht nach Ursachen

Abbildung 8: Effektivitätsbezogene Instrumente (eigene Darstellung, in Anlehnung an Fließ et. al. 2005, S. 414 ff.)

Das effizienzorientierte Controlling nutzt kostenbezogene Informationen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit. Obwohl Instrumente zur Optimierung der Qualität tiefer greifen und sich ebenfalls auf die Kostensituation auswirken, ist die Bedeutung des Kostencontrollings nicht zu unterschätzen. In diesem begrenzten Rahmen kann leider nicht detaillierter auf sie eingegangen werden kann. Die Instrumente in Abbildung 9 können unabhängig von den gesetzlich vorgeschriebenen Methoden von Pflegeleistungsanbietern verwendet werden (vgl. Fließ et. al. 2005, S. 424).

Instrument	Merkmale
Prozesskostenrechnung	Erfassung der gesamten Unternehmung als "System von Aktivitäten und Prozessen" zur Abbildung und Bewertung der Prozesse hinsichtlich ihrer Kosten
Target Costing (Zielkostenrechnung)	Zielt nicht auf Kostenminimierung, sondern bestimmt Zielkosten, die sich an Marktgrößen (z. B. Zahlungsbereitschaft der Patienten) orientieren.
Cost Benchmarking	Optimierung der Pflegeprozesse oder auch pflegeunspezifischer Prozesse durch Kostenvergleiche (betriebsintern oder im Wettbewerb)

Abbildung 9: Effizienzbezogene Instrumente (eigene Darstellung, in Anlehnung an Fließ et. al. 2005, S. 423 ff.)

2.4.3 Die Pflegevisite – ein wesentliches Qualitäts- und Dokumentationsinstrument des Pflegecontrollings

Ein wesentliches, direkt beim Patienten anzusetzendes Instrument der Qualitätssicherung im Pflegecontrolling ist die Pflegevisite. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) definiert die Pflegevisite als „[...] Kontrollinstrument im Rahmen der Qualitätssicherung zur Überprüfung der Umsetzung des Pflegeprozesses und der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität.“ In regelmäßigen Abständen werden Informationen über den aktuellen Gesundheitszustand zwischen den Pflegenden und der verantwortlichen Pflegekraft ausgetauscht. Genauso wird das Gespräch mit den Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen gesucht. Die Informationen sowie die weitere Planung werden in einem Dokumentationssystem zusammengefasst (vgl. Frodl 2012, S. 86). Abbildung 10 stellt diesen Prozess dar.

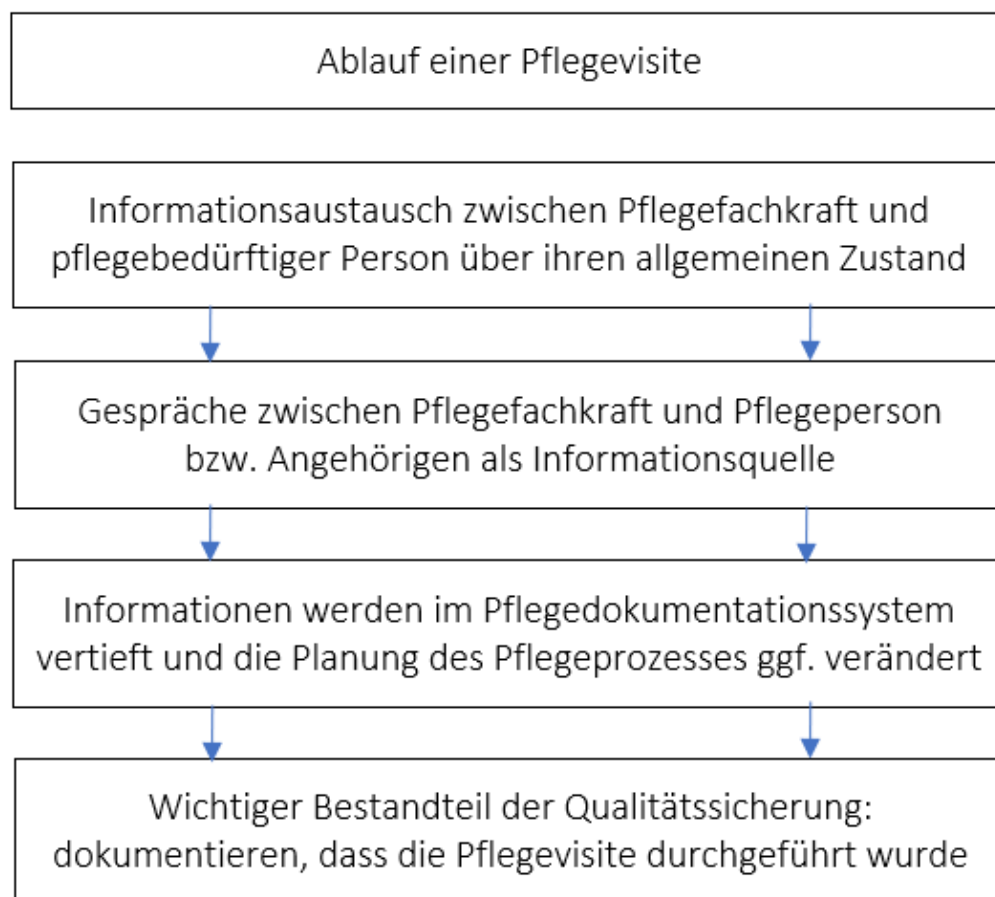


Abbildung 10: Ablauf einer Pflegevisite (in Anlehnung an Frodl 2012, S. 86)

Ziel der Pflegevisite ist eine bestmögliche Integration der Patienten in den Pflegeprozess, sodass dieser sich möglichst transparent für Pflegebedürftige und Pflegende

gestaltet. Im Rahmen der Pflegevisite ist zu prüfen, wie bedürfnisorientiert der Pflegeprozess ist und inwiefern der Patient die Leistungen, die er bekommt, mitgestalten kann (Partizipation). Gleichzeitig wird geprüft, wie kompetent, professionell, bedürfnisorientiert und flexibel das Pflegepersonal mit dem Patienten umgeht. Darüber hinaus wird untersucht, ob die Pflegedienstleitung eines Bereiches die Vision und das Leitbild mit ins Team trägt, die Einhaltung von Qualitätsstandards gewährleistet, die Pflegeprozessplanung vollständig umsetzt und die Zufriedenheit der Mitarbeiter in ihrem Team im Blick behält. All diese Aspekte sind im Rahmen einer Pflegevisite zu berücksichtigen und wichtig, um eine gute Behandlungsqualität und die Zufriedenheit der Patienten zu gewährleisten (vgl. Frodl 2012, S. 86). Ein großer Vorteil der Pflegevisite ist der, dass sie nicht nur die objektiv messbare Situation erfasst, sondern auch die subjektive Qualität, d. h. wie der Patient seine Situation selbst wahrnimmt und ob seine Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigt werden.

3. Pflegecontrolling am Beispiel einer stationären Altenhilfeeinrichtung

3.1 Grundlegendes

Der demographische Wandel führte zu einer Verlagerung des Bedarfs an reinen Alten- oder Pflegeheimen zu stationären Altenhilfeeinrichtungen. Diese stellen eine Kombination aus beiden Einrichtungsarten dar. Im Folgenden wird der Einfachheit halber der Begriff Pflegeheim verwendet, wenn eine stationäre Altenhilfeeinrichtung gemeint ist. Eine stationäre Altenhilfeeinrichtung finanziert sich über die Entgelte für Pflegeleistungen, Unterkunft Verpflegung, Investitionen und Zusatzleistungen. Bei der Wahl eines Kostenrechnungssystems, zu dessen Einrichtung ein Pflegeheim verpflichtet ist, hat sich dieses nach der Pflegebuchführungsverordnung zu richten. Die Entscheidungen eines Pflegeheims werden zudem durch die Pflegesatzverhandlungen beeinflusst, welche darüber bestimmen, wie hoch die Erlöse pro Pflegeperson sein werden (vgl. Zapp 2014, S. 368 f.).

3.2 Die Informationsfunktion

Die besonderen rechtlichen Rahmenbedingungen sowie der stärker werdende Wettbewerb zwingen stationäre Altenhilfeeinrichtungen, immer wirtschaftlicher zu arbeiten. Die Dokumentation der Kosten, Leistungen und Erlöse sind im Rahmen des operativen Pflegecontrollings von sehr hoher Bedeutung. Eine Kosten- und Leistungsrechnung (KLR) bildet laut Pflegebuchführungsverordnung (PBV) die Grundlage für die Pflegesatzverhandlungen mit den Kostenträgern. Die KLR muss nach § 7 PBV „[...] eine betriebsinterne Steuerung sowie eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit [...]“ ermöglichen. (Bundesministerium der Justiz 2021, S. 3 f.) Hierunter fallen die Kostenartenrechnung, Kostenstellenrechnung und die Kostenträgerrechnung. Darüber hinaus definiert die PBV Vorschriften, die die Buchführung, den Jahresabschluss, die Bilanz und den Kontenrahmen betreffen.

Die Ergebnisse der KLR sind in anlass- und adressatengerechten Routineberichten aufzubereiten und regelmäßig (z. B. vierteljährlich) an die Entscheidungsträger zu vermitteln. Weitere Informationen werden vor allem in besonderen Situationen wie z. B. bei veränderten gesetzlichen Anforderungen bereitgestellt. Bereiche wie die

Pflegedokumentation, die Kostenerfassung und weitere Informationssysteme des Pflegeheims sollten über Schnittstellen miteinander verbunden werden, sodass eine standardisierte Berichtserstattung möglich wird. Die Heranziehung von Kennzahlen ermöglicht es, Erfolgsfaktoren und Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge aufzeigen zu können. So können dem Management steuerungsrelevante Informationen geliefert werden. Gleichzeitig ermöglichen Kennzahlen die finanzielle Planung mit Zielgrößen, welche nach dem Top-Down-Prinzip auf die Organisationseinheiten heruntergebrochen werden. Vergleiche der IST-Werte mit den Vorgabewerten ermöglichen es, bei Abweichungen entsprechende Handlungen und Gegensteuerungsmaßnahmen zu bestimmen (vgl. Maier B., Maier T. 2017, S. 126 ff.).

3.3 Die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung

Um die Führungsebene bei ihren Entscheidungen zu unterstützen, braucht es ein zielorientiertes Controllingsystem mit dem Einsatz von Steuerungsinformationen generierenden und veranschaulichenden Instrumenten. Hierfür sollen vier Instrumente und ihre Chancen und Risiken tabellarisch aufgezeigt werden (siehe Abbildung 11).

Das oben bereits erwähnte Reporting bzw. Berichtswesen dient nicht nur der Beschaffung, Auswertung und Aufbereitung von Informationen, sondern versorgt die Unternehmensführung kontinuierlich in regelmäßigen Abständen mit Informationen (vgl. Maier B., Maier T. 2017, S. 133 f.). Bei den Kennzahlen, die hierfür herangezogen werden, handelt es sich i.d.R. nicht nur um finanzielle Kennzahlen, sondern auch um Kennzahlen zur Personalkostensteuerung (z. B. Fluktuation, Fachkraftquote, Personalkosten je Pflegegrad und Bewohner, Dokumentationsaufwand je Pflegefachkraft). Daneben werden Kennzahlen herangezogen, die die Prozesse betreffen. Beispiele hierfür sind die Auslastungsquote, der Erlös je Pflegegrad, Kosten für Pflegeartikel und der Deckungsbeitrag je Pflegegrad (vgl. ebd., S. 132).

Der Hauptgedanke der Budgetierung ist der, dass Verantwortung nicht auf der zentralen Ebene verbleibt, sondern dass einzelne Abteilungen, in diesem Fall Stationen, Budgets zugeteilt bekommen, mit denen sie Bereichsziele erreichen sollen. Ziel ist eine verursachungsgerechte Zuteilung der Kosten einer Periode auf die verschiedenen Abteilungen (vgl. Hellman u. a. 2017, S. 338 f.).

Pflegecontrolling am Beispiel einer stationären Altenhilfeeinrichtung

Die Deckungsbeitragsrechnung dient hier als weiteres wichtiges Instrument, um die Wirtschaftlichkeit einzelner Abteilungen beurteilen zu können. Mit ihr lässt sich beurteilen, ob eine zusätzlich erbrachte Leistung den Gewinn reduziert oder ob die Leistung sich mit den Fixkosten abgleichen lässt. Ein Pflegeheim kann so kurzfristig Aufträge durchführen, wie z. B. die Wäsche von Kleidung für andere Einrichtungen, auch wenn sie nur die variablen Kosten decken. Mittel- und langfristig ist es jedoch wichtig, sämtliche Kosten mit den Erträgen abgleichen zu können. Insbesondere die mehrstufige Deckungsbeitragsrechnung erlaubt es, Bereiche zu identifizieren, die dem Pflegeheim langfristig keine Gewinne oder sogar Verluste einbringen. Mit ihr lässt sich außerdem schnell herausfinden, welche Kostenartenbereiche (direkte und indirekte Kosten) finanziell nicht gedeckt werden können. Die Ableitung von Handlungsmaßnahmen kann jedoch nur funktionieren, wenn die Kostenursachen (Werttreiber) ermittelt werden können. Der Werttreiberbaum zerlegt wichtige Erfolgskennzahlen wie z. B. das Jahresergebnis (Spitzenzielkennzahl) schrittweise in verschiedene Einflussfaktoren, welche einen unmittelbaren Einfluss auf die Entwicklung der Kosten und Erlöse haben. Beispiele hierfür sind Personalkosten, die Anzahl von eingesetztem Personal, und die Pflegegradverteilung der Bewohner. So lassen sich die auf die finanzielle Situation einwirkenden Einflussfaktoren veranschaulichen und gezielte Maßnahmen ergreifen. Ein Pflegeheim, das so erkennt, dass beispielsweise die Kosten der Behandlung von Pflegebedürftigen die Erlöse überproportional übersteigen, kann Veränderungen einleiten und die Erlös- und Kostensituation aktiv beeinflussen (vgl. Maier B., Maier T. 2017, S. 134 ff.).

Instrument	Funktion
Reporting	Versorgung der Entscheidungsträger mit gewünschten Informationen, bei gleichzeitiger Vermeidung unrelevanter Informationen
Budgetierung	Instrument, das der Planung, Steuerung und Kontrolle von Ressourcen dient. Budgetverantwortliche können durch Sanktionen oder Anreizsysteme zur Nutzenmaximierung motiviert werden.
DB-Rechnung	Fokus auf „entscheidungsrelevante“ Kosten, die also nur bei der Leistungserstellung auftreten.
Werttreiberbaum	Spitzenzielkennzahl wird in seine Einflussfaktoren („Werttreiber“) aufgeteilt, welche direkten Einfluss auf Kosten und Erlöse haben. Dient der Erarbeitung und Kommunikation der Zusammenhänge, sodass auch unerfahrene Entscheider gezielt Maßnahmen zur Verbesserung der finanziellen Situation einleiten können.

Abbildung 11: Operative Controlling-Instrumente zur Entscheidungsunterstützung (eigene Darstellung, in Anlehnung an Maier B., Maier T. 2017, S. 133 ff.).

3.4 Pflegegradcontrolling

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist für die Einstufung von Menschen in einen der fünf Pflegegrade verantwortlich. Je niedriger der Pflegegrad, desto selbstständiger ist eine pflegebedürftige Person i.d.R. und desto geringer ist der finanzielle Aufwand. Gleichzeitig bedeutet dies geringere Erlöse. Zudem dienen die Pflegegrade als Grundlage für die Bemessung der Personalschlüssel. Eine Pflegekraft kann beispielsweise weniger Bewohner mit Pflegegrad 5 betreuen als mit Pflegegrad 4. Eine zu niedrige Einstufung von Pflegebedürftigen kann sich daher fatal auf die finanzielle Situation eines Pflegeheims auswirken. Das bedeutet, dass die Einrichtung nicht genügend Entgelte erhält und wahrscheinlich auf Dauer nicht mehr kostendeckend arbeiten kann. Langfristig fehlt es an zeitlichen Ressourcen, wodurch Mitarbeiter überlastet werden, die Pflegequalität abnimmt und Patienten unzufriedener werden. Aufgabe des Pflegegradcontrollings ist die rechtzeitige Gegensteuerung zur Stabilisierung der finanziellen Situation, sodass die erbrachten Leistungen wieder mit den Entgelten übereinstimmen. Ein Pflegegradcontrolling, welches über eine Softwarelösung erfolgt, erlaubt Schnelleinschätzungen des Grades der Pflegebedürftigkeit sowie die regelmäßige Überprüfung auf Veränderungen in der Selbstständigkeit der Patienten. Muss das Pflegegradmanagement manuell durchgeführt werden, braucht es jedoch qualifizierte Pflegefachkräfte, die sich mit den Begutachtungsrichtlinien, Assessmentinstrumenten und Qualitätsinstrumenten wie z. B. der oben geschilderten Pflegevisite auskennen. Außerdem müssen Fallbesprechungen, im besten Fall im interdisziplinären Rahmen, durchgeführt werden, um eine bestmögliche Beurteilung zu gewährleisten. Da die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit zweimal im Jahr erfolgen sollte, ist zudem ein Wiedervorlagesystem zu implementieren. Der Zeitaufwand für die manuelle Einschätzung ist erheblich größer als bei der Integration einer Software (vgl. Müller 2014, S. 198 ff.).¹

¹ Müller bezieht sich auf die Pflegestufen, die Umstellung auf Pflegegrade erfolgte erst 2017. Da die Problematik die gleiche ist, betrachtet der Autor dieser Arbeit die Übertragung der Erkenntnisse Müllers auf die Pflegegrade als angemessen.

3.5 Geschäftsmodelle für Pflegeheime

3.5.1 Sich ändernde Rahmenbedingungen

Die vorgenannten Instrumente sind wichtiger Bestandteil des operativen Pflegecontrollings. Pflegeheime müssen sich zudem strategisch positionieren, da es viele Einflussfaktoren (z. B. der demographische Wandel, Veränderung der Patientenbedürfnisse, neue Behandlungsmethoden) gibt, die sich auf die Marktstruktur und die Anforderungen an Pflegeheime auswirken. Besonders rein stationäre Einrichtungen stehen sich einem stetig wachsenden finanziellen Druck gegenüber. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt nach wie vor und Einrichtungen müssen sich fragen, ob es in Zukunft ausreichen wird, nur stationäre Versorgung anzubieten. Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz sowie die drei Pflegestärkungsgesetze fördern eine wohnortnahe und ambulante Versorgung, sei es im eigenen zu Hause oder in alternativen Wohnformen wie z. B. der Pflege-WG und dem betreuten Wohnen. Damit wird der Fokus auf eine selbstbestimmte Versorgung gelegt. Besonders in städtischen Regionen rücken die Bedürfnisse der Kunden immer weiter in den Vordergrund. Diese wünschen sich Qualität und gleichzeitig erschwingliche Preise. Der Einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) hat dazu geführt, dass Menschen unabhängig von ihrem Pflegegrad den gleichen Betrag zahlen müssen. Pflegebedürftige der unteren Pflegegrade, welche weniger finanzielle Zuschüsse bekommen, können sich einen Platz im Pflegeheim weniger gut leisten als davor. Diese Änderung verstärkt den Effekt, dass bevorzugt die günstigere ambulante Versorgung gewählt wird. Im Folgenden sollen daher das Geschäftsmodell des Komplexträgers vorgestellt werden, da es stationären Anbietern erlaubt, sich am ambulanten Markt zu beteiligen (vgl. Liedmann 2017, S. 75 ff.).

3.5.2 Der Komplexträger

Es gibt verschiedene Arten Pflege anzubieten. Viele Einrichtungen bieten entweder vollstationäre Pflege, Tagespflege, Nachtpflege oder ambulante Pflege an. Ziel dieser Arten von Versorgungsformen ist der Fokus auf eine Kernkompetenz und dessen stetige Verbesserung. Des Weiteren gibt es Anbieter, die sich auf einen Nischenmarkt konzentrieren. Beispiele hierfür sind pflegerische Einrichtungen für Behinderte. Solche Märkte sind häufig finanziell sehr lohnend, bis der Wettbewerb eventuell irgendwann

so groß wird, dass Auslastungsprobleme auftreten können. Der Komplexträger bildet alle Leistungsangebote von stationärer bis zur ambulanten Versorgung an. Eine Entwicklung zum Komplexträger ist vor allem dann sinnvoll, wenn Veränderungsnotwendigkeit besteht und der Kundennutzen voraussichtlich höher sein wird. Eine Analyse der Markt- und Wettbewerbssituation sollte zeigen, was die Menschen im Umfeld für ihre Zukunft möchten, warum sie es möchten und wie viel sie bereit sind dafür zu zahlen. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass Sozialhilfeempfänger bei preislichen Überlegungen keinen Spielraum haben. (vgl. Liedmann 2017, S. 79 f.).

Die Entwicklung hat gezeigt, dass Komplexträger finanzielle Vorteile gegenüber klassischen Anbietern haben können. Diese zeigen sich besonders dann, wenn die verschiedenen Versorgungsformen lokal eng miteinander verbunden sind und gegenseitig voneinander profitieren können. So kann durch das breit gefächerte Angebot Gesetzesänderungen und -reformen begegnet werden, da sich das Angebot je nach Situation leicht verändern oder erweitert lässt. Gleichzeitig bietet die Versorgungsform des Komplexträgers Pflegebedürftigen eine große Auswahl an frei wählbaren Angeboten, die die Basis für eine gute Versorgungsqualität darstellen. Da diese sehr vielseitig sind, können Komplexträger mehr Bedürfnisse abdecken. Durch den bereits frühen Kontakt zu Pflegebedürftigen und deren Begleitung über verschiedene Versorgungsformen hinweg, kann bei positiven Erfahrungen eine starke Bindung aufgebaut und diese durch Kundenbeziehungsmanagement gepflegt werden. Dem Wunsch nach individueller und selbstbestimmter Pflege kann hier nachgekommen werden. Die ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen können sich zudem gegenseitig als Einweiser dienen, wenn eine pflegebedürftige Person eine Änderung der Versorgungsform wünscht. Des Weiteren könnten die erhöhten finanziellen Ressourcen neue Personalkapazitäten freisetzen. Diese zu besetzen, stellt jedoch ein großes Problem dar, angesichts des wachsenden Fachkräftemangels. Zudem ist der Aufbau eines solchen Geschäftsmodells sehr kostenintensiv, sodass häufig nicht genügend Kapital zur Verfügung steht. Dieses Problem ließe sich durch kooperative Geschäftsmodelle lösen. (vgl. Liedmann 2017, S. 83 ff.).

3.5.3 Kooperative Geschäftsmodelle

Eine Kooperation mit anderen Anbietern könnte dem Problem des Kapitalmangels entgegenwirken. Jedoch stehen viele Einrichtungen Kooperationen mit Vorbehalten gegenüber oder haben schlechte Erfahrungen gemacht. Andere befürchten, dass sie nicht in selbem Maße von der Zusammenarbeit profitieren würden (vgl. Liedmann 2017, S. 85).

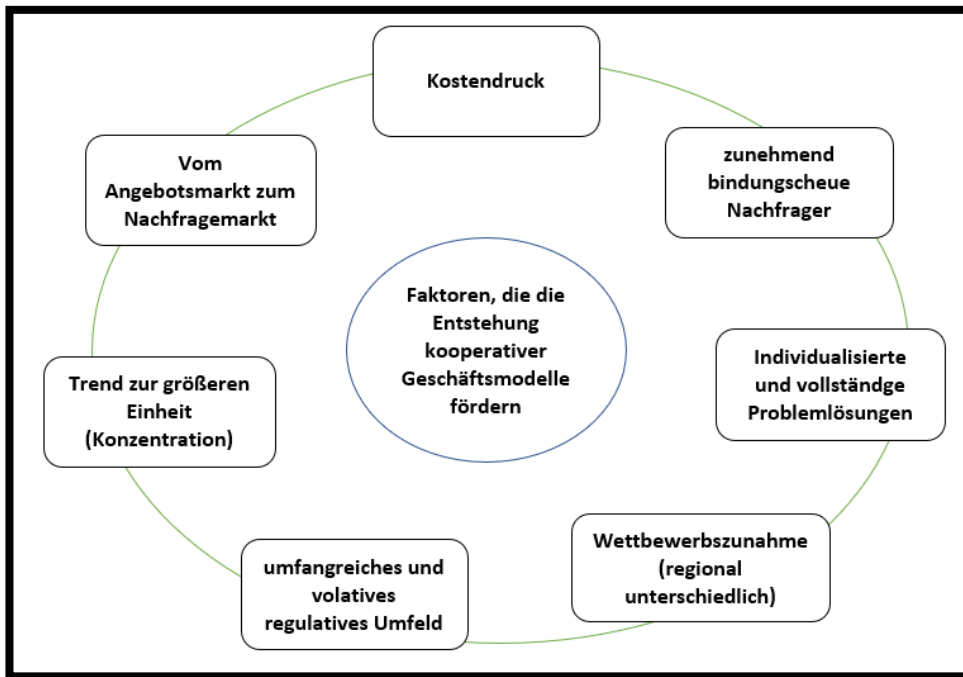


Abbildung 12: Faktoren, die die Entstehung kooperativer Geschäftsmodelle fördern (in Anlehnung an Liedmann 2017, S. 86)

Die Entwicklung des Marktes spricht für kooperative Geschäftsmodelle (siehe Abbildung 12). Pflegebedürftige werden weniger kontaktfreudiger, sodass Anbieter kreativ werden müssen, angesichts der Entwicklungstendenz zum Nachfragemarkt. Besonders in nicht ländlichen Regionen steigt der Wettbewerb unter Anbietern. Der im Gesundheitswesen steigende Kostendruck trägt seinen Teil dazu bei (vgl. Liedmann 2017, S. 84). Das Gesundheitszentrum stellt eine solche kooperative Versorgungsform dar (siehe Abbildung 13). Dieses konzentriert sich auf eine sektorenübergreifende Versorgung von Patienten und begleitet sie von der Vorsorge über die kurative Versorgung bis zur Rehabilitation oder Pflege. Dies beinhaltet sowohl ambulante als auch stationäre Kompetenzbereiche. Zudem ermöglicht dieses Modell eine Integration weiterer, zwar nicht elementarer, aber dennoch wichtiger Leistungen (z. B. Wellness und Fitness, Schönheits-OP). Diese eröffnen Gesundheitsbetrieben neue finanzielle Möglichkeiten

Pflegecontrolling am Beispiel einer stationären Altenhilfeeinrichtung

und stärken die Patientenbindung, führen auf der anderen Seite jedoch zu steigenden Anforderungen an das Pflegepersonal (vgl. Dinter 2004, S. 248).

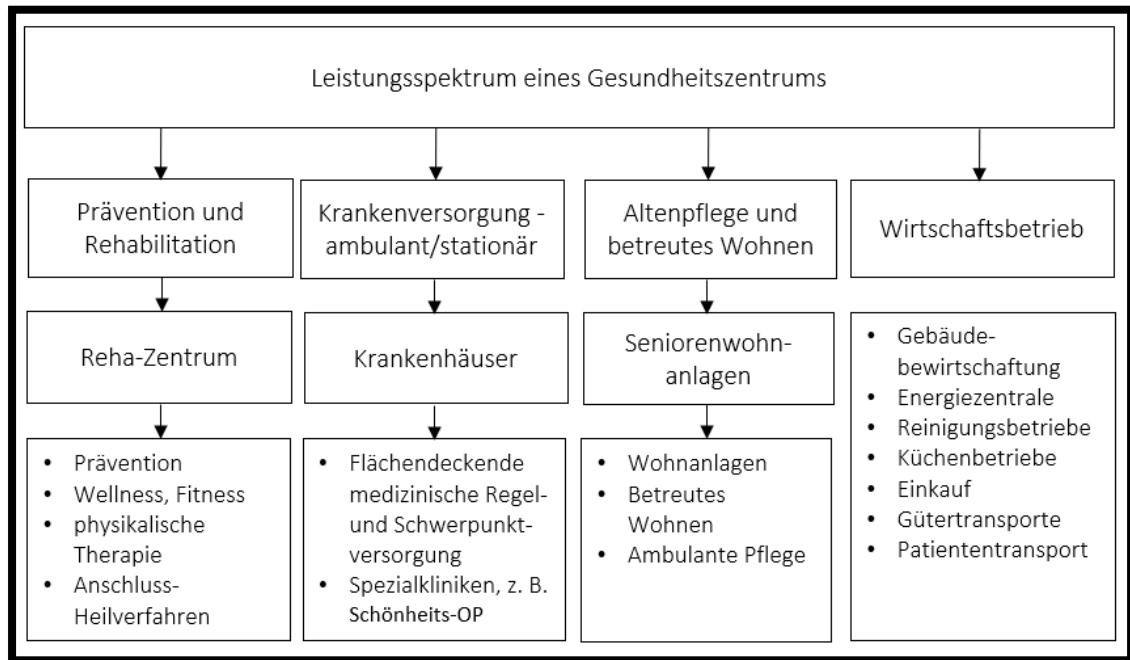


Abbildung 13: Struktur und Aufgaben eines modernen Gesundheitszentrums (in Anlehnung an Schirmer 2004, S. 248)

Am Ende ist entscheidend, dass der individuelle Nutzen und die Selbstständigkeit für Pflegebedürftige bzw. Patienten hoch sind. Ganzheitliche Versorgungsformen, bei der alle potenziellen Anliegen der Menschen, ob in der Gegenwart oder in der Zukunft, abgedeckt werden, stellen einen möglichen Weg für die Zukunft dar.

3.6 Bedeutung des strategischen Pflegecontrollings

Das strategische Pflegecontrolling nimmt eine besondere Rolle im Pflegecontrolling ein. Die unterschiedlichen Leistungsbereiche, sektorenübergreifend, ambulant und stationär, müssen koordiniert und vernetzt werden. Gleichzeitig gilt es, sich im Wettbewerb strategisch zu positionieren. (vgl. Schirmer 2004, S. 249 f.). Hierzu braucht es ein Frühwarnsystem, das Veränderungen in der Bevölkerung, Wirtschaft, Politik, Technik und Technologie, und im Gesundheitswesen und bei Patienten frühzeitig erkennt. Diese Informationsquellen sind wichtig, um langfristig wettbewerbsfähig zu bleiben.

Pflegecontrolling am Beispiel einer stationären Altenhilfeeinrichtung

Nur wenn der gesellschaftliche Versorgungsbedarf richtig prognostiziert wird, lässt sich die Versorgung angemessen auf Patienten ausrichten (vgl. ebd., S. 253 f.).

Der nächste Schritt stellt die Entwicklung von Wettbewerbsstrategien dar. Dies ist nur möglich, wenn ein Informationssystem eine dauerhafte Beobachtung und Kontrolle der Patienten Wünsche, Kostenentwicklung und Qualitätsstandards gewährleistet. (vgl. ebd., S. 254). Ein System, welches die Komponenten eines Informationssystems beinhaltet, welches im nächsten Kapitel besprochen wird. Hierbei handelt es sich um die Balanced Scorecard.

Strategisch kann zwischen Innovationsstrategien und Leistungsprogrammstrategien differenziert werden. Die Herausforderung dieser Strategien ist, den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden und gleichzeitig im Wettbewerb zu bestehen. Leistungsprogrammstrategien werden in drei verschiedene Arten eingeteilt: Diversifikationsstrategie, Spezialisierungsstrategie und Kapazitätsstrategien. Während bei den Kapazitätsstrategien die Leistungsmenge variiert wird, wird bei den anderen beiden Strategien des Leistungsprogramm eingeschränkt (Spezialisierungsstrategie) oder erweitert (Diversifikationsstrategie). Bei Innovationsstrategien werden die Pflegeverfahren verändert, um Ergebnisqualität zu verbessern oder die Qualität der Pflegeverfahren selbst. Da Innovationsstrategien sehr anspruchsvoll sind, erfordert es qualifizierte Mitarbeiter, wirksame Anreizsysteme (vgl. Schirmer 2004, S. 260 ff.), flexible und flache Organisationsstrukturen, eine Orientierung an Qualitätsstandards sowie eine strategische Grundhaltung des Managements und des Personals. (vgl. ebd., S. 254 ff.).

4. Die Balanced Scorecard als zentrales Element des strategischen Pflegecontrollings

4.1 Das Konzept BSC und dessen Bedeutung für ein Controlling in der Pflege

Die strategische Formulierung finanzwirtschaftlicher Ziele hat eine große Bedeutung für jegliche Form von Unternehmen. Jedoch wird eine andere Art von Kennzahlen oft nicht oder unzureichend berücksichtigt. Hierbei handelt es sich um sogenannte „weiche“ Faktoren bzw. Frühindikatoren, wie z. B. die Zufriedenheit von Mitarbeitern und Patienten. Dem gegenüber stehen die „harten“ Faktoren bzw. Spätindikatoren, wobei es sich um rein quantitative Kennzahlen wie zum Beispiel die Erlös- und Kostenentwicklung oder die Umsatzrentabilität handelt. Sie sagen viel darüber aus, wie gut ein Unternehmen finanziell dasteht, jedoch wenig über die genauen Hintergründe (vgl. Dinter 2004, S. 354). Gezielte Maßnahmen zur Förderung der Zufriedenheit des Personals und der Patienten wirken sich auf alle anderen Prozesse aus, wie später noch detailliert beschrieben werden wird (vgl. Bohnhardt, S. 2004, S. 222).

Die Berücksichtigung dieser weichen Faktoren scheitert jedoch häufig an einer guten Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen sowie zwischen der Führungsebene und den einzelnen Abteilungen. Die Verbesserung der Kommunikation und die Integration der Mitarbeiter in die Planung und Strategiebildung des Unternehmens könnten sich wesentlich auf ein besseres Betriebsklima, effizientere Prozesse und eine qualitativ hochwertigere Behandlung der Patienten auswirken. Und im Endeffekt profitiert ein Unternehmen finanziell. Es braucht eine ganzheitlichere Betrachtung für den langfristigen Unternehmenserfolg, welche nicht nur die wirtschaftliche Perspektive berücksichtigt. Das strategische Controlling kann hier mit der Balanced Scorecard (siehe Abbildung 14) dienen, welche im Folgenden mit BSC abgekürzt wird. Folgende Definition soll das Konzept der BSC vermitteln.

„Die Balanced Scorecard ergänzt finanzielle Kennzahlen vergangener Leistungsfaktoren um die treibenden Faktoren zukünftiger Leistungen. Die Ziele und Kennzahlen dieses Berichtsbogens werden von der Vision und Strategie des Unternehmens abgeleitet. Die Ziele und Kennzahlen fokussieren die Unternehmensleistung aus vier Perspektiven: der finanziellen Perspektive, der Kundenperspektive, der Perspektive der internen Geschäftsprozesse sowie

Die Balanced Scorecard als zentrales Element des strategischen Pflegecontrollings

der Innovationsperspektive. Diese vier Perspektiven schaffen den Rahmen für die Balanced Scorecard.“ (Kaplan, Norton 2018, S. 8)

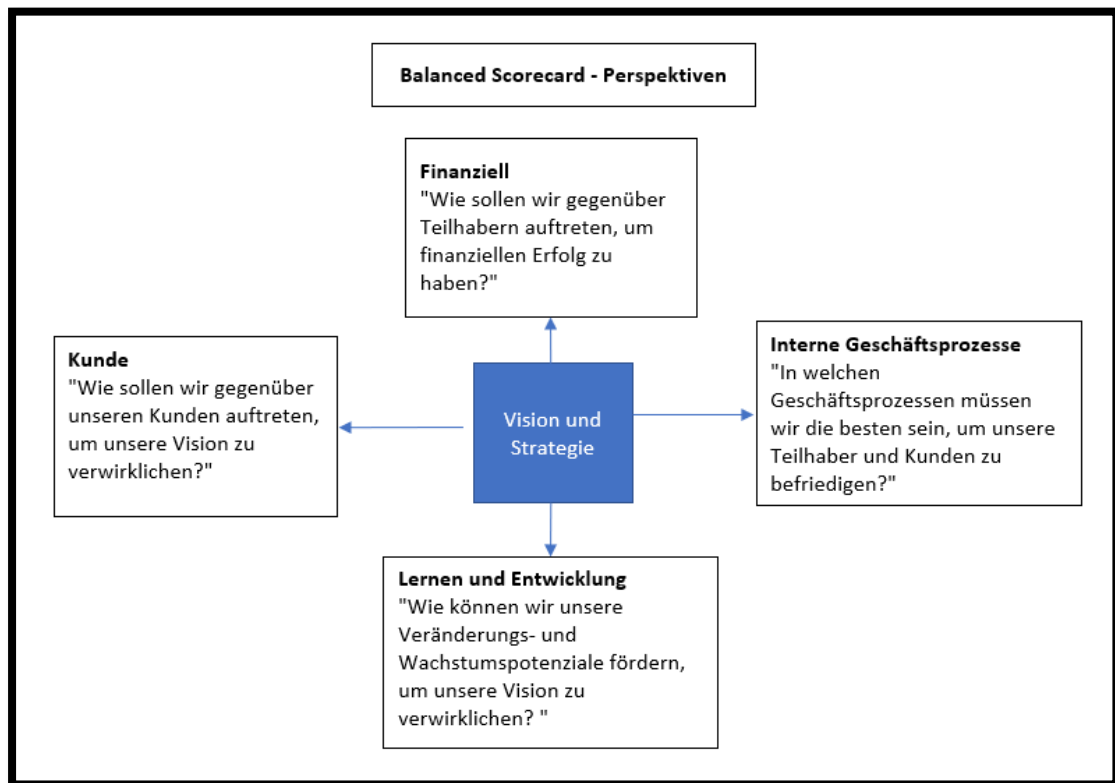


Abbildung 14: Balanced Scorecard als Rahmen zur operativen Umsetzung einer Strategie (in Anlehnung an Kaplan/Norton 2018, S. 9)

Während die Erreichung finanzieller Ziele weiter eine hohe Priorität besitzt, wird ein besonderer Fokus auf die Zusammenarbeit von Menschen gelegt. Hier handelt es sich in erster Linie um Mitarbeiter und Kunden bzw. im Kontext Gesundheitswesen um Patienten. Für die Pflege ist die BSC von besonderer Bedeutung, da sie die langfristigen Blickwinkel der Gesundheitseinrichtungen und die kurzfristigen Sichtweisen des Pflegealltags zusammenbringt. Gleichzeitig rücken die Mitarbeiter und Patienten mit ihren Bedürfnissen und Wünschen in den Vordergrund. Zudem ist die BSC ein übersichtliches Instrument, das nur einige wesentliche Kennzahlen erfordert. So ist sie für die Pflege leicht umzusetzen. Während traditionelle Kennzahlensysteme in der Regel vergangenheitsorientiert sind, fördert die BSC ein proaktives Denken in Ursache-Wirkungs-Ketten. Dies hilft, die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Perspektiven zu verstehen.

In einem Gesundheitsbetrieb könnte eine BSC sowohl in der gesamten Organisation als auch in einzelnen Abteilungen implementiert werden. Besonders um Erfahrungen und

Die Balanced Scorecard als zentrales Element des strategischen Pflegecontrollings

Akzeptanz in der Belegschaft zu sammeln, wäre die Einführung des Systems in einer einzelnen Abteilung sinnvoll. Dies hätte den Vorteil, dass sich einzelne Abteilungen am Vorbild der Unternehmens-BSC orientieren und so eine eigene Version herausarbeiten könnten (vgl. Straub 2004, S. 227).

4.2 Die Dimensionen der Balanced Scorecard

Wie oben erwähnt, ist bei der BSC von vier verschiedenen Dimensionen oder Perspektiven die Rede: die finanzielle Perspektive, die Kunden Perspektive, interne Prozessperspektive und die Innovationsperspektive. Letztere wird als Mitarbeiterperspektive bezeichnet. Mithilfe von Finanzkennzahlen lässt sich ermitteln, ob die Unternehmensstrategie und die daraus resultierenden Maßnahmen Wirkung zeigen. Deshalb ist es wichtig, herauszufinden, wie sich die Kennzahlen der anderen Perspektiven auf die Finanzperspektive auswirken. Bei der Kundenperspektive werden die Kunden- und Marktsegmente ermittelt, die für das Unternehmen von Bedeutung sind. Die interne Prozessperspektive analysiert die Kern- und Nebenprozesse, um Schwachpunkte bzw. Verbesserungspotentiale identifizieren zu können. Durch die Lern- und Entwicklungsperspektive wird die Organisationsstruktur bestimmt, welche langfristig am besten den Erfolg des Unternehmens sichert (vgl. Kaplan/Norton 2018, S. 24 ff.).

4.3 Der Prozess der Implementierung einer Balanced Scorecard

4.3.1 Die Implementierung

Zur Veranschaulichung der Einführung einer BSC sei ein fiktives Beispiel eines Unternehmens herangeführt: Das Symponia Krankenhaus. Die internen Analysen und Wettbewerbsanalysen zeigten, dass die vielen Fachbereiche langfristig wirtschaftlich nicht rentabel sein werden. Die Hauptgründe dafür sind die alte technische Ausstattung und der zunehmende Wettbewerb. Andere Einrichtungen haben sich bereits auf Fachbereiche spezialisiert, diese aber mit hochwertiger Technologie ausgestattet. Dem Beispiel möchte das Krankenhaus nun folgen, indem einige Fachbereiche aufgegeben und in anderen die Qualitätsführerschaft angestrebt werden. Im Rahmen eines Change-Managements soll die BSC eingeführt werden. Der Fokus auf einige wenige Kennzahlen soll die Transparenz und das Engagement des Personals erhöhen und die Identifikation mit der

Die Balanced Scorecard als zentrales Element des strategischen Pflegecontrollings

Vision und der Strategie der Einrichtungen fördern. Das oberste Ziel würde weiterhin die Erreichung der finanziellen Ziele sein. Diese Ziele sollen nun aber mit dem ganzheitlichen Konzept der BSC erreicht werden. Die Unternehmensführung entscheidet sich für die folgende Unternehmensstrategie als Grundlage der BSC: „Wir wollen zum qualitativ hochwertigsten Krankenhaus in Bayern in der orthopädischen und chirurgischen Versorgung von Patienten werden.“ Als Grundlage für die nächsten Schritte wird eine Netzwerkanalyse durchgeführt, um die Ursache-Wirkungs-Ketten zwischen den Dimensionen zu erörtern. Diese werden in Kapitel 5.3.3 dargestellt. Mit dem Verständnis für die Zusammenhänge werden nun passend zu jedem Ziel Messgrößen definiert, die an Zielwerte gekoppelt werden, die es zu erreichen gilt. Für jede Perspektive werden Maßnahmen abgeleitet. Dann folgt die Bestimmung von Initiativen und Verantwortlichen. Ein Beispiel für eine Initiative lautet: „Wartezeiten im OP um 5 Prozent reduzieren; Herr Beckers.“ Die Prozentzahlen unter den Perspektiven zeigen die Gewichtung auf. Eine differenziertere Gewichtung, die innerhalb der einzelnen Perspektiven erfolgt, ist ebenfalls möglich. Positive oder negative Abweichungen von den Zielwerten können dementsprechend gemessen werden.

4.3.2 Die fertige Balanced Scorecard

Wie Abbildung 15 zu entnehmen ist, wurde die Lern- und Entwicklungsperspektive mit 40 Prozent am stärksten gewichtet, die Prozessperspektive mit 30 Prozent, die Kundenperspektive mit 20 Prozent und die Finanzperspektive mit zehn Prozent. Gute Ergebnisse bei den Finanzkennzahlen, z. B. durch das Kostencontrolling, sind für den Unternehmenserfolg entscheidend. Jedoch ist der Einfluss der drei anderen Dimensionen wesentlich größer. Daher werden die anderen Kennzahlen hier stärker gewichtet. Im nächsten Abschnitt wird auf die genauen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge, die zur Erreichung aller Unternehmensziele beitragen, eingegangen.

Die Balanced Scorecard als zentrales Element des strategischen Pflegecontrollings

Perspektive	Ziel	Messgröße	Zielwert	Maßnahme
Finanzen (10%)	Wirtschaftlichkeit ↑	Jahresüberschuss	> 5 %	Spezialisierung durch Fokus auf Kernkompetenzen
	Umsätze ↑	Cash Flow	> 8 %	
	Fallzahlen ↑	Anzahl Fälle i.V. Vorjahr	+ 5 %	
	Kosten ↓	Personalkostenquote	ca. 70 %	Kostenmanagement
Kunden (25%)	Zufriedenheit und Subjektive Qualität ↑	SERVQUAL	> 90 %	Patientenbefragungen
			-	Pflegeexperten
	Fokus auf Patienten ↑	Personelle Auslastung	> 95 %	Flexiblere Arbeitszeitmodelle
	Raum für Kritik ↑	Beschwerdequote	< 2 %	Beschwerdemanagement
Prozesse (40%)	Prozessqualität ↑	Durchlaufzeiten	- 5 %	Clinical Pathways
		Wartezeiten	- 5 %	
	Servicequalität ↑	SERVQUAL	< 2 %	Beratungsgespräche
	Produktivität ↓	Dokumentationsaufwand	< 25%	Optimierung IT-Strukturen
Lernen und Entwicklung (25%)	Qualifikation ↑	Anzahl Schulungen	1-2/Jahr	Fortbildungen
		Fachkraftquote	< 10/Jahr	Akademisierungsgrad erhöhen
	Zufriedenheit ↑	Zufriedenheitsindex	> 90 %	Mitarbeiterbefragungen
	Arbeitsklima ↑	Fluktuationsrate	< 5 %	Führungskräftecoaching

Abbildung 15: Balanced Scorecard des Symponia Krankenhauses

4.3.3 Ursache-Wirkungs-Ketten

Bei Durchführung der nach Abbildung 15 geplanten Maßnahmen sollen die Finanzziele erreicht werden, indem zuerst bei den Angestellten (Lern- und Entwicklungsperspektive) angesetzt wird. Fortbildungen, Coachings und Mitarbeiterbefragungen sollen die Motivation und Zufriedenheit der Beschäftigten fördern. Qualifiziertere und zufriedener Mitarbeiter arbeiten qualitätsorientierter und gehen besser mit den Patienten um. Dies wirkt sich positiv auf die Zufriedenheit der Patienten aus, welche wiederum dankbarer und freundlicher mit der Belegschaft umgehen werden.

Darüber hinaus ist qualifiziertes Personal besser dazu in der Lage, die Versorgungsprozesse zu optimieren. Zum einen fördert dies die Qualität des Behandlungsergebnisses, zum anderen die wahrgenommene Qualität aus der Sicht der Patienten und damit die Zufriedenheit. Auf der anderen Seite würden die effizienteren Versorgungsprozesse zur Einsparung von Kosten führen, wodurch eine bessere Preispolitik betrieben werden könnte. Mit mehr finanziellen Mitteln kann die Klinik günstigere Wahlleistungen anbieten und so neue Patienten gewinnen. Das durch die erhöhte Qualität verbesserte Image sowie die durch Preispolitik neu gewonnenen Patienten wirken sich positiv auf den Marktanteil aus. Gleichzeitig steigt die Wirtschaftlichkeit aufgrund einer besseren

Die Balanced Scorecard als zentrales Element des strategischen Pflegecontrollings
Auslastung. Somit werden die Ziele der Finanzperspektive erreicht. Abbildung 16 stellt die Ursache-Wirkungsketten graphisch dar.

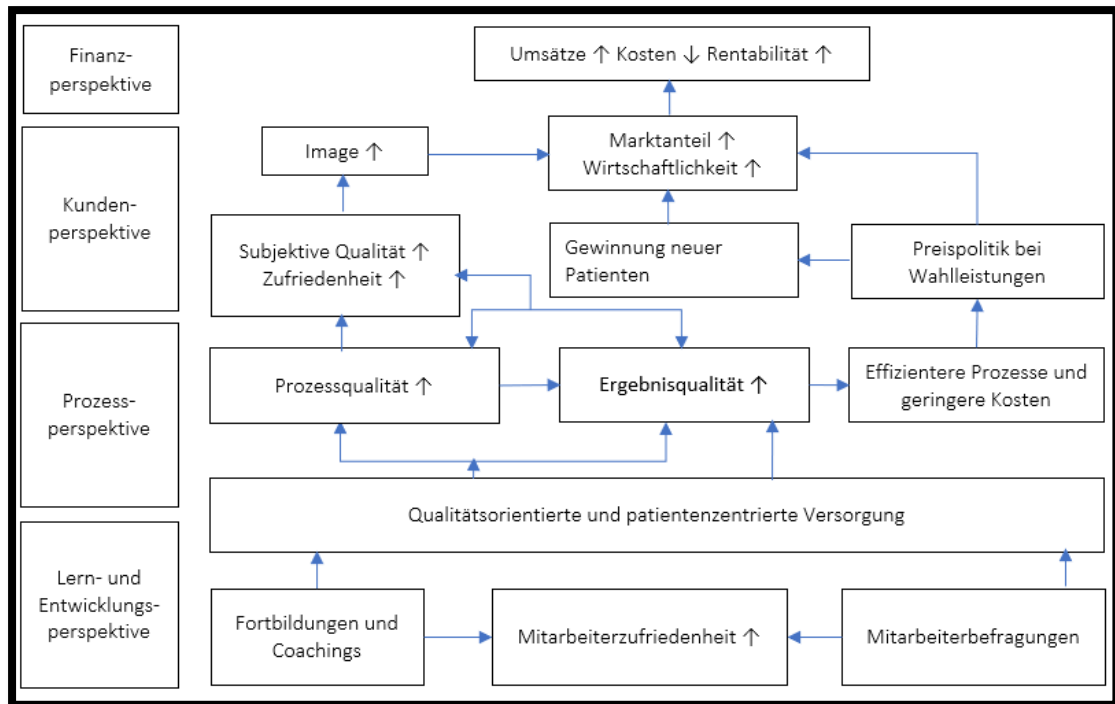


Abbildung 16: Ursache-Wirkungsketten des Symponia Krankenhauses (in Anlehnung an: Bohnhardt 2004, S. 222)

4.3.4 Maßnahmen

Zum Abschluss des Praxisbeispiels werden im Folgenden beispielhaft Maßnahmen genannt, die an die BSC des Symponia Krankenhaus angelehnt sind. Im Rahmen der Lern- und Entwicklungsperspektive liegt ein besonderer Fokus auf dem Personal, als wichtigste Ressource im Krankenhaus. Ziel ist, die Zufriedenheit der Mitarbeiter zu verbessern. Durch regelmäßige Mitarbeiterbefragungen lassen sich langfristig Vergleiche, Trendkurven und Prognosen zur Zufriedenheit des Personals erstellen. Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen führen zu qualifizierteren Mitarbeitern. Gerade Menschen in Führungspositionen sollten sowohl medizinisch als auch sozialpsychologisch und betriebswirtschaftlich weitergebildet werden. Qualifizierteres Personal hat ein besseres Kostenbewusstsein und ist besser in der Lage, ineffiziente Prozesse zu erkennen und diese zu optimieren. (vgl. Kaltwasser 2004, S. 147). Ein gesundes Führungsverhalten (siehe Kapitel 5.5) kann Menschen in Leitungspositionen helfen, die Identifikation des Personals mit dem Krankenhaus zu fördern. Zudem ist es sinnvoll, den Anteil studierter

Die Balanced Scorecard als zentrales Element des strategischen Pflegecontrollings

Pflegekräfte zu erhöhen. Dafür braucht es jedoch ein gutes Arbeitgeberimage, angesichts des Fachkräftemangels.

Die Prozessperspektive bietet viele Möglichkeiten, die Qualität und Effizienz der Behandlungsprozesse zu optimieren. Die in Kapitel beschriebenen Instrumente des Qualitätsmanagements stellen hier einen guten Ansatzpunkt dar. Zudem können Beratungsgespräche für Patienten bei deren Entlassung angeboten werden, um das Bewusstsein der Patienten für Prävention und Gesundheit zu stärken. Dies könnte sich langfristig positiv auf den Behandlungsverlauf auswirken und eine gute Grundlage für weitere Aufenthalte schaffen. Investitionen in die IT-Infrastruktur können den Dokumentationsaufwand reduzieren. Die Abbildung interdisziplinärer klinischer Behandlungspfade, sogenannter Clinical Pathways ermöglicht ebenfalls eine Steigerung der Effizienz. Diese stellen den gesamten Versorgungsprozess graphisch dar. Es bräuchte Fortbildungsmaßnahmen für Ärzte und Pfleger, um diese zur Gestaltung dieser Behandlungspfade zu befähigen (vgl. Zapp et. al. 2004, S. 151 f.).

Im Kontext der Kundenperspektive kann eine patientenzentrierte Versorgung sich erheblich auf die Zufriedenheit der Patienten auswirken. Der Patient wird in den Mittelpunkt gestellt, alles auf seine Bedürfnisse ausgerichtet. Patientenbefragungen und der Ausbau des Beschwerdemanagements können hier förderlich sein. Bei letzterem ist zu betonen, dass das Ziel nicht eine niedrigere Beschwerdequote sein muss, sondern eine positivere Fehlerkultur sein könnte, die Patienten zu konstruktivem Feedback ermutigt und Personal offen für solches macht. Die meisten Patienten beschwerten sich nicht, äußern sich dafür aber im Umfeld negativ über den Gesundheitsbetrieb (vgl. Fließ et. al. 2005, S. 415). Flexiblere Arbeitszeitmodelle und eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit könnten dazu beitragen, dass Behandlungen und Medikation dann durchgeführt werden, wenn sie am besten für die Patienten sind (vgl. Kaltwasser 2004, S. 140 f.) Durch die Investition in Pflegeexperten, sogenannte examinierte Pflegekräfte mit Zusatzausbildungen in den Bereichen Wundversorgung, Stomapflege und Diabetes können gleichzeitig Kosten gespart und die Qualität verbessert werden, indem diese Spezialisten ihr Wissen und ihre Fähigkeiten in der gesamten Klinik einbringen. So braucht nicht jede Abteilung Pflegekräfte mit dieser Zusatzausbildung (vgl. Kaltwasser 2004, S. 146). Eine regelmäßig durchgeführte Pflegevisite wirkt sich ebenfalls auf die Pflegequalität und Zufriedenheit der Patienten aus (Siehe Kapitel 2.4.3).

Die Balanced Scorecard als zentrales Element des strategischen Pflegecontrollings

Im Rahmen der Finanzperspektive ist ein Fokus auf die Personalkosten als größten Kostenfaktor zu legen. Mittels der in Kapitel 2.4.2 beschriebenen Zielkostenrechnung, dem Cost Benchmarking und der Prozesskostenrechnung lassen sich die Kostensituation und Effizienzprobleme abbilden. Um die Anzahl der Fälle gegenüber dem Vorjahr zu erhöhen, wird wie in Kapitel 4.3.1 beschrieben eine Spezialisierung auf weniger Fachbereiche mit dem Ziel der Qualitätsführerschaft angestrebt. Das oberste Ziel ist ein möglichst hoher Jahresüberschuss, der durch alle vorab genannten Maßnahmen erreicht werden soll.

4.4 Herausforderungen bei der Einführung einer Balanced Scorecard

4.4.1 Mangel an Ressourcen

Die allererste Frage, die sich ein Projektleiter stellen sollte, ist die, ob überhaupt genügend Ressourcen vorhanden sind. Ist die Umsetzung des Projektes aus Mangel an Zeit, Informationen oder finanziellen, sachlichen und personellen Ressourcen nicht durchführbar, sollte das Projekt nicht gestartet werden. Zudem kann es sinnvoll sein, ein bereits gestartetes, aber zum Scheitern verurteiltes, Projekt abubrechen. Häufig wird der Fehler begangen, dass die bereits investierte Zeit dazu verleitet, noch mehr Ressourcen einzusetzen. So müssen keine Verluste in Kauf genommen werden. Dies führt unweigerlich dazu, dass der Schaden am Unternehmen immer größer wird.

Das häufigste Problem der Implementierung einer BSC ist der Mangel an Zeit. Die Führungsebene möchte, dass das Projekt möglichst schnell durchgeführt wird, da vor allem die personellen Ressourcen werden woanders benötigt werden. In vielen Fällen ist nicht mal genügend Personal vorhanden, um die Strategien effizient in allen Bereichen in gezielten Maßnahmen umzusetzen. Dies ist problematisch, da die Pflege einer BSC sehr zeitintensiv ist. (vgl. Straub 2004, S. 232 ff.)

Sind die Ressourcen Personal und Zeit gegeben, werden in vielen Fällen allerdings nicht genug Daten vorhanden sein, welche die Definition sinnvoller Vorgaben für Kennzahlen ermöglichen würden. Besonders das Verständnis für die Ursache-Wirkungsketten zwischen den Messgrößen der vier verschiedenen Perspektiven ließe sich nur mit ausreichend Informationen über die internen Prozess-, Personal- und Patientendaten verwirklichen (vgl. Maier B. 2014, S. 127).

4.4.2 Mangel an Erfahrung und Wissen

Die Umsetzung einer BSC erfordert gute Planung. Gerade bei medizinischem und pflegerischem Personal mangelt es häufig an betriebswirtschaftlichem Wissen und Erfahrungen mit der Erarbeitung und Umsetzung von Strategien oder strategischen Instrumenten. So müssen die Beteiligten sich das erforderliche Know-how erst einmal aneignen. Wie oben erwähnt beginnt die Einführung der BSC mit der Herausarbeitung und Formulierung von Strategien. Die fehlenden Erfahrungen können leicht zu einer falschen Herangehensweise führen. Dies sorgt bereits hier häufig zur Demotivation der Mitarbeiter. Sind die Strategien beispielsweise nicht eindeutig genug oder zu viele Informationen in die BSC integriert, können die Menschen den Überblick verlieren. Zwar verbirgt sich hinter der Absicht, möglichst viele Prozesse in der BSC wiederzugeben, eine gute. Das Ziel ist, die Qualität in sämtlichen Bereichen zu steigern. In diesem Fall gilt jedoch das Motto „Weniger ist mehr.“ Ansonsten droht, die Identifizierung des Personals mit dem Projekt wegen Überforderung zu sinken. Nicht zuletzt kann eine unklare Kommunikation zwischen Projektleiter und Projektteam Unsicherheit bei den Mitarbeitern über ihre jeweiligen Verantwortungsbereiche streuen (vgl. Straub 2004, S. 232 ff.).

4.4.3 Mangel an Identifikation mit der Balanced Scorecard

Sind Ressourcen, Wissen und Erfahrung ausreichend, besteht noch eine weitere große Gefahr, die der BSC im Weg stehen kann: die Mitarbeiter unterstützen den Prozess nicht. Zum ersten sollte die Geschäftsführung hinter dem Projekt stehen. Ist dies nicht der Fall, könnte der Weg sehr steinig werden und kleine Fehler Anlass für die Geschäftsführung darstellen, das Projekt vorzeitig zu beenden. Ein weiteres Problem kann der vorzeitige Start des Projektes sein, wenn die Belegschaft und vor allem die Führungsebene noch nicht mit dem Instrument BSC vertraut sind. Der größte Risikofaktor ist jedoch die mangelnde Motivation und Identifikation des Personals mit dem Projekt, seien es Pflegekräfte, Ärzte oder die Leitungsebene. Oft besteht Skepsis, ob die Vorteile wirklich die Nachteile überwiegen und der zeitliche sowie finanzielle Aufwand nach Realisierung des Projektes wirklich sinken wird. Die Angst vor Veränderung, unzumutbare Verantwortung oder destruktives Verhalten einzelner Mitarbeiter können weitere Gründe für eine ablehnende Haltung sein. Die zumeist erst langfristig eintretenden Vorteile der BSC und

Die Balanced Scorecard als zentrales Element des strategischen Pflegecontrollings
der begrenzte sichtbare Nutzen verstärken die Kritik und Zweifel (vgl. Straub 2004, S. 232 ff; Maier B. 2014, S. 127).

4.4.4 Gegensteuerungsmaßnahmen

Wie kann dem Mangel an Ressourcen, Erfahrung und Wissen und Identifikation mit der Einführung der BSC entgegengewirkt werden? Unabhängig davon, wie viele Ressourcen zur Verfügung stehen, ist es wichtig, diese vor Projektbeginn abzuschätzen. Ist erst mal klar, wie viel finanzielle Mittel, Zeit, Personal, Sachmittel und Informationen vorhanden sind und genutzt werden dürfen, können diese den Verantwortlichen zugeteilt werden. Der Mangel an Personal ließe sich durch eine EDV-Lösung kompensieren, welche sich parallel zur BSC konstruieren ließe. Hier wäre kontinuierliche Pflege der BSC nötig. Der Vorteilhaft wäre, dass viele Prozesse automatisiert ablaufen könnten (vgl. Straub 2004, S. 235).

Dem fehlenden betriebswirtschaftlichen Wissen und den fehlenden Erfahrungen ist natürlich bei der Einführung einer BSC erst mal nicht viel entgegenzusetzen. Wird die Umsetzung allerdings gut und rechtzeitig geplant, können Fortbildungen zum Teil Abhilfe schaffen. Wie in Kapitel 4.4.2 beschrieben wurde, kann der Mangel an Wissen und Erfahrung dazu führen, dass zu viele Informationen oder Kennzahlen herangezogen werden und die BSC ihre Übersichtlichkeit verliert. Deshalb ist es sinnvoll, die Anzahl der Messgrößen zu begrenzen. Diese Selektion ist erforderlich, um der Strategie der gesamten Gesundheitseinrichtung gerecht zu werden und gleichzeitig einen Fokus auf die vier Dimensionen zu ermöglichen (vgl. Hellmann et. al. 2017, S. 594). Dennoch kann es passieren, dass Mitarbeiter oder Projektleiter den Überblick verlieren. Dann droht, dass das Projekt aufgrund unzureichender Koordination scheitert. Um dies zu vermeiden, kann vorab ein Verantwortlicher im Team bestimmt werden, welcher die verschiedenen Verantwortungsbereiche koordiniert. Zuletzt ist zu betonen, wie wichtig Kommunikation im gesamten Prozess von der Strategiefindung bis zur Durchführung der Maßnahmen ist. Ein guter Projektleiter sorgt dementsprechend dafür, dass jedes Teammitglied eingebunden und sich seiner Verantwortlichkeiten und Aufgaben bewusst ist.

Stehen Personal oder Geschäftsführung nicht hinter der BSC, gilt es diese von den Vorteilen zu überzeugen. Besonders die Geschäftsführung ist davon zu unterrichten, dass sie bei Genehmigung der Einführung der BSC dahinterstehen muss. Allgemein sollte das

Die Balanced Scorecard als zentrales Element des strategischen Pflegecontrollings

Projekt vor Beginn mit internen Marketingmaßnahmen beworben werden. Mögliche Methoden wären beispielsweise Workshops, Seminare oder digitale Newspaper. Nicht nur die Vorteile der BSC sollten klar sein, Vorurteile gegenüber dieser müssen behoben werden. (vgl. Straub 2004, S. 234). Wichtig ist aber eine ehrliche Kommunikation der Sachverhalte, sodass ein realistisches Verständnis für die Chancen und Grenzen, der BSC entsteht (vgl. Maier B. 2014, S. 127).

Für das Risiko, dass einzelne Mitarbeiter sich dem Erfolg der BSC in den Weg stellen, sei es durch egoistisches oder destruktives Verhalten, ist eine unbeteiligte Person nützlich. Dies könnte ein externer Berater sein, der die Situation klärt. Eine Pioniergruppe, die die BSC im Voraus in einer einzelnen Abteilung einführt, könnte die Akzeptanz des Instrumentes erheblich erhöhen. Zudem wären die damit einhergehenden Erfahrungen von großem Vorteil. Außerdem könnten gezielt Anreize gesetzt werden, sich für den Erfolg der Einführung des Instrumentes BSC einzusetzen. So könnten das Erreichen bestimmter Zielvorgaben beispielsweise mit einer finanziellen Entlohnung gekoppelt werden. Wenn sich Mitarbeiter voll einbringen sollen, müssen sie so gut wie möglich integriert werden. (vgl. Straub 2004, S. 234).

Im nächsten Kapitel wird exemplarisch die Implementierung einer BSC in einem fiktiven Unternehmen vorgestellt. Dies dient der Veranschaulichung des Instrumentes, der Ursache-Wirkungsketten zwischen den verschiedenen Dimensionen und soll aufzeigen, wie aus strategischen Zielen ganz konkret Maßnahmen werden. Nicht zuletzt dient das nächste Kapitel dazu, die Möglichkeiten des Pflegecontrollings aufzuzeigen.

4.5 Die Pflege der Balanced Scorecard

Nur eine gute Kommunikation kann langfristigen Erfolg einer BSC sichern. Es ist enorm wichtig, Mitarbeiter so gut wie möglich zu integrieren und sie im Hinblick auf das Managementsystem fortzubilden. An die Erreichung der Ziele gekoppelte Anreizsysteme unterstützen den Prozess und gleichzeitig die Akzeptanz der BSC. Werden bestimmte Zielwerte erfüllt, könnten Mitarbeiter bei bereits vollständiger Etablierung der BSC eine anteilige Ausschüttung, je nach Höhe des Über- oder Unterschreitens dieser Werte erhalten. Darüber hinaus sollte die BSC als kontinuierlicher Lernprozess verstanden werden. Um mögliche Abweichungen von vereinbarten Zielwerten zu erkennen, lassen sich regelmäßige Strategiereviews durchführen. Es handelt sich dabei um Workshops, bei

Die Balanced Scorecard als zentrales Element des strategischen Pflegecontrollings
denen die Identifikation mit der gemeinsamen Vision gefördert werden soll. Außerdem können die Führungskräfte der einzelnen Bereiche Feedback und Unterstützung von einem externen Berater erhalten, um Abweichungen von Zielwerten entgegenzuwirken (vgl. Straub 2004, S. 234). Für die Pflege der BSC bietet sich eine professionelle EDV-Lösung an. Bis zu deren Einsatz kann eine Excel-Lösung nützlich sein, besonders in der Anfangsphase. So lässt sich der Pflegeaufwand, welcher einen großen Nachteil der BSC darstellt, reduzieren (vgl. ebd., S. 235).

4.6 Umgang mit der Änderung von Strategien

Gesundheitseinrichtungen müssen im Verlaufe der Zeit ihre Strategien ändern. Neben der Implementierung der BSC kann eine Änderung des Kurses auf Widerstand stoßen, nicht nur seitens der Mitarbeiter. Möchte das genannte Krankenhaus beispielsweise mittels Baumaßnahmen und neuer Technik eine patientenzentrierte Versorgung erreichen, ist es sinnvoll, die potenziellen Auswirkungen der Veränderungen bei den Mitarbeitern und Patienten angemessen zu kommunizieren. Bei solchen Strategieänderungen durchlaufen die Mitarbeiter verschiedenen Phasen, was sich auf die Effizienz der Prozesse, die Zufriedenheit der Patienten und Mitarbeiter und die Wirtschaftlichkeit insgesamt auswirkt. Die Abbildung 17 stellt die Auswirkungen der Veränderung auf die jeweiligen Perspektiven der BSC dar.

Zu Beginn der Strategieänderung steht der Schock. Zwar reagieren alle Mitarbeiter unterschiedlich, die Zufriedenheit sinkt jedoch im Durchschnitt, Enttäuschung und Unverständnis machen sich breit. Regelmäßige Interaktion und Kommunikation mit den Mitarbeitern helfen, ein Verständnis für deren Reaktionen auf die Veränderung zu bekommen. Patienten und Angehörigen bekommen die Stimmung in der Belegschaft natürlich mit und daher sollte die Öffentlichkeit nach Aufklärung der Mitarbeiter ebenfalls angemessen in den Veränderungsprozess involviert werden. Ein Rückgang der Leistungszahlen ist in dieser Phase normal. Die Produktivität der Mitarbeiter sinkt in der Regel, da viel Unsicherheit über die Veränderung herrschen kann.

In der Ablehnungsphase entscheiden sich viele Mitarbeiter, sich gegen den Veränderungsprozess zu wehren. Dies kann sich in steigenden Fluktuationsraten äußern oder darin, dass sich Mitarbeiter besonders Mühe geben, vermeintlich bewährte Prozesse am Laufen zu halten. Während dem sich verstärkenden Personalmangel mit kurzfristig

Die Balanced Scorecard als zentrales Element des strategischen Pflegecontrollings

stärkeren Besetzungen zu begegnen ist, dient ein intensiver Dialog mit den Mitarbeitern, die Widerstände durch Verständnis und Entschlossenheit zu reduzieren. Die Widerstandsenergie kann zudem genutzt werden, um Teilprozesse, die gut funktionieren, zu identifizieren. Die sich in dieser Phase womöglich verbessernden Prozesse und Finanzen sollten auf die Widerstände zurückgeführt werden und nicht etwa auf ein mögliches Scheitern des Projektes. Klare Regeln tragen dazu bei, dass Unzufriedenheit nicht gegenüber Außenstehenden wie z. B. Patienten, sondern im internen Dialog kommuniziert wird.

	Phase	Finanzperspektive	Kunden	Prozesse	Mitarbeiter
1	Schock	Unproduktivität ↑	Unsicherheit ↑	Unproduktivität ↑	Unverständnis ↑
2	Ablehnung	Erfolge ↑	Unzufriedenheit ↑	Effizienz ↑	Widerstände ↑
3	Rationale Einsicht	Leistungs- tiefpunkt	Hohe Unsicherheit bei Patienten	Erste Versuche, die Veränderung anzunehmen, Effizienz ↓	Tiefpunkt der Zufriedenheit, intensive Reflexion
4	Emotionale Akzeptanz				
5	Lernen	Kosten ↑ Finanzen ↑	Zufriedenheit von Personal und Patienten ↑	Prozesse verbessern und stabilisieren sich	Zufriedenheit ↑
6	Erkenntnis- gewinn				

Abbildung 17: Phasen des Change-Prozesses (eigene Darstellung in Anlehnung an Thiex-Kreye; Saure 2018, S. 255-260)

Die Phasen der rationalen Einsicht und emotionalen Akzeptanz sind durch niedrige Zufriedenheit bei den Mitarbeitern, hohe Unsicherheit bei Patienten und schlechte Leistungen gekennzeichnet. Die meisten Mitarbeiter hören auf, sich zu wehren, manche verlassen die Gesundheitseinrichtung und die meisten fangen an, die neue Situation zu akzeptieren und die damit einhergehenden Auswirkungen zu reflektieren. Regelmäßige Informationsveranstaltungen und Schulungsmaßnahmen sind unabdingbar, damit alle sich auf die neue Situation einlassen können. Die Maßnahmen sind eine vorübergehende hohe Unproduktivität wert, wenn dafür langfristig die meisten Mitarbeiter den Wandel akzeptieren und sich integrieren. Der Personalmangel kann in diesen Phasen erhöht sein, worunter die Warte- und Durchlaufzeiten von Patienten leiden können. Dies ist als Zeichen der wachsenden Akzeptanz zu werten. Die Unsicherheit und Unzufriedenheit bei den Patienten wachsen, da sie häufig die neuen Begebenheiten nicht nachvollziehen können und im gegebenen Fall die Unsicherheit der Mitarbeiter bemerken. Die Umstrukturierung der Räumlichkeiten mag im Sinne der Patienten sein, dieser

Die Balanced Scorecard als zentrales Element des strategischen Pflegecontrollings

sieht allerdings nicht selten nur das Chaos. Eine gute Kommunikationsarbeit durch die Mitarbeiter sowie eine Entlastung dieser durch weitere Informationsquellen (z. B. Flyer, Website) helfen, Verständnis bei den Patienten hervorzurufen. Weitere Maßnahmen, die das Pflegecontrolling einplanen könnte, wären z. B. kleine kostenarme Zugeständnisse wie ein Obstkorb, eine (bessere) Auswahl an Getränken sowie ansprechende Zeitschriften.

In den Phasen fünf und sechs sind und werden Mitarbeiter selbst zu Experten hinsichtlich der neuen Anforderungen, wie Kennzahlen zu den Personalentwicklungskosten pro Vollkraft zeigen werden. Einhergehend mit den Lernprozessen und dem Erkenntnisgewinn steigt die Mitarbeiterzufriedenheit wieder an und kann sogar das Ausgangsniveau überschreiten. Gleiches gilt für Prozesskennzahlen wie die Warte- und Durchlaufzeiten, welche ebenfalls vom steigenden Know-how des Personals bessere Werte aufweisen werden. Die regelmäßige Berichterstattung über den positiven Verlauf der Kennzahlen kann zur Stabilisierung des neu etablierten Systems beitragen. Die bessere Ausstattung, Technik oder organisatorische Prozessgestaltung sowie die erhöhte Mitarbeiterzufriedenheit werden ihren Teil zu einer besseren Patientenzufriedenheit beitragen. Die Finanz- und Leistungskennzahlen erholen sich trotz erhöhter Kosten der Weiterbildung von Mitarbeitern. Das Erreichen von Meilensteinen, wie z. B. die verbesserten Kennzahlen, sollte in allen aber besonders diesen beiden Phasen gut kommuniziert werden, um eine positive Grundhaltung bei der Belegschaft zu erreichen und zu manifestieren. Damit sind der Veränderungsprozess und die Integration der Veränderungen in die Organisation abgeschlossen (vgl. Thiex-Kreye; Saure 2018, S. 255-260).

5. Das verhaltensorientierte Pflegecontrolling

5.1 Grundlagen

In der Betriebswirtschaftslehre stellt die Entscheidungstheorie einen etablierten Ansatz zur Entscheidungsfindung dar. Nach Gillenkirch (2018, o. S.) soll die „[...] Entscheidungstheorie [...] Hilfestellungen geben, wie Menschen ‚vernünftige Entscheidungen‘ treffen können, und will erklären, wie reale Entscheidungen zustande kommen.“ Es wird nach dem Prinzip des Homo Oeconomicus davon ausgegangen, dass ein wirtschaftlich handelnder Mensch rein rational handelt, Zugang zu allen Informationen hat und diese ideal verarbeiten kann. Die betriebswirtschaftliche Forschung hat jedoch gezeigt, dass mit diesem Ansatz gewisse Phänomene unberücksichtigt bleiben können. Die Annahme, ein Mensch würde bei der Entscheidungsfindung stets rein rational handeln, ist natürlich nicht tragbar. Ein Manager beispielsweise kann nicht zu jedem Zeitpunkt auf dem neuesten Standpunkt der potenziell zur Verfügung stehenden Informationen sein. Außerdem können eigene Interessen mit den Zielen des Unternehmens konkurrieren. Hier wird von Rationalitätsdefiziten gesprochen (vgl. Hirsch et. al. 2008, S. 5).

Das verhaltensorientierte Controlling ist nach Hirsch et. al. (2008, S. 9) [...] kein genereller Ansatz, sondern ein solcher, der für eine bestimmte Klasse von Situationen gewählt wird und der eine Erweiterung des Rationalitätssicherungsansatzes darstellt, um das breite Spektrum praktischer Probleme zu lösen.“

Der Rationalitätssicherungsansatz versucht, Rationalitätsdefizite im Verhalten von Entscheidungsträgern zu berücksichtigen, einzuschätzen und mit gezielten Maßnahmen auszugleichen. Ziel ist, die Rationalität der Führung zu sichern und dieses Ziel wird erreicht, indem die menschlichen Beschränkungen angemessen berücksichtigt werden. Hier ist zu betonen, dass diese Rationalitätsdefizite nicht immer berücksichtigt werden sollten. Gerade wenn irrational Entscheidungen bereits einkalkuliert sind, z. B. durch die Einplanung von Fehlerraten, oder wenn die handelnden Akteure in ihrem Entscheidungsfreiraum eingegrenzt sind, ist der entscheidungstheoretische Ansatz vollkommen ausreichend. Der verhaltensorientierte Ansatz sollte daher nur dann herangezogen werden, wenn das entscheidungsorientierte Modell allein bestimmtes Verhalten von Akteuren nicht erklären kann. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die

Übersichtlichkeit bei der Analyse von Problemen verloren geht und das kann wiederum zur Demotivation von Beteiligten führen (vgl. ebd., S. 7 f.)

In der Regel findet eine Differenzierung zwischen zwei Arten von Rationalitätsdefiziten statt: Kognitive Defizite und Opportunismus. Diese werden in den folgenden Kapiteln näher erläutert.

5.2 Wollens-Beschränkungen und die Principal-Agent-Theorie

Wenn Manager viel Handlungsspielräume haben oder die Planung der Unternehmensführung zu komplex ist, erhöht sich die Gefahr, dass Manager Entscheidungen zu ihrem eigenen Vorteil treffen. Damit gefährden sie die Erreichung der Unternehmensziele. Gleichzeitig kann die Beziehung zwischen Mitarbeitern und Kunden darunter leiden. Dieses sogenannte opportunistische Verhalten wird als Wollens-Defizit oder Wollens-Beschränkung bezeichnet. Der handelnde Akteur nimmt bewusst die Interessensverletzung bei anderen in Kauf, um seine eigenen Interessen zu verwirklichen. (vgl. Hirsch et. al. 2008, S. 2 f.)

Die Principal-Agent-Theorie (PA-Theorie) versucht diese Art von Rationalitätsdefizite zu beschreiben, sodass sich darauf aufbauend gezielte Maßnahmen ableiten lassen.

Die PA-Theorie ist ein Teil der Neuen Institutionenökonomik und untersucht die Beziehung zwischen Vertragspartnern. In dieser Theorie wird von einer ungleichen Verteilung von Wissen und Macht zwischen den Akteuren ausgegangen. Der Principal ist ein Auftraggeber einer Leistung, während der Agent die Rolle des Beauftragten einnimmt. Somit besteht eine Abhängigkeit des Principals vom Agent. Letzterer wird beauftragt, weil er sich in einer besseren Position zur Erfüllung der Leistung ist, z. B. aufgrund eines Wissensvorsprungs. Ziel ist, die Kosten dieser Beziehung zu erfassen. Dieses Informations- und Überwachungsdefizit ermöglicht ihm Spielräume für opportunistisches Verhalten. Dem entgegenwirken kann der Auftraggeber durch eine verstärkte Überwachung oder finanzielle Anreize (z. B. Gewinnbeteiligung), wodurch jedoch weitere Kosten entstehen (vgl. Hellmann/Thiele 2020, S. 95 f.).

Der Patient stellt in dieser Beziehung den Principal dar, er erteilt der Pflegekraft den Auftrag der Vollbringung der Pflegedienstleistung an ihm. Diese Beziehung ist mit einer Informationsasymmetrie verbunden, die ausgebildete Pflegekraft, der Agent, hat erheblich mehr medizinisches Wissen. Dies und die Tatsache, dass er selbst wesentlicher

Bestandteil der Dienstleistung ist, machen die Beauftragung einer Pflegefachkraft unabdingbar. Ziel von Gesundheitseinrichtungen ist, dass solche Vertragsbeziehungen eingegangen werden. Bei einem Pflegeheim geschieht dies beispielsweise, indem ein Pflegevertrag zwischen der Einrichtung und dem Patienten abgeschlossen wird (vgl. ebd., S. 102 f.).

Diese Principal-Agent-Beziehung kann jedoch nur gelingen, wenn sie auf Vertrauen basiert. Der Patient begibt sich in eine Abhängigkeit von der Pflegekraft. Hierfür spielen drei wesentliche Faktoren eine Rolle, die das Fundament für eine vertrauensvolle Beziehung bilden sollten: Führungskompetenz, qualifizierte Pflegekräfte und Zeit, die in die Beziehung zwischen Patienten und Pflegekraft während des gesamten Behandlungsprozesses investiert wird. Gleichzeitig stellen diese Faktoren den Hauptdreh- und Angelpunkt für die Optimierung der Kostensituation dar. Gerade im Pflegecontrolling besteht das Problem einer mangelnden Kostentransparenz aufgrund der schwer quantifizierbaren Interaktion zwischen Pflegekraft und Patient. Wenngleich dem so ist, können Maßnahmen zur Verbesserung der Führungskompetenz bzw. Führungsverhaltens die anderen Faktoren nachhaltig positiv beeinflussen und einen wesentlichen Teil zur Verbesserung der Kostensituation beitragen (vgl. ebd., S. 102 ff.). Im Kapitel 5.6 wird daher ein kurzer Einblick in die Bedeutung des Führungsverhaltens gegeben.

5.3 Könnens-Defizite und das Konzept des internen Modells

Nicht von der PA-Theorie berücksichtigt werden jedoch Könnens-Defizite bzw. Könnensbeschränkungen. Diese treten auf, wenn Manager zu viele Informationen bekommen und diese nicht mehr richtig verarbeiten können (Information Overload) oder wenn es ihnen schlicht an Fähigkeiten mangelt, die Informationen zu nutzen. Diese Defizite veranschaulichen, dass das ökonomische Grundmodell der Entscheidungstheorie, welches rein rationales Handeln voraussetzt, nicht immer ausreicht und daher ggf. erweitert werden muss. Ein Information Overload könnte zur Überforderung der Entscheidungsträger führen (vgl. Hirsch et. al. 2008, S. 2 f.).

Das interne Modell lässt sich als Brille umschreiben, durch die Führungskräfte blicken, wenn sie vor einer Entscheidung stehen. Indem bewährte Entscheidungsmuster kategorisiert und mit Handlungsprinzipien versehen werden, sollen komplexe Entscheidungsprozesse vereinfacht werden. Bei Heranziehen dieser bewährten Modelle wird

aus Sicht des Entscheidungsträgers rational gehandelt und versucht, den Nutzen der Organisation zu maximieren. Dabei wird übersehen, dass sich die aktuelle Situation von den vergangenen Situationen unterscheidet, in denen sich diese Modelle als erfolgreich erwiesen. Je nachdem, um welche Art von Könnens-Defizit es sich handelt, wird ein anderes internes Modell herangezogen. Das Bewusstsein über diese subjektiven Denkmuster kann Pflegecontrollern helfen, irrationales Verhalten der Führungskräfte zu erklären. So können sie auf das Verhalten reagieren, damit die Rationalität der Führung wiederhergestellt wird. Dies geschieht durch klare Kommunikation. Es muss ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass Entscheidungen nicht bewusst objektiv getroffen werden (vgl. ebd., S. 9 f.).

In der Pflege kann das Konzept des internen Modells zur Beseitigung von Rationalitätsdefiziten beitragen. In der Regel ist in Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern und Pflegeheimen das Controlling organisatorischer Teil der Geschäftsführung und daher betriebswirtschaftlich orientiert. Häufig mangelt es gegenüber dem Pflegemanagement bzw. Pflegecontrolling an Kenntnissen über die pflegerische Arbeit. Die internen Modelle der Führungskräfte und Controller müssen daher um die Kenntnisse pflegerischer Arbeit ergänzt werden. Ziel ist, dass ersichtlich wird, warum Controller und Geschäftsführung beispielsweise suboptimale Budgetvorgaben machen. Sie sind sich nicht oder nicht in ausreichendem Maße über die Kosten der pflegerischen Arbeit bzw. Interaktionsarbeit bewusst. Hier hilft eine klare Kommunikation der Problematik. Außerdem ist es sinnvoll das Pflegemanagement bzw. Pflegecontrolling in Entscheidungsprozesse miteinzubeziehen, insbesondere wenn ein fachspezifisches Wissen hilfreich ist (vgl. Hellmann/Thiele 2020, S. 99 ff.).

Eine andere Möglichkeit ist die Motivation der Führungskräfte und Controller zu einem Verzicht auf ihre bewährten internen Modelle. Dies ist insbesondere deshalb nicht einfach, da häufig nicht mal ein Bewusstsein über diese internen Modelle bei den Entscheidungsträgern vorhanden ist. Gelingt es die Führungsebene zu überzeugen, können Anreizsysteme geschaffen werden, die sich an den Gesamtzielen der Organisation orientieren. (vgl. Hirsch et. al. 2008, S. 10). Ziel in einer Einrichtung der Pflege wäre, die Führungskräfte zu motivieren, sich mit den Besonderheiten der pflegerischen Arbeit auseinanderzusetzen. Führungskräfte, die über kein Fachwissen verfügen, sollten zum offenen Diskurs mit Fachkräften angeregt werden und diese in Entscheidungsprozesse einbeziehen. So braucht es beispielsweise flexible und beeinflussbare Zielvorgaben,

um den schwer kalkulierbaren Kosten der pflegerischen Arbeit gerecht zu werden. Die Integration des Wissens des Pflegemanagers erlaubt zudem nicht nur realistischere Budgets, sondern fördert dessen Identifikation mit dem Budget. Ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Controller und Pflegemanagement stellt daher die Grundlage eines verhaltensorientierten Pflegecontrollings dar. Ein Verständnis über die pflegerische Arbeit bzw. eine offene Kommunikation zwischen Pflegemanagement und dem fachfremden Controller hilft, Rationalitätsdefizite abzubauen (vgl. Hellmann/Thiele 2020, S. 99 f.).

Ein Pflegecontroller hat darüber hinaus die Möglichkeit, unter Einverständnis der Unternehmensführung Entscheidungsträger durch Verhaltensrestriktionen von unüberlegten Entscheidungen abzuhalten (vgl. Hirsch et. al. 2008, S. 10). Dies bietet den Vorteil, dass wichtige Entscheidungen, wie z. B. die Investition in neue pflegerische Hilfsmittel, vom zentralen Controlling bestätigt werden müssen, z. B. unter der Bedingung, dass die Fachkräfte bei der Entscheidung hinzugezogen werden. Nachteil wäre, dass der Entscheidungsprozess sich verlängern würde.

5.4 Besonderheiten der pflegerischen Arbeit

Pflegekräfte sind zu professionellem Handeln verpflichtet und müssen daher ihre eigenen Gefühle im Umgang mit Patienten regulieren. Gleichzeitig beeinflussen sie die Gefühle der Patienten, um ihre pflegerische Arbeitsaufgabe erfüllen zu können. Beispielsweise kann die Genesung eines Patienten gefördert werden, wenn dieser aufgemuntert und dadurch kooperativer wird. Der Erfolg der gesamten Behandlung ist von vielen subjektiven Faktoren (z. B. Gefühle, Wahrnehmung) abhängig und somit schwer kontrollierbar und planbar. Nicht nur die Qualität der Behandlung ist von vielen Faktoren abhängig. Die Kostenplanung gestaltet sich erheblich schwerer als beispielsweise bei medizinischen Leistungen wie im DRG-System. Eine weitere Problematik stellen die immer stärker werdenden Anforderungen hinsichtlich Effektivität und Effizienz der Pflegedienstleistung dar. Da eine rein quantitative Erfassung nicht möglich ist, bedarf es einer Bewertung der Qualität. Die Qualität der Pflegedienstleistung ist nicht nur vom Erbringer, sondern ebenso vom Mitwirken des Patienten sowie von der Interaktion und der Zusammenarbeit zwischen beiden abhängig. In dieser Beziehung zwischen einem Patienten und einer Pflegekraft entstehen Transaktions- bzw. Interaktionskosten,

welche im Pflegecontrolling berücksichtigt werden müssen. (vgl. Hellmann/Thiele 2020, S. 100 f.).

5.5 Bedeutung des Führungsverhaltens

Ein erfolgreiches Pflegecontrolling bedarf einer ganzheitlichen Unternehmensführung, die mitarbeiter-, patienten- und prozessorientiert ist. Dieses Kapitel soll die wesentlichen Aspekte der Führungskompetenz im Pflegecontrolling beleuchten.

Die Qualität des Führungsverhaltens wirkt sich unmittelbar auf die sogenannten „weichen“ Faktoren aus, die im Kapitel 4 über die BSC beschrieben wurde. Da die weichen Faktoren einen entscheidenden Einfluss auf den langfristigen Erfolg eines Unternehmens haben, gilt es sie positiv zu beeinflussen. Ein integrierender und motivierender Führungsstil ist hierfür elementar. Abbildung 18 zeigt die wesentlichen Bausteine hierfür auf (vgl. Dinter 2004, S. 355).

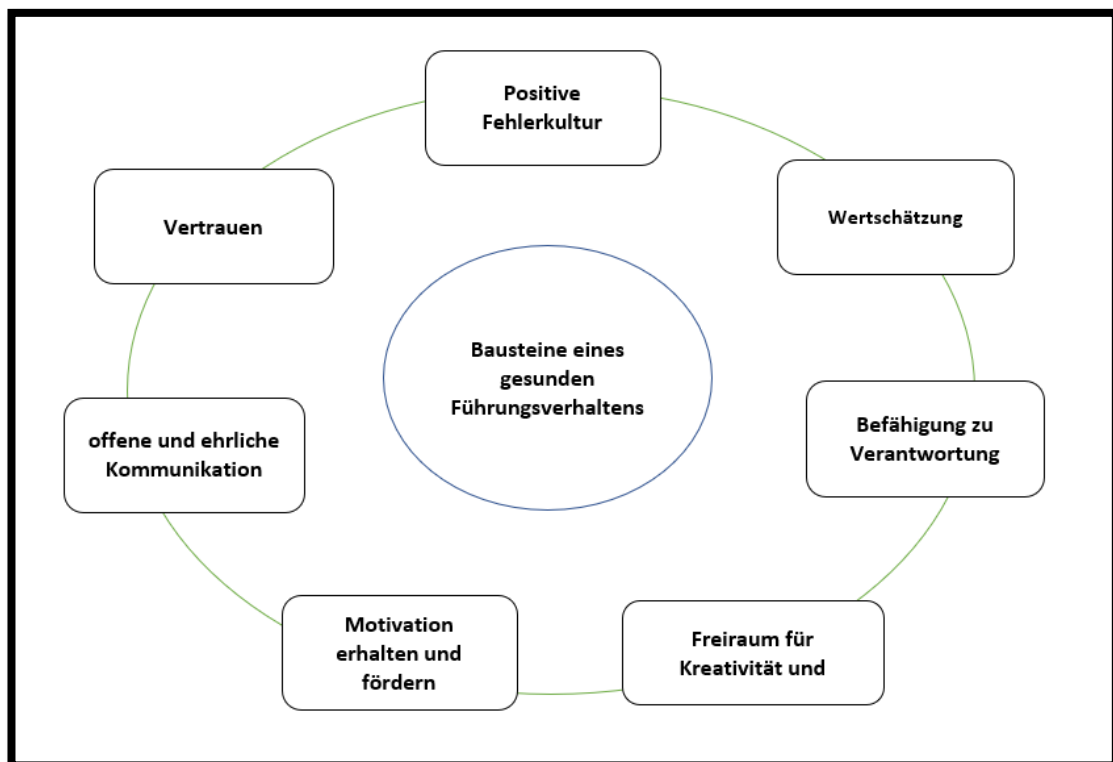


Abbildung 18: Bausteine eines gesunden Führungsverhaltens (eigene Darstellung, in Anlehnung an Dinter 2004, S. 355)

5.6 Chancen und Grenzen des verhaltensorientierten Controllings

Rationalitätsdefizite zeigen, dass Manager nicht immer optimale Entscheidungen treffen können, da sie kognitiven Einschränkungen unterliegen und opportunistisches Verhalten an den Tag legen können. Die verhaltensorientierte Perspektive des Controllings ermöglicht es, diese Defizite zu erklären. Den Pflegecontroller schützt sie zudem vor übertriebenen Erwartungen an Entscheidungsträger, da er sich deren kognitiven Beschränkungen bewusst ist oder wird. So kann er das Risiko von Fehlentscheidungen reduzieren, indem er die Akteure auf Schwachstellen anspricht und hilft, rationalere Entscheidungen zu treffen. Zu berücksichtigen ist, dass dieser Ansatz seine Grenzen hat. Pflegecontroller unterliegen ebenfalls Rationalitätsdefiziten, die ihre Entscheidungen wiederum beeinflussen. Vermutlich wird nicht jede Führungskraft offen für diesen Kritik am eigenen Verhalten sein. Es erfordert demnach viel Fingerspitzengefühl und die Fähigkeit, konstruktives Feedback zu geben und selbst kritikfähig zu sein. Die Bedeutung von Kommunikation sowie eines gesunden Führungsverhaltens ist daher stark hervorzuheben. Somit stellt das verhaltensorientierte Controlling eine sinnvolle Erweiterung dar, um menschliches Fehlverhalten zu erklären, wenn der entscheidungstheoretische Ansatz allein nicht mehr ausreicht (vgl. Hirsch et. al. 2008, S. 10 f.).

6. Fazit

6.1 Reflexion des Vorgehens

Als ich anfang mich mit dem Thema Pflegecontrolling auseinanderzusetzen, stellte ich mir die Frage, wie Pflegecontrolling Gesundheitsbetrieben helfen kann, wirtschaftlicher zu werden. Zu diesem Zeitpunkt war ich mir nicht darüber bewusst, wie tiefgreifend dieses Thema ist. Natürlich kann ein operatives Pflegecontrolling helfen, Einsparungspotenziale zu nutzen und effizienter zu werden. Die vielen Instrumente zur Verbesserung der Kosten- und Erlössituation sowie des Personaleinsatzes tragen ihren Teil dazu bei. Mit Fortführung meiner Recherchen merkte ich, dass dies nur die Spitze des Eisberges ist – der weitaus größere und schwerere Teil scheint vielen Einrichtungen im Gesundheitswesen und in anderen Branchen nicht sichtbar unter Wasser zu sein.

Die Recherchen zeigten, dass manche Autoren Instrumente zur Sicherung von Qualität, Effizienz und Effektivität überbewerten (vgl. Stoffer 2004, S. 267 f.) Frühwarnsysteme sollen dazu dienen, Gefahren möglichst früh zu erkennen, damit Risiken vermieden werden. Qualitätsmanagementsysteme und deren Instrumente tragen ebenfalls dazu bei. Die Frage, die sich mir stellte, war die Folgende: Wird der Mensch durch all diese Systeme und Instrumente zur möglichst guten Steuerung von Gesundheitseinrichtungen zu sehr als Mittel zum Zweck betrachtet oder überwiegen die Vorteile dieser Methoden die Nachteile? Ich kam zu der Auffassung, dass das Pflegecontrolling mit all seinen Ansätzen seine Berechtigung hat. Solange angesichts der wirtschaftlich notwendigen Abwägungen immer wieder reflektiert wird, wie im finanziell möglichen Rahmen das Beste für die Patienten gemacht wird.

6.2 Beantwortung der Forschungsfrage bei Zusammenfassung der Ergebnisse

In der Einleitung wurde die Frage gestellt, welche Rolle ein Pflegecontrolling einnehmen kann, um die finanzielle Situation von Gesundheitsbetrieben zu verbessern, sodass vor allem Menschen davon profitieren. Diese Frage soll in diesem Abschnitt beantwortet werden. Die Recherchen haben gezeigt, dass das Pflegecontrolling ein sehr umfangreiches Thema ist, die Forschung dazu bislang jedoch sehr begrenzt ist. Die Auseinandersetzung mit dem theoretischen Grundlagen Pflegecontrollings zeigte, dass es Pflegecontrolling viele Teilaspekte aufweist. Pflegecontrolling setzt sich mit dem gesamten

Prozess der Patientenbehandlung von Aufnahme bis Entlassung auseinander. Darüber hinaus unterstützt es die Leitungsebene bei der Entscheidungsfindung, indem es wichtige Informationen zusammenstellt, aufbereitet, und von unwichtigen Informationen getrennt kommuniziert. Gleichzeitig ist das Pflegecontrolling für mehrere Nebenprozesse verantwortlich, wie das Ergebnis-Controlling, das Personalcontrolling und das Qualitätscontrolling. Insbesondere letzterem kommt in der Pflege eine große Bedeutung zu, eine hohe Qualität ist entscheidend für Zufriedenheit und damit für den langfristigen Erfolg von Einrichtungen im Gesundheitswesen. Die Instrumente des Qualität-Controllings ermöglichen dem Pflegecontrolling eine umfassende Analyse der Zufriedenheit von Patienten und der subjektiven und objektiven Qualität der Behandlung.

Die Pflegestärkungsgesetze sowie das Pflegeneuausrichtungsgesetz erhöhten den finanziellen Druck für stationäre Pflegeeinrichtungen, da ambulante Szenarien nun wirtschaftlich mehr gefördert werden und attraktiver sind. Viele Anbieter müssen nun hinterfragen, ob eine rein stationäre Versorgung langfristig die Existenz des eigenen Gesundheitsbetriebs sichern kann. Das Geschäftsmodell des Komplexträgers kombiniert stationäre, teilstationäre und ambulante Angebote, um Patienten in allen Stadien der Pflegebedürftigkeit eine umfassende Versorgung anbieten zu können. Ein anderes Geschäftsmodell ist das Gesundheitszentrum, welches eine sektorenübergreifende Versorgung, von der Prävention bis zur Pflege anbietet. Da viele Anbieter nicht genügend Kapital für eine Investitionen in dieses oder andere Geschäftsmodelle haben, bietet sich eine Kooperation mit anderen Anbietern an. Die hieraus entstehenden Synergien ermöglichen es allen Beteiligten, wirtschaftlich davon zu profitieren. Die strategische Positionierung im Wettbewerb ist nicht nur aufgrund von der Investition in mögliche Geschäftsmodellen wichtig. Mittels Innovationsstrategien und Leistungsprogrammstrategien lässt sich ein attraktives Angebot für Patienten gestalten und die Qualität der Pflege optimieren. Als Basis für den strategischen Erfolg braucht es jedoch ein Frühwarn- und Informationssystem, dass Entwicklungen im eigenen Unternehmen und im Wettbewerb berücksichtigt.

Die BSC ist ein solches System, dass sich zwar hauptsächlich auf die internen Ressourcen konzentriert. Dennoch stellt es eine gute Grundlage für das strategische Pflegecontrolling dar. Die BSC ermöglicht die Umsetzung der Unternehmensstrategie mithilfe eines übersichtlichen Rahmens, der verschiedene Unternehmensperspektiven darstellt. Dabei berücksichtigt sie nicht nur finanzielle Kennzahlen, sondern in gleichem Maße solche die

sich auf Kunden, Mitarbeiter und Innovationen sowie die internen Leistungsprozesse beziehen. Indem die Faktoren ermittelt werden, die den Unternehmenserfolg langfristig beeinflussen, lassen sich geeignete Ziele und Maßnahmen definieren. Das Hauptziel stellt nach wie vor die Erreichung der finanziellen Ziele dar. Jedoch soll dies nicht allein durch ein Kostenmanagement, sondern durch ein ganzheitliches Maßnahmenspektrum erzielt werden. Das Beispiel eines Krankenhauses hat gezeigt, wie eine BSC in der Praxis aussehen kann. Sie zeigt übersichtlich, welche Ziele mit welchen Maßnahmen erreicht werden sollen und welche Kennzahlen zur Überprüfung der Zielerreichung dienen. Besonders Ursache Wirkungsketten erleichtern das Verständnis der Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Unternehmensperspektiven und betonen die Wichtigkeit von zufriedenen und motivierten Pflegekräften, effektiven Pflegeprozessen und glücklichen Patienten und die Wechselwirkungen zwischen diesen Faktoren. Ein breites Spektrum an Maßnahmen, welches hier allenfalls angerissen wurde, zeigt das Potenzial zur langfristigen wirtschaftlichen Existenzsicherung auf. Den Herausforderungen der Implementierung einer BSC sind groß, jedoch nicht unüberwindbar. Werden die Mitarbeiter in ihren Zweifeln ernst genommen und in die Veränderungsprozess aktiv mit einbezogen, kann die BSC erfolgreich umgesetzt werden.

Eine entscheidende Bedeutung kommt in diesem Kontext dem Verhalten von Führungskräften sowie deren Kommunikation zu. Wie Kapitel vier gezeigt hat, handeln Führungskräfte nicht immer rational, sie sind Menschen. In manchen Situationen ist ihr Verhalten opportunistisch und in anderen scheitern sie an ihren kognitiven Fähigkeiten. Diese sogenannten Rationalitätsdefizite führen zu Problemen bei der Entscheidungsfindung von Führungskräften. Das verhaltensorientierte Pflegecontrolling versucht daher, diese Rationalitätsdefizite zu identifizieren, um gegen Steuerungsmaßnahmen einleiten zu können. Besonders in Einrichtungen des Gesundheitswesens gibt es häufig eine Diskrepanz zwischen dem in der Geschäftsführung angesiedelten Controlling und den Pflegemanagement. Dem Controlling fehlt es an pflegerischem Wissen und dem Pflegemanagement an betriebswirtschaftlichem Wissen. Ein Pflegecontroller kann zur Lösung dieser Problematik beitragen, da er ein Verständnis über beide Bereiche verfügt und ein Bewusstsein für Rationalitätsdefizite schaffen kann. Ziel ist daher, kognitive Beschränkungen bei den Entscheidungsträgern, zum Beispiel durch Fortbildungsmaßnahmen zu reduzieren und opportunistisches Verhalten durch Anreizsysteme zu verhindern. Dies gelingt vor allem durch offene Kommunikation zwischen allen Beteiligten und ein neues

Verständnis für gesundes Führungsverhalten, das auf Vertrauen, Wertschätzung und Befähigung zur Übernahme von Verantwortung beruht.

Anhand der Ergebnisse dieser Arbeit möchte ich die folgende Theorie aufstellen. Das Pflegecontrolling bietet einige Ansatzpunkte, die finanzielle Situation von Gesundheitseinrichtungen zu verbessern. Insbesondere das verhaltensorientierte Pflegecontrolling und ein ganzheitliches Kennzahlensystem wie die BSC können hier einen großen Beitrag leisten. Strategische Innovation und neue Geschäftsmodelle bieten Möglichkeiten zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit. So lässt sich aus meinem Blickwinkel insgesamt sagen: das Pflegecontrolling bietet ein großes Spektrum an Möglichkeiten, finanzielle Stabilität zu gewährleisten. Der eigentliche Gewinn dieser Ansätze zeigt sich in den Gesichtern der Menschen, ob Mitarbeiter, Patienten oder Angehörige. Wenn ihre Zufriedenheit gewährleistet werden kann, sind die besten Voraussetzungen für ein erfolgreiches Gesundheitsunternehmen gegeben.

6.3 Kritische Betrachtung & Ausblick

Im Rechercheprozess merkte ich, dass es noch viel Forschungsbedarf Thema Pflegecontrolling gibt und dass die Literatur noch relativ begrenzt ist. Im Rahmen dieser Arbeit ist mir zudem bewusst geworden, dass der Fokus auf nur einen Teil des Pflegecontrollings, wie zum Beispiel der Budgetierungsprozess oder die organisatorische Bedeutung des Pflegecontrollings im gesamten Controlling, sinnvoll gewesen wäre. Hierfür wäre eine Zusammenarbeit mit einer oder mehreren Einrichtungen des Gesundheitswesens erforderlich gewesen. Mein Ansatz dagegen war, Aspekte darzustellen, die die Bedeutung einer ganzheitlichen Betrachtung des Pflegecontrollings betonen. Dennoch konnte ich auf andere wichtige Gesichtspunkte in diesem Rahmen nicht eingehen, wie z. B. die Pflegedokumentation, die Kompetenzen von Pflegecontrollern und die Bedeutung von Pflegecontrolling-Kennzahlen außerhalb von Kennzahlensystemen.

In einer erneuten Auseinandersetzung mit dem Thema würde ich mehr Einblicke in die Praxis des Pflegecontrollings zeigen. Mithilfe von Interviews mit Pflegecontrollern in Gesundheitseinrichtungen ließen sich sicherlich einige neue Blickwinkel aufzeigen, die mir noch fehlen. Zum aktuellen Zeitpunkt kommen meiner Einschätzung nach vor allem größere Krankenhäuser dafür infrage, die ein bereits etabliertes Pflegecontrolling haben. Studierenden, die sich mit der Thematik auseinandersetzen, empfehle ich es, sich auf

einen bestimmten Teilaspekt des Pflegecontrollings zu fokussieren und empirische Aspekte einzubeziehen. Dies könnte aktuellere Probleme im Pflegecontrolling von Gesundheitseinrichtungen näher beleuchten, für die es noch keine Literatur gibt. Ich habe den Fehler gemacht, meine Forschungsfrage zu allgemein zu stellen, sodass ich mir zu viele Möglichkeiten offenhielt. Dennoch konnte ich die Forschungsfrage beantworten, habe viel über die Thematik gelernt und hoffe bald in der beruflichen Praxis erste praktische Erfahrungen mit dem Pflegecontrolling machen zu können.

7. Literaturverzeichnis

- Bettig, U. (2020) Personal, in: Rottenkolber D./Hellmann G./Thiele G. (Hrsg.): Das Pflege-Administrationsbuch – Pflege – Pflegemanagement – Verantwortung. Hogrefe: Bern, S. 105-120.
- Becker, S. (2017): Demografische Herausforderungen, in: Bechtel, P./ Smerdka-Arhelger, I./ Lipp, K. (Hrsg.): Pflege im Wandel gestalten - Eine Führungsaufgabe - Lösungsansätze, Strategien. Chancen. 2., aktualisierte und erweiterte Aufl., Springer: Berlin, S. 17-26.
- Bohnhardt, P. (2004): Schaffung von Transparenz durch Ausgestaltung des Berichtswesens, in: Zapp, W. (Hrsg.): Controlling in der Pflege. Hans Huber: Bern, S. 212-225.
- Bundesministerium der Justiz (2021): § 7 Kosten- und Leistungsrechnung, Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Pflegeeinrichtungen (Pflege-Buchführungsverordnung - PBV),
http://www.gesetze-im-internet.de/pbv/__7.html [abgerufen am 02.11.2022].
- Dinter, R. (2004): Die Bedeutung „weicher“ Faktoren für ein verfahrens- und verhaltensorientiertes Controlling-System in der ambulanten Pflege, in: Zapp, W. (Hrsg.): Controlling in der Pflege. Hans Huber: Bern, S. 349-360.
- Donabedian, Avedis (1988): The Quality of Care – How Can It Be Assessed?, Vol 250, No. 12, JAMA, S. 1743-1748.
- Fließ, S./Marra A./Reckenfelderbäumer M. (2005) Betriebswirtschaftliche Aspekte des Pflegemanagements, in: Kerres, A./Seeberger, B. (Hrsg.): Gesamtlehrbuch Pflegemanagement. Springer: Heidelberg, S. 393-436.
- Frodl, A. (2012): Controlling im Gesundheitsbetrieb: Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen, 1. Aufl., Gabler: Wiesbaden.
- Gillenkirch, R. (2018): Entscheidungstheorie, Gabler Wirtschaftslexikon, [online]
<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/entscheidungstheorie-32315/version-255858>
[abgerufen am 02.11.2022].
- Hellmann, G./Thiele, G. (2020) Theoretische Fundierungen des Pflegecontrollings, in: Rottenkolber D./Hellmann G./Thiele G. (Hrsg.): Das Pflege-Administrationsbuch – Pflege – Pflegemanagement – Verantwortung. Hogrefe: Bern, S. 89-104.

- Hellmann, G./Thiele, G./Bettig, U./Land, B. (2017): Pflegewirtschaftslehre – für Krankenhäuser, Pflege-, Versorgungs- und Rehabilitationseinrichtungen. 4. Aufl., medhochzwei: Heidelberg.
- Hirsch, B./Schäffer U./Weber, J. (2008): Zur Grundkonzeption eines verhaltensorientierten Controllings, in: ZfCM : Controlling & Management, Sonderheft, S. 1-11.
- Horváth, P./Gleich, R./Seiter, M. (2020): Controlling, 14. Aufl., Vahlen: München.
- Kaczmarek, D. (2014): Leistungs- und Erlöscontrolling/Medizincontrolling, in: Maier, B. (Hrsg.): Controlling in der Gesundheitswirtschaft – Modelle und Konzepte für Lehre und Praxis. Kohlhammer: Stuttgart, S. 183-193.
- Kaltwasser, S. (2004): Rahmenbedingungen des Controllings im Pflegedienst, in: Zapp, W. (Hrsg.): Controlling in der Pflege. Hans Huber: Bern, S. 138-150.
- Kaplan, R./Norton, D. (2018): Balanced Scorecard – Strategien erfolgreich umsetzen. 1. Aufl., Schäffer-Poeschel: Stuttgart.
- Liedmann, T. (2017) Altenhilfe: 1+1=3, Neue Geschäftsmodelle und ihr Potenzial, in: Maier, B./Tybussek, K. (Hrsg.): Management und Controlling in der Pflege – Handlungsoptionen infolge der neuen Pflegestärkungsgesetze. Kohlhammer: Stuttgart, S. 75-87.
- Maier, B./Maier, T. (2017) Grundlagen des Controllings für die Steuerung stationärer Altenhilfeeinrichtungen, in: Maier, B./Tybussek, K. (Hrsg.): Management und Controlling in der Pflege – Handlungsoptionen infolge der neuen Pflegestärkungsgesetze. Kohlhammer: Stuttgart, S. 126-138.
- Maier, B. (2014): Strategische Controlling-Instrumente, in: Maier, B. (Hrsg.): Controlling in der Gesundheitswirtschaft – Modelle und Konzepte für Lehre und Praxis. Kohlhammer: Stuttgart, S. 122-127.
- Markgraf, D.. (2018): Qualität, Gabler Wirtschaftslexikon, [online] <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/qualitaet-45908/version-269195> [abgerufen am 02.11.2022].
- Müller, T. (2014): Pflege-Controlling, in: Maier, B. (Hrsg.): Controlling in der Gesundheitswirtschaft – Modelle und Konzepte für Lehre und Praxis. Kohlhammer: Stuttgart, S. 194-200.

- Plücker, W. (2014): Personalcontrolling in der gesundheitswirtschaftlichen Praxis, in: Maier, B. (Hrsg.): Controlling in der Gesundheitswirtschaft – Modelle und Konzepte für Lehre und Praxis. Kohlhammer: Stuttgart, S. 175-182.
- Ptak, H. (2009): Controlling im Krankenhauswesen – eine betriebswirtschaftliche Problemanalyse. 1. Aufl., Dr. Kovač: Hamburg.
- Schirmer, H. (2004): Strategische Ausrichtung des Controllings in der Pflege, in: Zapp, W. (Hrsg.): Controlling in der Pflege. Hans Huber: Bern, S. 245-265.
- Schlürmann, B. (2018): Controlling für ambulante Pflegedienste – Mit Kennzahlen den Pflegedienst erfolgreich steuern. 1. Aufl., Springer: Berlin.
- Stoffer, F. J. (2004): Führungsaspekte im Controlling-System, in: Zapp, W. (Hrsg.): Controlling in der Pflege. Hans Huber: Bern, S. 267-276.
- Straub, S. (2004): Die Bedeutung der Balanced Scorecard für ein Controlling in der Pflege, in: Zapp, W. (Hrsg.): Controlling in der Pflege. Hans Huber: Bern, S. 226-237.
- Thiex-Kreye, M./Saure, C. (2018): Anpassung der Ziele nach der Balanced Scorecard im Rahmen von Change-Management-Prozessen am Beispiel von Krankenhäusern, in: Pfannstiel, M. A./Straub, S. (Hrsg.): Dienstleistungscontrolling in Gesundheitseinrichtungen. Springer: Wiesbaden, S. 247-263.
- Wanka, K./van den Höfel, N./Antwerpes, F. (2022): Pflegevisite, DocCheck Flexikon, [online] <https://flexikon.doccheck.com/de/Pflegevisite> [abgerufen am 02.11.2022].
- Zapp, W. (2014): Controlling und Controlling-Strategien in Pflegeheimen, in: Maier, B. (Hrsg.): Controlling in der Gesundheitswirtschaft – Modelle und Konzepte für Lehre und Praxis. Kohlhammer: Stuttgart, S. 368-380.
- Zapp, W. (2004): Perspektiven von Controlling-Systemen, in: Zapp, W. (Hrsg.): Controlling in der Pflege. Hans Huber: Bern, S. 83-114.
- Zapp, W./ Füll, M./Brüwer, M. (2004): Clinical Pathways als Controlling-Instrument in Medizin und Pflege, in: Zapp, W. (Hrsg.): Controlling in der Pflege. Hans Huber: Bern, S. 151-167.

Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich,

1. dass ich die vorliegende Arbeitsaufgabe selbständig und ohne Benutzung anderer als den angegebenen Hilfsmitteln angefertigt habe.
2. dass ich alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen wurden, als solche kenntlich gemacht habe.
3. dass ich diese Arbeit bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.
4. dass ich das Thema der Arbeitsaufgabe bisher weder im In- noch im Ausland einem Prüfer in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Mir ist bekannt, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben kann.

Weener, 02.11.2022



.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift

.