

Andreas Frodl

# Gesundheits- betriebslehre

Betriebswirtschaftslehre  
des Gesundheitswesens

*2. Auflage*



Springer Gabler

---

# Gesundheitsbetriebslehre

---

Andreas Frodl

# Gesundheitsbetriebslehre

Betriebswirtschaftslehre  
des Gesundheitswesens

2., vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage

Andreas Frodl  
Erding, Deutschland

ISBN 978-3-658-16563-5      ISBN 978-3-658-16564-2 (eBook)  
DOI 10.1007/978-3-658-16564-2

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

Springer Gabler

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2010, 2017

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

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

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Gabler ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

---

## Vorwort zur 2. Auflage

In kaum einer anderen speziellen Betriebswirtschaftslehre hat sich in den vergangenen Jahren eine vergleichbare Dynamik entwickelt, wie in der Gesundheitsbetriebslehre: Neue Lehrstühle, spezielle Studiengänge und eine zunehmende Zahl von Veröffentlichungen zeugen von der Prosperität des Themas Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen und von einer regen Forschungsarbeit.

Nach mehr als zwanzigjähriger Veröffentlichungstätigkeit des Autors auf diesem Gebiet ist dies ein wunderbares Ergebnis, immer mehr Mitstreiter zu finden, die sich der Aufgabe ebenfalls verpflichtet fühlen und die die in vielen Bereichen noch notwendige Grundlagenarbeit auf eine immer breiter werdende Basis stellen. Großartig!

Erfreulicherweise lässt sich auch feststellen, dass betriebswirtschaftliche Themen vermehrt in die Ausbildung von Ärzten, Zahnärzten, Pflegekräften einfließen und an den medizinischen Fakultäten entsprechende Vorlesungsveranstaltungen Einzug finden. Viele Themen, die vor 10–15 Jahren in Zusammenhang mit der Führung von Gesundheitseinrichtungen womöglich noch einen „exotischen“ Eindruck vermittelten, sind heute selbstverständlich und aus dem Alltag von Arztpraxen, Kliniken oder Pflegeeinrichtungen nicht mehr wegzudenken.

Außerordentlicher Dank gilt an dieser Stelle Maria Akhavan, Stefanie Brich, Andreas Funk und Guido Notthoff, die in Verlagsbereichs- und Programmleitung bzw. Lektorat nicht nur seinerzeit Weitsicht zeigten, sondern auch die Thematik Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen als festen Verlagsprogrammbestandteil ausgebaut und etabliert haben. Damit haben sie einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung der Gesundheitsbetriebslehre als spezielle Betriebswirtschaftslehre geleistet und den Weg für mittlerweile zahlreiche Arbeiten und Veröffentlichungen auf diesem Gebiet mitbereitet.

Neben aktualisierten Inhalten versucht die Neuauflage der Gesundheitsbetriebslehre auch so gut wie möglich einen Überblick über den Stand von Lehre und Forschung der Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen wiederzugeben. Trotz größter Bemühungen hinsichtlich der Vollständigkeit, werden manche Kollegen und Kolleginnen die Nennung ihrer Namen, Werke oder Einrichtungen womöglich vermissen, wofür ich um Nachsicht bitte. Über diesbezügliche Hinweise zur Vervollständigung würde ich mich sehr freuen.

Danke an alle, die durch ihre Arbeiten in der Betriebswirtschaftslehre des Gesundheitswesens dazu beitragen, eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme der Welt leistungsfähig und finanzierbar zu erhalten!

Erding, Deutschland  
im September 2016

Andreas Frodl

---

## Vorwort zur 1. Auflage

*„Die Ideen der Ökonomen und Philosophen, seien sie richtig oder falsch, sind mächtiger, als man im Allgemeinen glaubt. Um die Wahrheit zu sagen, es gibt nichts anderes, das die Welt beherrscht.“*  
(John Maynard Keynes, Ökonom, 1883–1946)

Auch wenn man die Bedeutung von wirtschaftlichem Handeln nicht ganz so wichtig nehmen mag, wie der bedeutende Wirtschaftswissenschaftler John Maynard Keynes, so zeichnet sich gerade im Gesundheitswesen mehr und mehr ab, dass viele Entscheidungen, Tätigkeiten, Sachverhalte auch unter betriebswirtschaftlichen Aspekten zu sehen sind.

Zwar hat sich seit einigen Jahren bereits eine Gesundheitsökonomie entwickelt. Sie deckt aber bislang in erster Linie volkswirtschaftliche Fragestellungen des Gesundheitswesens ab, wie beispielsweise die Finanzierungsfragen der öffentlichen Gesundheitsversorgung, den Einfluss der demografischen Entwicklung, Reformansätze, Leistungszuschnitte, Organisationsfragen der Kostenerstattung durch Ersatz- und Privatkassen und vieles andere mehr. Der einzelne „Gesundheitsbetrieb“ blieb in systematischen Betrachtungen weitestgehend außen vor: Nur vereinzelt hat sich bislang jeweils für Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen usw. eine spezielle Managementlehre entwickelt.

Neben der betrieblichen Ebene gibt es auch auf der beruflichen Ebene vergleichbare Defizite: Zwischen Angehörigen des Gesundheitswesens und Ökonomen gibt es nahezu keine gemeinsamen Berufsbilder. Während der Wirtschaftsingenieur, der Wirtschaftsinformatiker oder der Wirtschaftsjurist seit Jahrzehnten anerkannte Studien- und Ausbildungsziele ursprünglich getrennter Berufsgruppen darstellen, werden mittlerweile zwar an einigen betriebswirtschaftlichen Fakultäten beispielsweise Manager für das Gesundheitswesen (im sog. Health Care Management) ausgebildet, umgekehrt sind an medizinischen Fakultäten betriebswirtschaftliche Themen jedoch kaum vertreten.

Fragt man nach den Gründen dieser Abgrenzung medizinischer und betriebswirtschaftlicher Themenbereiche, so stößt man auf ein altbekanntes Phänomen: Zu Recht wird die Gesundheit des Menschen als höchstes Gut bezeichnet, das es zu schützen und zu bewahren gilt. Für viele grenzt es daher immer noch an einen Tabubruch, die

Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit mit ökonomischen Aspekten in Verbindung zu bringen. Doch gerade sie sind wichtig, um die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens auch für die Zukunft sicherzustellen – und das mehr denn je angesichts steigender Kosten und begrenzter Einnahmemöglichkeiten.

Man kann es drehen und wenden wie man will: Nicht nur auf der makroökonomischen Ebene der gesamten öffentlichen Gesundheitsversorgung wird sinnvolles Wirtschaften zunehmend wichtig, sondern auch auf der mikroökonomischen Ebene des einzelnen Gesundheitsbetriebs. Will man diese gesundheitspolitische Zielsetzung einer ökonomischen Optimierung verfolgen, so ist ihr Erfolg an die Voraussetzung geknüpft, dass die Angehörigen des Gesundheitswesens über betriebswirtschaftliche Ausbildungsgänge, Studieninhalte und passende Weiterbildungsangebote verfügen können. Über diese zunehmend wichtigen Themen Ihrer zukünftigen Tätigkeiten erfahren angehende Mediziner, Arzthelferinnen oder Krankenpfleger während Ihrer Ausbildung jedoch sehr wenig. Wichtige betriebswirtschaftliche Aspekte eines Gesundheitsbetriebs treten auch im Verlaufe weiterführender beruflicher Schulungen im Gesundheitswesen eher in den Hintergrund.

Das vorliegende Buch soll daher als Nachschlagewerk und Ausbildungshilfe einen Beitrag leisten, das betriebswirtschaftliche Verständnis im Gesundheitswesen zu verbessern. Anhand wichtiger betriebswirtschaftlicher Funktionen werden die Grundzüge von Gesundheitsbetrieben beschrieben. Dazu zählen die Bereiche Planung, Finanzierung, Investition, Marketing, Logistik, Controlling, Organisation, Personal- und Kostenmanagement. Die Quellenangaben und Literaturhinweise wurden am Ende des Buches zusammengefasst, sodass zugunsten eines vereinfachten Lesens dadurch auf zahlreiche Fußnoten verzichtet werden konnte.

Die Gesundheitsbetriebslehre ist zugleich ein Angebot für die Praxis des betrieblichen Alltags: Sie stellt einen Baukasten dar, aus dem sich Krankenhauscontroller, Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Pflegeheimleiter oder Mitarbeiter einer Klinikverwaltung jeweils geeignete Instrumente entnehmen und möglichst erfolgreich zum Einsatz bringen können. Nicht immer lässt sich das im Buch Dargestellte vollständig auf eine bestimmte Situation in einer Arztpraxis oder Klinik übertragen, denn die mangelnde Vergleichbarkeit von Dienstleistungsunternehmen, Werkstattbetrieben oder Industriekonzernen selbst innerhalb einer Branche trifft im Grundsatz natürlich auch auf Gesundheitsbetriebe zu. Mit nahezu 200 Beispielen wurde dennoch versucht, die jeweilige Relevanz zu belegen.

Auf eine eigentlich selbstverständliche Leitmaxime gilt es in der gesamten Diskussion allerdings immer wieder ausdrücklich hinzuweisen:

Eine medizinische Indikation darf niemals durch betriebswirtschaftliche Erwägungen beeinflusst werden.

Umgekehrt ist allerdings erfolgreiches betriebswirtschaftliches Handeln eine wesentliche Voraussetzung, um eine bestmögliche Versorgung durch das Gesundheitswesen dauerhaft sicherzustellen.

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung</b> .....	1
1.1 Einordnung, Gegenstand und Definitionen .....	1
1.1.1 Einordnung als spezielle Betriebswirtschaftslehre .....	1
1.1.2 Gegenstand der Gesundheitsbetriebslehre .....	3
1.1.3 Definition und Bedeutung von Gesundheitsbetrieben .....	5
1.2 Geschichtliche Entwicklungslinien .....	8
1.2.1 Entwicklung bis ins 19. Jahrhundert .....	8
1.2.2 Neuere Entwicklungen .....	10
1.3 Betriebstheoretische Grundlagen .....	14
1.3.1 Betriebswirtschaftliche Prinzipien .....	14
1.3.2 Grundlagentheorien .....	16
1.3.3 Methodenübersicht .....	19
Literatur .....	20
<b>2 Rahmenbedingungen</b> .....	23
2.1 Gesundheitsbetriebliche Umwelt .....	23
2.1.1 Politische Umweltbedingungen .....	23
2.1.2 Strukturelle Umweltbedingungen .....	26
2.1.3 Medizinische Umweltbedingungen .....	28
2.1.4 Ökologische Umweltbedingungen .....	31
2.2 Rechtliche Grundlagen .....	33
2.2.1 Allgemeine betriebliche Rechtsgrundlagen .....	33
2.2.2 Besondere betriebliche Rechtsgrundlagen im Gesundheitswesen .....	39
2.3 Betriebliche Rechtsformen .....	41
2.3.1 Öffentliche Rechtsformen für Gesundheitsbetriebe .....	41
2.3.2 Privatrechtsformen für Gesundheitsbetriebe .....	45
2.3.3 Rechtsformwahl .....	49

2.4	Betriebsstandort .....	52
2.4.1	Standortfaktoren für Gesundheitsbetriebe.....	52
2.4.2	Standortwahl .....	54
2.5	Ethische Grundsatzfragen .....	56
2.5.1	Allgemeine Ethik im Gesundheitswesen.....	56
2.5.2	Besondere Ethik des Gesundheitsbetriebs.....	59
	Literatur .....	62
<b>3</b>	<b>Betriebsführung</b> .....	<b>67</b>
3.1	Betriebsplanung .....	67
3.1.1	Ziele des Gesundheitsbetriebs .....	67
3.1.2	Strategien für den Gesundheitsbetrieb .....	69
3.1.3	Betrieblicher Planungsprozess .....	74
3.2	Entscheidungsprozesse im Gesundheitsbetrieb .....	77
3.2.1	Besondere Entscheidungssituationen .....	77
3.2.2	Geeignete Entscheidungsmodelle .....	78
3.3	Mitarbeiterführung im Gesundheitswesen .....	81
3.3.1	Führungsgrundlagen .....	81
3.3.2	Führungsinstrumente .....	88
3.3.3	Bereitstellung und Einsatz von Gesundheitspersonal .....	94
3.3.4	Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals .....	101
3.4	Betriebliche Steuerung und Kontrolle .....	108
3.4.1	Controlling im Gesundheitsbetrieb .....	108
3.4.2	Kennzahlensteuerung .....	114
3.4.3	Betriebliche Kontrolle und medizinische Qualitätskontrolle .....	117
3.4.4	Risikomanagement im Gesundheitsbetrieb .....	120
	Literatur .....	124
<b>4</b>	<b>Betriebsorganisation</b> .....	<b>127</b>
4.1	Aufbauorganisatorische Gestaltung des Gesundheitsbetriebs .....	127
4.1.1	Stellenbildung .....	127
4.1.2	Bildung von Organisationseinheiten .....	129
4.1.3	Organisationspläne und Organigramme .....	132
4.2	Ablauforganisatorische Gestaltung des Gesundheitsbetriebs .....	135
4.2.1	Gestaltung von Prozessen .....	135
4.2.2	Prozessmodellierung und -darstellung .....	137
4.2.3	Optimierung von Prozessen .....	141
4.3	Behandlungsorganisation .....	145
4.3.1	Entwicklung von Behandlungspfaden .....	145
4.3.2	Planung von Behandlungskapazitäten .....	147
4.3.3	Behandlungsterminierung .....	150

4.4	Hygieneorganisation . . . . .	154
4.4.1	Überbetriebliche Hygieneorganisation . . . . .	154
4.4.2	Hygieneplanung. . . . .	158
4.4.3	Organisation von Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsarbeiten . . . . .	164
	Literatur . . . . .	166
<b>5</b>	<b>Betriebliche Leistungserstellung . . . . .</b>	<b>169</b>
5.1	Theorie der Leistungserstellung im Gesundheitsbetrieb. . . . .	169
5.1.1	Externe Faktoren im Faktorensystem der Leistungserstellung . . . . .	169
5.1.2	Produktivität im Gesundheitsbetrieb. . . . .	171
5.1.3	Theorie der Leistungserstellungsfunktionen . . . . .	173
5.2	Gestaltung von medizinischen Leistungen . . . . .	176
5.2.1	Überbetriebliche Gesundheitsforschung als Gestaltungsgrundlage. . . . .	176
5.2.2	Normierung und Standardisierung bei der medizinischen Leistungserstellung . . . . .	179
5.2.3	Planung des Leistungsprogramms. . . . .	184
5.3	Einsatz und Bewirtschaftung von medizinischem Verbrauchsmaterial . . . . .	186
5.3.1	Materialbeschaffung . . . . .	186
5.3.2	Materialbestandsführung. . . . .	191
5.3.3	Materiallagerung, -kommissionierung und -transport. . . . .	193
5.3.4	Materialentsorgung . . . . .	197
5.4	Einsatz medizintechnischer Betriebsmittel. . . . .	208
5.4.1	Betriebsmittelplanung . . . . .	208
5.4.2	Betriebsmittelbeschaffung. . . . .	210
5.4.3	Einsatzbedingungen. . . . .	215
5.4.4	Betriebsmittelinstandhaltung. . . . .	219
5.5	Qualitätssicherung im Gesundheitsbetrieb . . . . .	222
5.5.1	Medizinisches Qualitätsmanagement . . . . .	222
5.5.2	Medizinische Qualitätssicherungsinstitutionen. . . . .	226
5.5.3	Qualitätsmanagement nach ISO 9000/9001 . . . . .	230
5.5.4	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) . . . . .	234
5.5.5	Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP) . . . . .	236
5.5.6	Europäisches Praxisassessment (EPA) . . . . .	239
5.5.7	Europäische Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM). . . . .	241
5.5.8	IQMP-Reha . . . . .	244
	Literatur . . . . .	247

<b>6 Betriebliche Absatzwirtschaft</b> .....	251
6.1 Marketingansatz im Gesundheitsbetrieb .....	251
6.1.1 Grundlagen und Bedeutung .....	251
6.1.2 Marketingprozess .....	255
6.1.3 Absatzwirtschaftliche Marktanalyse .....	257
6.2 Marketingziele und -strategien des Gesundheitsbetriebs .....	262
6.2.1 Bildung von Patientenzielgruppen .....	262
6.2.2 Festlegung von absatzwirtschaftlichen Zielen .....	264
6.2.3 Entwicklung von Strategiealternativen .....	266
6.3 Anwendung von absatzwirtschaftlichen Instrumenten .....	269
6.3.1 Instrumente der Patientenkommunikation .....	269
6.3.2 Instrumente der Gestaltung von Behandlungsleistungen .....	272
6.3.3 Instrumente der Patientenbetreuung .....	275
6.3.4 Instrumente der Honorargestaltung .....	278
6.4 Patientenbedürfnisse und Selbstzahlermedizin .....	283
6.4.1 Patientenspezifische Erwartungshaltung .....	283
6.4.2 Erfüllung von Patientenzufriedenheit .....	286
6.4.3 GKV-unabhängige Leistungsangebote .....	289
6.4.4 Angebot individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) .....	291
Literatur .....	294
<b>7 Betriebsfinanzierung</b> .....	297
7.1 Betriebliche Liquiditätssicherung .....	297
7.1.1 Liquiditätsbedarf .....	297
7.1.2 Liquiditätsplanung .....	299
7.1.3 Liquiditätskontrolle .....	303
7.2 Finanzierung des Gesundheitsbetriebs .....	306
7.2.1 Finanzierungsarten .....	306
7.2.2 Externe Finanzierung .....	308
7.2.3 Interne Finanzierung .....	312
7.2.4 Finanzierung durch öffentliche Fördermittel .....	314
7.3 Investitionen im Gesundheitsbetrieb .....	317
7.3.1 Investitionsplanung .....	317
7.3.2 Statische Investitionsbewertung .....	320
7.3.3 Dynamische Investitionsbewertung .....	323
7.3.4 Betriebsbewertung .....	327
Literatur .....	333
<b>8 Betriebliches Informationswesen</b> .....	335
8.1 Internes Kosten- und Erfolgswesen .....	335
8.1.1 Kostenrechnungssysteme .....	335
8.1.2 Kostenartenrechnung .....	337
8.1.3 Kostenstellenrechnung .....	342

---

8.1.4	Kostenträgerrechnung . . . . .	344
8.1.5	Deckungsbeitragsrechnung . . . . .	346
8.1.6	Prozesskostenrechnung . . . . .	349
8.2	Externes Informationswesen . . . . .	351
8.2.1	Rechnungswesen des Gesundheitsbetriebs . . . . .	351
8.2.2	Gewinn- und Verlustrechnung . . . . .	354
8.2.3	Jahresabschluss und Bilanzierung . . . . .	358
8.3	E-Health: Elektronischer Informations- und Datenaustausch im Gesundheitswesen . . . . .	361
8.3.1	Grundlagen des E-Health und der Telemedizin . . . . .	361
8.3.2	Informations- und ausbildungsorientiertes E-Health . . . . .	367
8.3.3	Behandlungsorientiertes E-Health . . . . .	371
8.3.4	Forschungsorientiertes E-Health . . . . .	379
8.4	Informations- und Datensicherheit im Gesundheitsbetrieb . . . . .	384
8.4.1	Allgemeiner Schutz von Patientendaten . . . . .	384
8.4.2	Sicherer Einsatz von Datenverarbeitungssystemen im Gesundheitswesen . . . . .	391
	Literatur . . . . .	394
	<b>Glossar</b> . . . . .	397
	<b>Stichwortverzeichnis</b> . . . . .	429

---

## Abkürzungsverzeichnis

AABG	Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz
ABB	Arbeitsbeschreibungsbogen
ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
ABWL	Allgemeine Betriebswirtschaftslehre
AdöR	Anstalt des öffentlichen Rechts
ÄAppO	Approbationsordnung für Ärzte
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
AEM	Akademie für Ethik in der Medizin e. V.
AET	Arbeitswissenschaftliche Erhebungsverfahren zur Tätigkeitsanalyse
AfA	Absetzung für Abnutzung
AG	Aktiengesellschaft
AGKAMED	Arbeitsgemeinschaft Kardiologie und medizinischer Sachbedarf
AktG	Aktiengesetz
AMG	Arzneimittelgesetz
AMIS	Arzneimittelinformationssystem
AR	Aufsichtsrat
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ArbStättV	Arbeitsstättenverordnung
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
AS	Abfallschlüssel
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
AVV	Abfallverzeichnis-Verordnung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAB	Betriebsabrechnungsbogen
BÄK	Bundesärztekammer
BÄO	Bundesärzteordnung
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe

---

BCG	Boston-Consulting-Group
BDA	Berufsverband Deutscher Anästhesisten
BDPK	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BEMA	Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BFH	Bundesfinanzhof
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BGV	Berufsgenossenschaftliche Vorschriften
BildscharbV	Bildschirmarbeitsverordnung
BioStoffV	Biostoffverordnung
BLFK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BpflV	Bundespflugesatzverordnung
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
büA	besonders überwachungsbedürftiger Abfall
BUrlG	Bundesurlaubsgesetz
BVL	Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit
BVMi	Berufsverband Medizinischer Informatiker e. V.
BWFG	Behörde für Wissenschaft, Forschung und Gleichstellung
CAPNETZ	Kompetenznetzwerk „Ambulant erworbene Pneumonie“
ChemG	Chemikaliengesetz
CIRS	Critical Incident Reporting-System
CKM	Centrum für Krankenhausmanagement GmbH
CM	Case Mix
CMI	Case Mix Index
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
COSYCONET	German COPD and Systemic Consequences – Comorbidities Network
CRT	Cardiale Resynchronisations-Therapie
CSR	Corporate Social Responsibility
DAAD	Deutscher Akademischer Austauschdienst
DB	Deckungsbeitrag
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
DEKV	Deutscher Evangelischer Krankenhausverband
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGHM	Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie
DGKG	Deutsche Gesellschaft für Krankengeschichte

---

DGKH	Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V.
DGQZ	Deutsche Gesellschaft zur Qualitätssicherung in der Zahnmedizin e. V.
DGSV	Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung e. V.
DGTeledmed	Deutsche Gesellschaft für Telemedizin
DICOM	Digital Imaging and Communications in Medicine
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
dip	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DKTK	Deutsches Konsortium für Translationale Krebsforschung
DIN	Deutsches Institut für Normung
DIU	Dresden International University GmbH
DLSR	Deutsches Leukämie-Studienregister
DMP	Disease-Management-Programme
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DPR	Deutscher Pflegerat e. V.
DRG	Diagnosis Related Groups
DRZE	Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften
DVGW	Deutscher Vereinigung des Gas- und Wasserfachs
DZD	Deutsches Zentrum für Diabetesforschung
DZHK	Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung
DZIF	Deutsches Zentrum für Infektionsforschung
DZL	Deutsches Zentrum für Lungenforschung
DZNE	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
eBA	elektronischer Berufsausweis
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EEV	Entschließungen, Empfehlungen, Vereinbarungen
EFQM	Europäische Stiftung für Qualitätsmanagement
eG	eingetragene Genossenschaft
eGA	elektronische Gesundheitsakte
eGBR	elektronisches Gesundheitsberuferegister
eGK	elektronische Gesundheitskarte
eHBA	elektronischer Heilberufsausweis
EKG	Elektrokardiogramm
ELSR	Europäisches Leukämie-Studienregister
EntgFG	Entgeltfortzahlungsgesetz
ePA	elektronische Patientenakte
EPA	Europäisches Praxisassessment
EST	Einkommensteuer
ESTG	Einkommensteuergesetz
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
FhG	Fraunhofer-Gesellschaft

G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GefStoffV	Gefahrstoffverordnung
GEKID	Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.
gematik	Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH
GenG	Genossenschaftsgesetz
GewO	Gewerbeordnung
GewSt	Gewerbsteuer
GG	Grundgesetz
GIN	Guidelines International Network
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbHG	GmbH-Gesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GoB	Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung
GoBD	Grundsätze zur ordnungsmäßigen Führung und Aufbewahrung von Büchern, Aufzeichnungen und Unterlagen in elektronischer Form sowie zum Datenzugriff
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GPOH	Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie
GQMG	Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GuV	Gewinn- und Verlustrechnung
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
GWG	geringwertige Wirtschaftsgüter
HebG	Hebammengesetz
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HeilprG	Heilpraktikergesetz
HEP-NET	Kompetenznetz Hepatitis
HGB	Handelsgesetzbuch
HGF	Helmholtz-Gemeinschaft
HIS	Hygiene-Informationssystem
HL7	Health Level Seven
HMV	Hausmüllverbrennung
HNO	Hals-Nasen-Ohren
HPC	Health Professional Card
HTA	Health Technology Assessment
HV	Hauptversammlung
HWG	Heilmittelwerbegesetz
ICD	Cardioverter-Defibrillator
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health

---

ICN	International Council of Nurses
IDEM	Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IHCI	Internationales HealthCare Management Institute
IKM	Institut für BWL, insb. Krankenhausmanagement
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien
IMVR	Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
INKO	Investitions- und Kostenplanung
IPP	Institut für Public Health und Pflegeforschung
IQMP	Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISO	International Organization for Standardization
JArbSchG	Jugendarbeitsschutzgesetz
KapovAz	Kapazitätsorientierte variable Arbeitszeit
KAS	Klinisches-Arbeitsplatzsystem
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KCQ	Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
KdöR	Körperschaft des öffentlichen Rechts
KEK	Krankenhaus-Ethikkomitee
KG	Kommanditgesellschaft
KGaA	Kommanditgesellschaft auf Aktien
KHBV	Krankenhaus-Buchführungsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHKG	Hessisches Krankenhausgesetz
KI	Künstliche Intelligenz
KIS	Krankenhausinformationssystem
KKNDm	Kompetenznetz Diabetes mellitus
KKNMS	Kompetenznetz Multiple Sklerose
KKVD	Katholischer Krankenhausverband Deutschland
KLR	Kosten- und Leistungsrechnung
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
KNDD	Kompetenznetz Degenerative Demenzen
KNL	Kompetenznetz „Akute und chronische Leukämien“
KNP	Kompetenznetz Parkinson
KNS	Kompetenznetz Schlaganfall
KPSS	Klinik-Prozesssteuerungssystem

---

KQM-RL	Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
KrPflG	Krankenpflegegesetz
KrWG	Kreislaufwirtschaftsgesetz
KSchG	Kündigungsschutzgesetz
KSt	Körperschaftsteuer
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVS	Krankenhausverwaltungssystem
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LIS	Laborinformationssystem
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität München
LStDV	Lohnsteuerdurchführungsverordnung
M-BOÄ	(Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
MDC	Major Diagnostic Category
MDC	Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MedFAusbAngV	Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MFA	Medizinische(r) Fachangestellte(r)
MHH	Medizinische Hochschule Hannover
MitbestG	Mitbestimmungsgesetz
MIS	Management-Information-System
MPBetreibV	Medizinproduktebetreiberverordnung
MPG	Max-Planck-Gesellschaft
MPG	Medizinproduktegesetz
MPSV	Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung
MuSchG	Mutterschutzgesetz
MTA	Medizinisch-technische(r) Assistent(in)
MTK	Messtechnische Kontrolle
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MWBO	(Muster-)Weiterbildungsordnung
NAMed	Normenausschuss Medizin
NPO	Non-Profit-Organisation
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
NVL	Nationale Versorgungsleitlinien
NWA	Nutzwertanalyse
öAumwR	Umweltrichtlinien Öffentliches Auftragswesen
OES	Order-Entry-System

---

OHG	Offene Handelsgesellschaft
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PACS	Picture Archiving und Communication System
PartGG	Partnerschaftsgesellschaftsgesetz
PatBeteiligungsV	Patientenbeteiligungsverordnung
PBV	Pflege-Buchführungsverordnung
PDA	Personal Digital Assistant
PDCA	Plan-Do-Check-Act
PDM	Patientendatenmanagementsystem
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
PersVG	Personalvertretungsgesetz
PflegeStatV	Pflege-Statistikverordnung
PIS	Pflegeinformationssystem
PKR	Prozesskostenrechnung
PKV	Private Krankenversicherung
PStG	Personenstandsgesetz
PSY	Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PublG	Publizitätsgesetz
PVS	Praxisverwaltungssystem
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen
QM	Qualitätsmanagement
QMS	Qualitätsmanagementsystem
QP	Qualitätspraxen GmbH
RBM	Risk Based Maintenance
RCM	Reliability Centered Maintenance
RDG	Reinigungs-Desinfektions-Gerät
REFA	REFA-Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung e. V. (1924 als Reichsausschuss für Arbeitszeitermittlung gegründet)
RFF	Request for Feature
RFI	Request for Information
RFP	Request for Proposal
RFQ	Request for Quotation
RIS	Radiologie-Informationssystem
RKI	Robert-Koch-Institut
RLT	Raumlufttechnik
RöV	Röntgenverordnung
RVO	Reichsversicherungsordnung
RWTH	Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule
SAL	Sterility Assurance Level

---

SAV	Sonderabfallverbrennung
SE	Societas Europaea
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Procedures
STA	Subjektive Tätigkeitsanalyse
StGB	Strafgesetzbuch
STK	Sicherheitstechnische Kontrolle
StPO	Strafprozessordnung
TBS	Tätigkeitsbewertungssystem
TFG	Transfusionsgesetz
TPG	Transplantationsgesetz
TQM	Total Quality Management
TRBA	Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe
TVG	Tarifvertragsgesetz
TV-L	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder
TzBfG	Teilzeit- und Befristungsgesetz
UG	Unternehmergeellschaft
ULD	Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein
USt	Umsatzsteuer
UVV	Unfallverhütungsvorschrift
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VAH	Verbund für Angewandte Hygiene e. V.
VDE	Verband der Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik e. V.
VDI	Verein Deutscher Ingenieure e. V.
VgV	Vergabeverordnung
VOB	Vergabe- und Vertragsordnung für Bauleistungen
VOF	Verdingungsordnung für freiberufliche Leistungen
VOL	Verdingungsordnung für Leistungen
WFS	Workflowsysteme
WGL	Wissenschaftsgemeinschaft Gottfried Wilhelm Leibniz e. V.
WHO	World Health Organization
WINEG	Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen
WISE	Datenbank für wissenschaftliche Schriften in der Pflege
ZÄPrO	Approbationsordnung für Zahnärzte
ZFA	Zahnmedizinische Fachangestellte
ZHG	Zahnheilkundengesetz
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland
ZMV	Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin
ZTG	Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH

---

## 1.1 Einordnung, Gegenstand und Definitionen

### 1.1.1 Einordnung als spezielle Betriebswirtschaftslehre

Ähnlich wie beispielsweise die Industriebetriebslehre, Handelsbetriebslehre oder Bankbetriebslehre befasst sie die Gesundheitsbetriebslehre mit einer speziellen Betriebsart, den Gesundheitsbetrieben. Ausgehend von dem System der Wissenschaften, das sich in Formal- und Realwissenschaften unterteilen lässt, ist sie somit bei den **Realwissenschaften** angesiedelt, da sie über Eigenschaften von Gesundheitsbetrieben als reale Objekte oder über reale betriebliche Sachverhalte im Gesundheitswesen informiert. Indem sie auch das menschliche Verhalten in Gesundheitsbetrieben analysiert und das betriebliche Geschehen durch Interessen und Verhaltensweisen der dortigen Mitarbeiter stark beeinflusst wird, sind die **Sozialwissenschaften** innerhalb der Realwissenschaften ein Bereich, dem sich die Gesundheitsbetriebslehre wiederum zuordnen lässt. Bei den Sozialwissenschaften bildet sie zusammen mit anderen speziellen Betriebswirtschaftslehren, der Allgemeinen Betriebswirtschaftslehre (ABWL) sowie der Volkswirtschaftslehre die Gruppe der **Wirtschaftswissenschaften** (vgl. Abb. 1.1).

Im Hinblick auf eine Abgrenzung zur Allgemeinen Betriebswirtschaftslehre lässt sich feststellen, dass die Gesundheitsbetriebslehre einerseits alle Elemente der ABWL umfasst, andererseits unterscheidet sie sich aber von ihr durch eine Reihe von Besonderheiten, wie beispielsweise

- stark regulatorisch ausgeprägte Rahmenbedingungen,
- heterogene betriebliche Strukturen,
- dominierende Positionen der Versicherungsträger,
- reduzierte „Konsumenten“-Souveränität (vgl. Graf von der Schulenburg 2008, S. 1).



**Abb. 1.1** Einordnung der Gesundheitsbetriebslehre in das System der Wissenschaften

Die Gesundheitsbetriebslehre ist ferner zum einen *deskriptiv*, da sie die wirtschaftlichen Phänomene von Gesundheitsbetrieben zu systematisieren und zu erklären versucht. Gleichzeitig entwirft sie *präskriptive* Aussagensysteme, in dem sie durch das Aufzeigen von Problemlösungen untersuchter Praxisbereiche an einer aktiven Verbesserung und Gestaltung des wirtschaftlichen Geschehens in den Gesundheitsbetrieben mitwirkt.

Als *anwendungsorientiert* kann sie deshalb beschrieben werden, weil sie sich mit der vorfindbaren betrieblichen Praxis von Gesundheitsbetrieben auseinandersetzt. Darüber hinaus befasst sie sich auch mit den gewünschten bzw. realisierbaren Zuständen betrieblicher Praxis, weswegen sie auch als *praxisorientiert* anzusehen ist.

Auch die Kriterien einer *angewandten* Wissenschaft treffen auf sie zu, da sie sich an den *tatsächlichen* Problemen der Gesundheitsbetriebe orientiert und für sie Gestaltungsvorschläge für die Lösung ihrer betrieblicher Probleme liefert, die auch grundsätzlich verwendet werden können.

Nicht immer klar ist in der Literatur und bei Studiengängen oder Lehrveranstaltungen die Abgrenzung der Gesundheitsbetriebslehre zur Gesundheitsökonomie bzw. Gesundheitsökonomik. Mitunter wird die Gesundheitsbetriebslehre unter die **Gesundheitsökonomik** subsumiert, vereinzelt auch mit ihr gleichgesetzt. In der Mehrzahl der Fälle wird jedoch die Gesundheitsökonomik von *volkswirtschaftlichen* Themen und Sichtweisen dominiert, die sich weniger auf den einzelnen Gesundheitsbetrieb beziehen als vielmehr auf das Gesundheitswesen insgesamt.

**Beispiel**

„Gesundheitsökonomik“ lässt sich in die beiden Teilbereiche „Ökonomik der Gesundheit“ und „Ökonomik des Gesundheitswesens“ unterteilen. Die Brücke zwischen beiden Teilbereichen bilden die Beziehungen, die zwischen dem Gesundheitszustand und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bestehen.

Der normative Zweig der „Ökonomik der Gesundheit“ untersucht, wie sich Gesundheit im Vergleich zu anderen Gütern bewerten lässt. Ziel ist es dabei, wohlfahrtstheoretisch begründete Regeln für öffentliche Entscheidungen zu entwickeln. Der positive Zweig der Gesundheitsökonomik beschäftigt sich dagegen damit, das Gesundheitsverhalten der Konsumenten mithilfe des Instrumentariums der modernen einzelwirtschaftlichen Theorie zu erklären.

Die „Ökonomik des Gesundheitswesens“ fragt in ihrem positiven Zweig danach, wodurch die Menge und Qualität medizinischer Leistungen determiniert werden, die in einer Gesellschaft erbracht werden. In ihrem normativen Zweig geht es dann darum, Anreizmechanismen der Erbringung dieser Leistungen und ihrer Aufteilung auf die Nachfrager zu untersuchen, die angesichts der Knappheit der zu ihrer Herstellung benötigten Ressourcen ökonomisch zweckmäßig sind“ (Breyer et al. 2013, S. 17).

### 1.1.2 Gegenstand der Gesundheitsbetriebslehre

Die Gesundheitsbetriebslehre befasst sich grundsätzlich mit der Tatsache, dass die Ressourcen für einen Gesundheitsbetrieb begrenzt sind und daher einen ökonomischen Umgang mit den knappen Mitteln erfordern: Medizinisches Personal, finanzielle Ressourcen oder Behandlungseinrichtungen stehen in jeder medizinischen Einrichtung nicht in beliebiger Menge zur Verfügung. Es gilt sie so einzusetzen, dass sie den größtmöglichen Nutzen stiften. Die Gesundheitsbetriebslehre nimmt dazu die Perspektive eines einzelnen Gesundheitsbetriebs ein. Ihre Ziele liegen dabei nicht nur in der Beschreibung und Erklärung betriebswirtschaftlicher Sachverhalte und Phänomene, sondern auch in der konkreten Unterstützung der betrieblichen Entscheidungsprozesse. Sie versucht betriebliche Sachverhalte zu erläutern, Zusammenhänge zu erklären und aufgrund des Aufzeigens von Handlungsalternativen und deren Bewertung Gestaltungsempfehlungen zu geben.

Während die allgemeine Gesundheitsökonomie, wie zuvor dargelegt, häufig als Teilgebiet der Volkswirtschaftslehre angesehen wird, befasst sich die Managementlehre des Gesundheitswesens im engeren Sinne mit den Sach- und Managementfunktionen solcher Organisationen, die Produkte und Dienstleistungen bereitstellen, um die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen zu befriedigen und bezieht bisweilen auch Managementfunktionen staatlicher Steuerung, Verwaltung und Kontrolle im Gesundheitswesen (vgl. Busse und Schreyögg 2013, S. 6) oder auch die private bzw. gesetzliche Krankenversicherungswirtschaft mit ein. Letzteres ist ausdrücklich nicht Gegenstand der hier dargestellten Gesundheitsbetriebslehre. Sie befasst sich ganz im Sinne der grundlegenden Definitionen von Günter Wöhe (1924–2007) oder Edmund Heinen (1919–1996)

vielmehr mit den einzelnen „Betriebswirtschaften“, die unabhängig von ihrer Größe und Mitarbeiterzahl (Gesundheits-)Leistungen erstellen (vgl. Heinen 1992, S. 16). Die Betriebe der privaten bzw. gesetzlichen Krankenversicherung sind eher der Versicherungsbetriebslehre als spezielle Betriebswirtschaftslehre der Versicherungswirtschaft zuzuordnen.

Die Gesundheitsbetriebslehre befasst sich mit verschiedenen **Einsatzfaktoren**, die unmittel- oder mittelbar zum Erstellungsprozess von Gesundheitsleistungen beitragen, wie beispielsweise

- die menschliche Arbeitsleistung am Patienten,
- der Einsatz von medizintechnischen und sonstigen Betriebsmitteln,
- die Verwendung von medikamentösen, medizinischen, pharmazeutischen Heilmitteln und sonstigen Stoffen.

Neben diesen Elementarfaktoren gibt es *dispositive* Faktoren (Arbeitsleistungen im Bereich von Leitung, Planung, Organisation Kontrolle usw.) oder weitere Faktoren, die beispielsweise als

- Leistungen von Dritten,
- immateriellen Leistungen (Rechte, Informationen usw.),
- Zusatzleistungen

in den Leistungserstellungsprozess eingehen.

---

#### Beispiel

Häufig gelangen mehrere Faktoren gleichzeitig zum Einsatz: So wird beispielsweise nach Messung des Blutdrucks (menschliche Arbeitsleistung) mit dem Blutdruckmessgerät (medizinisches Betriebsmittel) nach einer Entscheidung des Arztes (dispositiver Faktor) ein blutdrucksenkendes Medikament (Heilmittel) verschrieben.

Insofern muss die Betriebswirtschaftslehre für das Gesundheitswesen versuchen, auch in ihrer Bandbreite das betriebswirtschaftliche Geschehen möglichst vollständig zu erfassen. Sie erstreckt sich daher insbesondere auf die Teilgebiete

- Planung,
- Finanzen,
- Personal,
- Absatz,
- Organisation,
- Material,
- Information,
- Steuerung und Kontrolle.

### 1.1.3 Definition und Bedeutung von Gesundheitsbetrieben

Betriebe lassen sich allgemein als Zusammenschluss von Individuen zum arbeitsteiligen Vollzug von Problemlösungsaufgaben ansehen, wozu somit auch beispielsweise Krankenhäuser oder Arztpraxen zählen (vgl. Fleßa und Greiner 2013, S. 2).

Der **Gesundheitsbetrieb** stellt eine in sich geschlossene Leistungseinheit zur Erstellung von Behandlungs- oder Pflegeleistungen an Patienten oder Pflegebedürftigen dar, die dazu eine Kombination von Behandlungseinrichtungen, medizinischen Produkten und Arbeitskräften einsetzt. Zum Einsatz können auch Betriebsmittel, Stoffe und sonstige Ressourcen gelangen, die nur mittelbar zur Erstellung der Behandlungs- oder Pflegeleistungen beitragen.

#### Beispiel

Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Pflegeeinrichtungen, heilpraktische Einrichtungen, Krankenhäuser etc. lassen sich somit eindeutig als Gesundheitsbetriebe identifizieren. Sonstige Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigungen oder pharmazeutische Unternehmen zählen hingegen nicht dazu. Als Grenzfälle können beispielsweise Apotheken angesehen werden, da sie eher in der Arzneimitteldistribution anzusiedeln sind und selten Leistungen direkt am Patienten erbringen. Eine Krankenhausapothek e kann hingegen durch die Herstellung individueller medizinischer Produkte genauso wie eine orthopädische Werkstatt direkt in einen Krankenhausbetrieb integriert sein. Das gilt beispielsweise auch für ein in einer Zahnarztpraxis befindliches Dentallabor.

Als Beispiel für eine Auflistung von Gesundheitsbetrieben kann der Geltungsbereich der *Richtlinie über die ordnungsgemäße Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes* des Robert-Koch-Instituts (RKI) angesehen werden, in der folgende Einrichtungen genannt sind:

- Krankenhäuser einschließlich entsprechender Einrichtungen in Justizvollzugsanstalten und Sonderkrankenhäuser,
- Dialysestationen und -zentren außerhalb von Krankenhäusern und Arztpraxen einschließlich der Heimdialyseplätze,
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Sanatorien und Kurheime,
- Pflege- und Krankenheime bzw. -stationen, einschließlich Gemeinde- und Krankenpflegestationen,
- Einrichtungen für das ambulante Operieren,
- Arztpraxen und Zahnarztpraxen,
- Praxen der Heilpraktiker und physikalischen Therapie (vgl. Robert-Koch-Institut 2002, S. 4).

Die Leistungserstellung von Gesundheitsbetrieben lässt sich folgendermaßen konkretisieren: Nach der Rechtsprechung des *Europäischen Gerichtshofs (EuGH)* sind unter

ärztlichen Heilbehandlungen oder Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin Tätigkeiten zu verstehen, die dem Zweck der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung und möglichen Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen bei Menschen dienen (vgl. Europäischer Gerichtshof 2013). Dies gilt unabhängig von

- der Art der Leistung (Behandlung, Attest, Untersuchung etc.),
- dem Behandelten/Adressaten (Patient, Sozialversicherung, Gericht etc.),
- dem Leistungsersteller (Heilpraktiker, Krankenhäuser, Physiotherapeut, freiberuflicher/angestellter Arzt oder Zahnarzt etc.).

### Beispiel

Nach verschiedenen Urteilen, Beschlüssen und Schreiben des *EuGH*, des *Bundesministeriums der Finanzen (BMF)* und des *Bundesfinanzhofs (BFH)* zählen beispielsweise folgende Tätigkeiten *nicht* zu Leistungen der Heilbehandlung: Schriftstellerische oder wissenschaftliche Tätigkeiten in ärztlichen Fachzeitschriften, Vortragstätigkeiten vor Ärzten im Rahmen einer Fortbildung, entgeltliche Nutzungsüberlassung von medizinischen Großgeräten, kosmetische Leistungen von Podologen in der Fußpflege etc.

Die Gesundheitsbetriebe lassen sich nach unterschiedlichen Merkmalen in folgende **Arten** einteilen (vgl. Tab. 1.1):

Die einzelnen Betriebsarten oder -typologien sind nicht immer eindeutig voneinander abgrenzbar: Häufig bieten beispielsweise Spezialkliniken ambulante und stationäre Behandlungsleistungen gleichzeitig an und ein städtisches Klinikum der Vollversorgung wird in der Regel sowohl arbeits- als auch anlagenintensiv betrieben.

**Tab. 1.1** Typologie von Gesundheitsbetrieben

Merkmale	Betriebsarten	Beispiele
Größe	Kleinbetriebe, Großbetriebe	Arztpraxis, Polyklinik
Rechtsform	Betriebe in öffentlicher Rechtsform, als Personen- oder Kapitalgesellschaft	Landkreisklinik als Eigenbetrieb, Gemeinschaftspraxis, Klinikum AG
Leistungsumfang	Betriebe mit ambulanter Versorgung, Betriebe mit stationärer Versorgung	Tagesklinik, Tagespflege, Krankenhaus mit verschiedenen Abteilungen bzw. Stationen
Leistungsart	Betriebe für medizinische Grundversorgung, Vollversorgung	Hausarztpraxis, Pflegedienst, stationäre Pflegeeinrichtung
Spezialisierungsgrad	Betriebe für allgemeine Behandlungsleistungen; Betriebe für spezielle Behandlungsleistungen	Allgemeinarztpraxis, HNO-Praxis, Kieferorthopädische Praxis, Augenklinik
Einsatzfaktoren	Arbeitsintensive Betriebe, anlagenintensive Betriebe	Pflegeeinrichtung, Diagnosezentrum, Röntgenpraxis

Verwandte Begriffe wie „Unternehmen“ oder „Firma“ sind hingegen zu umfassend bzw. kaum geeignet den Gesundheitsbetrieb zu beschreiben. Während sich das **Unternehmen** als System beschreiben lässt, das aus miteinander in Beziehung tretenden Menschen als seinen Elementen besteht, sich regelmäßig verändert sowie in intensivem Austausch mit seiner Umwelt steht und nach dem ökonomischen Prinzip handelt, stellt die **Firma** den handelsrechtlichen Namen dar, mit dem ein Unternehmen in der Öffentlichkeit auftritt.

#### Beispiel

Beispiele für Firmenbezeichnungen von Gesundheitsbetrieben sind *Rhön-Klinikum AG*, Bad Neustadt/Saale, oder *Augustinum GmbH*, München. Der bekannte Name *Berliner Charité* ist beispielsweise als solches keine Firmenbezeichnung. Richtigerweise handelt sich dabei um eine Körperschaft des Öffentlichen Rechts mit der Bezeichnung *Charité – Universitätsmedizin Berlin*.

Häufig werden Gesundheitsbetriebe auch als **Non-Profit-Organisation (NPO)** bezeichnet. Diesen sind sie allerdings nur zuzurechnen, sofern sie in öffentlicher oder privat-gewerblicher Trägerschaft keine kommerziellen Interessen oder Renditeerzielungsabsichten verfolgen, sondern in erster Linie der Gemeinnützigkeit dienen.

Ein Blick auf die **Anzahl** ausgewählter Gesundheitsbetriebe macht deutlich, welche Bedeutung sie für die betriebliche Landschaft Deutschlands haben (vgl. Tab. 1.2).

Zählt man die statistisch kaum erfassten und daher in Tab. 1.2 nicht aufgeführten Betriebe von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Hebammen/Geburtshelfern, Heilpraktikern Masseurern, Medizinische Bademeistern, Krankengymnasten, Psychotherapeuten etc. hinzu, kommt man auf über 200.000 Einrichtungen mit mehr als 3.500.000 Mitarbeitern.

Hinsichtlich ihrer **Größe** lassen sich Gesundheitsbetriebe häufig den KMU-Kriterien der Europäischen Union (EU) für kleine und mittlere Unternehmen zuordnen, die definierte Grenzen hinsichtlich Beschäftigtenzahl und Umsatzerlös vorgeben. Vereinfacht gesagt

**Tab. 1.2** Anzahl und Mitarbeiter ausgewählter Gesundheitsbetriebe in Deutschland in den Jahren 2013/2014 (vgl. Statistisches Bundesamt 2016)

Betriebe	Jahr	Anzahl	Mitarbeiter
Krankenhäuser	2014	1980	1.178.681
Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	2014	1158	159.000
Arztpraxen	2014	102.900	676.000
Zahnarztpraxen	2013	43.841	344.000
Pflegedienste ambulant	2013	12.745	320.077
Pflegeeinrichtungen stationär	2013	13.030	685.447
Gesamt		175.654	3.363.205

haben **KMU** maximal 250 Mitarbeiter und einen Umsatzerlös von höchstens 50 Mio. EUR. Dies dürfte – mit Ausnahme von Großkliniken und Konzernen im Pflege- bzw. Krankenhausbereich – bei einer hohen Anzahl von Gesundheitsbetrieben der Fall sein.

---

**Beispiel**

„Für die Unterscheidung zwischen Kleinstunternehmen sowie kleinen und mittleren Unternehmen gelten folgende Abgrenzungen:

Kleinstunternehmen: weniger als 10 Mitarbeiter und Jahresumsatz oder Jahresbilanzsumme von höchstens 2 Mio. EUR,

kleine Unternehmen: weniger als 50 Mitarbeiter und Jahresumsatz oder Jahresbilanzsumme von höchstens 10 Mio. EUR,

mittlere Unternehmen: weniger als 250 Mitarbeiter und entweder Jahresumsatz von höchstens 50 Mio. EUR oder Jahresbilanzsumme von höchstens 43 Mio. EUR.“  
(Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2016, S. 1)

Die meisten Arzt- und Zahnarztpraxen dürften hinsichtlich Mitarbeiter- und Umsatzzahlen somit unter die Definition für Kleinstunternehmen fallen.

Der **Gesamtumsatz** aller Gesundheitsbetriebe lässt sich am ehesten anhand der Gesundheitsausgaben aller Ausgabenträger (öffentliche Haushalte, private Haushalte, gesetzliche und private Kranken- und Pflegeversicherung usw.) ermesen, die 2013 nahezu 315 Mrd. EUR betragen haben (vgl. Statistisches Bundesamt 2016).

---

## 1.2 Geschichtliche Entwicklungslinien

### 1.2.1 Entwicklung bis ins 19. Jahrhundert

Während sich die Geschichte medizinischer Tätigkeit in wie auch immer gearteten ärztlichen Praxen (mit dem Einsatz von Assistenten, Gehilfen, Arznei- und „Zaubermitteln“, Therapieanweisungen, Informations- und Schriftsammlungen usw.) bis zu den Regelungen für die ärztliche Berufsausübung durch den *Gesetzeskodex* des *Hammurabi* (1792–1750 v. Chr.) oder der *rationalen Medizin* durch *Hippokrates von Kos* (460–370 v. Chr.), mit noch heute gültigen Hinweisen zur Ausgestaltung des Behandlungsprozesses (Anamnese, Beobachtung, Befragung, Untersuchung, Diagnose, Therapie usw.), zurückverfolgen lässt, ist die geschichtliche Entwicklung des Gesundheitsbetriebs vor allen Dingen eng mit der Entstehung von Hospitälern und Krankenheilanstalten verknüpft (vgl. hierzu insbesondere die Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte – DGKG „Historia Hospitalium“ 1966 ff.).

Im 6. Jahrhundert v. Chr. suchten Kranke im Asklepios-Heiligtum in Griechenland durch einen Heilschlaf (Inkubation) Linderung. Der Begriff **Klinik** lässt sich aus dem griechischen Wort *kline* ableiten, das sind Liegen, auf die die Kranken von Tempeldienern (Therapeuten) gegen ein Honorar gelegt wurden.

Seit der Regierungszeit des römischen Kaisers Augustus (63 v. Chr. – 14. n. Chr.) sind Militärlazarette (**Valetudinarien**) der Römer zur gesundheitlichen Versorgung ihrer Legionäre nachweisbar. Diese verfügten als relativ große Pflegeeinrichtungen neben Ärzten auch über Schreibkräfte und Inspektoren für die Verwaltungs- und Organisationsaufgaben.

Um 370 wurde in Mittelanatolien die große Krankenanstalt von *Caesarea* gegründet, die als **Xenodochion** nicht nur zur medizinischen Versorgung ausgebildete Ärzte bereit hielt, sondern auch als Vorläufer des **Hospitals** Armen und Fremden Unterkunft und Pflege bot.

Die Gründung des Benediktinerklosters um 529 auf dem Monte Cassino gilt zugleich als die Geburtsstunde der Klösterhospitäler. Die Krankenhäuser der Mönche (**Infirmarien**) und ihre Klostermedizin reichten bis ins 12. Jahrhundert und wurden danach durch Praxisverbote für Geistliche weitestgehend begrenzt.

Die um 583 entstandenen **Leprosorien** waren Pflegeeinrichtungen, die außerhalb der Kloster- und Stadtmauern relativ isoliert von der übrigen Gesellschaft angesiedelt waren. Zu Beginn handelte es sich um ärmliche Holzhütten für die Aussätzigen, denen erst gegen 1120 durch Angehörige des Jerusalemers St. Lazarus-Ordens in Form von **Lazaretten** eine einigermaßen angemessene Pflege zuteil wurde. Die Berliner *Charité* ging beispielsweise aus einem **Pesthaus** hervor. Diese wurden vorsorglich gegen plötzlich hereinbrechende Seuchen errichtet.

Um 800 ließ Kalif Hārūn ar-Raschīd (763–809) eines der ersten islamischen Krankenhäuser errichten, das auch über Apotheken, Bibliotheken und ärztliche Ausbildungseinrichtungen verfügte und in dem die Behandlung kostenlos war.

Nachdem durch das *Konzil von Clermont* 1130 Geistlichen die Praxistätigkeit untersagt wurde, überließen zahlreiche europäische Klöster ihre Spitäler weltlichen Laienhelfern. Sie gingen in kommunale Regie über oder wurden durch weltliche bzw. in Folge der mittelalterlichen Kreuzzüge durch geistliche Ritterorden betreut.

Die Spezialisierung von Gesundheitsbetrieben lässt sich neben der dargestellten Entwicklung von Seucheneinrichtungen wie Pesthäusern und Leprosorien ebenfalls viele Jahrhunderte zurückverfolgen. So verfügte das französische Hospital *Hôtel-Dieu* um 1630 über eine geburtshilfliche Abteilung und eine Hebammenschule. Viele Krankenanstalten im 17. Jahrhundert besaßen eigene Irrenabteilungen, **Zucht- und Tollhäuser**, die allerdings nicht immer dem Gesundheitsgedanken, sondern vielmehr staatspolitischen Zielsetzungen zentraler Erfassung und Disziplinierung von Teilen der Bevölkerung geschuldet waren.

1784 wurde mit dem Allgemeinen Krankenhaus in Wien ein erstes **Großkrankenhaus** in Mitteleuropa eröffnet. Im Gegensatz zu den früheren Hospitälern stand es ausschließlich für die Krankenversorgung zur Verfügung.

1872 wurde ebenfalls in Wien die erste **Poliklinik** Europas gegründet, die zunächst aus mehreren Ambulanzen zur Versorgung armer Patienten bestand. Hier entstanden nach und nach einzelne Spitalsabteilungen, ein Hörsaal sowie 1896 ein erstes Röntgenkabinett. Die Betriebskosten wurden zunächst von den Gründern, einem Dutzend junger