

# 1 Betriebswirtschaftliche Orientierung

Winfried Zapp, Julia Oswald und Silja Otten

## 1.1 Hinführung zum Thema

Im Bereich der Gesundheitseinrichtungen scheint die Betriebswirtschaftslehre nicht ganz greifbar zu sein. Die Entwicklung geht hin zum Managementbegriff und zur Stärkung so genannter weicher Daten. Die Frage ist nun, ob diese Sichtweise ein Trend ist oder diese sprachliche Entwicklung theoretisch fundiert ist und ob Auswirkungen auf Gesundheitsunternehmungen vollzogen werden. Aber wie ist die verstärkte Berücksichtigung eines Managementbegriffs zu verstehen?

Wird Management funktional verstanden (Zielsetzung, Planung, Realisation, Kontrolle), dann hat dieser Begriff eine besondere Nähe zur Organisationstheorie und ist damit als Unterpunkt der Betriebswirtschaftslehre zu sehen.

Wird Management als Erweiterung der Betriebswirtschaftslehre durch psychologische Elemente gedeutet, dann führt das zur Überforderung eines pragmatisch orientierten Wissenschaftsansatzes. Ein versierter Chirurg muss Einfühlungsvermögen haben für seine mit psychologischen Facetten versehenen Patienten. Aber nach der Operation übernehmen versierte Psychologen die Betreuung. Und für die Lenkung des Krankenhauses übernehmen Ökonomen und Juristen die Verantwortung. Hier könnte der Ganzheitlichkeitsansatz missverstanden worden sein: Die Komplexität ist zu reduzieren, die Kontingenz zu selektieren und die Gesundheitseinrichtungen haben sich selbst zu thematisieren. Auf diese Zusammenhänge weist die Systemtheorie hin. Das Kerngeschäft der Ökonomie darf nicht zu Lasten allgemeiner Aussagen verwässert werden.

Management kann aber auch als Lenkung und Gestaltung verstanden werden. Dann hat das Management noch die größte Nähe zur Betriebswirtschaftslehre. Aber auch hier sollte die Betriebswirtschaftslehre nicht um seine harten Daten reduziert werden.

### **1.2 Betriebswirtschaftliche Orientierung zwischen sozialem Handeln und ökonomischer Verantwortung**

Die Betriebswirtschaftslehre bildet zusammen mit der Volkswirtschaftslehre die wissenschaftliche Disziplin der Wirtschaftswissenschaften ab. Hier werden Güter als grundsätzlich knapp angesehen, so dass damit ein besonderer Umgang – nämlich ein ökonomischer – notwendig wird.

Während in der Volkswirtschaftslehre die aggregierte Ebene von Zusammenhängen und die Gesamtschau erfasst, untersucht und analysiert werden, hat sich die Betriebswirtschaftslehre auf die Betrachtung der einzelnen Unternehmung, Ausschnitte oder Teile oder wiederum Unternehmungs-Zusammenschlüsse aus Sicht der Unternehmung spezialisiert.

Mit dem Namen der Betriebswirtschaftslehre stark verbunden ist Erich Gutenberg [vgl. hierzu und im folgenden Gutenberg, 1929/1998 u. 1984], der vier Prinzipien benannt hat, um die Herangehensweise zu erläutern. Die Unternehmungen stellen – unabhängig davon, welchem Wirtschaftssystem (Plan- bis Marktwirtschaft) sie zugerechnet werden – zwei systemindifferente Prinzipien in den Mittelpunkt der Betrachtung: Die Produktion oder Leistungserstellung und den Absatz – die Leistungsverwertung. Diese beiden Prinzipien werden in marktwirtschaftlich orientierten Systemen ergänzt durch das erwerbswirtschaftliche Ziel (Gewinnstreben) und durch das Autonomieprinzip (Entscheidungen in Unternehmungen werden nicht von außen vorbestimmt). Gerade das letzte Prinzip muss differenziert betrachtet werden, da rechtlich-gesetzliche Regelungen durchaus in unternehmerische Entscheidungen eingreifen können (Umweltschutz, Kartellrecht, Finanzierungssysteme im Gesundheitsbereich usw.). Mit dieser letzten Einschränkung zeigt sich bereits, dass das Gutenbergsche Denken ergänzt werden muss durch weitere Parameter, Ziele oder Prinzipien. So ist mit dieser Prinzipienlehre die Betrachtung des Umsystems nicht beachtet worden. Die Unternehmung ist als System wieder Teil eines anderen Systems [Umsystem, Umwelt usw.; vgl. hierzu Luhmann, 1984; vgl. auch zu Ausführungen in Kapitel 1.5. Umwelt]. Neben der Systemtheorie standen auch Teile der Entscheidungstheorie [vgl. hierzu grundlegend Heinen, 1991] noch nicht im Fokus von Gutenberg. In der Unternehmung treffen Individuen Entscheidungen. Individuen als Interessenvertreter in Umsystemen zeigen die Bedeutung der Stakeholder und Shareholder auf. Darüber hinaus wird die Bedeutung über das operative Geschäft hinaus deutlich: Strategien sind wichtig für die Unternehmung, um sich in Umwelten behaupten oder anpassen zu können.

Die Betriebswirtschaftslehre ist differenzierter geworden und bedarf komplexer Analysen: Die Gesundheitsökonomie ist spezielles Teilgebiet der Betriebswirtschaftslehre geworden. Aber Wettbewerbsstrukturen scheinen sich nicht oder nur begrenzt etablieren zu wollen; die Frage nach der theoretischen Fundierung wird nur begrenzt diskutiert (Theorie des Zweitbesten, Vollständige Konkurrenz, Monopolstellung usw.) [vgl. hierzu Berger/Stock, 2008: 16 ff.]. Die Betriebswirtschaftslehre wiederum wird von einem Managementdenken verdrängt. Der Managementbegriff wird aber vielfältig verwendet (s. Tab. 1).

Tab. 1 Unterschiedliches Managementverständnis

Management als Prozess	Zielsetzung, Planung Realisation, Kontrolle
Management als Führungsaufgabe	Zentrierung psychologischer und verhaltenswissenschaftlicher Sichtweisen
Management als system-kybernetische Denkweise	Gestaltung, Lenkung, Entwicklung

Versteht man Management als Prozess (Ziel setzen, planen, realisieren, kontrollieren), dann sind diese Begrifflichkeiten im Gesundheitsbereich nicht Grundlage für eine Unterteilung der Betriebswirtschaftslehre, da diese in der Regel funktional organisiert ist [vgl. hierzu und im Weiteren grundlegend Steinmann/Schreyögg, 2000]. Die Krankenhausbetriebswirtschaftslehre wird nicht unterschieden nach Ziele, Planung usw., sondern in Logistik, Rechnungswesen usw. – also funktional. Der prozessorientierte Managementbegriff hat sich nicht etabliert.

Mit der Führungsaufgabe wird oft der psychologische Ansatz in den Mittelpunkt gestellt. Mit Baecker (2003) kann aber darauf verwiesen werden, dass damit die Ausrichtung auf ökonomische (betriebswirtschaftliche) Aspekte in den Hintergrund treten [Baecker, 2003]. Das so genannte Udy-Theorem [Udy, 1990: 217 ff.] der Inkonsistenz von Sach- und Sozialanforderungen scheint hier beachtet werden zu müssen. Sachliche Orientierung und soziale Aktivitäten sind gesondert zu beachten, da sie in vielerlei Hinsicht nicht kompatibel sind, sondern in Gesprächen und organisatorischen Regelungen ausbalanciert werden müssen. Management kann deshalb nicht als Allheilmittel verstanden werden, das vermeintliche Defizite der Betriebswirtschaftslehre durch Hinzufügen weiterer Perspektiven und Teildisziplinen auffängt oder beseitigt.

Management kann auch als System verstanden werden, das sich durch Gestaltung (strategisch), Lenkung (operativ) und Entwicklung (Dynamik) abbildet [Bleicher, 2004]. Hier ist der systemtheoretische Ansatz als Grundlage für betriebswirtschaftliche Sachverhalte angelegt. Die (betriebswirtschaftlichen) Inhalte können jedoch nicht durch überlagerte Abstraktionen vernachlässigt werden.

Im weiteren Verlauf sind deshalb zunächst die wesentlichen betriebswirtschaftlichen Zusammenhänge darzustellen und die wesentlichen Aspekte und

Ausgangspunkte zu benennen. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip ist dabei als wesentliches Kriterium anzusehen, gerade weil Knappheit der Güter im Gesundheitsbereich herrscht. Die Dienstleistung ist der weitgehend vorherrschende Output, wobei die Umwelt in besonderer Weise auf den Gesundheitsbereich einwirkt.

### 1.3 Wirtschaftlichkeitsprinzip

Wirtschaftliche Güter wie die Gesundheitsgüter sind im ökonomischen Sinne knapp, d. h. die Sachgüter und Dienstleistungen reichen nicht aus, um die Nachfrage der Menschen zu befriedigen. Dieser Umstand erfordert wirtschaftliches Handeln: Die vorhandenen Mittel sind so einzusetzen, dass sie im Hinblick auf die verschiedenen Verwendungsarten am wirkungsvollsten genutzt werden und damit zu einem möglichst hohen Erfüllungsgrad der menschlichen Bedürfnisse beitragen. Nach der ökonomischen Theorie unterliegt dieses Handeln dem Wirtschaftlichkeitsprinzip (Ökonomischen Prinzip). Ökonomisches Handeln bedeutet danach, entweder ein gegebenes Ziel mit dem geringsten Aufwand zu erreichen (Minimalprinzip) oder mit den vorhandenen Mitteln ein größtmögliches Ergebnis (Maximalprinzip) zu realisieren. Im Krankenhaussektor dominiert durch die Leistungsbegrenzung (z. B. Budgetdeckelung) das Minimalprinzip. Folglich kann die Steigerung der Wirtschaftlichkeit in diesen Bereichen nur durch eine Kostenreduktion erreicht werden. Das Ökonomische Prinzip auf einzelwirtschaftlicher Ebene kann wertmäßig, mengenmäßig oder wert- und mengenmäßig ausgeprägt sein (s. Tab. 2).

Tab. 2 Kategorien der Wirtschaftlichkeit

Wertmäßiger Ansatz:	$\frac{\text{Einnahmen}}{\text{Ausgaben}}$ bzw. $\frac{\text{Ertrag}}{\text{Aufwand}}$
Gemischter Ansatz:	$\frac{\text{Ausbringungsmenge}}{\text{Kosten}}$ (Kostenwirtschaftlichkeit)
Mengenmäßiger Ansatz:	$\frac{\text{Faktormengenerträge}}{\text{Faktoreinsatzmengen}}$ (Produktivität)

Gemessen wird die Wirtschaftlichkeit in Form von Kennziffern, und zwar nicht bezogen auf die Unternehmung als Ganzes, sondern in Bezug auf Teilbereiche, Leistungen oder Produkte [Hildebrand, 1988: 348, 360 f.]. Dabei darf die Qualität der Leistung nicht vernachlässigt werden, denn eine schlechte Qualität verursacht hohe Kosten. Dieses weite Wirtschaftlichkeitsverständnis legt auch Janssen (1999) zugrunde: „Erst das Verhältnis aus Art und Menge der Leistungen, bzw. auch der Leistungsfähigkeit (d. h. auch der Vorhalteleistungen) dem Mitteleinsatz und der Qualität der erbrachten Leistung, ermöglicht [...] Aussagen zur Wirtschaftlichkeit [...].“ [Janssen, 1999: 12]. Um alle

Faktoren aufzuzeigen, die für die wirtschaftliche Zweckmäßigkeit eines Objektes von Bedeutung sind, ist es erforderlich, Wirtschaftlichkeitsanalysen durchzuführen. Generell werden quantitativ die statische und dynamische Investitionsrechnung und die Kosten- und Leistungsrechnung zur Analyse der Wirtschaftlichkeit herangezogen. Im Gegensatz zur Investitionsrechnung, die sich mit Zahlungsströmen befasst, beachtet die Kosten- und Leistungsrechnung Güterbewegungen. Durch die Gegenüberstellung von erzeugten, bewerteten Leistungen sowie dadurch verbrachten und bewerteten Produktionsfaktoren wird ein Periodenerfolg errechnet. Dieser Erfolg dient der Vorbereitung betrieblicher Entscheidungen. Qualitativ folgen die vor allem gesundheitsökonomisch bedeutsamen Kosten-Nutzen-Betrachtungen (Kosten-Nutzen-Analyse, Kosten-Wirksamkeits-Analyse, Nutzwertanalyse) [Zapp, 2006a: 9]. Ziel dieser Wirtschaftlichkeitsanalyse ist es, alle Faktoren, die für die wirtschaftliche Zweckmäßigkeit eines Objektes bedeutsam sind, aufzuzeigen und für eine Beurteilung aufzubereiten [Zapp, 2006a: 8].

Das Ökonomische Prinzip ist ein normatives Prinzip, wobei diese Aufforderung noch nicht bedeutet, dass die Menschen generell danach handeln. Vielmehr erfolgt wirtschaftliches Handeln aus den verschiedensten Gründen auch irrational [Eichhorn: 2000: 131; vgl. grundlegend Weber, 1984: 41 ff.]. Um die irrationalen Bestandteile des Verhaltens zu umgehen, stellen wir nicht auf das zweckrationale Handeln von Menschen ab, sondern auf die Rationalität des Systems Unternehmung. Wir betrachten damit ökonomische Sachverhalte nicht auf der Handlungsebene, sondern auf der Systemebene und greifen dazu auf die Systemtheorie zurück. Die Systemrationalität impliziert ein vernünftiges Verhalten im Sinne des Systemerhalts und der sinnvollen Weiterentwicklung. Die vernünftige Verhaltensweise entsteht im Verlaufe der Problemlösungsprozesse [Bergmann, 2002: 9 ff.]. Luhmann (1968) kennzeichnet diese Betrachtung des Überlebens als „Problemformel“ [Luhmann, 1968; Bleicher, 1980: 8; vgl. in diesem Zusammenhang auch die „Bestandsformel“]. Danach hängt die Überlebensfähigkeit des Systems Krankenhaus davon ab, inwiefern es in der Lage ist, durch geeignete Maßnahmen seine Probleme zu lösen, also in der jeweiligen Situation das effektive Instrumentarium herauszufinden und einzusetzen [Zapp, 2004b: 109]. Oberstes Ziel ist es dabei, ein positives Ergebnis zu erreichen, da die Einrichtung sonst nicht existieren kann [Zapp, 2004b: 109]. Das impliziert in erster Linie eine ökonomisch sinnvolle Relation zwischen Gütereinsatz und Güterausbringung (Sachziel) sowie eine langfristige Ausstattung mit dem für den Bestand notwendigen Kapital (Formalziel) [Bleicher, 1979: 4; Bleicher/Meyer, 1976: 16]. Tangiert werden diese sach-rationalen Bedingungen des Überlebens durch sozio-emotionale Bedingungen (Sozialziele) [Bleicher, 1979: 4; Bleicher/Meyer, 1976: 16].

## 1.4 Dienstleistung

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht wird zwischen Sachleistung und Dienstleistung unterschieden. Die Dienstleistung als Ergebnis der Leistungserstellung im Krankenhaus ist im Gegensatz zur Sachleistung nichtlager- und nichttransportfähig, selten übertragbar (Immaterialität) und benötigt einen externen Faktor (Integration des Patienten). Ihre Erzeugung und der Verbrauch fallen in der Regel zeitlich zusammen (Uno-acto-Prinzip). In der Literatur gibt es verschiedene Definitionsvorschläge zum Begriff der Dienstleistungen, die sich nach Corsten (1985) in drei Gruppen einteilen lassen: Erfassung des Dienstleistungsbegriffs durch die Aufzählung von Beispielen, Abgrenzung des Begriffs über eine Negativdefinition zu den Sachgütern und Definition durch konstitutive Merkmale, wobei bei letzterer nochmals zwischen tätigkeitsorientierter, potentialorientierter, prozessorientierter und ergebnisorientierter Definition unterschieden werden kann [Meffert/Bruhn, 2006: 24]:

1. **Tätigkeitsorientierte Definition:** Im Vordergrund steht die menschliche Tätigkeit. Jede Tätigkeit ist danach eine Dienstleistung im Dienste eigener bzw. anderer Interessen [Schüller, 1967: 19]. Diese abstrakte Definition lässt wenige Möglichkeiten offen, um dienstleistungsspezifische Besonderheiten zu beschreiben [Meffert/Bruhn, 2006: 24].
2. **Prozessorientierte Definition:** Danach sind Dienstleistungen Prozesse mit materiellen bzw. immateriellen Wirkungen. Diese Leistungen lassen sich umschreiben durch einen gleichzeitigen Kontakt zwischen Leistungsnehmer und Leistungsgeber [Berekoven, 1983: 23].
3. **Ergebnisorientierte Definition:** Dienstleistungen sind als immaterieller Output von Faktorkombinationsprozessen oder als Ergebnis des Prozesses zu verstehen [Maleri, 1994: 35].
4. **Potenzialorientierte Definition:** Ansatzpunkt sind hier die Fähigkeiten, die durch den Menschen oder durch die Maschinen geschaffen werden können [Meffert/Bruhn, 2006: 25].

Daraus kann gefolgert werden, dass „Dienstleistungen selbständige, marktfähige Leistungen sind, die mit der Bereitstellung und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten verbunden sind (Potenzialorientierung). Im Rahmen des Erstellungsprozesses werden interne (z. B. Räumlichkeiten, Personal) und externe Faktoren (außerhalb des Einflussbereichs des Dienstleisters liegende) kombiniert (Prozessorientierung). Die Faktorenkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den Menschen oder an deren Objekten nutzenstiftende Wirkungen zu erzielen (Ergebnisorientierung).“ [Meffert/Bruhn, 2006: 27].

Die Dienstleistungen im Krankenhaus umfassen Gesundheitsleistungen, die in unterschiedlicher Form (ambulant, vor- und nachstationär, vollstationär, teilstationär) erbracht werden können und ärztliche Behandlung, pflegerische Betreuung, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, soziale Fürsorge, seelsorgerische Hilfe sowie Unterkunft und Verpflegung umfassen.

Unterscheidet man die Dienstleistung im Krankenhaus nach Personen und Objekten, ergeben sich folgende Differenzierungen [Zapp/Oswald, 2009; Zapp/Dorenkamp, 2002: 19; Berekoven, 1983: 44 ff.]:

- Personenbezogene Dienstleistungen
  - Beiderseitig personenbezogen: z. B. ärztliche Behandlung, pflegerische Betreuung
  - Nachfrager objektbezogen: z. B. Reparatur an medizinischen Geräten
- Objektbezogene Dienstleistungen
  - Anbieter objektbezogen: z. B. EKG, Röntgenuntersuchung
  - Beiderseitig objektbezogen: z. B. Blutanalyse durch einen Automaten

Schwerpunktmäßig werden im Krankenhaus beiderseitig personenbezogene Dienstleistungen und Anbieter objektbezogene Dienstleistungen erbracht. Hieran wollen wir die Besonderheiten der Dienstleistungserstellung noch einmal hervorheben:

- Es mangelt an physischer Präsenz (Nichtgreifbarkeit); im Gegensatz zu einem Sachgut kann man Dienstleistungen nicht intoto fühlen, schmecken, riechen oder sehen.
- Die medizinische und pflegerische Leistung kann nicht auf Vorrat hergestellt und gelagert werden. Sie muss zum Zeitpunkt und am Ort der Entstehung der Nachfrage produziert werden (z. B. Blinddarm-Operation, Ganzkörperwäsche).
- Fast keine Dienstleistung kann an einem anderen Ort konsumiert werden als an dem ihrer Erstellung. Medizinische, körperliche Untersuchungen sind z. B. gebunden an den CT. Sie können nicht erstellt und dann räumlich transferiert werden, um sie an anderer Stelle zu verbrauchen.
- Das Rationalisierungspotenzial ist gering: Ärzte und Pflegekräfte können nicht durch Maschinen ersetzt werden.
- Der Patient wird in den Prozess der Dienstleistung einbezogen und ist somit integraler Bestandteil: ohne den Patienten kann die Dienstleistung nicht erbracht werden. Das bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die wirtschaftlichen Abläufe im Krankenhaus [Marra, 1999: 294 f.; Zapp/Dorenkamp, 2002: 19].
- Der Patient muss in den Prozess eingebunden werden. Voraussetzung dafür ist der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt sowie Pflegekraft. Besteht dieses nicht, kommt es zu Unsicherheiten beim Patienten, was wiederum die Abläufe beeinträchtigen kann. Je weniger die Patienten in der Lage sind, ihre Wünsche zu äußern, desto zeitintensiver ist die Leistungserstellung.
- Grundsätzlich gestaltet sich die Planung der betrieblichen Abläufe schwierig, da nicht immer vorhergesagt werden kann, wie lange welche Abläufe dauern.
- Auch die Kapazitätsplanung ist davon abhängig, ob und inwieweit der Patient in der Lage ist, den Leistungserstellungsprozess wirksam zu unterstützen.

- Der Patient als ein Element des ablaufenden Prozesses erschwert eine höhere Rationalisierung durch Standardisierung.

Resümierend lässt sich festhalten, dass die Dienstleistungsorganisation Krankenhaus ihren Mittelpunkt in der Begegnung mit und in der Tätigkeit für den Patienten hat. Die Effektivität und Effizienz einer Unternehmung erweist sich im Versorgen der sich täglich vollziehenden Prozesse [Zapp/Dorenkamp, 2002: 17; von Sassen, 1994: 73].

### 1.5 Umwelt

Krankenhäuser können als äußerst komplexe, offene, soziale oder soziotechnische Systeme verstanden werden, die durch spezifische Beziehungen mit ihrer Umwelt verbunden sind [Ulrich, 1970: 107f.]. Zugrunde gelegt wird dabei die allgemeine Systemtheorie, die von Wechselwirkungen zwischen System und Umwelt ausgeht. Umwelt und System beeinflussen sich dabei gegenseitig: Die Umwelt bestimmt die Entwicklung des Systems, das System wirkt gestaltend auf die Umwelt ein [Bertalanffy, 1951]. Inwiefern die Umwelt auf das Krankenhaus Einfluss nimmt und wie dieser Einfluss dargestellt sowie analysiert werden kann, wird nachfolgend anhand einer Umweltanalyse beschrieben. Die relevante Umwelt eines Krankenhauses lässt sich zur Strukturierung in strategische Handlungsfelder differenzieren (s. Abb. 1), wobei die Makro- und die Mikroumwelt unterschieden wird.

- Die Makroumwelt betrachtet die weitreichende Umwelt der Unternehmung.
- Die Mikroumwelt bezieht sich auf die Branche, in der sich die Unternehmung befindet. Zur Branche zählen dabei auch die Faktoren Kunden bzw. Abnehmer der Leistungen, andere Wettbewerber bzw. Konkurrenten und Lieferanten sowie letztendlich auch Unternehmungen, die Ersatzprodukte/-dienste erstellen.

Die Krankenhausleitung benötigt im Rahmen ihrer strategischen Ausrichtung eine möglichst vollständige, sichere und genaue Information über ihr Umfeld. Diese Informationen werden mittels einer Umweltanalyse generiert. Es stellt sich dabei zunächst das grundlegende Problem, dass nicht jede Information relevant für eine strategische Planung der Unternehmung ist, d. h. schon im Vorfeld müssen selektive Entscheidungen getroffen werden. Es können nur eine begrenzte Anzahl an Umweltelementen berücksichtigt werden [Welge/Al-Laham, 2008: 290].

Als wesentliche Aufgabe der Umweltanalyse lässt sich demzufolge das Herausfiltern von den wichtigsten Einflussfaktoren benennen. Diese Einflussfaktoren können einen hohen Komplexitäts- und Interdependenzgrad aufweisen. Die Herausforderung im Rahmen der externen Analyse besteht nun darin, diese Komplexität auf ein fassbares Maß zu reduzieren [Hungenberg, 2001: 74]. Welche Kriterien letztendlich in die Umweltanalyse fließen, werden an-





Abb. 1 Strategische Handlungsfelder eines Krankenhauses [in Anlehnung an Zapp et al., 2006: 169]

hand der Unternehmungsziele abgeleitet. Dabei können die Elemente zur relevanten Umwelt gezählt werden, die zur Erreichung des Unternehmungszieles bedeutend sind.

Die Erstellung einer Umweltanalyse kann sehr aufwendig sein, wenn eine hohe Aussagefähigkeit gewährleistet sein soll. Datenquellen für die Informationsbeschaffung sind veröffentlichte Daten und Interviews von umliegenden Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen (z. B. Pressemitteilungen, krankenhausspezifische Zeitschriften, usw.) [Patt 1996, 127]. Diese Daten sollten strukturiert nach Wichtigkeit und Aktualität erhoben werden, ideal wäre sicherlich hierfür ein eigenständiges Informationssystem für die gesamte Umweltanalyse zu institutionalisieren, wie z. B. eine Marktforschungsabteilung [Welge/Al-Laham, 2008: 351]. Folgender Vorgehensweise ist nach Porter sinnvoll [Porter, 1992: 108]:

- Sammeln der Daten,
- Zusammenstellen der Daten,
- Katalogisieren der Daten,
- Verbreitende Analyse der Daten,
- Weitergeben der Daten an die Krankenhausleitung und
- Durchführung einer Konkurrenzanalyse für die Strategieentwicklung.

### 1.5.1 Makroumwelt

Die globale Umwelt gilt als die höchste Aggregationsebene der Umweltanalyse [Müller-Stewens/Lechner, 2003: 205] und umfasst die Menge an Faktoren in einem geografischen Raum, die für eine größere Menge an Unternehmungen gelten, d. h. die Faktoren, die den Handlungsspielraum direkt wie indirekt beeinflussen [Welge/Al-Laham, 2008: 292]. Die Betrachtung der globalen Umwelt kann damit als eine „Fahndung“ nach den aktuellen Trends bezeichnet werden [Müller-Stewens/Lechner, 2003: 205]. Dabei gilt: Je früher diese Trends erkannt und aufgegriffen werden, desto eher ist das Krankenhaus in der Lage, die jeweiligen Auswirkungen abzuschätzen und sich darauf reaktiv und proaktiv einzustellen [Müller-Stewens/Lechner, 2003: 205]. Generell sind Entwicklungen der globalen Makroumwelt schwer vorhersehbar [Homburg, 1998: 102]. Es gilt hier grundsätzlich, dass eine Analyse breit anzulegen ist, um möglichst viele potentielle Trends zu erfassen. Ein Anspruch auf Vollständigkeit ist schon aus systematischen Gründen unmöglich, da die Welt grundsätzlich unbegrenzt ist [Steinmann/Schreyögg, 2000: 161 f.]. Unabhängig von der Vorgehensweise der Analyse, wird sie mit einer Reihe von Festlegungen in Form von kritischen Annahmen oder Prämissen abgeschlossen, die für den Fortlauf des Planungsprozesses Gültigkeit haben und eine Orientierung verleihen sollen. Ziel ist es, die sich bietenden Möglichkeiten grob darzustellen und nicht potentiell relevante Faktoren und Zusammenhänge auszuschließen. Da diese Festlegungen meist nur auf plausiblen Vermutungen und Prognosen beruhen, ist eine fortlaufende Überwachung der Gültigkeit dieser Annahmen notwendig [Steinmann/Schreyögg, 2000: 161 f.].

Die Faktoren, die die Makroumwelt der Unternehmung bilden, lassen sich in fünf große Gruppen von Umweltfaktoren, die nicht ausschließlich separat, sondern auch in ihrer gegenseitigen Verknüpfung zueinander zu beachten sind, darstellen [Staehle, 1999: 626; Zapp/Oswald, 2009; Patt, 1996: 160 ff.]:

- Faktoren der Gesellschaft: z. B. demographische Entwicklung (Bewölkerungswachstum und -dichte, Altersstruktur, Krankenhaushäufigkeit usw.) und Sozialpsychologische Faktoren, z. B. die allgemeine oder dominierende Einstellung der Arbeitnehmer gegenüber dem Management, die Entwicklung der Vorstellung von Gesundheit in der Gesellschaft
- Ökonomische Faktoren: z. B. die Entwicklung des Bruttosozialproduktes, Ausgaben- und Einnahmenentwicklung der Krankenkasse (Beitragsätze), Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt
- Politische und rechtliche Faktoren: z. B. Gesundheitspolitische Programme der Parteien, Gewerkschaftliche Forderungen zur Gesundheitspolitik, Möglichkeiten der Einflussnahme durch Krankenhausverbände, Gesundheitsgesetzgebung, Finanzierungssystem
- Technologische Faktoren: z. B. Forschungsvorhaben im Gesundheitssektor, Kommunikationswesen, Entwicklung neuer Techniken, Technologien, Materialien und damit zusammenhängender Produkte, Altersstruktur der Geräte, öffentliche Meinung zu verschiedenen Technologien

- Ökologische Faktoren: z. B. wachsende Sensibilisierung der Bevölkerung für Schädigungen der Gesundheit von Menschen, veränderter Ressourcenreichtum (z. B. Wasser, Bodenschätze und Rohstoffe) und damit steigende Wasser- und Energiekosten.

Bei Betrachtung dieser Faktoren wird deutlich, dass eine kontinuierliche Dynamik und Komplexität dieser Faktoren für den Krankenhausmarkt zu beobachten ist. Dieses zeigt die Notwendigkeit einer fortlaufenden und systematischen Umweltanalyse auf [Welge/Al-Laham, 2008: 296].

### 1.5.2 Mikroumwelt

Während bei der Analyse der Makroumwelt eher allgemeine in gleicher Weise betreffende Faktoren betrachtet werden, ist die Analyse der Mikroumwelt unternehmungsspezifischer, d. h. es stehen die Faktoren im Mittelpunkt, die nur für die spezielle Branche der Unternehmung gelten, und damit den Wettbewerb bestimmen [Hungenberg, 2001: 80]. Für die Analyse der Mikroumwelt werden in der Literatur verschiedene Vorgehensweisen beschrieben. Im Folgenden werden ausgewählte Modelle dargestellt:

- Five-Forces-Modell von Porter
- Analyse der brancheninternen Struktur
- Konkurrenzanalyse

#### Five-Forces-Modell von Porter

Bei der Mikroumwelt werden zunächst das Branchenumfeld und deren Wettbewerbskräfte betrachtet. Es geht um das Ausloten der eigenen Position in der Branche und wird deshalb auch als Branchenstrukturanalyse [z. B. Welge/Al-Laham, 2008: 300] bezeichnet.

Die Branchenstrukturanalyse basiert auf die von Bain (1959) und Mason (1939) geprägte Industrieökonomik. Ursprünglich fanden die industrieökonomischen Gedankenansätze in Wirtschafts- und Wettbewerbspolitik Anklang, indem Hinweise auf die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs über Marktstrukturuntersuchungen und dem Verhalten der Akteure abgeleitet wurden. Für den Bereich des Strategischen Managements wurden diese Analysen in umgekehrter Form – wie die wohlfahrtstheoretischen Interessen der Industrieökonomie – verwendet [Teece, 1984: 94; Porter, 1999: 612]. In der Industrieökonomik geht es allgemein darum, den Leistungsunterschied von Branchen zu erklären. Ursache für den Erfolg einer Unternehmung bildet die Wahl der attraktivsten Branche. Daraus ergibt sich die Strategie, die eine Anpassung der Unternehmung an die Branchenstruktur beinhaltet. Hierzu sind in der Literatur verschiedene Vorgehensweisen beschrieben. Grundlegend ist das in den 1980er Jahren entwickelte „Structure-Conduct-Performance-Paradigma“ (kurz: SCP) der Industrieökonomie (beschrieben wurde dieses Modell von Teece [Tee-