

Zeitschrift für Studium und Forschung

WiSt

Wirtschafts-
wissen-
schaftliches
Studium

47. Jahrgang
Heft 2-3/2018

Supply Chain Finance im Überblick
Iris Hausladen/Beatrice Dachsel

**Dividendenstrategien als Chance für
Vorsorgestiftungen im Tiefzinsumfeld?**
Jürg Helfenberger/Hans Brunner/Stefan Kull

**IT-Audit – eine Fallstudie zur
IT-Systemprüfung im Rahmen von
Jahresabschlussprüfungen beim
Einsatz von SAP**
Teil 2: Lösungsskizze
Michael Adelmeyer/Frank Teuteberg

Charakteristika des deutschen Gesundheitssektors Carolyn Auschra

Noteninflation –
Aktuelle Tendenzen der
Notengebung an deutschen
Hochschulen

ISSN 1982-047X



2350201802

Charakteristika des deutschen Gesundheitssektors

Einen besonderen Studien- und Berufskontext verstehen

Der Gesundheitssektor ist aufgrund seiner ökonomischen und gesellschaftlichen Bedeutung ein interessantes Arbeitsumfeld für Absolventen von wirtschaftswissenschaftlichen Studiengängen. Dieser Artikel beleuchtet Charakteristika von Gesundheitsorganisationen und dort typischerweise auftretende Spannungsverhältnisse, deren Kenntnis den Berufseinstieg in diese Branche erleichtert.



Dr. Carolin Auschra, M.Sc.
Promotion im Fach Betriebswirtschaftslehre und staatliche ausgebildete Physiotherapeutin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Management-Department der Freien Universität Berlin. Bevorzugte Forschungsgebiete: Interorganisationale Vernetzung und Organisationen im Gesundheitssektor.

Stichwörter: Gesundheitssektor, Gesundheitsorganisationen, Besonderheiten, Charakteristika, Verstehen

1. Ökonomische und gesellschaftliche Relevanz des Gesundheitssektors

Laut dem *Statistischen Bundesamt* verzeichnete der deutsche Gesundheitssektor im Jahr 2015 über fünf Millionen Beschäftigte, während es in der Automobilindustrie nur rund 790 000 waren. Damit zählt der Gesundheitssektor zu den wichtigsten Branchen der deutschen Wirtschaft, die zudem ein überdurchschnittliches **Wachstum** zeigt. Neben seiner ökonomischen Bedeutung weist der Gesundheitssektor auch eine hohe gesellschaftliche Relevanz auf: Eine gute Gesundheitsversorgung hat unzweifelhaft eine gewichtige Bedeutung für das Wohlbefinden und die Existenz eines jeden Individuums und seines familiären, sozialen und beruflichen Umfelds.

Diese Eigenschaften machen den Gesundheitssektor als Feld der beruflichen Betätigung und auch als Untersuchungskontext der Organisationsforschung attraktiv. Jedoch wirkt der Gesundheitssektor für „Branchenunerfahrende“ oft **komplex** – z. B. aufgrund der Trennung von ambulanten und stationären Sektor – und ist in Bezug auf

seine historisch gewachsenen Strukturen und Akteurskonstellationen oft nicht so einfach zu durchschauen. Da der Gesundheitssektor in einem allgemeinem Studium der Betriebs- oder Volkswirtschaftslehre oft nicht spezifisch adressiert werden kann (zum Gesundheitsmanagement als Form der Speziellen Betriebswirtschaftslehre siehe *Fleßa/Götz, 2013*), werden im Folgenden Charakteristika und typischerweise in dieser Branche auftretende Spannungsverhältnisse skizziert. Die Kenntnis dieser Eigenheiten des Gesundheitssektors erleichtert die Tätigkeit in und die Zusammenarbeit mit Gesundheitsorganisationen sowie auch deren Erforschung.

2. Akteursbezogene und strukturelle Charakteristika des Gesundheitssektors

Zum genaueren Verständnis eines bestimmten Kontextes bzw. einer bestimmten Branche ist es hilfreich, nicht nur akteursbezogene Charakteristika zu betrachten. Auch Individuen und **Organisationen** umgebende **branchenweite Strukturen** können ihr Handeln entscheidend mitbeeinflussen. Nachfolgend werden daher akteurs- und strukturbegleitende Charakteristika des Gesundheitssektors dargestellt, die sich auf die Produktion gesundheitsbezogener Güter und – häufiger – Dienstleistungen (vgl. *Bornwässer/Kriegesmann/Zülch, 2013*) auswirken können (siehe auch *Abb. 1*).

2.1. Akteursbezogene Besonderheiten des Gesundheitssektors

• **Viele bürokratische Organisationen mit ausgeprägten Hierarchien:** Gesundheitsorganisationen, wie z. B. Kliniken, aber auch ambulante Arztpraxen, sind oft durch eine stark hierarchisch geprägte Führungsstruktur gekenn-

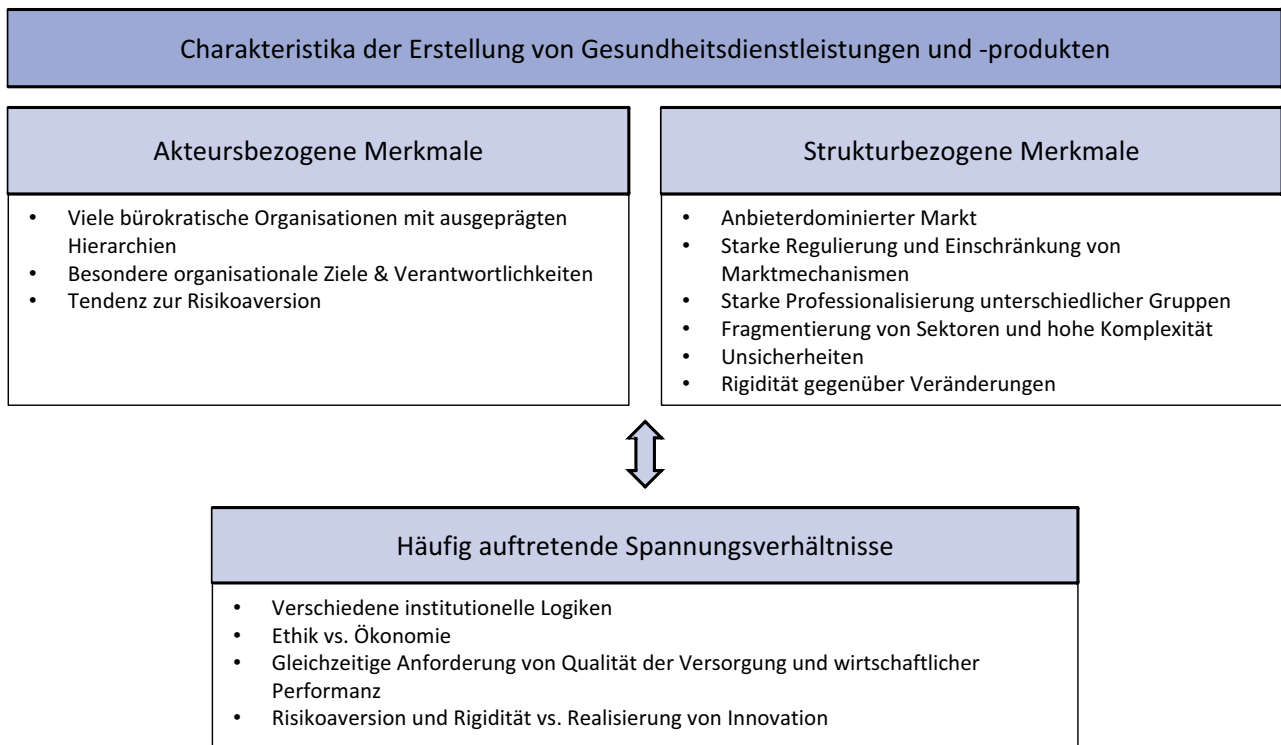


Abb. 1: Charakteristika und häufig auftretende Spannungsverhältnisse bei der Erstellung von Gesundheitsdienstleistungen und -produkten

zeichnet, die sich insbesondere in Krankenhäusern oft aus einer Triade aus ärztlichem Direktor, kaufmännischer Direktorin und Pflegedienstleistung zusammensetzt. Zudem weisen diese Organisationen, wie z. B. auch Krankenkassen, viele Merkmale von klassischen Bürokratien (siehe schon *Mintzberg, 1979*) mit entsprechenden Abläufen, Entscheidungsmustern und Rigiditäten auf. Gesundheitsstartups sind zwar häufig durch deutlich flachere Hierarchien gekennzeichnet, unterliegen aber ebenfalls den bürokratischen Anforderungen ihrer Umgebung.

- **Besondere organisationale Ziele und Verantwortlichkeiten:** Gesellschaftlich wird von in der Gesundheitsversorgung tätigen Akteuren meist implizit und auch häufig explizit erwartet, dass diese vorrangig das Ziel verfolgen, eine bestmögliche und gerechte Gesundheitsversorgung anzubieten. Allerdings sind im Zuge einer beobachtbaren Vermarktlichung der medizinischen Versorgung in Deutschland diese Akteure zunehmend angehalten, auch betriebswirtschaftlich zu handeln. Gesundheitsorganisationen müssen somit sowohl ökonomische als auch medizinische Ziele verfolgen und sich daran messen lassen.
- **Tendenz zur Risikoaversion:** Aufgrund ihrer hohen gesellschaftlichen Relevanz sind Gesundheitsorganisationen in ein enges Korsett aus Verantwortlichkeiten und Regelungen eingebunden. Das führt unter anderem aufgrund knapper Ressourcen (z. B. ist die Vergütung von Gesundheitsdienstleistungen meist mit deren Erbringung verknüpft, was wenig Raum für Zusatz-Investitionen lässt) und gesetzlicher Rahmenbedingungen (z. B. Gebote der Wirtschaftlichkeit und Beitragsstabilität für gesetz-

liche Krankenkassen) zu einer Risikoaversion gegenüber Investitionen in Innovation. Dass im Rahmen solcher Investitionen mit einem auf jeden Fall zeitversetzten und oft auch unsicheren Ertrag zu rechnen ist, schränkt den Handlungsspielraum der teilweise in einem starken Kostenwettbewerb stehenden Akteure (v.a. Krankenhäuser und Krankenkassen) stark ein. Insbesondere Versorgungsinnovationen unterliegen in Bezug auf ihren Return einer hohen Unsicherheit (vgl. *Greß, 2010*).

2.2. Strukturelle Besonderheiten des Gesundheitssektors

- **Anbieterdominierter Markt:** Bei der Betrachtung des deutschen Gesundheitsmarktes ist es zunächst notwendig, in ersten und zweiten Gesundheitsmarkt zu unterscheiden. Während auf dem zweiten Gesundheitsmarkt Leistungen angeboten werden, die direkt durch den Kunden bzw. Patienten bezahlt werden (z. B. freiverkäufliche Medikamente, individuelle Gesundheitsleistungen), zeichnet sich der erste Gesundheitsmarkt durch folgende Besonderheit aus: Er ist durch eine Dreiecksbeziehung zwischen Leistungsempfänger (Patient bzw. Konsument), Leistungserbringer (z. B. niedergelassener Arzt, Krankenhaus, Physiotherapeut) und Kostenträger (gesetzliche oder private Krankenkasse) gekennzeichnet (vgl. z. B. *Schlüchtermann, 2013*), die eine **Ungleichheit von Leistungsempfänger und -zahler** bedingt. Somit bezahlt innerhalb des ersten Gesundheitsmarktes im Regelfall nicht direkt der Patient eine erhaltene Leistung, sondern ein Dritter – eine Krankenkasse, der Staat oder weitere Sozi-

alversicherungsträger – , womit dem Leistungsempfänger oft die Kosten der Leistung nicht bekannt sind. Zudem herrscht eine **Informationsasymmetrie** zwischen Leistungserbringer und -empfänger (vgl. *Allmann/Loth*, 2016), was die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen zu einem Vertrauensgut macht. Die Tatsache, dass ein Patient aufgrund seines mangelnden Expertenwissens meist keine sinnvolle „Kaufentscheidung“ treffen kann, macht den Gesundheitsmarkt zu einem anbieterdominierten Markt, in dem der Leistungserbringer im Idealfall die für den Patienten beste Behandlungsoption wählt und so quasi die „Kaufentscheidung“ stark beeinflusst. Allerdings können auch eigene Interessen des Anbieters (z. B. Mengenausweitung einer besonders ertragreichen Leistung) eine Rolle spielen, sofern dieser nicht die perfekte Agentenrolle im Sinne eines Prinzipal-Agenten-Verhältnisses für den Patienten bzw. das Gesamtsystem übernimmt.

- **Starke Regulierung und Einschränkung von Marktmechanismen:** Aufgrund der oben beschriebenen Besonderheiten, die das Funktionieren eines „perfekten Marktes“ verhindern, wirken Staaten marktregulierend ein, was sich wiederum wettbewerbseinschränkend auswirkt. Reglementierend wirken dabei nicht nur der Staat, sondern auch andere Institutionen (z. B. die ärztliche Selbstverwaltung). Wichtige Regulierungen im Gesundheitssektor betreffen Art und Qualität der (Dienst-) Leistungserbringung, die Zulassung von neuen Medikamenten und medizinischen Verfahren, den Schutz von Patientendaten und die Preisgestaltung zwischen Leistungserbringer und Kostenträger aufgrund kollektiv verhandelter Verträge.
- **Starke Professionalisierung unterschiedlicher Gruppen:** Beschäftigte im Gesundheitswesen sind in einem sehr wissensintensiven Feld tätig, was eine starke Professionalisierung bedingt. Dabei handelt es sich nicht nur medizinisches Fachwissen, sondern es werden auch Kenntnisse und Erfahrungen zu den jeweils spezifischen und komplexen Strukturen eines nationalen Gesundheitssystems benötigt. Zudem arbeiten im Gesundheitswesen Berufsgruppen (z. B. Mediziner, Apothekerinnen, Physiotherapeuten, Betriebswirtinnen) eng zusammen, die oft unterschiedlichen normativen Vorstellungen folgen.
- **Fragmentierung von Sektoren und hohe Komplexität:** Besonders der deutsche Gesundheitssektor gilt als stark fragmentiert, u. a. aufgrund der Trennung zwischen ambulanten und stationärem Sektor. Diese sektorale Gliederung wirkt sich z. B. auf Leistungserbringung und -finanzierung aus (z. B. verschiedene Regeln und Mechanismen der Vergütung von in Krankenhäusern vs. in Arztpraxen erbrachten Leistungen). Darüber hinaus existieren noch Heil- und Hilfsmittelversorgung, Krankentransport und Rettungsdienst sowie Arzneimittelmarkt, die jeweils un-

terschiedlichen Produktionsbedingungen und Vergütungsarten unterliegen (vgl. *Berger/Stock*, 2007). Die Vielzahl unterschiedlicher Akteure und Schnittstellenproblematiken zwischen IT-Systemen erhöhen die Komplexität des Gesundheitssektors weiter.

- **Unsicherheiten:** Nicht nur auf individueller Ebene sieht sich ein Patient einer generellen Unsicherheit beim Empfang einer Gesundheitsdienstleistung in Bezug auf deren Wirkung und Qualität gegenüber. Auch auf organisationaler Ebene sind im Gesundheitssektor tätige Akteure einer ständigen Ungewissheit ausgesetzt: Die Organisationsumwelt weist Unsicherheiten auf, z. B. mit Blick auf sich verändernde Regulierungen, die Entdeckung und Einführung neuer Medikamente und Behandlungsverfahren und einer gewissen Unvorhersagbarkeit über die Höhe der Leistungsvergütung insbesondere im ambulanten Sektor. Weiterhin besteht für Leistungserbringer auch eine hohe Nachfrageunsicherheit über Anzahl der zu behandelnden Patienten sowie die (vergütungsrelevante) Art ihrer Erkrankung (dazu schon *Arrow*, 1963). Auch Anbieter von sog. „Gesundheits-Apps“ sehen sich in Deutschland sowohl einer latenten Finanzierungs- als auch Rechtsunsicherheit gegenüber (vgl. *Albrecht*, 2016).
- **Rigidität gegenüber Veränderungen:** Eine starke Rigidität des Gesundheitssektors gegenüber Veränderungen zeigt sich z. B. im Auftreten von historisch gewachsenen selbstverstärkenden Mechanismen und Pfadabhängigkeiten (z. B. *Rosog*, 2014). Viele Strukturen im deutschen Gesundheitssystem – v.a. in Bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung und das Prinzip der Selbstverwaltung – weisen inzwischen eine schon über hundertjährige, nur geringen Veränderungen unterliegende, institutionelle Stabilität auf.

3. Auftretende Spannungsverhältnisse

Die oben genannten akteurs- und strukturbezogenen Besonderheiten des Gesundheitssektors begünstigen das Auftreten von bestimmten Spannungsverhältnissen, die die berufliche Tätigkeit in dieser Branche mitbestimmen. Akteure im Gesundheitssektor unterliegen **verschiedenen institutionellen Logiken**, die ihr Handeln und Denken bestimmen und das Auftreten von Konflikten bedingen können. Konkret kann dies im Zuge der zunehmenden Vermarktlichung des Gesundheitssektors beobachtet werden, im Rahmen derer zum Beispiel die professionelle Logik von medizinischen Fachkräften verstärkt auf eine „Managementlogik“ von Betriebswirten und/oder Gesundheitsökonomien trifft.

Eng damit verknüpft kann ein **Spannungsverhältnis** zwischen **ethischen** und **ökonomischen Überlegungen** (siehe z. B. auch *Beckmann*, 2016) auftreten. Diese Frage

kommt vor allem deswegen auf, weil die Versorgung mit Gesundheitsgütern und -dienstleistungen einerseits von hoher und die Lebensqualität und -zeit beeinflussender Relevanz für alle Bürger ist, andererseits aber auch aufgrund einer hohen Kostenintensität der erbrachten Leistungen und sich wandelnder Rahmenbedingungen gesamtgesellschaftlichen ökonomischen Überlegungen unterliegt. So können fundamentale Zielkonflikte zwischen Medizin und Ökonomie entstehen, die ganze Gesundheitsorganisationen durchziehen. Daher sind Gesundheitsorganisationen häufig auch mit der oft nicht einfach zu vereinenden Anforderung der gleichzeitigen hohen **Versorgungsqualität** und **wirtschaftlicher Performanz** (siehe z. B. auch Überlegungen zur Einführung von „Pay for Performance“ im Gesundheitssektor) konfrontiert.

Darüber hinaus stehen sich im Gesundheitssektor **Risikoaersion** und **Rigidität** mit der **Realisierung** von **Innovation** gegenüber. Zwar sind sich die meisten im Gesundheitswesen tätigen Akteure einig, dass Innovation ein Mittel zur Adressierung der sich wandelnden Rahmenbedingungen (z. B. demographische Veränderung, medizinisch-technologischer Fortschritt) sein könnte. Allerdings erfolgen Innovationsvorhaben aufgrund der Risikoaversität von Entscheidern und der Rigidität gewachsener Strukturen oft nur langsam und auf inkrementelle Weise.

4. Fazit und Implikationen

Wie jede Branche ist der Gesundheitssektor in der Gesamtheit seiner Charakteristika **einzigartig**, jedoch gibt es auch viele Gemeinsamkeiten mit anderen Branchen (z. B. im Rahmen der Erstellung von Dienstleistungen). Dennoch sollen einige Implikationen für eine berufliche Tätigkeit im und die Beforschung des Gesundheitssektors hervorgehoben werden: Es empfiehlt sich stets kritisch zu hinterfragen, in welchem Umfang Forschungsergebnisse und Kenntnisse aus anderen Branchen unverändert auf den Gesundheitssektor übertragen werden können (und vice versa). Zudem sollte auch stets bedacht werden, dass sich **nationale Gesundheitssysteme** – obwohl sie bestimmte grundlegende Gemeinsamkeiten wie z. B. Informationsasymmetrien aufweisen – historisch bedingt in anderen Dimensionen grundlegend unterscheiden können (siehe z. B. das deutsche auf dem Sozialversicherungsmodell aufbauende Gesundheitswesen vs. das stärker vermarktliche US-amerikanische Gesundheitssystem). Die Kenntnis der besonderen Charakteristika des Gesundheitswesens bildet zudem eine wichtige Grundlage für Managemententscheidungen, z. B. wenn es um die Entwicklung von neuen Geschäftsmodel-

len im stark regulierten ersten Gesundheitsmarkt geht. Aufgrund der Komplexität des Gesundheitssektors bietet es sich für die dort tätig werden wollende Wirtschaftswissenschaftlerin an, diesen speziellen Kontext genau kennen zu lernen. Dabei kann es sich auch auszahlen, medizinische Experten in ihrer alltäglichen Arbeitswirklichkeit kennen zu lernen und zu begleiten. Dies kann beispielsweise durch ein „Shadowing“ während eines Arbeitstages geschehen. Auch wäre es wünschenswert, dass Studierenden der Wirtschaftswissenschaften mit starkem Interesse für den Gesundheitssektor während ihres Studiums Möglichkeiten solcher Einblicke – z. B. in Verbindung mit kleinen eigenen Forschungsprojekten im Rahmen von Lehrveranstaltungen oder während Praktika – ermöglicht werden. Ein solcher **Austausch** führt einerseits zu einem besseren Verständnis dieses wichtigen wirtschaftswissenschaftlichen Kontextes und damit auch zu einer effektiveren interdisziplinären Zusammenarbeit und verlässlicheren Forschungsergebnissen. Zum anderen wird der Aufbau von Vertrauen zwischen medizinischen Expertinnen und Wirtschaftswissenschaftlern unterstützt, was einen wichtigen Beitrag zur Überbrückung der oben genannten Spannungsverhältnisse in der alltäglichen Zusammenarbeit leisten kann.

Literatur

- Albrecht, U.-V. (Hrsg.), Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps, Hannover 2016.
- Allmann, B., J. Loth, Vertragsbeziehungen gesetzlicher Krankenkassen. Eine Betrachtung aus der Principal-Agenten-Perspektive, in: WiSt – Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 45. Jg. (2016), S. 479–484.
- Arrow, K. J., Uncertainty and the welfare economics of medical care, in: American Economic Review, 53. Jg. (1963), S. 941–974.
- Beckmann, J. P., Health care under market conditions: An ethical analysis, in: H. Albach, H. Meffert, A. Pinkwart, R. Reichwald, W. von Eiff (Hrsg.), Boundaryless hospital. Rethink and redefine health care management, Berlin, Heidelberg 2016, S. 41–56.
- Berger, H., C. Stock, Grundlagen der Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, in: B. Schmidt-Rettig, S. Eichhorn (Hrsg.), Krankenhaus-Managementlehre: Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts, Stuttgart 2007, S. 3–36.
- Bornewasser, M., B. Kriegesmann, J. Zülch (Hrsg.), Dienstleistungen im Gesundheitssektor. Produktivität, Arbeit und Management, Wiesbaden 2013.
- Fleßa, S., O. Götz, Gesundheitsmanagement – Effizienz im Dienst für das Leben, in: WiSt – Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 42. Jg. (2013), S. 478–484.
- Greß, S., Investitionsförderung für eine soziale und innovative Gesundheitswirtschaft. Bewertung unterschiedlicher Optionen, Fulda 2010.
- Mintzberg, H., The structuring of organizations. A synthesis of the research, Englewood Cliffs, NJ 1979.
- Rosog, T., Pfadabhängigkeiten vertragsärztlicher Leistungserbringung. Eine Herausforderung für den gestaltenden Sozialstaat, Wiesbaden 2014.
- Schlüchtermann, J., Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. Grundlagen und Praxis, Berlin 2013.