

Band 3

Wissenschaftliche Reihe BWL-Gesundheitsmanagement DHBW Stuttgart, Fakultät Wirtschaft

Herausgeber:

Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart

Prof. Dr. rer. pol. Anke Simon

Franziska Röhrig

Performance Measurement im Krankenhaus - Optimierung eines klinischen Kennzahlensystems am Beispiel einer KLINIK

Jana Ruth Schneider

Best-Worst-Scaling – Eine empirische Analyse von Versichertenpräferenzen zu ausgewählten Krankenkassen-Zusatzleistungen

Impressum

Wissenschaftliche Reihe BWL-Gesundheitsmanagement

Herausgeber:

Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart

Postfach 10 05 63

70004 Stuttgart

Prof. Dr. rer. pol. Anke Simon

Studiengangsleitung BWL-Gesundheitsmanagement

E-Mail: anke.simon@dhbw-stuttgart.de

Tel.: 0711/1849-776

Fax: 0711/1849-819

Online verfügbar unter:

<http://www.dhbw-stuttgart.de/reihe-bwl-gesundheitsmanagement>

Satz: Dipl. oec Annette Plau

Gestaltungsvorlage: Dipl. oec Annette Plau

Druck: Schwabenprint GmbH, Ludwigsburg

ISSN 2198-8773 (Print)

ISSN 2198-8781 (Internet)

© 2017 Alle Rechte vorbehalten. Der Inhalt dieser Publikation unterliegt dem deutschen Urheberrecht. Die Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und jede Art der Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtes bedürfen der schriftlichen Zustimmung der Autoren und des Herausgebers.

Der Inhalt der Publikation wurde mit größter Sorgfalt erstellt. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität des Inhalts übernimmt der Herausgeber keine Gewähr. (Juli 2017)

Vorwort

Mit dem dritten Band unserer Schriftenreihe verlassen wir die mit den ersten beiden erfolgreichen Ausgaben initiierte Einführungsphase und münden in eine erfreuliche regelhafte Jahrespublikation ein. Unser dritter Band beinhaltet zwei Arbeiten, die sich einerseits und selbstredend Themen hoher aktueller Relevanz widmen. In zweiter Hinsicht können beide Beiträge dem evidenzbasierten Management zugeordnet werden – einem neuen Trend in den Wirtschaftswissenschaften, der die gleiche fundierte externe Evidenz als methodische Basis für alles Managementhandeln einfordert, wie es in der Medizin und den anderen Gesundheitswissenschaften längst üblich ist. Gezeigt werden ausgewählte evidenzbasierte methodische Vorgehensweisen am Beispiel eines Krankenhauses sowie einer Krankenversicherung.

Röhrig greift dabei das Thema der Performancemessung im Krankenhaus auf. Unzählige Kennzahlensysteme sind bekannt, etabliert und werden seit Jahren nicht nur in Krankenhäusern angewendet. Für das Unternehmenscontrolling und alle Führungskräfte unabdingbar, leiden viele Kennzahlensysteme jedoch unter erheblichem Erfassungsaufwand, unübersichtlichen, überladenen oder kleinteiligen Berichtsstrukturen und entfalten damit letztendlich nur eine bedingte Aussagekraft. In konsequenter Analyse- und Optimierungsarbeit, stetig basierend auf identifizierter Evidenz in der Fachliteratur sowie eigenen Primärerhebungen, gelingt es Röhrig, einen Ansatz zur Performancemessung mit ausgesprochen hohem Nutzwert für das Krankenhaus zu entwickeln.

Der zweite Beitrag stellt die kundenorientierte Ausrichtung von Zusatzleistungen einer Krankenversicherung in den Mittelpunkt. Üblicherweise basieren solche Arten von Managemententscheidungen auf Erfahrungswissen im Unternehmen, ggf. angereichert mit Erkenntnissen aus Versicherungszufriedenheitsbefragungen oder Wettbewerbsanalysen. Die Arbeit von Schneider wählt hier einen methodischen Ansatz höherer Evidenz aus der Präferenzforschung. Das durchdachte Forschungsdesign umfasst ein Experiment unter Anwendung des so genannten Best-Worts-Scaling. Die ausgewerteten Marktforschungsergebnisse weisen nicht nur eine hohe Validität auf, sie ermöglichen auch eine wesentlich realitätsnähere Beurteilung der Versichertenpräferenzen.

Ohne die ideelle Unterstützung und Sicherstellung der Finanzierung durch unseren Prorektor und Dekan, Herrn Prof. Dr. Müllerschön, wäre die dritte Ausgabe unserer wissenschaftlichen Reihe nicht möglich gewesen. An dieser Stelle daher ein herzliches Dankeschön! Ein großer Dank gebührt ebenfalls Frau Plau für die Koordination und die redaktionelle Bearbeitung.

Die Reihe soll zum wissenschaftlichen Diskurs beitragen und ist aus diesem Grund auch online verfügbar: <http://www.dhbw-stuttgart.de/reihe-bwl-gesundheitsmanagement>.

Prof. Dr. Anke Simon

Juli, 2017

INHALTSVERZEICHNIS

Franziska Röhrig

Performance Measurement im Krankenhaus - Optimierung eines klinischen Kennzahlensystems am Beispiel einer KLINIKS.1

Jana Ruth Schneider

Best-Worst-Scaling – Eine empirische Analyse von Versichertenpräferenzen zu ausgewählten Krankenkassen-ZusatzleistungenS.109

Performance Measurement im Krankenhaus - Optimierung eines klinischen Kennzahlensystems am Beispiel einer KLINIK

von

Franziska Röhrig

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung und Zielsetzung.....	1
1.2 Vorgehensweise	2
2 Grundlagen	3
2.1 Performance und Performance Measurement.....	3
2.2 Performance Measurement im Krankenhaus	4
2.3 Kennzahlen	5
2.3.1 Arten von Kennzahlen.....	6
2.3.2 Aufgaben von Kennzahlen	8
2.3.3 Anforderung an Kennzahlen	8
2.4 Kennzahlensysteme	9
2.4.1 Klassifizierung von Kennzahlensystemen	10
2.4.2 Anforderungen an Kennzahlensysteme	10
2.4.3 Ausgewählte Kennzahlensysteme.....	11
2.4.4 Gegenüberstellung der Kennzahlensysteme.....	14
2.5 Besonderheiten eines klinischen Kennzahlensystems im Krankenhaussektor	16
3 Ist-Analyse des Erlöscontrollings der Klinik	18
3.1 Die Klinik und der Teilbereich Erlöscontrolling	18
3.2 Methodik der Erhebung und Analyse des Erlöscontrollings	19
3.3 Datenbasis	20
3.4 Ergebnisse der Ist-Analyse.....	23
3.4.1 Berichtswesen über die Budget-Erlöse	24
3.4.2 Diagnosestatistik.....	26
3.4.3 E1plus-, E2- und E3-Formulare	27
3.4.4 Einweiserstatistik und Einzugsgebietestatistik	27
3.4.5 Geburtenstatistik.....	28
3.4.6 Handlungsbedarfsliste	30

3.4.7	Kostenträgerstatistik.....	31
3.4.8	Leistungsdaten monatlich.....	31
3.4.9	Mitternachtsstatistik	31
3.4.10	Operations-, Röntgen- und Laborstatistik.....	32
3.4.11	Verweildauerstatistik	32
3.4.12	Aufstellung der verwendeten Kennzahlen	33
3.5	Zwischenfazit	36
4	Bewertung des Performance Measurements der Klinik.....	36
4.1	Methodik.....	36
4.2	Kriterien der Beurteilung (Leistungspotentiale).....	37
4.3	Ergebnisse.....	37
4.4	Zwischenfazit	43
5	Qualitative Untersuchung des Kennzahlensystems der KLINIK	43
5.1	Methodik des Experteninterviews.....	44
5.1.1	Leitfaden	44
5.1.2	Gesprächsteilnehmer	45
5.1.3	Datenerhebung	46
5.1.4	Datenauswertung.....	46
5.2	Ergebnisse der qualitativen Untersuchung.....	47
5.3	Zwischenfazit	49
6	Handlungsempfehlungen zur Optimierung des Kennzahlensystems der Klinik	49
6.1	Optimierung der Auswahl der Kennzahlen	50
6.2	Optimierung des Aufbaus des Kennzahlensystems.....	64
6.3	Optimierung der Vorgehensweise der Ermittlung.....	71
6.4	Zwischenfazit	72
7	Diskussion und Ausblick	75
7.1	Verbesserungen durch die entwickelten Optimierungsempfehlungen.....	75
7.2	Limitation	78
8	Fazit.....	79
Anhang	81
Quellenverzeichnis.....		100

Abkürzungsverzeichnis

AEB	Aufstellung für Entgelte und Budgetabrechnung
AJ	aktuelles Jahr
AK	Absolute Kennzahl
BPflV	Bundespflegesatzverordnung
BSC	Balanced Scorecard
BZ	Beziehungszahl
CM	Case Mix
CMI	Case Mix Index
DHBW	Duale Hochschule Baden Württemberg
DRG	Diagnosis Related Groups
EZ	Erhebungszeitraum
FA	Fachabteilungen
FCPA	Finanzwesen / Controlling / Projektsteuerung / Abrechnungsmanagement
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GS	Gesamthaus Somatik
GZ	Gliederungszahl
HD	Hauptdiagnose
IK	Indexzahl
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
INLI1	Inlieger1
INLI2	Inlieger2
JW	Jahreswert
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
KUZ	Kurzlieger
LJ	laufendes Jahr
LL	Langlieger
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MF	Medizinische Fachabteilungen
MW	Monatswert
NL	Normallieger
OPS	Operations- und Prozedurenschlüssel

PM	Performance Measurement
RelG	Relativgewicht
ROI	Return on Investment
UI	User Interface
VJ	Vorjahr
VWD	Verweildauer
ZVEI	Zentralverband Elektrotechnik- und Elektroindustrie e.V.

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Vorgehensweise der Arbeit.....	3
Abbildung 2: Arten von Kennzahlen	6
Abbildung 3: Eigenkapitalquote als Beispiel für Gliederungszahlen	7
Abbildung 4: Kennzahlenfunktion im Überblick	8
Abbildung 5: Das DuPont-Schema.....	12
Abbildung 6: TOP-Finanzkennzahlen Krankenhäuser	18
Abbildung 7: Ausschnitt des Berichts Budget-Erlöse.....	24
Abbildung 8: Kennzahlen des Kennzahlensystems der KLINIK	26
Abbildung 9: Qualitative Datenauswertung nach Mühlfeld.....	47
Abbildung 10: Prozess der Auswahl von Kennzahlen	51
Abbildung 11: Ziele der Klinik im Bereich des Erlöscontrollings	51
Abbildung 12: Kennzahlen zur Verweildauersteuerung.....	56
Abbildung 13: Kennzahlen zur Steuerung des Anteils der Sektionen.....	59
Abbildung 14: Kennzahlenkatalog der KLINIK	64
Abbildung 15: Zielbeziehung der Kennzahlen	66
Abbildung 16: Module des optimierten Kennzahlensystems	73
Abbildung 17: Zielbeziehungen der Module	73
Abbildung 18: Ausschnitt des optimierten Moduls II: Fallzahl	74
Abbildung 19: Kennzahlenkatalog - Kennzahl Nr. 4 <i>Fallzahl Abweichung, prozentual</i>	74
Abbildung 20: Vergleich bisheriges und optimiertes Kennzahlensystem	77

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Gegenüberstellung der Kennzahlensysteme	15
Tabelle 2: Graphische Stärken-Schwächen-Analyse des PM der KLINIK.....	41
Tabelle 3: Stärken und Schwächen des PM der KLINIK	43
Tabelle 4: Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer der qualitativen Datenerhebung	46
Tabelle 5: Optimierungspotentiale des Kennzahlensystems	50
Tabelle 6: Kennzahlen des Ziels <i>Erreichung der vereinbarten Leistungsmengen</i>	53
Tabelle 7: Implementierung der Kennzahlen des Moduls <i>Verweildauer</i>	57
Tabelle 8: Implementierung der Kennzahlen des Moduls <i>Sectio caesarea</i>	60
Tabelle 9: Implementierung der Kennzahl zur Messung des Ziels <i>Reduzierung der Anzahl der nicht abgerechneten DRG-Fälle</i>	63

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Zielsetzung

„Die Informationen, die wir bekommen, die brauchen wir nicht, und die Informationen, die wir brauchen, die bekommen wir nicht!“¹

Das Reporting, als ein Teil des betrieblichen Informationssystems, hat das Ziel der Unternehmensleitung und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die nötigen Informationen bereit zu stellen.² Dabei hat das Controlling die Aufgabe, wichtige Informationen der betrieblichen Steuerung zu identifizieren und diese in richtiger Form an die entsprechenden Stellen zu kommunizieren.³

Leider wird dies laut der KPI-Studie aus dem Jahr 2013 von Horváth & Partners⁴ in deutschen, schweizerischen und österreichischen Unternehmen nur unzureichend umgesetzt. Demnach sind rund die Hälfte der befragten Managerinnen und Manager und Controllerinnen und Controller mit ihrem Reporting eher unzufrieden.⁵ Dies ergibt sich aus einem zusammenhängenden Wirkungskomplex unterschiedlichster Schwachstellen des Reporting. Einen ersten Anhaltspunkt bietet eine fehlerführende Kennzahlensteuerung.⁶ „Unternehmen arbeiten häufig mit zu vielen Kennzahlen, die untereinander kaum Zusammenhänge aufweisen, den Blick nach vorn nicht gewährleisten und zudem das individuelle Geschäftsmodell nicht ausreichend abbilden.“⁷

Aus diesem Grund soll das Performance Measurement (PM) des Erlöscontrollings der KLINIK⁸ hinsichtlich verwendeter Kennzahlen untersucht und optimiert werden. Ziel der Arbeit ist folglich das Kennzahlensystem der KLINIK systematisch zu analysieren und die daraus ableitbaren Stärken und Schwächen zu identifizieren. Aus dieser Zielsetzung lassen sich folgende Forschungsfragen ableiten:

1. Welche Kennzahlen im somatischen Erlösmanagement werden in der Klinik zur Messung der Performance eingesetzt?
2. Welche Stärken und Schwächen ergeben sich aus dem angewandten Performance Measurement in der Klinik?
3. Ist eine Anpassung und Ordnung der ausgewählten Kennzahlen des somatischen Erlösmanagements der KLINIK nötig?

¹ Michel, R. (1999), S. 127.

² Vgl. Gladen, W. (2003), S. 1.

³ Vgl. Horváth & Partners (Hrsg.) (2014), S.1; vgl. auch Barth, T.; Barth, D. (2008), S. 125.

⁴ Hinweise zur Studie: Grundmenge (n) = 142 (auswertbare Fragebögen); vgl. Gräf, J. u.a. (2013), <http://www.horvath-partners.com>. (Stand: 15.01.2015), S. 3; Horváth & Partners ist eine weltweit tätige Managementberatung mit dem Ziel der Unternehmenssteuerung und Performanceoptimierung; vgl. hierzu Horváth & Partners (25.03.2015), <http://www.horvath-partners.com> (Stand: 25.03.2015).

⁵ Vgl. Gräf, J. u.a. (2013), <http://www.horvath-partners.com>. (Stand: 15.01.2015), S. 7.

⁶ Vgl. Horváth & Partners (Hrsg.) (2014), S. 6.

⁷ (ebd.), S. 6.

⁸ Aus Gründen des Datenschutzes wurde die untersuchte Klinik anonymisiert und durch das Wort KLINIK ersetzt.

Sofern die letztgenannte Forschungsfrage positiv beantwortet werden sollte, werden Handlungsempfehlungen zur Optimierung des verwendeten Kennzahlensystems gegeben. Demnach soll in diesem Fall die Auswahl der verwendeten Kennzahlen sowie der Aufbau des Kennzahlensystems optimiert werden.

Methodisch wird zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage eine Sekundäranalyse durchgeführt und durch Primäranalysen ergänzt. Die Beantwortung der zweiten und dritten Forschungsfrage wird aufbauend auf der Primär- und Sekundäranalyse durch eine Literaturrecherche in Form des Schneeball-Verfahrens sowie der Handsuche und einer Stärken-Schwächen-Analyse umgesetzt. Das Ableiten der Handlungsempfehlungen wird mittels einer Kombination der vorangegangenen Methoden und Gruppendiskussionen sowie der leitfadengestützten Experteninterviews realisiert.

Darüber hinaus konzentriert sich die Arbeit durch die gegebene Limitation auf das Erlösmanagement der stationären Leistungen im somatischen Bereich. Die Aspekte des psychiatrischen PM und des reinen betriebswirtschaftlichen Controllings sind demnach nicht Gegenstand dieser Arbeit. Ferner findet das formale Berichtswesen keine Berücksichtigung.

Zur Erreichung der obenstehenden Zielsetzung wird im folgenden Kapitel die Vorgehensweise dieser Arbeit skizziert.

1.2 Vorgehensweise

Zur Erreichung der Zielstellung werden zunächst die Grundlagen von PM, Kennzahlen und Kennzahlensystemen vorgestellt sowie die Besonderheiten dieser Begrifflichkeiten im Krankenhaussektor verdeutlicht.

Im praxisorientierten Teil der Arbeit wird die KLINIK und der Bereich Erlöscontrolling vorgestellt und der Status-Quo des aktuellen Kennzahlensystems der KLINIK erhoben. Anschließend wird dieses auf dessen Stärken und Schwächen hin untersucht. Methodisch wird zur Erhebung des Ist-Zustands eine Sekundäranalyse zur Kollektivierung aller relevanten Informationen angewandt. Ergänzt wird die Sekundäranalyse durch eine Primäranalyse in Form von Interviews und Beobachtungen, um die fehlenden Informationen der Sekundäranalyse in Hinblick auf das Erhebungsziel zu sammeln. Der Erfassung und der Analyse des Ist-Zustands folgend wird das Erlöscontrolling am Beispiel der KLINIK hinsichtlich dessen Stärken und Schwächen analysiert. Hierzu wird methodisch eine Literaturrecherche betrieben sowie eine Stärken-Schwächen-Analyse durchgeführt. Anschließend werden durch eine qualitative Untersuchung weitere Optimierungspotentiale erhoben. Schließlich werden Handlungsempfehlungen abgeleitet, um das Kennzahlensystem der KLINIK konzeptionell zu optimieren. Hierbei werden außerdem die resultierenden Verbesserungen durch das entwickelte Konzept in der Praxis aufgezeigt.

Abschließend werden die zentralen Erkenntnisse zusammengefasst und das Ergebnis der Arbeit kritisch reflektiert. In der folgenden Abbildung wird das weitere Vorgehen dieser Arbeit zusammengefasst:

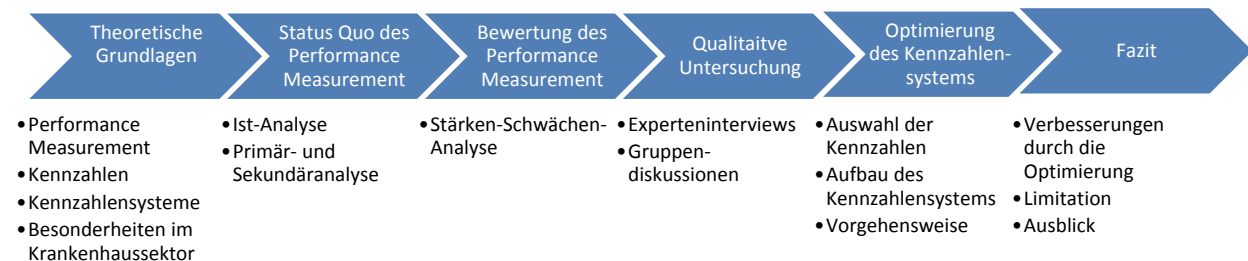


Abbildung 1: Vorgehensweise der Arbeit⁹

2 Grundlagen

Die Zielrichtung der vorliegenden Arbeit ist es, das klinische Kennzahlensystem zu optimieren. Hierzu bedarf es der theoretischen Einbettung der Begriffe PM sowie Kennzahlen und Kennzahlensysteme. Demnach werden im Folgenden die Grundlagen und Details der zentralen *Begriffe* dargestellt.

2.1 Performance und Performance Measurement

In der Literatur existieren zahlreiche Definitionen des Begriffs Performance. Das zeigt das unterschiedliche Verständnis von Performance. Leistung ist die direkte deutsche Übersetzung des Begriffs, welche aber wiederum in den verschiedenen Fachdisziplinen unterschiedlich beschrieben wird. Die Betriebswirtschaftslehre versteht unter Leistung das Ergebnis des Erzeugungsprozesses, also beispielsweise finanzielle Erlöse oder produzierte Stückzahlen. Die Verknüpfung der Elementarfaktoren Maschine, Arbeit und Material wird hingegen in der Produktionswissenschaft als Leistung verstanden.¹⁰

Auch das PM wird in der deutschen sowie in der angloamerikanischen Literatur vielseitig umschrieben. Grüning bezeichnet PM als ein „[...] System zur Messung und Lenkung der [...] Unternehmensperformance [...]“.¹¹ „If there is a unifying theme to performance measurement, then it lies in the genuflection to the tides of economy, efficiency, and effectiveness, and the production of measures of input, output, and outcome“¹², erklären hingegen Carter/Klein den Begriff PM.

⁹ Eigene Darstellung.

¹⁰ Vgl. Kamiske, G. F. (Hrsg.) (2009), S. 535.

¹¹ Grüning, M. (2002), S. 10.

¹² Carter, N.; Klein, R. et al. (1995), zitiert nach Schreyer, M. (2007), S. 27.

Zusammengefasst hat PM die Transformation von messbaren Zielen aller Leistungsebenen eines Unternehmens zum Ziel. Unterschiedliche Kennzahlen sind dabei Kernelement zur Beurteilung der Leistung eines Unternehmens. Im Gegensatz zu klassischen Kennzahlensystemen bezieht das PM neben monetären Messkriterien auch nicht finanzielle in die Beurteilung ein.¹³ Aufgrund der umfassenden Definition der Leistung im Krankenhaus, wird diese in Bezug auf das PM im Abschnitt 2.2 dargestellt.

2.2 Performance Measurement im Krankenhaus

Zur Messung der Performance im Krankenhaus gilt zunächst zu klären, was unter einem Krankenhaus zu verstehen ist. Nach § 2 I KHG sind Krankenhäuser „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können [...]“.¹⁴ Damit ist die Charakteristik und Zielsetzung von Krankenhäusern als Dienstleistungsunternehmen mit dem Ziel der Erhaltung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes im Gesetz deutlich.

Wie in Abschnitt 2.1 erläutert, wird Performance in den Fachdisziplinen auf Basis der jeweiligen Leistungsdefinition beschrieben. Bei umfassender Betrachtung des Leistungsprozesses eines Krankenhauses lässt sich ein zweistufiger Leistungsprozess erkennen.¹⁵ Die Veränderung des Gesundheitszustandes der Patienten (mindestens die Aufrechterhaltung, im Optimalfall die Verbesserung) stellt die Primärleistung im Betriebsprozess eines Krankenhauses dar, welche durch Sekundärleistungen realisiert wird: Diagnostik, Pflege, Therapie, Versorgung der Patienten. Sekundärleistungen wiederum ergeben sich durch die Kombination von Betriebsmitteln, Sachgütern und Arbeitsleistungen.¹⁶

Die Zurechenbarkeits-, Quantifizierungs- und Messbarkeitsprobleme der Primärleistung eines Krankenhauses, nämlich der Nichtmessbarkeit der Verbesserung oder Aufrechterhaltung des Gesundheitszustands, ergeben sich grundlegend aus der Spezifität von Gesundheitsleistungen, welche durch Immaterialität (Gesundheit), Interaktivität (externe Faktoren, *compliance*) und Individualität (*Humanfaktor Patient*) charakterisiert sind.¹⁷ Daneben existiert keine einheitliche Definition von Gesundheit, welche aber von Krankenhäusern als Primärziel angestrebt wird.

¹³ Vgl. Kamiske, G. F. (Hrsg.) (2009), S. 539.

¹⁴ § 2 I KHG.

¹⁵ Vgl. Eichhorn, S. (1975), S. 16; vgl. auch Beckmann, A. u.a. (2010), S. 15 ff.

¹⁶ Vgl. Preuß, O. (2014), S. 26 f.; vgl. auch Beckmann, A. u.a. (2010), S. 15 ff.

¹⁷ Vgl. Seelos, H.-J. (2012), S. 191 ff.; vgl. auch Henke, K.-D.; Gopffarth, D. (2010), S. 36 ff.

Geschichtliche, kulturelle und wissenschaftliche Einflüsse prägen das Verständnis von Gesundheit¹⁸, was die Komplexität des Measurements der Leistung zur Folge hat, da das Primärziel nur subjektiv beurteilbar ist¹⁹: „Denn eine Gesundheit an sich gibt es nicht, und alle Versuche, ein Ding derart zu definieren, sind kläglich missraten.“²⁰

Folglich ist das Gesundheitswesen mit der Schwierigkeit der Messung von Performance konfrontiert: „What quality measures can we possibly measure? All our patients die - our mortality rates would be 100%!“²¹

Um dieser Problematik entgegenzuwirken, werden neben Ersatzparametern²², Indikatoren und Qualitätskennzahlen zur Messung von Leistung im Krankenhaus eingesetzt. Um das Gesamtbild eines Krankenhauses zu veranschaulichen, werden neben finanziellen Kennzahlen und Indikatoren zunehmend auch Kennzahlen aus der Kundenperspektive, der Prozessperspektive sowie der Potentialperspektive angewendet.²³ Auf Kennzahlen wird im Folgenden eingegangen.

2.3 Kennzahlen

Zuvor wurde die Bedeutung von Kennzahlen im PM dargestellt, jedoch nicht eindeutig definiert: „Kennzahlen sind leicht fassbare, genaue Zahlenangaben über betriebliche und außerbetriebliche Tatbestände.“²⁴ Mithilfe von Kennzahlen können demnach unterschiedlichste Sachverhalte erfasst, gemessen und vor allem komplexe Zusammenhänge verdichtet dargestellt werden. Folglich dienen Kennzahlen in Unternehmen häufig als Hilfsinstrument bei Planungs-, Steuerungs- und Kontrollprozessen.²⁵

Die Literatur unterscheidet zudem zwischen Kennzahlen im engeren und weiteren Sinn. Erstere umfassen sowohl Kennzahlen als auch Indikatoren und wurden aufgrund individueller Erfordernisse der Analyse und Steuerung des Unternehmens erhoben und ausgewertet. Kennzahlen im weiteren Sinn dagegen sollen zur Berichterstattung Sachverhalte konzentriert darstellen. Hierbei können diese absolut oder als Verhältniszahlen eine Gegebenheit mathematisch repräsentieren. Da sich nicht alle Sachverhalte zahlenmäßig erfassen lassen, werden sogenannte Indikatoren verwendet. Diese versu-

¹⁸ Vgl. Radke, M. (2009), S. 223, vgl. auch Preuß, O. (2014), S. 26 f.

¹⁹ Vgl. Seelos, H.-J. (2012), S. 191.

²⁰ Nietzsche, F., Schleier, C.A. (2013), S. 131.

²¹ Joint Commission Resources Mission (2008), S. 24.

²² Essensqualität, Freundlichkeit des Personals, Qualität und Quantität der eingesetzten Ressourcen, ... (Sekundärleistungen); vgl. hierzu Walther, M. (2005), <http://d-nb.info> (Stand: 24.03.2015), S. 111; vgl. auch Gerst, T. (2014), S. 1728.

²³ Vgl. Fleßa, S. (2010), S. 259.

²⁴ Weber, M. (2011), S. 8.

²⁵ Vgl. Kuntz, L, Schüler, L.; Steffen, A. (2002), S. 116f; vgl. auch Weber, M. (2011), S. 7.

chen den mathematisch schwer abbildbaren Zustand wiederzugeben. So kann beispielsweise die Fluktuation oder die Mitarbeiterzufriedenheit ein Indikator der Unternehmenskultur sein.²⁶

2.3.1 Arten von Kennzahlen

In der Literatur existieren unterschiedliche Meinungen von Expertinnen und Experten, welchen Umfang Kennzahlen umfassen. Im Detail werden absolute Zahlen (AK) von den Kennzahlen ausgegrenzt oder mit einbezogen. Ausgangspunkt dieser Unstimmigkeit ist das Argument, dass AK alleinstehend wenig Aussagekraft besitzen. Im Gegensatz dazu werden relative Zahlen stets zu den Kennzahlen gezählt.²⁷ Folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Arten von Kennzahlen, die anschließend kurz erläutert werden:

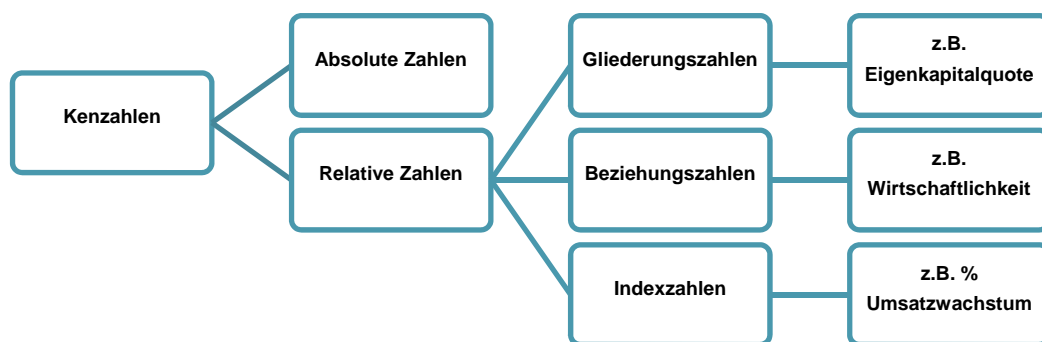


Abbildung 2: Arten von Kennzahlen²⁸

Absolute Zahlen

AK umfassen Einzelzahlen (z.B. Mitarbeiterzahl), Summen (z.B. Bilanzsumme), Differenzen (z.B. Betriebsergebnis) und Mittelwerte. Schwachpunkt der AK ist wie zuvor schon erläutert die beschränkte Aussagekraft durch den fehlenden Vergleich mit anderen Zahlen.²⁹

Relative Zahlen

Wie aus der obenstehenden Abbildung ersichtlich, umfassen relative Zahlen im betriebswirtschaftlichen Sinn die Gliederungszahlen, die Beziehungszahlen und Indexzahlen.³⁰

Im Gegensatz zu den AK bieten relative Kennzahlen folgende Möglichkeiten:

²⁶ Vgl. Gladen, W. (2003), S. 12 ff.

²⁷ Vgl. (ebd.), S. 16 f.; vgl. auch Jung, H. (2007), S. 155 f.; vgl. auch Zapp, W.; Oswald, J., Karsten, E. (2010), S. 3.

²⁸ In Anlehnung an Gladen, W. (2003), S. 17.

²⁹ Vgl. Geyer, H. (2007), S. 55; vgl. auch Gladen, W. (2003), S.16 f.; vgl. auch Jung, H. (2007), S. 156; vgl. Zapp, W.; Oswald, J., Karsten, E. (2010), S. 3.

³⁰ Vgl. Jung, H. (2007), S. 156 ff.; vgl. auch Zapp, W.; Oswald, J., Karsten, E. (2010), S. 3.

- Isolation einzelner Ursachen aus Ursachenbündeln
- Formulierung von Deckungsrelationen von AK
- Aufzeigen der relativen Bedeutung³¹.

Zu betonen ist, dass die relativen Kennzahlen immer in Zusammenhang mit den AK gesehen werden müssen, um Fehlinterpretationen zu vermeiden.³² Da relative Kennzahlen immer in Bezug zu den AK zu setzen sind, wird der Kennzahlenbegriff im weiteren Sinn befürwortet, der die absoluten Zahlen miteinbezieht.

Gliederungszahlen geben einen Anteil an einer Gesamtmenge wieder. Als Darstellungsform wird in der Praxis häufig das Kreisdiagramm verwendet. Beispielsweise kann so der Anteil des Eigenkapitals (Größe) am Gesamtkapital (Gesamtmenge) abgebildet werden und dadurch die relative Bedeutung bzw. die Beziehung abbilden.³³

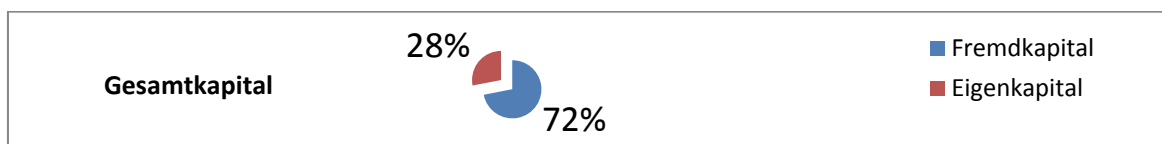


Abbildung 3: Eigenkapitalquote als Beispiel für Gliederungszahlen³⁴

Beziehungszahlen setzen, wie der Name bereits verdeutlicht, differente Zahlen unterschiedlicher Grundmengen in Beziehung. Zwischen diesen wird von einem Ursache-Wirkungs-Komplex ausgegangen und versucht, durch die Kennzahlen die Ursache isoliert betrachten zu können. Die untenstehende Formel soll diesen komplexen Sachverhalt vereinfacht darstellen.³⁵

$$\text{Beziehungskennzahl (z. B. Umsatz pro Kopf)} = \frac{\text{Wirkungskennzahl (z. B. Umsatz)}}{\text{Ursachenkennzahl (z. B. Anzahl der Beschäftigten)}}$$

Formel 1: Beziehungskennzahl³⁶

Indexzahlen geben die Veränderung von Daten in zeitlicher Veränderung wieder. Demnach handelt es sich bei Indexzahlen im Gegensatz zu den Gliederungs- und Beziehungszahlen um keine statischen Kennzahlen, sondern bildet die Entwicklung in einer Zeitreihe ab. Beispielsweise kann die Indexzahl %-Umsatzwachstum durch folgende mathematische Formel berechnet werden.³⁷

³¹ Vgl. Gladen, W. (2003), S. 18.

³² Vgl. (ebd.) S. 18.

³³ Vgl. (ebd.), S. 16f; vgl. auch Preißler, P. R. (2008), S. 14 f.

³⁴ Eigene Darstellung, Datenquelle Gladen, W. (2003), S. 16 f.

³⁵ Vgl. (ebd.), S. 17; vgl. auch Preißler, P. R. (2008), S. 15 f.

³⁶ Vgl. Gladen, W. (2003), S. 16 ff.

³⁷ Vgl. (ebd.), S. 17; vgl. auch Preißler, P. R. (2008), S.15 f.

$$\% - \text{Umsatzwachstum} = \frac{\text{Umsatz des Jahres } xy \times 100}{\bar{\text{Umsatz der Jahre } XY}}$$

Formel 2: Indexzahl³⁸

2.3.2 Aufgaben von Kennzahlen

Kennzahlen sind ein Hilfsinstrument für Planungs-, Steuerungs-, und Kontrollprozesse, da diese Stärken und Schwächen des Betriebes signalisieren und so die Beurteilungs- und Entscheidungsfindung unterstützen.³⁹ Kennzahlen dienen also der Operationalisierung, Anregung, Vorgabe und Kontrolle, was im Folgenden visuell zusammengefasst wird.

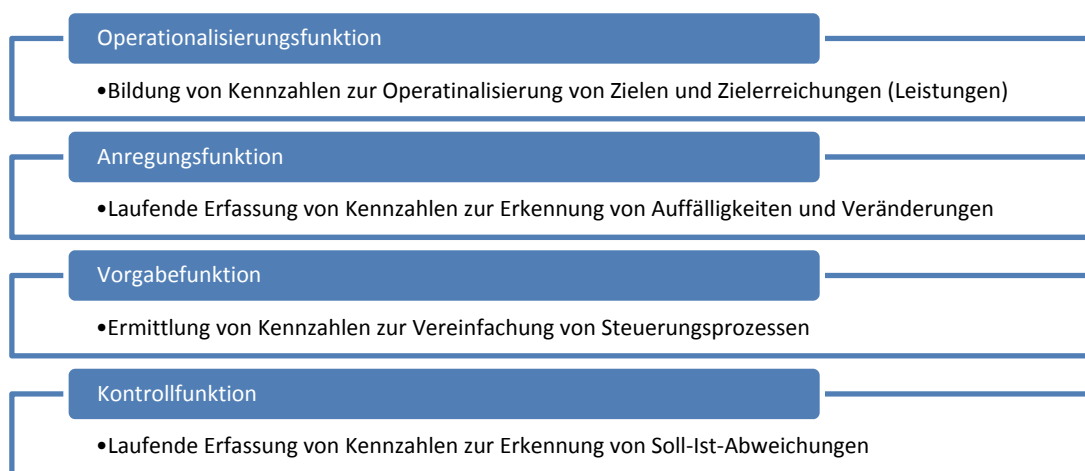


Abbildung 4: Kennzahlenfunktion im Überblick⁴⁰

Die Operationalisierung soll durch die Messbarkeit die Ziele sowie die Zielerreichung konkretisieren. Weiterhin signalisieren Kennzahlen Veränderungen und Auffälligkeiten und erfüllen demnach die Anregungsfunktion. Daneben können durch den Einsatz von Kennzahlen Steuerungsprozesse durch Vorgaben erleichtert werden. Eng verbunden ist damit die Kontrollfunktion der Kennzahlen, was die kontinuierliche Beobachtung von Soll-Ist-Abweichungen umfasst.⁴¹

2.3.3 Anforderung an Kennzahlen

Um als Hilfsinstrument bei Planungs-, Steuerungs- und Kontrollprozessen zu fungieren, müssen Kennzahlen zusammengefasst folgende Anforderungen erfüllen:

³⁸ Vgl. Gladen, W. (2003), S: 16 ff.

³⁹ Vgl. Jung, H. (2007), S. 158.

⁴⁰ In Anlehnung an: Uebel, M. F.; Helmke, S. (2012), S. 27.

⁴¹ Vgl. (ebd.), S. 27; vgl. auch Jung, H. (2007), S. 160, vgl. auch Preißler, P. R. (2008), S. 4.

- Vereinfachte Abbildung komplexer Sachverhalte, Beziehungen und Abläufe
- Gewährleistung einer universalen und schnellen Übersicht
- Eignung zur Unterstützung von Analysen
- Verdichtung auf relevante Daten⁴²

Bei der Auswahl von Kennzahlen ist darauf zu achten, dass die Kennzahlen folgende Eigenschaften aufweisen, damit die eben genannten Anforderungen erfüllt werden können:

1. Richtigkeit

Kennzahlen müssen eine adäquate Bezeichnung tragen und rechnerisch korrekt erfasst werden.

2. Klarheit

Es muss ein schlüssiger Zusammenhang erkennbar sein und die Daten verständlich und geordnet dargestellt werden.

3. Vollständigkeit

Der Einbezug aller zutreffenden Bestandteile der Kennzahl muss sichergestellt sein.

4. Stetigkeit

Voraussetzung für einen Abgleich von Soll und Ist, ist die analoge und zeitlich identische Erfassung der Kennzahlen in den unterschiedlichen Phasen.

5. Durchgängigkeit

Das Kennzahlensystem ist in Anlehnung an den betrieblichen Wertefluss und an die Hierarchieebenen zu gestalten.⁴³

2.4 Kennzahlensysteme

Kennzahlen sind dadurch charakterisiert, dass sie komplexe Zusammenhänge konzentriert darstellen. Diese Verdichtung führt zu einer begrenzten Aussagekraft der einzelnen Kennzahlen. Kennzahlensysteme versuchen dieser Problematik entgegenzuwirken, indem sie eine Beziehung unter den Kennzahlen aufbauen.⁴⁴ „Von einem Kennzahlensystem ist dann zu sprechen, wenn zwei oder mehr Kennzahlen in einer Beziehung zueinanderstehen, einander ergänzen oder erklären [...]“⁴⁵

⁴² Vgl. Gladen, W. (2003), S. 12 f.

⁴³ Vgl. Jung, H. (2007), S. 165; vgl. auch Preißler, P. R. (2008), S. 23 f.; vgl. auch Schroeter, B. (2002), S. 266.

⁴⁴ Vgl. Gritzmann, K. (1991), S. 33; vgl. auch Crössmann, J., S. 101.

⁴⁵ Weber, J.; Schäffer, U. (2006), S. 188.

2.4.1 Klassifizierung von Kennzahlensystemen

Unter Kennzahlensystemen wird zwischen den Rechensystemen und den Ordnungssystemen unterschieden. Auch Mischformen dieser Kennzahlensysteme finden sich in der Praxis wieder.⁴⁶

Rechensystem

Die Systematik des Rechensystems ist die mathematische Zerlegung von Spitzenkennzahlen. Dadurch entsteht eine sogenannte Pyramidenstruktur.

Die bekanntesten Rechensysteme sind das DuPont-Kennzahlensystem, das ZVEI-Kennzahlensystem und das Rentabilitäts-Liquiditätsrechensystem.⁴⁷

Ordnungssystem

Diese Form der Kennzahlensysteme hingegen ordnet die Kennzahlen in einen sachlogischen Zusammenhang. Die Kennzahlen werden demnach nicht nach dem mathematischen Zusammenhang ausgewählt, sondern auf Basis der Eignung zur Identifikation der Problemstellung. Die Beziehung der Kennzahlen bezüglich Art und Wirkungsrichtung stützt sich auf betriebswirtschaftliche Erkenntnisse. Da dieses Kennzahlensystem eine freiere Auswahl an Kennzahlen zulässt, ist eine Beschränkung auf die aussagekräftigsten und auf die Problemstellung gerichteten notwendigen Kennzahlen möglich.⁴⁸

Mischsysteme

Um die Vorteile des Rechensystems und des Ordnungssystems effektiv nutzen zu können, werden in der Praxis häufig die zuvor erläuterten Kennzahlensysteme miteinander verknüpft. In der Regel wird bei Mischsystemen das Rechensystem durch ausgewählte Kennzahlen aus einem Ordnungssystem ergänzt. Durch diese Variante des Kennzahlensystems kann eine optimale Auswahl an Kennzahlen gesichert werden.⁴⁹

2.4.2 Anforderungen an Kennzahlensysteme

Die Abbildung des Wesentlichen in konzentrierter Form ist Hauptanforderung eines Kennzahlensystems.⁵⁰ Reichmann/Lachnit verstehen unter dem *Wesentlichen* eine „zweckgerechte Auswahl der Informationen im Hinblick auf den unternehmerischen Entscheidungsprozess hinsichtlich Inhalt und

⁴⁶ Vgl. Crössmann, J. (2003), S. 101, vgl. auch Gladen, W. (2014), S. 100.

⁴⁷ Vgl. Brecht, U. (2012), S. 188 ff.; vgl. auch Lachnit, L.; Müller, S. (2006), S. 295; vgl. auch Uebel, M. F.; Helmke, S. (2012), S. 101; vgl. auch Crössmann, J. (2003), S. 101 ff.; vgl. auch Gladen, W. (2014), S. 100 fff.

⁴⁸ Vgl. Schroeter, B. (2002), S. 265 f.; vgl. auch Zapp, W.; Oswald, J., Karsten, E. (2010) S. 13; vgl. auch Gladen, W. (2014), S. 100 ff.

⁴⁹ Vgl. Schroeter, B. (2002), S. 266.

⁵⁰ Vgl. Frodl, A. (2012), S. 36.

Umfang“⁵¹. Demnach sollen die angebotenen Informationen ambivalent zu den zur Entscheidungsfindung benötigten Informationen sein.⁵²

Bei dem Aufbau eines Kennzahlensystems sind folgende Anforderungen umzusetzen:

- Verdichtung auf benötigte und nachgefragte Informationen
- Vermeidung von Fehleinschätzungen / Fehlinterpretationen
- Abbildung von Zusammenhängen
- Flexibilität
- Ausrichtung auf das Ziel
- Fähigkeit zeitlicher bzw. objektbezogener Vergleiche⁵³

Werden die Forderungen an Kennzahlen mit denen der Kennzahlensysteme verglichen, lassen sich eindeutig Zusammenhänge erkennen. Dies ist in sich schlüssig, da sich Kennzahlensysteme durch eine Auswahl von Kennzahlen bilden.⁵⁴

2.4.3 Ausgewählte Kennzahlensysteme

Aufgrund der vorgegebenen Limitation ist eine Analyse aller Kennzahlensysteme im Rahmen dieser Arbeit nicht zu realisieren. Aus diesem Grund werden folgend nur ausgewählte Kennzahlensysteme beschrieben. Diese wurden aufgrund einer deskriptiven, empirischen Studie⁵⁵ zur Verbreitung von Kennzahlensystemen ausgewählt. Das meist genannte Kennzahlensystem mit 78,3% ist ein individuelles Kennzahlensystem. Das ZVEI-Kennzahlensystem folgt mit 33,2%. Auch die Balanced Scorecard (BSC) (25,5%) und das DuPont-Kennzahlensystem (16,3%) sind verbreitete Kennzahlensysteme. Die restlichen Befragten verwenden sonstige Kennzahlensysteme (7,4%).⁵⁶

DuPont-Kennzahlensystem

Das älteste Kennzahlensystem ist das DuPont-Kennzahlensystem, welches im Jahr 1919 entwickelt wurde. Es definiert den Return on Investment (ROI) als Spitzenkennzahl und unterteilt diese nach dem kausalen Zusammenhang in hierarchisch gegliederte Einzelkennzahlen.⁵⁷ Demnach ist das DuPont-Kennzahlensystem in die Gruppe der Rechensysteme einzuordnen und definiert als absolutes Unternehmensziel nicht die Gewinnmaximierung, sondern die Gesamrentabilität (ROI).⁵⁸ In der fol-

⁵¹ Reichmann, T.; Lachnit, L. (1976), S. 710 zitiert nach Gritzmann, K. (1991), S. 35 .

⁵² Vgl. (ebd.), S. 35.

⁵³ Vgl. (ebd.), S. 35 ff.

⁵⁴ Vgl. Reichmann, T. (1990), S. 18.

⁵⁵ umfassende Befragung von Vorständen und Geschäftsführern, vgl. Burkert, M. (2008), S. 101.

⁵⁶ Vgl. (ebd.), S. 148; Hinweis: Möglichkeit der Mehrfachnennung war gegeben.

⁵⁷ Vgl. Baumann, R. (2007), S. 71 f.; vgl. auch Crössmann, J. (2003), S. 101 ff.; vgl. auch, Weber, J.; Schäffer, U. (2000), S. 2.

⁵⁸ Vgl. Barth, T.; Barth, D. (2008), S. 139; vgl. auch Preissler, P. R. (©1995), s. v. Return on Investment (ROI).

genden Abbildung wird die Aufspaltung der Spitzenkennzahl ROI in die jeweiligen Kennzahlen graphisch dargestellt.

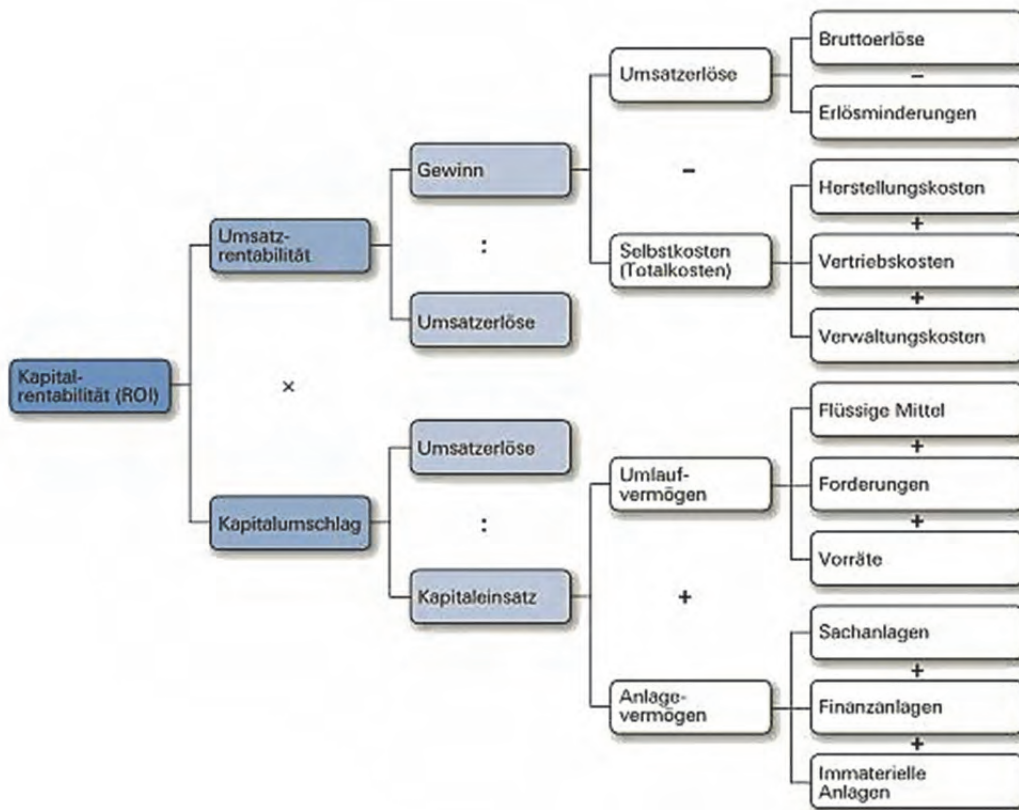


Abbildung 5: Das DuPont-Schema⁵⁹

ZVEI-Kennzahlensystem

Dieses Kennzahlensystem stellt eine Überarbeitung des DuPont-Kennzahlensystems dar. Im Jahr 1970 wurde dieses neue Kennzahlensystem des Zentralverbandes der Elektrotechnik- und Elektroindustrie e.V. (ZVEI) präsentiert, welches im Gegensatz zu DuPont branchenunabhängig verwendbar sei. Das ZVEI-Kennzahlensystem enthält 88 Hauptkennzahlen und 122 Hilfskennzahlen. Hauptkennzahlen haben im Gegensatz zu Hilfskennzahlen eine autonome Aussagekraft. Die Hilfskennzahlen haben lediglich die Aufgabe die Hauptkennzahlen zu verknüpfen. Die ausgewählten Kennzahlen stammen hauptsächlich aus dem Jahresabschluss und der Kosten- und Erlösrechnung.⁶⁰ Wesentlicher Unterschied zum DuPont-Kennzahlensystem ist die Spitzenkennzahl und der Umfang. Das ZVEI-Kennzahlensystem setzt die Eigenkapitalrentabilität als oberstes Ziel und integriert, wie bereits

⁵⁹ Enthalten in: Baumann, R. (2007), S. 72.

⁶⁰ Vgl. Gladen, W. (2003), S. 97 f.; vgl. auch Reichmann, T. (2011), S. 33 f.

erläutert, eine umfassendere Anzahl an Kennzahlen.⁶¹ Ferner ist das ZVEI-Kennzahlensystem in zwei Gruppen, der Wachstumsanalyse und der Strukturanalyse, unterteilt.⁶²

Wie auch das DuPont-Kennzahlensystem ist das ZVEI-Kennzahlensystem in die Gruppe der Ordnungs- und Rechensysteme mit Schwerpunkt auf das Rechensystem einzuordnen.

Balanced Scorecard

Anders als die zuvor beschriebenen Kennzahlensysteme, handelt es sich bei der BSC nicht um ein klassisches Kennzahlensystem. Die BSC wird von den Expertinnen und Experten unterschiedlich übersetzt, Horváth & Partners verstehen unter BSC ein ausgewogenes Zielsystem. In der Literatur wird die BSC häufig auch als Managementsystem definiert, da sie Kennzahlen inklusive finanzieller Ziele mit Unternehmensstrategien verbindet.⁶³

Der in den 90er Jahren von Kaplan und Norton entwickelte BSC sind drei Grundgedanken zugrunde gelegt:

1. Managementkonzept

Eine erfolgreiche Unternehmensführung erfordert die Orientierung an einer realistischen und zukunftsorientierten Strategie. Aufgabe der BSC ist die inhaltliche und methodische Unterstützung zur Entwicklung, Kommunikation und Verwirklichung der Strategie.⁶⁴

2. Kennzahlensystem

Die BSC umfasst Kennzahlen aus den Bereichen Finanzperspektive, Kundenperspektive, Prozessperspektive und Potentialperspektive. Diese Bereiche werden als Dimensionen definiert und sollen, wie der Name verdeutlicht, in einem ausgewogenen Verhältnis (Balanced) mit Kennzahlen beschrieben werden. Die monetären und nicht finanziellen Kennzahlen sind mittels Zielwerten und Istwerten zu vergleichen (Scorecard).⁶⁵

3. Systemtheorie

Sowohl die einzelnen Kennzahlen, als auch die Strategie werden nicht isoliert betrachtet. Kritische Erfolgsfaktoren und Wirkungsbeziehungen fungieren als Bindeglieder.⁶⁶

⁶¹ Vgl. Zapp, W.; Oswald, J., Karsten, E. (2010), S. 15.

⁶² Vgl. Gladen, W. (2003), S. 97 ff.

⁶³ Vgl. Scheibeler, Alexander A. W (2002), S. 1; vgl. auch Morganski, B. (2003), S. 12; vgl. auch Horváth & Partners (2007), S. 3; vgl. auch Weinmann, E.; Weinmann, P. (2012), S. 289 f.

⁶⁴ Vgl. Fischer, D. (2009), S. 67; vgl. auch Huch, B.; Hentze, J.; Kehres, E. (Hrsg.) (2002), S. 164; vgl. auch Horváth & Partners (2007), S. 2 f.

⁶⁵ Vgl. Fischer, D. (2009), S. 67; vgl. auch Huch, B.; Hentze, J.; Kehres, E. (Hrsg.) (2002), S. 164; vgl. auch Horváth & Partners (2007), S. 2 f.

⁶⁶ Vgl. Fischer, D. (2009), S. 67; vgl. auch Huch, B.; Hentze, J.; Kehres, E. (Hrsg.) (2002), S. 164; vgl. auch Horváth & Partners (2007), S. 2 f.

2.4.4 Gegenüberstellung der Kennzahlensysteme

Je nach betrieblicher Ausgangssituation eignen sich unterschiedliche Kennzahlensysteme. Um ein geeignetes Kennzahlensystem auszuwählen, bedarf es einer kritischen Diskussion der unterschiedlichen Kennzahlensysteme. Die Limitation der Arbeit zwingt allerdings zur Beschränkung ausgewählter Gesichtspunkte. Die aufgestellten Kriterien *Branche*, *Zeitaufwand*, *Praxisbezug*, *Auswahl an Kennzahlen* und *Zukunftsbezug* wurden aufgrund der deskriptiven Bestandsaufnahme von Sandt ausgewählt, welche unter anderem die Zufriedenheit von 254 Managerinnen und Managern mit Kennzahlensysteme untersucht hat und die Ausgewogenheit der Kennzahlen als entscheidenden Faktor bestätigt hat.⁶⁷ Auch die in der Einleitung genannte KPI-Studie von Horváth & Partners und deren Erkenntnisse bezüglich Unzufriedenheit bei Kennzahlensystemen führten zur Auswahl der Kategorie Zukunftsbezug.⁶⁸ Außerdem prägen andere Einflüsse die Auswahl der Gesichtspunkte dieser Gegenüberstellung, die nachstehend erläutert werden.

1. **Branche:** Ziel ist die Optimierung eines klinischen Kennzahlensystems. Diese Besonderheit bedarf der Berücksichtigung der Eignung des Kennzahlensystems bezüglich der Branche.
2. **Zeitaufwand:** Die Auswahl eines Kennzahlensystems ist maßgebend an den dafür aufzuwendenden Zeitaufwand gekoppelt. Es ist notwendig ein realistisches und umsetzbareres Kennzahlensystem auszuwählen.
3. **Praxisrelevanz:** Diese Kategorie ist eng mit dem Zeitaufwand verbunden. Die ausgewählten Kennzahlen sollen im Gegensatz zu den oft kritisierten Kennzahlenfriedhöfen in der Praxis der Unterstützung von Planungs-, Steuerungs- und Kontrollprozessen dienen.⁶⁹
4. **Auswahl an Kennzahlen:** Entscheidendes Kriterium für ein Kennzahlensystem ist vor allem die Auswahl der Kennzahlen. Prägendes Merkmal ist hierbei der Unterschied zwischen monetären und nicht monetären Kennzahlen. Rein monetäre Kennzahlensysteme werden häufig wegen einer beschränkten Aussagekraft bemängelt.⁷⁰
5. **Zukunftsbezug:** Kennzahlensysteme werden vermehrt wegen ihrer vergangenheitsbezogenen Charakteristik kritisiert. Dagegen gibt es Modelle, welche die Strategie des Unternehmens mit einbeziehen. Optimaler Zustand ist die Integration von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.⁷¹

⁶⁷ Vgl. Sandt, J. (2004), S. 151 f. , vgl. auch Burkert, M. (2008), S. 28.

⁶⁸ Nur 23 % der Befragten geben an, dass ihr Kennzahlensystem die Zukunft ausreichend einbezieht; vgl. Gräf, J. u.a. (2013), <http://www.horvath-partners.com> (Stand: 15.01.2015), S. 7.

⁶⁹ Vgl. Weber, M. (2011), S. 7; vgl. auch Weber, J.; Hirsch, B.; Bramsemann, U. (2004), S. 31 .

⁷⁰ Vgl. Zell, M. (2009), S. 166.

⁷¹ Vgl. Brecht, U. (2012), S. 173; vgl. auch Brecht, U. (2005), S. 48.

In der folgenden Tabelle werden die zuvor vorgestellten Kennzahlensysteme hinsichtlich dieser Gesichtspunkte analysiert und bewertet. Methodisch wurde hierzu eine Literaturrecherche betrieben. Neben der Handsuche (systematische Recherche) kam auch das Schneeballverfahren zum Einsatz.

Kategorie	DuPont-Kennzahlensystem		ZVEI-Kennzahlensystem		Balanced Scorecard	
	+	-	+	-	+	-
Branche	branchenunabhängig ⁷²		branchenunabhängig ⁷³		branchenunabhängig ⁷⁴	
Praxisrelevanz	erweiterbar ⁷⁵	Eingeschränkte Eignung, da Umfang zu gering ⁷⁶	Hoch ⁷⁷		Hoch, da Ausrichtung auf das Ziel; hohe Operationalisierung ⁷⁸	Regelmäßige Aktualisierung nötig ⁷⁹
Zeitaufwand	Gering, da einfacher und übersichtlicher Aufbau ⁸⁰		Möglichkeit zur Reduktion ⁸¹	hoch ⁸²		Hoher Implementierungsaufwand ⁸³ , Hoch, da wiederkehrende Anpassungen nötig sind ⁸⁴
Auswahl an Kennzahlen		monetäre Kennzahlen ⁸⁵		monetäre Kennzahlen ⁸⁶	Monetäre und nicht monetäre Kennzahlen ⁸⁷	
Zukunftsbezug		nein ⁸⁸		nein ⁸⁹	ja ⁹⁰	

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Kennzahlensysteme⁹¹

Tabelle 1 zeigt, dass jedes Kennzahlensystem Vor- und Nachteile bietet. Aus diesem Grund ist die Auswahl anhand betrieblichen Gegebenheiten und Anforderungen zu treffen. Eine generalisierte

⁷² Vgl. Burkert, M. (2008), S. 13.

⁷³ Vgl. Staudt, E. (1985), S. 59.

⁷⁴ Vgl. Morganski, B. (2003), S.11.

⁷⁵ Vgl. Schneider, W.; Hennig, A. (2008), s.v. Du-Pont-Kennzahlensystem.

⁷⁶ Vgl. Kralicek, P.; Böhmendorfer, F.; Kralicek, G. (2008), S. 183.

⁷⁷ Vgl. (ebd.), S. 186.

⁷⁸ Vgl. Scheibeler, Alexander A. W (2002), S. 1; vgl. auch Morganski, B. (2003), S. 12, vgl. auch Horváth & Partners (2007), S. 3; vgl. auch Weinmann, E.; Weinmann, P. (2012), S. 289 f.

⁷⁹ Vgl. Ackermann, K.-F. (2000), S. 37.

⁸⁰ Vgl. Reisbeck, T.; Schöne, L. B. (Hrsg.) (2009), S. 81.

⁸¹ Vgl. Kralicek, P.; Böhmendorfer, F.; Kralicek, G. (2008), S. 186.

⁸² Vgl. (ebd.), S. 186.

⁸³ Vgl. Ackermann, K.-F. (2000), S.36.

⁸⁴ Vgl. (ebd.), S. 37.

⁸⁵ Vgl. Schneider, W.; Hennig, A. (2008), s.v. Du-Pont-Kennzahlensystem.

⁸⁶ Vgl. Kralicek, P.; Böhmendorfer, F.; Kralicek, G. (2008), S. 88.

⁸⁷ Vgl. Fischer, D. (2009), S. 67, vgl. auch Huch, B.; Hentze, J.; Kehres, E. (Hrsg.) (2002), S. 163.

⁸⁸ Vgl. Schneider, W.; Hennig, A. (2008), s.v. Du-Pont-Kennzahlensystem.

⁸⁹ Vgl. Burkert, M. (2008), S. 14.

⁹⁰ Vgl. Jankulik, E.; Kuhlant, P.; Piff, R. (2005), S. 135.

⁹¹ Eigene Darstellung.

Empfehlung für ein Kennzahlensystem ist nicht möglich. Infolgedessen wird in Abschnitt 6.2 eine Empfehlung für die KLINIK abgeleitet, um das Kennzahlensystem der KLINIK konzeptionell zu optimieren.

2.5 Besonderheiten eines klinischen Kennzahlensystems im Krankenhaussektor

In den vorangegangenen Abschnitten wurden die theoretischen Grundlagen eines Kennzahlensystems vorgestellt. Auf die Besonderheiten des PM wurde bisher in Abschnitt 2.2. eingegangen. Ziel dieses Abschnittes ist es, weitere Besonderheiten eines Kennzahlensystems im Krankenhaussektor darzustellen.

Die Definition eines Krankenhauses und dessen Leistung wurde bereits in Abschnitt 2.2 erläutert. Neben diesen Eigenschaften ist das Krankenhaus durch weitere Charakteristiken gekennzeichnet: Eine Besonderheit, neben der Kennzeichnung als Dienstleistungsunternehmen, ist die Einschränkung in der strategischen Planung durch die staatliche Regulierung. Das deutsche Gesundheitssystem verzeichnet eine hohe Dynamik in den vorgegebenen Rahmenbedingungen, was sich in der Vielzahl der Reformen widerspiegelt. Diese Dynamik erschwert die strategische Planung und erfordert ein Kennzahlensystem mit besonders hoher Flexibilität.⁹²

Je nach Rechtsform des Krankenhauses ist das Krankenhaus durch weitere Einschränkungen in der strategischen Planung limitiert. Wird ein Krankenhaus durch einen öffentlich-rechtlichen Träger als Gesellschaft betrieben (z.B. Eigenbetrieb), hat dieses zwar eine selbständige organisatorische, finanzielle und wirtschaftliche Leitung, muss aber die Entscheidungen politisch vertreten.⁹³

Eine weitere Besonderheit ist die Budgetierung im Krankenhaus. Diese wird in zwei Bereiche gegliedert: Internes Budget und externes Budget. Das interne Budget stellt einen Finanzplan dar, welcher prospektiv die Einnahmen sowie Ausgaben für das Unternehmen bzw. der Unternehmensbereiche über eine bestimmte Periode abschätzt. Das externe Budget hingegen wird im Bereich der Krankenhausfinanzierung verwendet und bezeichnet das verhandelte Entgelt für einen bestimmten Leistungsumfang. Eine detaillierte Vorstellung dieses komplexen Verfahrens der Krankenhausfinanzierung ist aufgrund der Limitation nicht möglich. Trotzdem ist eine kurze Beschreibung notwendig, da aufgrund der finanziellen Schwierigkeiten der Krankenhäuser der Fokus zunehmend auf dem Kosten- und Erlösmanagement liegt.⁹⁴

⁹² Vgl. Grünberg, P. (2014), S. 196ff.; vgl. auch Schulze, S. (2014), S. 42.

⁹³ Vgl. Augsten, U. u.a. (2008), S. 17; vgl. auch Sonnentag, A., (2008), S 189 ff.

⁹⁴ Vgl. Eisenmann, A. (2013), <http://www.tagblatt.de>. (Stand: 17.03.2015), S.1; vgl. auch Schulze, S. (2014), S. 42; Vgl. auch Blum, K. u.a. (2014), S. 27 ff.; vgl. auch Köln, P.; Schmidt, R. (24.03.2015), <http://www.aktiva-gesundheitswesen.de>. (Stand: 24.03.2015), S. 101ff.

Duale Finanzierung

Deutsche Plankrankenhäuser werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz über die duale Finanzierung finanziert, was die Trennung von Investitions- und Betriebskosten bezeichnet.

Die öffentlichen Haushalte (Länder) tragen die Investitionskosten durch Fördermittel und die laufenden Betriebskosten (z.B. Behandlungskosten, wie Personalkosten, Sachkosten, ...) werden von den Krankenkassen über prospektive Budgets bzw. DRG finanziert.⁹⁵

Diagnosis Related Groups (DRG)

Seit 2004 rechnen Krankenhäuser die stationären Leistungen über das DRG-System ab. Eine DRG definiert eine diagnosebezogene Fallgruppe. Vor der Einführung des DRG-Systems bzw. des Gesundheitsstrukturgesetzes (1992) galt in Deutschland das sogenannte Selbstkostendeckungsprinzip mit pauschalen Pflegesätzen. Demnach wurde pauschal nach Tagen, unabhängig von der Erkrankung und der durchgeführten Prozeduren, abgerechnet und die gesamten Kosten erstattet.⁹⁶ Das DRG-System versucht hingegen die realen Kosten abzubilden und dem Krankenhaus Anreize zu setzen, wirtschaftlich zu arbeiten.⁹⁷

Leistungsmengenplanung

Die Krankenhäuser vereinbaren mit den Kostenträgern im Rahmen der Budget- und Entgeltverhandlungen die Leistungsmengen prospektiv. Erreicht das Krankenhaus mehr oder weniger Leistungsmengen kommt es zu einem Mehr- oder Mindererlösausgleich. Das heißt, die Mehrerlöse werden nur prozentual honoriert und die Mindererlöse (Leermengen) in einem geringen Prozentsatz ausgeglichen, welche die Fixkosten decken sollen. Dieses Verfahren soll damit die tatsächlich anfallenden Kosten widerspiegeln, da das Budget sowohl variable als auch Fixkosten decken soll und die Fixkosten von der Leistungsmenge nicht beeinflusst werden.⁹⁸

Infolgedessen beeinflusst das Finanzierungssystem maßgebend die Auswahl der Kennzahlen eines klinischen Kennzahlensystems, welches sich bei der Abbildung der Unternehmensbereiche auf die Kliniken beschränkt.⁹⁹ Das bedeutet, dass die anderen Bereiche, wie z.B. Materialwirtschaft & Einkauf, Technik, IT, Wäscherei, Küche und Verwaltung, nur bedingt in die Betrachtung einbezogen werden können. In einer Studie, in der 57 Krankenhäuser untersucht wurden, konnten die meisten verwendeten Kennzahlen in Kennzahlensystemen von Krankenhäusern identifiziert werden. Deutlich

⁹⁵ Vgl. Nagel, E. (2007), S. 149; vgl. auch ; Preuß, O. (2014), S. 16; vgl. auch § 4 KHG.

⁹⁶ Vgl. Doege, V.; Martini, S. (2009), S. 23 f.; vgl. auch § 17 b KHG ; vgl. auch Labisch, A.; Spree, R. (2001), S. 20.

⁹⁷ Vgl. Fleißa, S. (2010), S. 132 ff.

⁹⁸ Vgl. Zapp, W.; Oswald, J. (2009), S. 137; vgl. auch § 18 KHG ; § 5 KHentgG .

⁹⁹ Vgl. Zapp, W. (2008), S. 59.

wird hier auch die zuvor genannte Bedeutung des DRG-Systems.¹⁰⁰ Nach dem TOP 1 *Betriebsergebnis* werden vor allem der Case Mix (CM) / Case Mix Index (CMI) und die Fallzahl herangezogen.¹⁰¹

TOP 1	•Betriebsergebnis
TOP 2	•CM / CMI
TOP 3	•Fallzahl
TOP 4	•Umsatzerlöse, Umsatzrentabilität
TOP 5	•Auslastung
TOP 6	•Verweildauer

Abbildung 6: Top-Finanzkennzahlen Krankenhäuser¹⁰²

3 Ist-Analyse des Erlöscontrollings der Klinik

Ziel der Arbeit ist die konzeptionelle Optimierung des klinischen Kennzahlensystems der KLINIK. Da im Projektmanagement der Konzeption eine Ist-Analyse vorauszugehen hat,¹⁰³ werden innerhalb dieses Kapitels, aufbauend auf den allgemeinen Grundlagen, zunächst die KLINIK und deren Aufbau des aktuellen PM beschrieben und dieses anschließend bewertet, um die Strukturen der Klinik und der Abteilung vorzustellen. Diese beeinflussen den Aufbau des Erlöscontrollings und dementsprechend das Kennzahlensystem in erheblichen Umfang. Hierbei ist z.B. zu erwähnen, dass die Ressource *Personal* in der Konzeptionierung Berücksichtigung finden muss, damit die Rahmenbedingungen der Optimierung festgelegt sind. Nur ein auf die Klinik und die Abteilung Controlling / Finanzwesen / Projektsteuerung / Abrechnungsmanagement (FCPA) zugeschnittenes Konzept wird erfolgreich implementiert werden können.¹⁰⁴

3.1 Die Klinik und der Teilbereich Erlöscontrolling

Klinik

Die KLINIK ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit überregionalen Versorgungsschwerpunkten im ländlichen Raum. Neben weiteren Kliniken ist die KLINIK ein Klinik-Eigenbetrieb in einem Kreis in Baden-Württemberg. In der KLINIK mit ca. 250 Betten werden Patienten auf der

¹⁰⁰ Vgl. (ebd.), S.59.

¹⁰¹ Vgl. Zapp, W.; Oswald, J., Karsten, E. (2010), S. 40 .

¹⁰² Vgl. (ebd.), S. 40; Hinweis: In der Studie werden weitere TOP-Finanzkennzahlen genannt.

¹⁰³ Vgl. Drees, J.; Lang, C.; Schöps, M. (2014), S. 92.

¹⁰⁴ Vgl. Bernecker, M.; Eckrich, K. (Hrsg.) (2003), S. 154; vgl. auch Kalus, K.; Witter, S. (2003), S. 75.

gesamten Bandbreite der pflegerischen und medizinischen Leistungen in den Bereichen der Chirurgie, der Inneren Medizin und weiteren Fachrichtungen versorgt.¹⁰⁵

Finanzwesen / Controlling / Projektsteuerung / Abrechnungsmanagement

Das Erlöscontrolling stellt einen Teilbereich der Linienstelle Finanzwesen / Controlling / Projektsteuerung / Abrechnungsmanagement (FCPA) und der Stabstelle des Medizincontrollings dar, welche dem Krankenhausdirektor direkt unterstellt sind. Im Anhang (Nr. 2) befindet sich hierzu das Organigramm der KLINIK, welches den Aufbau visuell verdeutlicht.¹⁰⁶ Die Abteilung FCPA umfasst drei Vollzeitkräfte und hat im Bereich des Erlöscontrollings / Leistungscontrollings folgende Aufgaben:

- Im Rahmen des Erlöscontrollings/Leistungscontrollings sind die Leistungsmengen (Fallzahlen, Case Mix Index, Effektivgewichte) zu ermitteln und festzulegen.
- Weiterhin sollen im Rahmen des Pflegesatzbereiches die Verweildauern, Berechnungstage und Fallzahlen unter Beachtung der kurzfristigen und mittelfristigen Entwicklungen im Gesundheitswesen ermittelt und festgelegt werden.
- Auch sind Ist-Leistungsergebnisse zu analysieren und Abweichungen festzustellen und dementsprechende Maßnahmen bzw. Steuerungen vorzuschlagen.
- Daneben ist eine monatliche Budgetkonferenz zusammen mit der Betriebsleitung und den Chefarzten durchzuführen. Hierbei sind die Leistungs- und Erlösübersichten zur betrieblichen Steuerung zu präsentieren und zu erklären.¹⁰⁷

3.2 Methodik der Erhebung und Analyse des Erlöscontrollings

Die Erhebung des Ist-Zustands beinhaltet die Sammlung aller relevanten Informationen. Diese werden für die weitere Bearbeitung strukturiert und geordnet, um die Ausgangssituation darzustellen.¹⁰⁸ Methodisch werden in der Ist-Analyse die sogenannte Primär- und die Sekundäranalyse unterschieden. Die Primäranalyse erhebt Informationen z.B. in Form einer ABC-Analyse oder durch Fragebögen, Interviews, Beobachtungen und Berichten für das Erhebungsziel. Die Sekundäranalyse wertet hingegen bestehende Daten aus.¹⁰⁹

Der Erhebung des Ist-Zustands ist im Zuge der Optimierung des Kennzahlensystems eine fundamentale Bedeutung zuzuschreiben. Sie ist Voraussetzung für eine nachgehende Stärken-Schwächen-Analyse und dem Erkennen von Optimierungspotentialen. Weiterhin dient die Ist-Analyse zur Erreichung der ersten Zielsetzung der Arbeit:

¹⁰⁵ Vgl. Klinik (2014b), (Stand: 28.01.2014); Aus Datenschutzgründen erfolgt hier eine stark vereinfachte Darstellung der Klinik.

¹⁰⁶ Vgl. Klinik (2014), (Stand: 23.04.2015).

¹⁰⁷ Vgl. Kreis in Baden-Württemberg (Hrsg.) (2012), S. 3.

¹⁰⁸ Vgl. Bruno, J. (2005), S. 170; vgl. auch Winkelhofer, G. A. (2005), S. 46.

¹⁰⁹ Vgl. Gonschorrek, U.; Hoffmeister, W. (Hrsg.) (2006), S. 290; vgl. auch Bernecker, M.; Eckrich, K. (Hrsg.) (2003), S. 509; vgl. auch Olbrich, R.; Battenfeld, D.; Buhr, C.-C. (2012), S. 67.

*Welche Kennzahlen werden im somatischen Erlösmanagement
der Klinik zur Messung der Performance eingesetzt?*

Im Rahmen dieser Arbeit werden sowohl die Primäranalyse als auch die Sekundäranalyse¹¹⁰ praktisch zur Ist-Analyse angewandt. Hierzu wurden je nach Gegebenheiten die optimalen Instrumente ausgewählt:

Zur Analyse des eigentlichen Kennzahlensystems des **Berichtswesens der Budget-Erlöse** wurden anhand einer Primäranalyse bestehende Daten ausgewertet, da die Erhebung vorhandener Daten eine Reihe von Vorteilen bietet. Zum einen ist die sofortige Verfügbarkeit der Daten und der geringere Aufwand sowie dementsprechend geringere Kosten zu nennen. Weiterhin vermeidet die Sekundäranalyse der Statistiken eine subjektive Darstellung. Eine Primäranalyse in Form einer Befragung könnte z.B. Vollständigkeit und Richtigkeit der Daten reduzieren. Aus diesem Grunde wurde der Bericht über die Budget-Erlöse von dem Erhebungszeitraum (EZ) Januar-Dezember 2014 untersucht. Daneben wurden die Berichte aus den Vorjahren im Rahmen einer Sekundäranalyse betrachtet. Da diese sich aber lediglich in den Werten unterscheiden, wird zur Auswertung der aktuellste Bericht herangezogen, um den Ist-Zustand darzustellen. Um eine vollständige Sicht über die Kennzahlen des Erlöscontrollings zu erhalten, wurden weitere betriebsinterne Dokumente, welche im Rahmen des Erlöscontrollings erstellt werden, hinsichtlich verwendeter Kennzahlen untersucht.

3.3 Datenbasis

Aus der zuvor genannten Problematik der unzureichenden Dokumentation über die erhobenen Informationen im somatischen Erlöscontrolling wurden zunächst in einem abteilungsinternen Meeting (FCPA)¹¹¹ vorhandene und relevante interne Dokumente zusammengetragen, welche im Rahmen des somatischen Erlösmanagements erhoben wurden. Zusammengefasst nutzt das Erlöscontrolling der KLINIK neben dem Kennzahlensystem (Bericht über DRG-Erlöse) folgende Statistiken zum internen Berichtswesen, die nach dem im Anhang (Nr. 3) erstellten Teilprojektplan ausgewertet wurden:

➤ Diagnosestatistik

Die Diagnosestatistik ist eine Aufstellung der vorkommenden Diagnosen innerhalb des Krankenhauses zur einheitlichen Übermittlung an die Krankenkassen nach § 15 Abs. 2 BPflV (Teil L4 der Anlage 1).¹¹²

¹¹⁰ Das untersuchte Datenmaterial wird in Abschnitt 3.3. genauer erläutert. Ebenso befindet sich in Anhang (Nr. 4) eine Aufstellung des untersuchten Datenmaterials.

¹¹¹ Experte E; Experte G (26.02.2015).

¹¹² Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2010), <http://www.dkgev.de> (Stand: 09.04.2015)

➤ **E1plus-, E2, E3-Formulare**

Die E1plus-, E2- und E3-Formulare sind Grundlage und Bestandteil der Budget- und Entgeltverhandlungen der Krankenhäuser, welche über das DRG-System mit den Krankenkassen abrechnen. Diese Formulare bilden Teilbereiche der Aufstellung der Entgelte und Budgetabrechnung (AEB). Das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) beinhaltet in den Anlagen die entsprechenden Formulare. Folglich sind diese Formulare eine verpflichtende Aufstellung von Zahlen. Die Form ist dabei nicht durch das einzelne Krankenhaus beeinflussbar.¹¹³ Trotzdem sollen diese Formulare auf Kennzahlen untersucht werden, da diese eventuell in das Kennzahlensystem integriert werden können. Aufgrund der geringen personellen Ressourcen der Abteilung FCPA erscheint es sinnvoll, schon erhobene Kennzahlen in das bestehende Kennzahlensystem aufzunehmen. Aus diesem Grund werden die Kennzahlen der Formulare analysiert.

➤ **Einweiser- und Einzugsgebietestatistik**

Die Einweiserstatistik stellt eine Auswertung der einweisenden Ärzte des Krankenhauses dar. Die Einzugsgebietestatistik ist eine Auswertung über die Fälle je Einzugsgebiet.

➤ **Geburtenstatistik**

Die Geburtenstatistik ist eine individuelle Statistik der KLINIK, die Kennzahlen bezüglich der Entbindungen erhebt.

➤ **Handlungsbedarfsliste**

Die Handlungsbedarfsliste stellt keine Auswertung im PM dar. Vielmehr handelt es sich um einen Datenpool, der weitere Auswertungen ermöglicht. Aus diesem Grund soll dieser Datenpool auf seine Inhalte untersucht werden.

➤ **Leistungsdaten monatlich**

Der Bericht *Leistungsdaten monatlich* ist ein individueller Bericht der KLINIK, der die Inhalte des Berichts *Budget-Erlöse* in einer alternativen Form darstellen soll.

➤ **Mitternachtsstatistik**

Die Mitternachtsstatistik gibt einen Überblick über die stationären Patienten eines Tages bis 24 Uhr, daher der Name Mitternachtsstatistik.¹¹⁴

➤ **Operationsstatistik**

Die Operationsstatistik stellt wie auch die Diagnosestatistik eine Statistik im Rahmen der Datenübermittlung für Zwecke der Krankenhausvergleiche dar und gibt einen Überblick über die durchgeführten Prozeduren im Krankenhaus.¹¹⁵

¹¹³ Vgl. AOK (o.J.), <http://www.aok-gesundheitspartner.de> (Stand: 17.03.2015); vgl. auch § 11 (4) KHEntgG.

¹¹⁴ Vgl. Seelos, H.-J. (2008), s.v. Mitternachtsstatistik.

➤ **Röntgenstatistik**

Die Röntgenstatistik ist eine von der KLINIK entwickelte Statistik, welche die Röntgenleistungen der Orthopädie erheben soll.

➤ **Laborstatistik**

Die Laborstatistik als Teilbereich des externen Reporting erfasst die Laborleistungen.

➤ **Verweildauerstatistik**

Die Verweildauerstatistik ist eine von einer externen Unternehmensberatung entwickelte Statistik zur Erhebung von Verweildauern.

Die **Diagnosestatistik**¹¹⁶, die **Einzugsgebietestatistik**¹¹⁷, die **E1plus-, E2-, und E3-Formulare**¹¹⁸, die **Kostenträgerstatistik**¹¹⁹ sowie der **Bericht Leistungsdaten monatlich**¹²⁰, die **Röntgenstatistik**¹²¹, die **Operationsstatistik**¹²², die **Laborstatistik**¹²³ und die **Verweildauerstatistik**¹²⁴ wurden wie auch das **Berichtswesen *Budget-Erlöse*** mittels einer Sekundäranalyse untersucht, da durch die Anwendung der identischen Methode eine gute Vergleichbarkeit garantiert werden kann.

Im Rahmen der **Einweiserstatistik**¹²⁵, der **Handlungsbedarfsliste**¹²⁶ und der **Geburtenstatistik**¹²⁷ ergänzt die Primäranalyse methodisch die Sekundäranalyse. Die Einweiserstatistik bedarf der Datenerhebung in Form einer Befragung¹²⁸, da aus der Sekundäranalyse das Vorgehen der Ermittlung nicht deutlich wurde. Konkret wurde die Sekundäranalyse außerdem additiv eingesetzt, um die Vorgehensweise der Handlungsbedarfsliste, der Einweiserstatistik und der Geburtenstatistik zu ermitteln, da keine gelenkten Dokumente über die Handlungsschritte im Intranet hinterlegt sind. Auch abteilungsintern ist das Vorgehen nicht schriftlich dokumentiert. Da die **Handlungsbedarfsliste** Grundlage der weiteren Auswertungen ist, bedarf es hierbei aber einer Analyse der Vorgehensweise. Aus diesem Grund wurde eine offene Beobachtung der Vorgehensweise durchgeführt, die durch gezielte Befragungen ergänzt wurde.¹²⁹

¹¹⁵ Vgl. § 15 (2) Nr. 1 i.V.m. § 17 (4) S. 5.

¹¹⁶ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015d).

¹¹⁷ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015i).

¹¹⁸ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015g); vgl. auch Klinik (Hrsg.) (2015h).

¹¹⁹ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015k).

¹²⁰ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015e).

¹²¹ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015m).

¹²² Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015l).

¹²³ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2014b).

¹²⁴ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2013c).

¹²⁵ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015c).

¹²⁶ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015f).

¹²⁷ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2013a); vgl. auch Klinik (Hrsg.) (2013b).

¹²⁸ Vgl. Experte H (25.03.2015).

¹²⁹ Vgl. Experte E (24.02.2015).

Da die **Geburtenstatistik** ebenfalls eine große Bedeutung im Sinne der Optimierung hat, wurde hierbei ebenfalls die Sekundäranalyse durch eine offene Beobachtung der Vorgehensweise der Datenerhebung bzw. -auswertung ergänzt.¹³⁰

Die Auswertung der **Mitternachtsstatistik**¹³¹ wurde überwiegend in einer Primäranalyse realisiert. Hierzu wurde eine Mitternachtsstatistik mit Hilfe des Krankenhausinformationssystems erstellt. Eine Sekundäranalyse wurde ergänzend durchgeführt und durch Befragungen und Beobachten ausgearbeitet.¹³² Die Primäranalyse eignet sich besonders für die Datenerhebung der Kennzahlen, da diese in der Mitternachtsstatistik schriftlich fixiert sind. Die Adressaten, der EZ und die Vorgehensweise allerdings sind weder in einer Verfahrensanweisung im Intranet noch in den Abteilungen dokumentiert. Die Anleitung für die Beschäftigten in der Abteilung Abrechnungsmanagement stellt die Grundlage für die Ermittlung der Vorgehensweise dar.¹³³ Sie wird aber durch Beobachtungen und Gespräche ergänzt, um eventuelle Fehler in der Anleitung zu umzugehen. Die Kombination der Erhebungsmethoden erfordert zwar einen höheren Aufwand, reduziert aber die Fehlerwahrscheinlichkeit und erhöht die Validität der Erhebung.

Zusammengefasst werden dementsprechend in den folgenden Kapiteln die einzelnen Erhebungsaktivitäten des Erlöscontrollings im somatischen Bereich beleuchtet. Ziel ist die Systematik des Erlöscontrollings im Ganzen zu erfassen. Dieses Vorgehen ist unter anderem darin begründet, dass die bisherigen Strukturen des Erlöscontrollings und die verwendeten Kennzahlen nicht schriftlich dokumentiert bzw. strukturiert sind. Das Externe Reporting¹³⁴ wurde zu Gunsten einer ganzheitlichen Betrachtung in die Ist-Analyse aufgenommen. Aufgrund der Limitationen dieser Arbeit wird das externe Reporting fortan aber nicht einzeln analysiert, sondern die darin enthaltenen Kennzahlen befinden sich in Abschnitt 3.4.12 *Aufstellung der verwendeten Kennzahlen* sowie im Anhang (Nr. 6 bis 6/4).

3.4 Ergebnisse der Ist-Analyse

Innerhalb der folgenden Abschnitte sollen die zentralen Ergebnisse der Ist-Analyse dargestellt werden, welche die Vorbereitung zur Beantwortung der ersten Frage, welche Kennzahlen die KLINIK zur Messung der Performance im Erlöscontrolling einsetzt, darstellt.

¹³⁰ Vgl. Experte E (27.02.2015)

¹³¹ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015a).

¹³² Vgl. Experte E (17.03.2015).

¹³³ Vgl. (ebd.).

¹³⁴ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2014b); vgl. auch Klinik (Hrsg.) (2014a).

3.4.1 Berichtswesen über die Budget-Erlöse

Das Berichtswesen über die Budget-Erlöse stellt das eigentliche Kennzahlensystem der KLINIK dar. Es beinhaltet mehr als zwei Kennzahlen, die in Beziehung zueinanderstehen, sich ergänzen oder erklären und wird aus diesem Grund als Kennzahlensystem bezeichnet (Abschnitt 2.4).¹³⁵ Dieses Kennzahlensystem ist Fundament der monatlichen Strategiegespräche¹³⁶ der Chefarzte der medizinischen Fachabteilungen (FA) und der Betriebsleitung (kaufmännischer Krankenhausdirektor, Pflegedirektor und Ärztlicher Direktor). Die untenstehende Abbildung zeigt einen Ausschnitt aus dem Bericht, der unter anderem im Anhang (Nr. 4) zu finden ist.¹³⁷

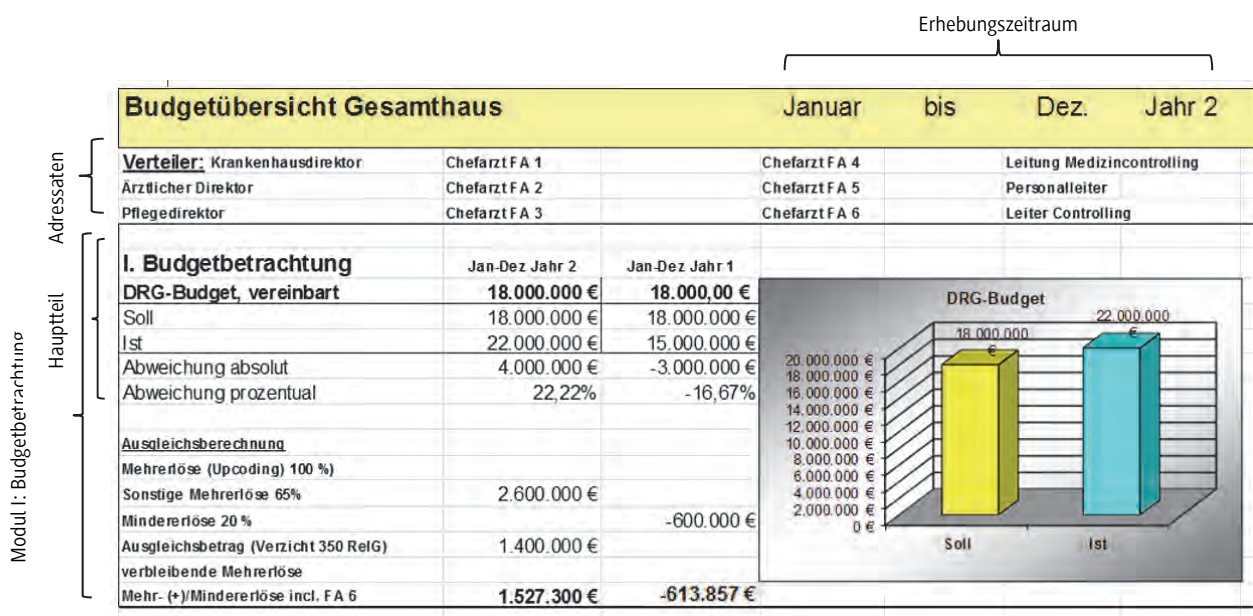


Abbildung 7: Ausschnitt des Berichts Budget-Erlöse¹³⁸

Folgende Erhebungsbereiche werden in dem Bericht *Budget-Erlöse* abgedeckt: Gesamthaus, Chirurgie gesamt, Innere Medizin, Fachabteilung 1, Fachabteilung 2, Fachabteilung 3, Fachabteilung 4, Fachabteilung 5, Fachabteilung 6. Zusammenfassend werden also das Gesamthaus (GS) und die einzelnen FA in dieser Analyse betrachtet.

Adressaten des Kennzahlensystems sind die Chefarzte der FA, die Betriebsleitung, die Stellvertretung des Krankenhausdirektors/Personalleiters, die Leitung des Medizincontrollings sowie die Leitung der Abteilung FCPA. Der EZ bezieht sich gewöhnlich bis zum Status quo der Strategierunde. Im vorliegenden Dokument sind die Monate Januar bis Dezember 2014 Grundlage der Analyse.

¹³⁵ Vgl. Weber, J.; Schäffer, U. (2006), S. 188.

¹³⁶ Der Begriff Strategieggespräche wurde im Jahr 2014 in der KLINIK eingeführt und ist mit der monatlichen Budgetrunde ambivalent einzusetzen.

¹³⁷ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015b), S. 1.

¹³⁸ In Anlehnung an (ebd.), S. 1; aufgrund des Datenschutzes wurden die Zahlen verändert.

Das Kernstück dieses Berichts sind die darin enthaltenen Kennzahlen. Es handelt sich mehrheitlich um AK (siehe Abschnitt 2.3.1 Arten von Kennzahlen). Das Kennzahlensystem gliedert sich in vier Teilbereiche:

Modul I: Budgetbetrachtung

Modul III: Relativgewichte (effektiv)

Modul II: Fallzahlbetrachtung

Modul IV: Case Mix Index (CMI)

Das *Modul I: Budgetbetrachtung* beinhaltet Kennzahlen zum DRG-Budget. Dieses lässt sich in zwei Teilbereiche gliedern. Der Hauptteil stellt das Ist und das Soll des Budgets dar.

Die Soll-Werte ergeben sich aus den Ergebnissen der Budget- und Entgeltverhandlungen mit den Krankenkassen (siehe Abschnitt 2.5) und stellen den Zielwert dar. Diese sind dementsprechend je nach Ausgang der Budget- und Entgeltverhandlungen in jedem Jahr unterschiedlich und nach der Vereinbarung unterjährig nicht beeinflussbar bzw. veränderbar.¹³⁹ Der Soll-Wert ist dem Ist-Wert tabellarisch gegenübergestellt. Diese Kennzahlen werden weiterhin mit den Zahlen aus dem Vorjahr tabellarisch verglichen.

Ferner werden die Kennzahlen durch die Verwendung der Kennzahlen *Abweichungen absolut* und *Abweichungen prozentual* in Beziehung zueinander gesetzt. Diese Kennzahlen spiegeln dementsprechend die Abweichung der Ist-Situation von der Soll-Situation wider.

Auffallend bei der Analyse des Kennzahlensystems ist, dass im Erhebungsbereich *Gesamthaus* neben dem Hauptteil weitere Kennzahlen erhoben werden. Hierbei werden Kennzahlen bezüglich der Ausgleichsberechnung kommuniziert: *Sonstige Mindererlöse 65%, Mindererlöse 20%, Ausgleichsbeitrag (Verzicht 350 RelG), Mehr- (+) Mindererlöse incl. FA 7*. Auch diese werden wie die zuvor genannten Kennzahlen mit den Zahlen aus dem Vorjahr tabellarisch aufgestellt. Dieser Teilbereich *Ausgleichsberechnung* wird ausschließlich für den Erhebungsbereich *Gesamthaus* bemessen. Die anderen Erhebungsbereiche (FA) umfassen lediglich den Hauptteil des *Modul I*.

Die weiteren Module sind nach dem Hauptteil des Moduls *Budgetbetrachtung* aufgebaut. Das heißt sie enthalten die Soll- und Ist-Werte der Fallzahlen, Relativgewichte (effektiv) und Case Mix Index (CMI) sowie die Abweichungen absolut und prozentual. Zusätzlich wird aber hier die Kennzahl *Abweichung Ist aktuelles Jahr / Ist Vorjahr* in den Teilbereichen Fallzahlbetrachtung, Relativgewichte (effektiv), Case Mix Index (CMI) erhoben, welche die zeitraumbezogene Entwicklung widerspiegeln soll. Umgesetzt wird dies aber in einer AK. Als Beispiel gibt die Kennzahl *Abweichung Ist 2014 / Ist 2013* in *Modul II: Fallzahlbetrachtung* mit dem Wert 199 zeigt an, dass das Jahr 2014 im EZ 199 mehr Fälle zu verzeichnen hat als das Vorjahr. Dies wird nicht in Bezug zur Grundmenge gesetzt.

¹³⁹ Vgl. § 11 KHEntgG.

Das heißt, der Anwender erfährt hier nur die absolute Fallzahlensteigerung. Allerdings wird dem Anwender dabei nicht vermittelt, wie die Ausprägung der prozentualen Steigerung dieser Kennzahl ist. Eine Bewertung ist daher nicht möglich. Am Beispiel bedeuten 199 Fälle mehr bei einer Grundmenge von 5000 Fällen oder 10.000 Fällen einen deutlichen Unterschied in der Fallzahlensteigerung. Die untenstehende Abbildung gibt einen Überblick über die enthaltenen Kennzahlen des Kennzahlensystems an der KLINIK.¹⁴⁰

Kennzahlen	Art	Zielwert	Erhebungszeitraum		Regelmäßigkeit	Bereich		Adressaten
DRG-Budget, vereinbart (Ist)	AK	DRG-Budget, vereinbart (Soll)	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS	MF	Betriebsleitung, Stv. KD, Chefärzte, Leitung Controlling, Leitung Medizin- controlling
DRG-Budget Abw eichung absolut (Ist-Soll)	AK	x	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS	MF	
Abw eichung prozentual (Ist/Soll) aktuelles Jahr	AK	x	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS	MF	
Mehrerlöse (Upcoding)	AK	x	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS		
Sonstige Mehrerlöse	AK	x	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS		
Mindererlöse	AK	x	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS		
Ausgleichsbetrag	AK	x	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS		
Mehr/Mindererlöse incl. KJU	AK	x	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS		
Abw eichung absolut (Ist-Soll)	AK	x	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS	MF	
Abw eichung prozentual (Ist/Soll)	AK	x	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS	MF	
Fallzahl Ist	AK	x	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS	MF	
Fallzahl- Abw eichung absolut (Ist-Soll)	AK	Fallzahl Soll	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS	MF	
Fallzahl- Abw eichung prozentual (Ist/Soll)	AK	x	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS	MF	
Fallzahl Abw eichung Ist aktuelles Jahr / Ist Vorjahr	AK	x	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS	MF	
Relativgew ichte Ist	AK	Relativgew ichte Soll	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS	MF	
Relativgew ichte Abw eichung absolut (Ist-Soll)	AK	x	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS	MF	
Relativgew ichte Abw eichung prozentual (Ist/Soll)	AK	x	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS	MF	
Relativgew ichte Abw eichung Ist aktuelles Jahr / Ist Vorjahr	IZ	x	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS	MF	
CMI Ist	BZ	x	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS	MF	
CMI Abw eichung absolut (Ist-Soll)	AK	CMI Soll	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS	MF	
CMI Abw eichung prozentual (Ist/Soll)	AK	x	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS	MF	
CMI Abw eichung Ist aktuelles Jahr / Ist Vorjahr	AK	x	JW (V.J)	JW (A.J)	kumulierte MW	GS	MF	

Abbildung 8: Kennzahlen des Kennzahlensystems der KLINIK ¹⁴¹

3.4.2 Diagnosestatistik

Die Diagnosestatistik wird nur im Bedarfsfall nach Anforderung von der Abteilung FCPA an die angeforderten Stellen kommuniziert. Sie wird mittels des KIS unter der Anwendung User Interface (UI) und der Benutzer Plattform *Verwaltung* durch den Benutzer generiert und mittels des Programms *Excel* ausgewertet. Die Diagnosestatistik enthält Kennzahlen je Diagnose je FA. Die Kennzahlen umfassen die Anzahl der Patienten, die durchschnittliche Verweildauer, die Anzahl der operierten Patientinnen und Patienten Gesamt und in den Altersstufen 0-4 Jahre, 5-14 Jahre, 15-44 Jahre, 45-64 Jahre, 65 bis 74 Jahre, 75-84 Jahre und 85 und älter. Weiterhin werden je FA die Summen abgebildet. Ein Bezug auf einen Zielwert wird nicht gegeben und auch mögliche Gegenmaßnahmen bleiben unberücksichtigt. Die Statistik beschränkt sich ferner auf AK.¹⁴² Die Form der Diagnosestatistik und

¹⁴⁰ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015b).

¹⁴¹ Eigene Darstellung, AK= Absolute Kennzahl; AJ= Aktuelle Jahr; GS= Gesamthaus Somatik; JW = Jahreswert; MF= Medizinische Fachabteilungen; MW= Monatswert VJ= Vorjahr; vgl. auch Anhang Nr. 5.

¹⁴² Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015d).

die darin enthaltenen Kennzahlen sind nach § 15 Abs. 2 Nr. 1 BpflV (Teil L4 der Anlage 1)¹⁴³ vorge-schrieben.

3.4.3 E1plus-, E2- und E3-Formulare

Das **E1plus-Formular** stellt die Aufstellung der Fallpauschalen dar¹⁴⁴ und enthält beinahe nur AK. Alleinige Ausnahme stellt die Indexzahl CMI dar, da sich der CMI (Fallschwere) durch das Verhältnis der Summe der Relativgewichte und der Fallzahl ergibt.

Die absoluten Kennzahlen werden je DRG und je Abteilungszusatzschlüssel erhoben und beziehen sich auf die Bereiche: Fälle insgesamt, Normlieger, Kurzlager, Aufnahme-Verlegungen, Entlass-Verlegungen, Langlieger, Verlegungen Gesamt.

Das Modul *Fälle insgesamt* enthält folgende AK: *Fälle insgesamt, nachrichtliche Belegungstage, Be-wertungsrelation nach Fallpauschalenkatalog* (nicht beeinflussbar), *nachrichtlich Verweildauer, Summe der Bewertungsrelationen ohne Zu- und Abschlüge, Summe der effektiven Bewertungsrelati-onen*. Ähnlich aufgebaut ist das Modul *Normlieger*, welches die oben genannten Kennzahlen ohne die Kennzahl *Nachrichtlich Verweildauer* und *Summe der Bewertungsrelation ohne Zu- und Abschlü-ge* enthält. Die restlichen Module enthalten Kennzahlen bezüglich Anzahl der Fälle, Anzahl der Tage, Bewertungsrelation sowie Summe der Zu- oder Abschlüge.

Das **E2-Formular** beinhaltet die Aufstellung der Zusatzentgelte (ZE).¹⁴⁵ Je Nummer und Bezeich-nung des Zusatzentgeltes werden die AK *Anzahl, Entgelthöhe, Erlössumme* sowie die nachrichtliche *Fallzahl mit ZE* den Krankenkassen übermittelt.

Das **E3-Formular** stellt die nach § 6 KHEntgG krankenhausindividuellen verhandelten Entgelte dar¹⁴⁶ und ist wie das E1-Formular aufgebaut und wird daher nicht weiter analysiert.¹⁴⁷

3.4.4 Einweiserstatistik und Einzugsgebietestatistik

Die Einweiserstatistik und die Einzugsgebietestatistik sind nicht Teilbereiche des Kennzahlensys-tems, werden aber im PM der KLINIK erfasst. Aus diesem Grund ist es nötig, dieses ebenfalls hin-sichtlich der enthaltenen Kennzahlen zu analysieren.

Die Einweiserstatistik wird in regelmäßigen Zeitabständen (einmal pro Jahr) erhoben, da die Imple-mentierung eines Customer-Relationship-Managements geplant ist und durch die Einweiserstatistik so ein Überblick über das Einweiserverhalten erhoben werden soll. Die Daten werden hierzu aus

¹⁴³ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2010), <http://www.dkgev.de> (Stand: 09.04.2015).

¹⁴⁴ Vgl. AOK (o.J.), <http://www.aok-gesundheitspartner.de>. (Stand: 17.03.2015); vgl. auch KHEntgG Anlage 1.

¹⁴⁵ Vgl. AOK (o.J.), <http://www.aok-gesundheitspartner.de>. (Stand: 17.03.2015).

¹⁴⁶ Vgl. AOK (o.J.), <http://www.aok-gesundheitspartner.de>. (Stand: 17.03.2015).

¹⁴⁷ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015g); vgl. auch Klinik (Hrsg.) (2015h).

dem KIS analog zur Diagnosestatistik generiert. Die Auswertung der Statistiken wird durch die Assistenz des Krankenhausdirektors durchgeführt, welche nicht der Abteilung FCPA zugeordnet ist. Es lassen sich Statistiken aus den Jahren 2001-2013 auffinden. Das Jahr 2014 konnte bisher noch nicht ausgewertet werden.

Kommuniziert wird die Auswertung an die Chefärzte der FA, dem stv. Krankenhausdirektor, der Betriebsleitung und der Leitung der Abteilung FCPA. Die Rohdaten aus dem Programm UI sind in zwei Statistiken enthalten, welche die AK *Anzahl der Aufnahmen eines Arztes/Praxis je Klinik aus dem Vorjahr (VJ)* sowie dem laufenden Jahr (LJ) enthält. Diese AK werden in Bezug zu den Gesamtaufnahmen gesetzt, woraus sich die Gliederungszahlen *Anteil VJ* sowie *Anteil LJ* ergeben. Die Auswertung der Rohdaten erfolgt in einer Exceltabelle. Je FA und für das GS werden *Hitlisten* und *Abweichungslisten* geführt. Die Hitlisten umfassen die Aufnahmen je Arzt/Praxis in absoluter Form. Aufgeführt werden die Zahlen des laufenden Jahres sowie die der vergangenen Jahre. Diese werden tabellarisch gegenübergestellt. Die Entwicklung wird in den *Abweichungslisten* dargestellt. Sie enthält die Veränderung der Anzahl an Aufnahmen je Arzt in der jeweiligen FA oder des GS. Verwendet werden hier AK. Die Zahl 52, bedeutet beispielsweise, dass der betreffende Arzt 52 Patientinnen und Patienten mehr eingewiesen hat als im Vorjahr. Neben der Abweichung des laufenden Jahres und des Vorjahres, werden die absoluten Abweichungen von den Vorjahren tabellarisch aufgeführt. Die Zahlen werden hierzu manuell aus den Rohdaten übertragen.¹⁴⁸

Der Datenpool der Einzugsgebietestatistik wird wie die Einweiserstatistik aus dem KIS erhoben und mittels *Excel* ausgewertet. Die Rohdaten enthalten eine Vielzahl von Kennzahlen: Entlassungen, Verweildauer, Verlegungen, Berechnungstage, Pflagestage je Einzugsgebiet je FA. Genutzt werden diese Rohdaten für das externe Reporting. Im Geschäftsbericht werden AK zur Fallzahl je Einzugsgebiet kommuniziert. Diese werden in absoluten Differenzen den Vorjahreswerten gegenübergestellt. Auch die Zwischensumme und die Gesamtsumme (enthält auch restliche Einzugsgebiete) des laufenden Jahrs werden mit dem Vorjahr verglichen. Beachtet werden muss hierbei, dass das Erhebungsziel das externe Reporting betrifft und somit eigentlich von dieser Analyse ausgegrenzt ist. Um aber einen Gesamtüberblick zu erhalten, wurde diese Statistik in die Erhebung integriert.¹⁴⁹

3.4.5 Geburtenstatistik

Die Geburtenstatistik stellt einen weiteren Bereich des PM der KLINIK dar. Sie soll dazu dienen, einen Überblick über die Verteilung der Anzahl der Sektionen, also Kaiserschnitte und der vaginalen Entbindungen zu geben. Die Geburtenstatistik wird mittels des Programms *Excel* erstellt. Die Rohda-

¹⁴⁸ Vgl. Experte H (25.03.2015); vgl. auch Klinik (Hrsg.) (2015c).

¹⁴⁹ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015i); vgl. auch Klinik (Hrsg.) (2014b).

ten werden aus der Handlungsbedarfsliste (siehe Abschnitt 3.4.6) generiert. Hierzu wird im Programm UI die Abteilung Gynäkologie und Frauenheilkunde ausgewählt und eine Handlungsbedarfsliste je Monat erstellt. Im nächsten Schritt werden die Daten mittels der Filterfunktion nach der DRG-Hauptdiagnose (HD) sortiert und anschließend manuell die Summen der betreffenden DRGs gebildet sowie in eine separate Excel-Datei eingepflegt.

Diese Datei bildet Kennzahlen der Fälle je DRG, Fälle je Sectio caesarea (Kaiserschnitte), Fälle je vaginale Entbindung, Gesamtzahl an Entbindungen, Gesamtzahl an Neugeborenen, Anzahl an Knaben, Anzahl an Mädchen. Diese werden monatsweise erhoben und in Summe des Jahres dargestellt. Beachtet werden muss, dass die Gesamtzahl an Entbindungen, Fälle je vaginale Entbindung und Kaiserschnitte in absoluten Zahlen unter den Bezeichnungen *Entbundene Frauen*, *Entbindungen Zangengeburt/Vakuumextrakt*, *Kaiserschnitt* in der Krankenhausstatistik abgefragt werden und daher verpflichtend erhoben werden müssen.¹⁵⁰ Diese Kennzahlen werden in der Statistik der KLINIK in AK realisiert und nicht in Bezug zueinander gesetzt. Diese Statistik enthält daneben zwei Gliederungszahlen. Diese spiegeln den Anteil der Sectio caesarea und den Anteil der vaginalen Entbindungen an der Gesamtzahl der Entbindungen dar. Demnach sind diese Kennzahlen zielorientiert.

Erhebungsziel ist dabei die Verteilung der Sektionen und vaginalen Entbindungen. Innerbetrieblich wurde festgelegt, dass der Anteil der Sectio caesarea auf einem stabilen Niveau gehalten werden soll. Ausgangspunkt ist dabei, dass die Abteilung ursprünglich eine Belegabteilung war. Krankenkassen haben besonders bei Belegabteilungen die Anzahl der Kaiserschnitte im Blick, da diese eine auffällig hohe Anzahl zu verzeichnen hätten.¹⁵¹ Ein Grund für die erhöhte Anzahl der Kaiserschnitte wäre eine bessere Planbarkeit für Belegärzte bei einer Sectio.¹⁵² Um mögliche Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zu vermeiden, wurde diese Statistik eingeführt, aber seit dem Bestehen als Hauptabteilung nicht weitergeführt.¹⁵³

Zu beachten ist allerdings, dass die Gynäkologie offiziell eine Hauptabteilung ist, aber dennoch nach dem *alten* Belegarztsystem ähnlich arbeitet und somit trotzdem erhöhter Beobachtung ausgesetzt ist. Neben der eigentlichen Geburtenstatistik umfasst diese auch den Vergleich des Vorjahres mit dem aktuellen Jahr. Dies wird in einer separaten Datei umgesetzt. Die Daten werden manuell übertragen. Die Verknüpfungsfunktion von Excel wird nicht genutzt, was in einer offenen Beobachtung

¹⁵⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt Baden-Württemberg (2014), <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de> (Stand: 23.04.2015), S. 14.

¹⁵¹ Vgl. Louwen, F. (2014), http://www.akf-info.de/uploads/media&2014_06_20_Protokoll.pdf (Stand: 02.04.2015), S. 4.

¹⁵² Vgl. Bertelsmann Stiftung (o.J.), <http://www.bertelsmann-stiftung.de> (Stand: 02.04.2015), S. 63.

¹⁵³ Der MDK kann die medizinische Notwendigkeit der stationären Aufnahme oder einzelner Prozeduren prüfen. Nur bei gegebener medizinischer Notwendigkeit ist die Leistung mit den Krankenkassen abrechenbar; Vgl. § 275 SGB V i.V.m. § 17 c KHG.

deutlich wurde. Realisiert wird die Darstellung der Entwicklung in Form von Differenzen der Werte.¹⁵⁴

3.4.6 Handlungsbedarfsliste

Das Programm UI ermöglicht die Erstellung einer Handlungsbedarfsliste für unterschiedliche FA, Diagnosen und Zeiträume. Dies können Nutzerinnen und Nutzer individuell einstellen und erhalten so unterschiedliche Handlungsbedarfslisten, die zur Auswertung in Excel exportieren werden können.¹⁵⁵ Die vorliegende Handlungsbedarfsliste bezieht sich auf einen EZ von zwölf Monaten (Januar-Dezember) und betrachtet das GS.

Die Handlungsbedarfsliste bezieht sich auf den einzelnen Fall und gibt hierbei Informationen über Alter, Verweildauer, aktuelle DRG, Entlasszeitpunkt und vieles mehr. Erst durch die Filterfunktion und Sortieren ist der Datenpool für Auswertungen verwendbar.

Im Rahmen der Handlungsbedarfsliste wird der Bericht *Entwicklung CM* erstellt, welcher abgesehen von der Kennzahl CMI (Monat) sowie CMI (aufgelaufen) nur AK enthält:

- Fälle (Monat)
- Fälle (aufgelaufen)
- Effektivgewichte (Monat)
- Effektivgewichte (aufgelaufen)
- Tage (Monat)
- Tage (aufgelaufen)
- Verweildauer (Monat)
- Verweildauer (aufgelaufen)

Zunächst gibt die Statistik *Entwicklung CMI* einen Überblick über das GS und differenziert anschließend auf die Ebenen der FA. Da es im Abrechnungsmanagement im Krankenhaus beispielsweise durch die MDK-Prüfungen zu Verzögerungen bzw. Abänderungen kommt, muss diese Statistik kontinuierlich überarbeitet werden.

Die nicht bewerteten Fälle werden farblich hervorgehoben und in der Auswertung gesondert ausgewiesen. Zum einen wird der CMI für die gesamten Fälle inklusive nicht bewerteter Fälle ermittelt, zum anderen der CMI ausgenommen der nicht bewerteten Fälle berechnet.¹⁵⁶ „Es ist ein sehr umständliches Vorgehen. Es müssen zunächst je Monat und dann die Daten auf jede einzelne Abteilung heruntergebrochen werden.“

Trotzdem ist die Handlungsbedarfsliste ein sehr hilfreiches Instrument [..]¹⁵⁷, fasste ein Mitarbeiter der Abteilung in einem persönlichen Gespräch die Handlungsbedarfsliste zusammen.¹⁵⁸

¹⁵⁴ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2013a); vgl. auch Klinik (Hrsg.) (2013b); vgl. auch Experte E (27.02.2015); vgl. auch Experte E; Experte G (26.02.2015).

¹⁵⁵ Vgl. Experte E (24.02.2015).

¹⁵⁶ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015f), vgl. auch Experte E (24.02.2015).

¹⁵⁷ (ebd.).

3.4.7 Kostenträgerstatistik

Die **Kostenträgerstatistik** stellt einen Teil des Externen Reporting dar. Diese wird für den Geschäftsbericht erhoben. Der Datenpool wird mittels des Programms UI generiert und in das Programm Excel exportiert. Die Statistik enthält die Kennzahlen *Pflegetage*, *Berechnungstage*, *Fallzahl* und *Verweildauer* je Klinik und Kostenträger. Der Geschäftsbericht stellt den prozentualen Anteil der einzelnen Kostenträger an der Gesamtmenge dar. Dabei gibt der Geschäftsbericht keine Auskunft, auf welche Kennzahl sich diese prozentuale Zahlenangabe bezieht.¹⁵⁹

3.4.8 Leistungsdaten monatlich

Der Bericht **Leistungsdaten monatlich** umfasst inhaltlich die Daten der Auswertung *Entwicklung CMI* in einer anderen Form der Darstellung, was in dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden soll. Der Bericht wird allein an den Krankenhausdirektor kommuniziert, da dieser ihn angefordert hat. Der Bericht enthält die AK bezüglich Fallzahl, Relativgewicht und CMI. Der Bericht vergleicht die Zahlen aus dem aktuellen Jahr, dem Vorjahr und der Vereinbarung des aktuellen Jahres. Demnach ist eine Gegenüberstellung mit Zielwerten tabellarisch. Die Erhebungsbereiche sind mit der in der Statistik *Entwicklung CMI* und Berichtswesen über die Budget-Erlöse untersuchten Bereiche identisch. Maßgebender Unterschied ist die Darstellung des EZ. Der Bericht *Budget-Erlöse* stellt die Werte der laufenden Monate kumuliert dar. Die einzelnen Monatswerte werden hingegen zusätzlich in dem Bericht **Leistungsdaten monatlich** kommuniziert.¹⁶⁰

3.4.9 Mitternachtsstatistik

Die **Mitternachtsstatistik** lässt sich mittels des Programms UI für das GS aber auch für einzelne medizinische Fachbereiche oder Zeiträume erheben.¹⁶¹ Die vorliegende Mitternachtsstatistik umfasst das GS und einen EZ von zwölf Monaten. Die Statistik lässt sich grob in die Bereiche Aufnahmen, Entlassungen, Patienten unter 24, 48 und 72 Stunden, Entlassungen 1-, 2-, 3-, 4-Tagespatienten, Fallzahlen, Verweildauer, Geschlechterverteilung, Ausnutzungsgrade und Pflegetage gliedern.

Es werden allein die Ist-Zahlen in Form von AK aufgeführt, wobei zu beachten ist, dass es sich bei der Kennzahl *durchschnittliche Verweildauer Patient* und *durchschnittliche Verweildauer Fall* um Durchschnittswerte handelt und so die Verweildauer in Bezug zu den Kennzahlen *Patientenzahl* und *Fallzahl* gesetzt wird. Auch die Ausnutzungsgrade und die Kennzahl *durchschnittlich belegt* stellen

¹⁵⁸ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015f).

¹⁵⁹ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015k).

¹⁶⁰ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015e), vgl. auch Klinik (Hrsg.) (2014b).

¹⁶¹ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015a); vgl. Experte E (17.03.2015).

im eigentlichen Sinn keine AK dar, werden aber als solche kommuniziert. Weiterhin wird der Hinweis der *Sonstigen Zugänge* und *Sonstigen Abgänge* in Form von AK gegeben.¹⁶²

3.4.10 Operations-, Röntgen- und Laborstatistik

Die **Operationsstatistik** wird regelmäßig erhoben, aber nur nach Anfrage an die Adressaten kommuniziert. Die Operationsstatistik wird ebenfalls aus dem KIS exportiert und enthält je Klinik und Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) Zahlen bezüglich der Anzahl der Haupteingriffe, der Anzahl der weiteren Operationen und der Anzahl je Altersstufe. Die Altersstufen sind hierbei identisch mit denen im Abschnitt 3.4.2 Diagnosestatistik genannten Gruppen. Die Operationsstatistik beinhaltet folglich nur AK. Zielwerte werden nicht aufgeführt. Auch Beziehungen unter den Kennzahlen werden nicht visualisiert.¹⁶³

Die **Röntgenstatistik** wurde einmalig nach Aufforderung der Adressaten erhoben und auf den Bereich der Orthopädie beschränkt. Eine Erhebung der Gesamtdaten der Röntgenabteilung konnte im täglichen Arbeitsprozess nicht realisiert werden.

Die vorliegende Röntgenstatistik bezieht sich auf den EZ August – Dezember 2014 (fünf Monate) und gibt zunächst Auskunft über die Gesamtzahl an Untersuchungen je Monat und in Summe. Weiterhin kommuniziert sie die Anzahl der Leistungen nach Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in AK. Auch hier werden keine Zielvereinbarungen gegenübergestellt und auch keine Vergleiche zu Vorjahren gezogen.¹⁶⁴

Die **Laborstatistik** wird von der Abteilung Labor erstellt, zählt thematisch aber zum PM und wird deshalb in die Analysen integriert. Genutzt wird diese für das externe Reporting im Geschäftsbericht. Aufgeführt wird hier die Anzahl der Laborleistungen (AK) nach GOÄ.¹⁶⁵

3.4.11 Verweildauerstatistik

Die **Verweildauerstatistik** wurde wie auch die Röntgenstatistik einmalig erstellt. Diese wurde im Rahmen einer externen Unternehmensberatung verwirklicht. Grundlage der Auswertung ist der Bericht *Entwicklung CMI* und die Handlungsbedarfsliste als Datenpool.

Die Auswertung der Verweildauer untersucht die FA sowie das GS. Bei der Auswertung können allerdings nicht alle Fälle berücksichtigt werden, da ein Teil beim Erhebungszeitraum noch nicht mit einer DRG bewertet wurden. Die Verweildauerstatistik betrachtet dabei folgende Kennzahlen, die in AK in Form von Anzahl der Tage und Anzahl der Fälle erhoben werden:

¹⁶² Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015a); vgl. auch Experte E (17.03.2015).

¹⁶³ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015l).

¹⁶⁴ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015m).

¹⁶⁵ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2014b).

- INLI2 (Inlieger2: Mittlere Verweildauer bis obere Grenzverweildauer)
- INLI1 (Inlieger1: Untere Grenzverweildauer bis Mittlere Verweildauer)
- KUZ (Kurzlieger)
- LL (Langlieger)
- NL (Normallieger)
- GESAMT (Gesamtzahl der Tage bzw. Fälle)
- VWD (Verweildauer)

Neben den AK umfasst die Verweildauerstatistik auch Gliederungszahlen. Diese werden in Prozentangaben angegeben und beziehen sich auf die Fallzahl je FA und Fallzahl des GS. Die Gliederungszahlen umfassen den Anteil der Inlieger 2, dem Anteil der Inlieger 1, dem Anteil der Kurzlieger, Normallieger, und Langlieger an der jeweiligen Grundmenge.¹⁶⁶

3.4.12 Aufstellung der verwendeten Kennzahlen

In den vorliegenden Abschnitten wurden die Dokumente des Erlöscontrollings hinsichtlich der verwendeten Kennzahlen untersucht. Zur Übersicht wird im Folgenden eine Aufstellung der Kennzahlen erfolgen. Diese wurden zunächst nummerisch, dann in alphabetischer Reihenfolge geordnet. Mit dieser Aufstellung kann die erste Forschungsfrage zielführend beantwortet werden:

Welche Kennzahlen im somatischen Erlösmanagement werden in der Klinik zur Messung der Performance eingesetzt?

Die Auflistung zeigt, welche Kennzahlen bereits in der KLINIK erhoben werden. Sie gibt keine Rückschlüsse, ob diese von den Adressaten auch genutzt werden oder ob diese überhaupt kommuniziert werden. Diese Informationen können aus den voran gegangenen Kapiteln entnommen werden oder der vollständigen Darstellung der Ergebnisse in der im Anhang (Nr. 6 bis 6/4) befindlichen Darstellung der Ist-Erhebung in tabellarischer Form. Diese ergänzt die folgende Auflistung um weitere wichtige Informationen, denn sie berücksichtigt, neben der praktischen Zuordnung der Kennzahlen zu den in Abschnitt 2.3.1 aufgezeigten Arten der Kennzahlen, auch den EZ, die Regelmäßigkeit der Erhebung, den Erhebungsbereich sowie die Adressaten. Weiterhin ist eine Zuordnung der Kennzahlen je untersuchtes Dokument zu entnehmen.

¹⁶⁶ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2013c).

0-4 J (Patienten im Alter von 0-4 Jahren mit der Diagnose)
0-4 J (Patienten im Alter von 0-4 Jahren mit OPS)
15-44 J (Patienten im Alter von 15-44 Jahren mit der Diagnose)-
15-44 J (Patienten im Alter von 15-44 Jahren mit OPS)
45-64 J (Patienten im Alter von 45-64 Jahren mit OPS)
45-64J (Patienten im Alter von 45-64 Jahren mit der Diagnose)
5-14 J (Patienten im Alter von 5-14 Jahren mit der Diagnose)
5-14 J (Patienten im Alter von 5-14 Jahren mit OPS)
65-74 J (Patienten im Alter von 65-74 Jahren mit der Diagnose)
65-74 J (Patienten im Alter von 65-74 Jahren mit OPS)
75-84 J (Patienten im Alter von 75-85 Jahren mit OPS)
75-84J (Patienten im Alter von 75-84 Jahren mit der Diagnose)
85+ J (Patienten im Alter von 85+ Jahren mit der Diagnose)
85+ J (Patienten im Alter von 85+ Jahren mit OPS)
Abschläge für Verlegungen (Aufnahme-Verlegung) (Summe)
Abschläge für Verlegungen (Entlassungsverlegung) (Summe)
Abschläge für Verlegungen (Verlegungen-Gesamt) (Summe)
Abweichung absolut (Ist-Soll)
Abweichung prozentual (Ist/Soll)
Abweichung prozentual (Ist/Soll) aktuelles Jahr
Ambulante Behandlungsfälle
Anfangsbestand
Anfangsbestand je Einzugsgebiet
Anteil normale Entbindung an Gesamtentbindungen
Anteil Sectio an Gesamtentbindungen
Anzahl Laborleistungen
Aufnahme eines Arztes / Anzahl der Einweisungen (Anteil je Arztname)
Aufnahmen je Arztname
Aufnahmen LJ/ Aufnahmen VJ je Arztname (Abweichung)
Aufnahmen davon Aufnahmen Notaufnahmen
Aufnahmen davon Aufnahmen von anderen Häusern
Ausgleichsbetrag
Ausnutzungsgrad Betten in Bezug auf Pflagetage
Ausnutzungsgrad Betten in Bezug auf Berechnungstage
Belegabteilungen (Anzahl)
Berechnungs- und Belegungstage
Berechnungstage
Berechnungstage je Einzugsgebiet
Berechnungstage je Kostenträger
Betten (Anzahl)
Betten durch. Belegt
Bewertungsrelationen (Normallieger) (Summe)
Bewertungsrelationen ohne Zu- und Abschläge (Fälle insgesamt) (Summe)
Case Mix Index (Ist)
Case Mix Index (Ist) – Case Mix Index (Budget)

Case Mix Index (Ist) / Case Mix Index (Budget)
Case Mix Index (CMI)
CMI
CMI (aufgelaufen)
CMI (Jahr)
CMI (Monat)
CMI Abweichung absolut (Ist-Soll)
CMI Abweichung Ist aktuelles Jahr / Ist Vorjahr
CMI Abweichung prozentual (Ist/Soll)
CMI Ist
Direktaufnahmen
Direktaufnahmen je Einzugsgebiet (Anzahl)
Direktaufnahmen männlich
Direktaufnahmen weiblich
DRG Neugeborene
DRG-Budget Abweichung absolut (Ist-Soll)
DRG-Budget, vereinbart (Ist)
eff. RG
eff. RG (aufgelaufen)
eff. RG (Monat)
effektiven Bewertungsrelationen (Fälle insgesamt) (Summe)
Endbestand
Entbindungen Gesamt)
Entlassungen 1 - Tagespatienten
Entlassungen 2 - Tagespatienten
Entlassungen 24h- Fälle gesamt
Entlassungen 24h Fälle davon verlegt
Entlassungen 24h-Fälle davon normal
Entlassungen 24h-Fälle davon verstorben
Entlassungen 3 - Tagespatienten
Entlassungen 4- Tagespatienten
Entlassungen darunter a. Aufn. Tag
Entlassungen davon normal
Entlassungen davon verlegt
Entlassungen davon verstorben
Entlassungen gesamt
Entlassungen je Einzugsgebiet (Anzahl)
Erlöse aus allg. Krankenhausleistungen (gesamt)
Erlöse aus allg. Krankenhausleistungen (gesamt) Vorjahr
Erlöse aus Ambulanzen (gesamt)
Erlöse aus Ambulanzen (gesamt) davon KLINIK
Erlöse aus Wahlleistungen (gesamt)
Erlöse aus Wahlleistungen (gesamt) davon KLINIK
Fachabteilungen (Anzahl)
Fälle

Fälle (aufgelaufen)
Fälle (Gesamt)
Fälle (Monat)
Fälle (Normallieger) (Anzahl)
Fälle mit uGVD-Abschlag (Kurzlieger) (Anzahl)
Fallzahl
Fallzahl (Anzahl der DRG) (Fälle insgesamt)
Fallzahl- Abweichung absolut (Ist-Soll)
Fallzahl Abweichung Ist aktuelles Jahr / Ist Vorjahr
Fallzahl- Abweichung prozentual (Ist/Soll)
Fallzahl Einzugsgebiete aktuelles Jahr - Fallzahl Einzugsgebiete Vorjahr
Fallzahl exklusiv
Fallzahl inkl. je Einzugsgebiet
Fallzahl inklusiv
Fallzahl Ist
Fallzahl je Einzugsgebiete
Fallzahl je Kostenträger
Fallzahl mit krankenhausindividuell verhandelten Zusatzentgelten (E3) (nachrichtlich)
Fallzahl mit Zusatzentgelten (E2) (nachrichtlich)
FZ (Fallzahl)
Gesamt (Entbindungen) aktuelles Jahr - Gesamt (Entbindungen) Vorjahr
Haupteingriffe je OPSI
Haupteingriffe mit weiterer OP je OPS
INL1 (Fälle)
INL1 (Fälle) gesamt / Gesamt gesamt
INL1 (Fälle) je Fachabteilung / Gesamt je Fachabteilung
INL1 (UGVD-MVD) (Tage)
INL2 (Fälle)
INL2 (Fälle) gesamt / Gesamt gesamt
INL2 (Fälle) je Fachabteilung / Gesamt je Fachabteilung
INL2 (MVD-OGVD) (Tage)
Interne Abgänge in andere Fachrichtungen
Interne Zugänge von anderen Fachrichtungen
Istbetten
Kostenträger (Anteil Berechnungstage)
Kurzlieger (Fälle)
Kurzlieger (Fälle) gesamt / Gesamt gesamt
Kurzlieger (Fälle) je Fachabteilung / Gesamt je Fachabteilung
Kurzlieger (Tage)
Kurzliegerfälle (Kurzlieger) (Anzahl)
Laborleistungen
Langlieger (Fälle) gesamt / Gesamt gesamt
Langlieger (Fälle) je Fachabteilung / Gesamt je Fachabteilung
Langlieger (Tage)
Langliegerfälle (Langlieger) (Anzahl)

Männlichen Neugeborenen / Gesamtzahl Neugeborenen
Mehr/Mindererlöse incl. KIJU
Mehrerlöse (Upcoding)
Mieterträge (gesamt)
Mieterträge (gesamt) davon KLINIK
Mindererlöse
nachrichtlich: Vwd (Fälle insgesamt)
nachrichtliche Belegungstage (Fälle insgesamt)
Neugeborene aktuelles Jahr - Neugeborene Vorjahr
Neugeborene davon Knaben
Neugeborene davon Knaben
Neugeborene davon Knaben aktuelles Jahr - Neugeborene davon Knaben Vorjahr
Neugeborene davon Mädchen
Neugeborene davon Mädchen
Neugeborene davon Mädchen aktuelles Jahr - Neugeborene davon Mädchen Vorjahr
normale Entbindung (DRG)
Normallieger (Fälle)
Normallieger (Fälle) gesamt / Gesamt gesamt
Normallieger (Fälle) je Fachabteilung / Gesamt je Fachabteilung
Normallieger (Tage)
Nutzungsentgelte d. Ärzte (gesamt)
Nutzungsentgelte d. Ärzte (gesamt) davon KLINIK
Nutzungsgrad (Betten)
oGVD-Zuschläge (Langlieger) (Summe)
op. P. (0-4 J) (Patienten im Alter von 0-4 Jahren mit der Diagnose , die operiert wurden)
op. P. (15-44 J) (Patienten im Alter von 15-44 Jahren mit der Diagnose, die operiert wurden)
op. P. (45-64 J) (Patienten im Alter von 45-64 Jahren mit der Diagnose, die operiert wurden)
op. P. (5-14J) Patienten im Alter von 5-14 Jahren mit der Diagnose, die operiert wurden)
op. P. (65-74 J) (Patienten im Alter von 65-74 Jahren mit der Diagnose, die operiert wurden)
op. P. (75-84J) (Patienten im Alter von 75-84 Jahren mit der Diagnose, die operiert wurden)
op. P. (85+ J) (Patienten im Alter von 85+ Jahren mit der Diagnose, die operiert wurden)
Operierte Pat. Ges. je DRG
Pat.Ges. je DRG
Patienten (Ist)
Patienten (Ist) - Patienten (Budget)
Patienten- (Ist) / Patienten (Budget)
Patienten unter 24 Std.
Patienten unter 48 Std.
Patienten unter 72 Std.
Patienten unter 96 Std.
Personalaufwandskennzahlen
Pflegetage
Pflegetage je Einzugsgebiet
Pflegetage je Kostenträger
Pflegetage, echte

Planbetten
Relativgewichte
Relativgewichte Abweichung absolut (Ist-Soll)
Relativgewichte Abweichung Ist aktuelles Jahr / Ist Vorjahr
Relativgewichte Abweichung prozentual (Ist/Soll)
Relativgewichte Ist
RelG (Relativgewicht)
Röntgenleistungen nach GOÄ (Anzahl)
Röntgenuntersuchungen (Anzahl)
Rückstellungskennzahlen
Sachaufwandskennzahlen
Sectio (DRG)
Sectio caesarea aktuelles Jahr - Sectio caesarea Vorjahr
Sonstige Abgänge
Sonstige Mehrerlöse
Sonstige Zugänge
Summe der Effektivgewichte (Ist)
Summe der Effektivgewichte (Ist) - Summe der Effektivgewichte (Budget)
Summe der Effektivgewichte (Ist) / Summe der Effektivgewichte (Budget)
Summe Neugeborene aktuelles Jahr - Summe Neugeborene Vorjahr
Summe Neugeborene davon Knaben aktuelles Jahr - Summe Neugeborene davon Knaben Vorjahr
Summe Neugeborene davon Mädchen aktuelles Jahr - Summe Neugeborene davon Mädchen Vorjahr
Summe Sectio caesarea aktuelles Jahr - Sectio caesarea Vorjahr
Tage
Tage (aufgelaufen)
Tage (Gesamt)
Tage (Monat)
Tage (Normallieger) (Anzahl)
Tage mit Abschlag bei Verlegung (Aufnahme-Verlegung) (Anzahl)
Tage mit Abschlag bei Verlegung (Entlassungs-Verlegung) (Anzahl)
Tage mit Abschlag bei Verlegung (Verlegungen-Gesamt) (Anzahl)
Tage mit oGVD-Zuschlag (Langlieger) (Anzahl)
uGVD-Abschläge (Kurzlieger) (Summe)
Vaginale Entbindung aktuelles Jahr - Vaginale Entbindung Vorjahr
Verlegung nach FR je Einzugsgebiet (Anzahl)
Verlegung nach KH je Einzugsgebiet (Anzahl)
Verlegung von FR je Einzugsgebiet (Anzahl)
Verlegung von KH je Einzugsgebiet (Anzahl)
Verlegungsfälle aus dem KH (Verlegungen-Gesamt) (Anzahl)
Verlegungsfälle ins KH (Aufnahme-Verlegung) (Anzahl)
Verlegungsfälle ins KH (Entlassungs-Verlegung) (Anzahl)
Verweildauer (aufgelaufen) (Durchschnitt)
Verweildauer (Fälle)
Verweildauer (Monat) (Durchschnitt)

Verweildauer (Monat) (Durchschnitt)
Verweildauer (Tage)
Verweildauer (Tage)
Verweildauer exklusiv
Verweildauer Fall, durchschnittlich
Verweildauer inklusiv
Verweildauer je Einzugsgebiet
Verweildauer je Kostenträger
Verweildauer Patient, durchschnittlich
Weiblicher Neugeborenen / Gesamtzahl Neugeborenen

3.5 Zwischenfazit

Das PM der KLINIK erhebt eine Vielzahl von Kennzahlen, was der Abschnitt 3.4.12 verdeutlicht. Im Trend liegt eindeutig die Verwendung von AK. Es werden häufig die Zahlen aus Vorjahren und Sollwerten gegenübergestellt. Realisiert wird dies in Form von Tabellen. Das eigentliche Kennzahlensystem hat einen sehr geringen Umfang zu verzeichnen und lässt sich nicht in die klassischen Kennzahlensysteme einordnen. Es ist eine Auswahl an individuellen Kennzahlen, welche nicht in direkten Bezug zueinander gesetzt werden. Eine Einordnung in die Art von Kennzahlensystem ist demnach nicht möglich, da dieses sich durch seine Individualität charakterisiert.

Durch die Aufstellung der Kennzahlen konnte eine erste Optimierung vorgenommen werden, da die KLINIK bisher keine Übersicht zu verzeichnen hatte, welche Kennzahlen im Bereich des Erlöscontrollings bisher erhoben werden. Durch diese Aufstellung kann so in Zukunft z.B. die Entwicklung eines Kennzahlenkatalogs unterstützt werden. Daneben wird die Auswahl der Kennzahlen (siehe Abschnitt 6.1) durch diese Ist-Analyse maßgeblich unterstützt, da die vorhandenen Kennzahlen durch diese Ist-Erhebung bereits erfasst wurden.

4 Bewertung des Performance Measurements der Klinik

Kapitel 4 beinhaltet die Bewertung des PM der KLINIK und damit die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage:

Welche Stärken und Schwächen ergeben sich aus dem angewandten PM in der KLINIK?

4.1 Methodik

Die Bewertung des Ist-Zustands ermöglicht den Einsatz diverser Methoden. In der Praxis werden diese häufig kombiniert, um die Gesamtheit der Chancen und Risiken des angewandten PM der KLINIK zu erfassen.¹⁶⁷ Die verwendete Methode ist dabei an die Projektart anzupassen. Aus der Vielzahl von Möglichkeiten ist beispielsweise die Potentialanalyse, die Chancen-Risiken-Analyse sowie die Portfolio-Analyse zu nennen.¹⁶⁸

Nach der Ist-Erhebung mittels Primär- und Sekundäranalyse und einer Literaturrecherche mittels Handsuche und Schneeball-Verfahren wird in der vorliegenden Arbeit das PM mittels einer Stärken-Schwächen-Analyse bewertet, die einen Teil der SWOT-Analyse abbildet. Diese Methodik wurde

¹⁶⁷ Vgl. Bruno, J. (2005), S. 170 ff.

¹⁶⁸ Vgl. Greiling, M.; Muszynski, T. (2008), S. 102 ff.

ausgewählt, da sie sich zur Bewertung strategischer Ressourcen eines Unternehmens eignet.¹⁶⁹ An dieser Stelle beschränkt sich die Bewertung auf das Erlöscontrolling im somatischen Bereich.

Der Vorteil dieser Methode ist die Generierung eines wertvollen systematischen Überblicks über Stärken und Schwächen. Als Nachteil ist die subjektive Beurteilung des Untersuchenden zu nennen. Minimiert wurde diese Schwäche der Methode durch das Festlegen von Leistungskriterien und einer Skalierung (*nicht erfüllt, nicht erfüllt bis teilweise erfüllt, teilweise erfüllt, teilweise erfüllt bis erfüllt, erfüllt*), welche eine objektivere Beurteilung ermöglicht. Weiterhin gilt zu beachten, dass eine strikte Trennung von Stärken und Schwächen nicht möglich ist. Diese sind oftmals interdependent, das heißt sie beeinflussen sich gegenseitig.¹⁷⁰ Die Stärken-Schwächen-Analyse beginnt mit der Festlegung der Leistungspotentiale und der anschließenden Bewertung der Leistungspotentiale und der Abbildung der Stärken und Schwächen.¹⁷¹

4.2 Kriterien der Beurteilung (Leistungspotentiale)

Die Leistungspotentiale wurden anhand der Anforderungen an Kennzahlensysteme ausgewählt. Diese wurden bereits in Abschnitt 2.4.2 erläutert. Neben diesen Kriterien soll ferner das Vorgehen zur Erhebung der Kennzahlen bewertet werden, da dies in der Ist-Erhebung Auffälligkeiten zeigte. Aus diesem Grund wird das PM an folgenden Kriterien bewertet:

1. Verdichtung auf benötigte und nachgefragte Informationen
2. Vermeidung von Fehleinschätzungen / Fehlinterpretationen
3. Abbildung von Zusammenhängen
4. Flexibilität
5. Ausrichtung auf das Ziel
6. Fähigkeit zeitlicher bzw. objektbezogener Vergleiche¹⁷²
7. Vorgehensweise zur Erhebung der Kennzahlen

4.3 Ergebnisse

Dieser Abschnitt fasst die zentralen Ergebnisse der Stärken-Schwächen-Analyse je Leistungspotential zusammen.

¹⁶⁹ Vgl. Herrmann, A.; Huber, F. (2013), S. 72.

¹⁷⁰ Vgl. (ebd.), S. 72 f.

¹⁷¹ Vgl. (ebd.), S. 72.

¹⁷² Vgl. Gritzmann, K. (1991), S. 35 ff.

1. Verdichtung auf benötigte und nachgefragte Informationen

Zentrale Frage dieses Kriteriums ist, ob die verwendeten Kennzahlen zu ermittelnde Informationen messen.¹⁷³

Zur Beurteilung des ersten Leistungspotentials musste zwischen dem eigentlichen Kennzahlensystem und dem PM unterschieden werden. Das Kennzahlensystem beschränkt sich auf eine geringe Anzahl an Kennzahlen und stellt diese verdichtet dar. Allerdings beinhaltet dieses nicht alle benötigten und nachgefragten Informationen, was sich in der Vielzahl von zusätzlich angeforderten bzw. erhobenen Statistiken widerspiegelt. Beispielweise wird durch die Statistik *Leistungsdaten monatlich* das Defizit des *Berichtswesen Budget-Erlöse* hinsichtlich der Entwicklung der Zahlen ausgeglichen, da diese im Gegensatz dazu die Kennzahlen je Monat abbildet. Das Berichtswesen Budget-Erlöse weist diese nur in kumulierten Summen der vergangenen Monate aus. Aber auch Informationen, welche nicht im Sinne der betrieblichen Steuerung erhoben werden, sind in dem Kennzahlensystem enthalten.

Modul I des *Berichtswesens Budget-Erlöse* wird weder von den Adressaten monatlich nachgefragt noch benötigt. Die Kennzahlen der Kostenseite sind hingegen nicht abgedeckt, was aber zu einer betrieblichen Steuerung notwendig wäre. Folglich ist eine Diskrepanz zwischen nachgefragter bzw. benötigter und angebotener Informationen zu vernehmen.

Das PM erhebt hingegen ein Übermaß an Kennzahlen. Die Anzahl der Kennzahlen übersteigt dabei die nachgefragten und benötigten Informationen. Als Beispiel kann hier die Operationsstatistik genannt werden, die zwar in regelmäßigen Abständen erhoben wird, aber nicht ausgewertet und dementsprechend nicht kommuniziert wird. Allerdings muss hier darauf hingewiesen werden, dass z.B. die E1plus, E2- und E3-Formulare nicht zur betrieblichen Steuerung eingesetzt werden, aber verpflichtet erstellt werden müssen. Die KLINIK ist demnach durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu dieser Erhebung legitimiert.

➔ *Diese Anforderung ist nicht erfüllt.*

2. Vermeidung von Fehleinschätzungen/Fehlinterpretationen

Der wichtigste Kritikpunkt des bisherigen Kennzahlensystems bzw. des PM ist die fehlende Vermeidung von Fehleinschätzungen/Fehlinterpretationen durch das Fehlen der Kostenaufstellung. Eine Steigerung der Fallzahlen, der Relativgewichte, des CMI und damit ein höheres DRG-Budget, gibt keine Auskunft darüber, ob das Krankenhaus bzw. die medizinische Fachabteilung auch wirtschaft-

¹⁷³ Vgl. Preißler, P. R. (2008), S. 25 f.

lich gearbeitet hat. Folglich ist die Anforderung an einer Vermeidung von Fehleinschätzungen und Fehlinterpretationen nicht erfüllt.

Die Ist-Analyse zeigte weiter, dass die Kennzahlen unter unterschiedlichen Namen geführt werden, diese jedoch inhaltlich identisch sind. Unklare Definitionen sind ein erster Anhaltspunkt für das Auftreten von Fehlern. Weiterhin ist den Kennzahlen keine Berechnungsgrundlage bzw. Definition hinterlegt. Dadurch kann es zu Fehlinterpretationen und Fehleinschätzungen kommen. Zudem fördert die Verwendung von AK die Fehlerwahrscheinlichkeit. Beispielsweise kann hier die Geburtenstatistik genannt werden. Hier wird die Anzahl der unterschiedlichen Geburten im Vergleich zum Vorjahr in absoluten Differenzen ausgedrückt. Die absoluten Differenzen besitzen aber keine Aussagekraft. So muss die Steigerung von vaginalen Entbindungen immer im Verhältnis zu der Gesamtzahl an Entbindungen gesehen werden, um Aussagen treffen zu können. Auch der fehlende Bezug unter den Kennzahlen begünstigt Fehlinterpretationen und Fehleinschätzungen.

Ferner ist keine Beschreibung der Kennzahl z.B. in Form eines Kennzahlenkatalogs in das Berichtswesen integriert. Hierdurch ist keine klare Definition der Kennzahl gegeben. Aus dem eventuell unterschiedlichen Verständnis können verschiedene Interpretationsansätze und damit Fehleinschätzungen bzw. Fehlinterpretationen resultieren.

Daneben bietet *Modul I: Budgetbetrachtung des Berichtswesens Budget-Erlöse* Anhaltspunkt für Fehlinterpretationen. Durch die fehlende Berücksichtigung der MDK-Anfragen und eventuellen Kürzungen wird lediglich eine fiktive Ist-Zahl ausgewiesen. Erst nach Prüfung des MDK kann von einem tatsächlichen *Ist-Wert* gesprochen werden. Es ist also bei diesen Kennzahlen nicht sichergestellt, dass das zu Messende korrekt ermittelt wurde. Weiter kann das *Soll* erst nach der Entgelt- und Budgetverhandlung für das laufende Jahr beziffert werden. Bis dahin wird die Sollzahl des Vorjahres hinterlegt, was der Bericht aber nicht ausweist. Dadurch wird dem Anwender ein Zielwert vorgegeben, der eventuell dem eigentlichen Zielwert nicht entspricht, da die Entgelt- und Budgetverhandlungen zu anderen Ergebnissen führen können. Folglich können falsche Entscheidungen getroffen werden.

→ *Diese Anforderung ist nicht erfüllt.*

3. Abbildung von Zusammenhängen

Das Kennzahlensystem der KLINIK bildet Zusammenhänge und Vergleiche von tabellarischen Gegenüberstellungen von Ergebnissen des aktuellen Jahrs und des Vorjahrs. Weiterhin werden absolute Differenzen gebildet. Eine Abbildung der Zusammenhänge bezüglich Ursache-Wirkungsbeziehungen erfolgt dabei nicht. Auch die Kennzahlen untereinander werden nicht in Bezug zueinander gesetzt. Die fehlende Abbildung von Zusammenhängen wird auch in der Verwen-

derung von AK verdeutlicht. Diese erfüllen durch ihre Charakteristik, die in Abschnitt 2.3.1 erläutert sind, nicht die Anforderung der Veranschaulichung von Zusammenhängen. Als Beispiel kann hier der in Abschnitt 3.4.6 genannte Sachverhalt der absoluten Fallzahlenveränderung genannt werden. Eine Steigerung der Fallzahlen muss immer in Verhältnis zu der Grundmenge an Fallzahlen gesetzt werden, um die Kennzahlen zu bewerten. Ansonsten sind nur Auswertungen ohne Bewertung möglich. Das PM kann dem Leistungspotential der Abbildung von Zusammenhängen nicht gerecht werden, da dies durch eine Vielzahl von einzelnen Auswertungen und Statistiken gebildet wird. Diese werden nur selten in Bezug gesetzt bzw. gemeinsam betrachtet. Die Auswertungen werden isoliert vorgenommen und nicht hinsichtlich Ursachen- und Wirkungsbeziehungen untersucht. Dies ist vor allem der Struktur des Reporting der KLINIK geschuldet, da die Informationen getrennt kommuniziert werden.

→ *Diese Anforderung ist nicht erfüllt.*

4. Flexibilität

Das Kennzahlensystem wurde in den letzten Jahren nicht an die veränderten Bedingungen im sich ständig verändernden Gesundheitssektor angepasst. Dementsprechend ist hier ein recht starres Kennzahlensystem vorzufinden.

Hingegen erfüllt das Personal des PM die in 2.4.2 genannte Bedingung von Flexibilität. Je nach Anforderungen der Betriebsleitung oder FA werden zusätzliche Kennzahlen erhoben. Es wird sich nicht starr auf einzelne Kennzahlen konzentriert, da diese, wie zuvor erläutert, nicht bindend festgelegt wurden. Dies kann allerdings eine Bedrohung im Sinne einer SWOT-Analyse darstellen, da der Zeitaufwand einer Analyse den Nutzen aus der Auswertung übersteigt. Gerade die personelle Ausstattung der Abteilung zwingt zu einer effektiven und effizienten Arbeitsweise. Dementsprechend ist eine Festlegung der Kennzahlen zwingend zu empfehlen, damit die Vergleichbarkeit der Kennzahlen erhöht sowie eine zeitliche Planung der anfallenden Aufgaben in der Abteilung FCPA geplant werden kann.

→ *Diese Anforderung ist nicht erfüllt bis teilweise erfüllt.*

5. Ausrichtung auf das Ziel

Das Kennzahlensystem stellt den Ist-Werten die Soll-Werte gegenüber. Folglich ist eine Zielausrichtung zu erkennen. Durch die prospektiven Budget- und Entgeltverhandlungen ist ein Zielwert festgegeben, der möglichst erreicht werden soll. Stimmt die Leistungsmenge des Krankenhauses nicht mit der vereinbarten Menge überein, so wird für diese Minder- oder Mehrerlöse ein Ausgleich fällig.

Das heißt, dass die Leistungsmengen in diesem Fall nur anteilig vergütet werden (siehe Abschnitt 2.5).¹⁷⁴ Eine erste Zielausrichtung der Einhaltung der Soll-Werte ist demnach erkennbar, um eine Überschreitung der Leistungsmenge bzw. Leermengen und daraus resultierenden Mehr- bzw. Mindererlösausgleiche zu vermeiden. Neben diesem Ziel verfolgt die Klinik weitere strategische Ziele, die in der Ist-Analyse, nicht aus der Primäranalyse, der untersuchten Dokumente erkennbar waren. Teilweise fehlende Zielwerte, nicht genutzte Kennzahlen, nicht kommunizierte Kennzahlen sowie eine fehlende schriftliche Festhaltung der strategischen Ziele lassen darauf schließen, dass eine Ausrichtung auf das Ziel nur beschränkt verwirklicht wurde.

➔ *Diese Anforderung ist nicht erfüllt bis teilweise erfüllt.*

6. Fähigkeit zeitlicher bzw. objektbezogener Vergleiche

Das Kennzahlensystem ist hinsichtlich der erhobenen Kennzahlen und Aufbau beständig, was den Vergleich unterschiedlicher Zeitperioden und unterschiedlicher Erhebungsbereiche ermöglicht.

Die Kennzahlen im PM hingegen werden je nach Bedarf erhoben. Dies widerspricht dem Grundsatz der Gradlinigkeit. Das bedeutet, die Vorgehensweise kann der Anforderung an zeitliche und objektbezogene Vergleiche nicht gerecht werden.

➔ *Diese Anforderung ist nicht erfüllt bis teilweise erfüllt.*

Durch die Analyse der einzelnen Kriterien ist es möglich, die Stärken-Schwächen-Analyse graphisch darzustellen:

	Nicht erfüllt	Nicht erfüllt bis teilweise erfüllt	Teilweise erfüllt	Teilweise erfüllt bis erfüllt	Erfüllt
Informationsverdichtung	x				
Vermeidung von Fehleinschätzungen / Fehlinterpretationen	x				
Abbildung von Zusammenhängen	x				
Flexibilität			x		
Zielausrichtung			x		
Fähigkeit zeitlicher und objektbezogener Vergleiche			x		

Tabelle 2: Graphische Stärken-Schwächen-Analyse des PM der KLINIK¹⁷⁵

¹⁷⁴ Vgl. Hecht, L.; Schlepper, J. (2002), S. 56; vgl. auch § 11 KHEntgG.

¹⁷⁵ Eigene Darstellung.

7. Vorgehensweise zur Erhebung der Kennzahlen

Durch die offene Beobachtung mit ergänzenden Fragen im Rahmen der Ist-Analyse konnte ein erster Kritikpunkt an der Vorgehensweise der Handlungsbedarfsliste erkannt werden. „Es ist ein sehr umständliches Vorgehen. Man muss zunächst je Monat und dann die Daten auf jede einzelne Abteilung herunterbrechen. Trotzdem ist die Handlungsbedarfsliste ein sehr hilfreiches Instrument.“¹⁷⁶

In einer weiteren offenen Beobachtung wurde hinsichtlich der Ermittlung der Geburtenstatistik deutlich, dass die Daten manuell übertragen werden.¹⁷⁷ Durch diese Doppelerfassung entsteht ein unnötiger Aufwand. Auch die Auswertung der Einweiserstatistik wird von den Anwendern als sehr aufwendig und fehleranfällig bewertet, da die Rohdaten manuell in die Statistik übertragen werden müssen.¹⁷⁸ Durch Veränderungen bei der Ärzteschaft, beispielsweise durch Bildung einer Gemeinschaftspraxis, ist eine einfache Übertragung nicht möglich. Weiterhin ist in der Analyse aufgefallen, dass vermehrt Patientinnen und Patienten, die unter einer normalen Aufnahme geführt werden, keiner einweisenden Ärztin oder Arzt zugeordnet sind. Dies führt zu Fehlinterpretationen und Fehleinschätzungen, da dies die Statistik verfälscht.

Die Stärken-Schwächen-Analyse ermöglicht eine tabellarische Zusammenfassung der Stärken und Schwächen des PM der KLINIK, welche die 2. Forschungsfrage beantwortet

Welche Stärken und Schwächen ergeben sich aus dem angewandten Performance Measurement in der KLINIK?

Stärken	Schwächen
Übersichtliches Kennzahlensystem	Übermaß an Kennzahlen im PM
Beständiges Kennzahlensystem	Fehlende Flexibilität des Kennzahlensystems
Teilweise enthaltende Zielwerte	Fehlende Zielwerte + Zielausrichtung
Verwendung von Indexzahlen und Gliederungszahlen	Auswahl der Kennzahlen (Trend: AK)
Flexibilität des PM durch die Abteilung	Fehlende Einbeziehung Ursache-Wirkungsbeziehungen
Standardisierter Verteiler des Kennzahlensystems	Strukturlose Kennzahlenermittlung des PM
Einbindung des KIS	Überwiegend vergangenheitsorientiert

¹⁷⁶ Experte E (24.02.2015).

¹⁷⁷ Vgl. Experte E (27.02.2015).

¹⁷⁸ Vgl. Experte H (25.03.2015).

	Fehlende Erläuterungen zur Vermeidung von Fehleinschätzungen bzw. Fehlinterpretationen
	Fehlende Realisierungsmaßnahmen
	Nicht genutzte Excel-Funktionen
	Aufwendige Auswertung der Handlungsbedarfsliste
	Keine automatische Kennzahlenermittlung (manuell)
	Erhebung von Statistiken ohne Auswertung
	Keine Gegenüberstellung der Kosten zu den Erlösen

Tabelle 3: Stärken und Schwächen des PM der KLINIK¹⁷⁹

4.4 Zwischenfazit

Die Erhebung des Ist-Zustands und der Bewertung des PM der KLINIK hat offengelegt, dass das Erlöscontrolling im Bereich des Kennzahlensystems dünn aufgestellt ist. Ein Kennzahlensystem im klassischen Sinn existiert bei der KLINIK nicht. Es werden dagegen einzelne Kennzahlen erhoben, die keiner eindeutigen Struktur unterliegen. Die Anforderungen an ein Kennzahlensystem werden nur unzureichend erfüllt, da eine aussagekräftige Verknüpfung sowie zielorientierte Auswertung nicht zu verzeichnen ist. Hauptkritik an dem angewandten PM im Bereich des Erlöscontrollings ist, dass den Erlösen die Kosten nicht gegenübergestellt sind, was keine Kalkulationen zur betrieblichen Steuerung ermöglicht. Folglich ist eine Anpassung und Ordnung der ausgewählten Kennzahlen der KLINIK nötig, was die dritte Forschungsfrage beantwortet: *Ist eine Anpassung und Ordnung der ausgewählten Kennzahlen des somatischen Erlösmanagements der KLINIK nötig?*

5 Qualitative Untersuchung des Kennzahlensystems der KLINIK

Die Erhebung der Ist-Situation und die Stärken-Schwächen-Analyse konnten bereits erste Anhaltspunkte für Optimierungspotentiale offenlegen. Für eine umfassende Auswertung bedarf es aber der Erhebung weiterer Informationen in Form von Primärdaten. Kapitel 5 stellt also einen weiteren wichtigen Teil der Untersuchung für das Ableiten von Optimierungspotentialen dar, da dieses die Optimierung aus Sicht der Anwender beleuchtet. Durch die vielseitige Betrachtung in Form eines Methodenmix kann so ein optimales Ergebnis erzielt werden.

¹⁷⁹ Eigene Darstellung.

5.1 Methodik des Experteninterviews

Im Rahmen dieser Arbeit wurden leitfadengestützte Expertengespräche bzw. Gruppendiskussionen geführt, welche der qualitativen Sozialforschung zuzuordnen sind.¹⁸⁰ Leitfadengestützte Interviews sind halbstandardisierte Befragungen, da diese ein freies Gespräch zulassen, sich dabei aber zugleich an einem Handlungsleitfaden orientieren.¹⁸¹ Ein Expertengespräch beinhaltet die Befragung von Expertinnen und Experten zu einem Untersuchungsgegenstand. Je Forschungsinteresse und -verantwortlichen werden unterschiedliche Personengruppen als Expertinnen oder Experten benannt. Das Gruppeninterview unterscheidet sich dabei in der Teilnehmerzahl.¹⁸² Der Vorteil der qualitativen Sozialforschung ist die Gewinnung neuer Erkenntnisse, welche das Ableiten weiterer Optimierungspotentiale ermöglicht. Es können so die wichtigsten Verbesserungspotentiale aus Sicht der Anwender offengelegt und somit die Umsetzbarkeit realistisch eingeschätzt werden. Ein Nachteil dieser Methode ist die fehlende Repräsentativität durch die geringe Zahl der Antworten. Durch einen Querschnitt der Anwenderinnen und Anwender (Pflege, Verwaltung und Ärztlicher Dienst) kann aber dieses Risiko vermindert werden. Zusammengefasst ermöglicht diese methodische Vorgehensweise das Erheben von weiteren Optimierungspotentialen aus Sicht der Anwenderinnen und Anwender, was der Zielsetzung entspricht.

5.1.1 Leitfaden

Der **Leitfaden** der Interviews wurde auf Basis der in der Literatur befindlichen Empfehlungen konstruiert und die Fragen in einem Pre-Test in ihrer Relevanz bestätigt. Weiterhin wurde das Zentrum der Empirischen Forschung (ZEF) der DHBW Stuttgart als unabhängige Beratungsinstitution hinzugezogen.¹⁸³ Der vollständige Leitfaden mit weiteren Informationen befindet sich im Anhang (Nr. 7). Folgend wird der Leitfaden, der aus vier Modulen besteht, kurz skizziert.

Das **Modul I** umfasst die Begrüßung, die Vorstellung des Forschungsprojekts sowie formale Aspekte, wie die z.B. Einwilligung der Diskussionsteilnehmer. **Modul II** beinhaltet die Vorstellung der Ergebnisse der Ist-Analyse und das **Modul III** die Befragung den Gesprächsteilnehmenden zu Optimierungspotentialen. Folgende offene Fragen wurden gewählt, um Optimierungspotentiale abzuleiten:

1. Welche Stärken und Schwächen sehen Sie in dem Kennzahlensystem?
2. Wie beurteilen sie zusammenfassend das Kennzahlensystem?
3. Welche Informationen wünschen Sie sich aus dem Erlöscontrolling in Zukunft zur betrieblichen Steuerung?

¹⁸⁰ Vgl. Bortz, J.; Döring, N. (2006), S. 296.

¹⁸¹ Vgl. Gläser, J.; Laudel, G. (2006), S. 39 f.; vgl. auch Winkelhofer, G. A. (2005), S. 285.

¹⁸² Vgl. Aghamanoukjan, A.; Buber, R., Meyer, M. (2009), S. 422 f.; vgl. auch Flick, U. (2011), S. 214 ff.

¹⁸³ Diese Möglichkeit ist allen Studierenden der DHBW Stuttgart gegeben und wird kostenlos zur Verfügung gestellt.

4. Welche Informationen aus dem Erlöscontrolling erachten Sie für Ihre Steuerungsaktivitäten als unnötig?
5. Welche Optimierungsansätze sehen Sie in dem Kennzahlensystem?

Das abschließende **Modul IV** stellt die Verabschiedung dar und wird durch die Danksagung, der Klärung bestehender Fragen oder Hinweise gebildet. Ferner umfasst es die schriftliche Einverständniserklärung der Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer. Es gilt zu beachten, dass die Reihenfolge der Fragen bzw. Thesen im Gespräch variieren kann, da es sich um eine halbstandardisierte Befragung handelt.¹⁸⁴

5.1.2 Gesprächsteilnehmerinnen und Gesprächsteilnehmer

Die **Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer** wurden aufgrund ihrer fachlichen Eignung zur Erhebung des Untersuchungsgegenstandes ausgewählt. Ziel der Erhebung ist das Ableiten von Handlungsempfehlungen zur Optimierung des Kennzahlensystems am Beispiel der KLINIK. Aus diesem Grund wurden die Vertretung der Anwenderseite der Kennzahlen durch Experteninterviews befragt. In Gruppendiskussionen wurde ferner die Abteilung FCPA zu Optimierungspotentialen des Kennzahlensystems interviewt, da diese die Kennzahlen erhebt. Zur Wahrung der Anonymität wurden die Interviews codiert.

Die **Expertinnen und Experten A und B** sind Vertreter der Betriebsleitung des untersuchten Krankenhauses, also des Top-Managements, welches Aufgaben der betrieblichen Steuerung übernimmt. Hierzu benötigen sie Informationen, welche sie durch das Controlling erhalten, um betriebliche Steuerungsaktivitäten und strategische Zielsetzungen verfolgen zu können. Damit ist die Betriebsleitung Hauptanwenderin der Kennzahlen und muss folglich in den Optimierungsprozess eingebunden werden.

Auch der **Experte C** als Stellvertretung des Top-Managements weist diese Charakteristik auf und wird demnach in den Optimierungsprozess integriert. Die zuvor genannten Experten sind den Berufsgruppen der Pflege und der Verwaltung zugeordnet. Daneben repräsentiert der **Experte D** den Ärztlichen Dienst, die ebenso Mitglieder der monatlichen Strategiegespräche und damit Anwender der Kennzahlen sind.

Die **Experten E, F und G** sind sowohl Erstellende als auch Anwendende des Kennzahlensystems und wurden in die Befragung aufgenommen, um weitere Optimierungspotentiale ableiten zu können und um die Optimierung möglichst realistisch umsetzbar zu gestalten. Diese wurden in Form von Gruppendiskussionen befragt, da diese durch den gegenseitigen Austausch die Vernetzung der Ideen fördert.

¹⁸⁴ Vgl. Gläser, J.; Laudel, G. (2006), S. 39 f.; vgl. auch Winkelhofer, G. A. (2005), S. 285.

Datum	Experte	Art	Abteilung	Funktion
01.04.2015	A	Einzelinterview	Verwaltung	Anwendende des Kennzahlensystems
25.03.2015	B	Einzelinterview	Pflegedirektion	Anwendende des Kennzahlensystems
18.03.2015	C	Einzelinterview	Verwaltung	Anwendende des Kennzahlensystems
22.04.2015	D	Einzelinterview	Ärztlicher Dienst	Anwendende des Kennzahlensystems
18.03.2015	E, F	Gruppendiskussion	Verwaltung	Erstellende + Anwender des Kennzahlensystems
27.03.2015	E, F, G	Gruppendiskussion	Verwaltung	Erstellende + Anwender Kennzahlensystems
09.04.2015	F	Einzelinterview	Verwaltung	Erstellende des Kennzahlensystems

Tabelle 4: Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer der qualitativen Datenerhebung¹⁸⁵

5.1.3 Datenerhebung

Die **Datenerhebung der qualitativen Untersuchungen** erfolgte in Form qualitativer Interviews. Hierzu wurden die Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer persönlich eingeladen und ein Termin vereinbart. Im nächsten Schritt wurde ein passender Ort gewählt. Die Interviews fanden in den Besprechungsräumen der jeweiligen Abteilungen statt, da diese sich durch ihre ruhige Atmosphäre auszeichneten. Ein weiterer Vorteil ist, dass diese Räume kostenlos zur Verfügung standen und keine Anfahrtswege für die Gesprächsmitglieder erforderten.

Die Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden gemäß Leitfaden begrüßt und über den Inhalt des Projekts sowie die Formalitäten aufgeklärt. Nach der Vorstellung der Ergebnisse der Ist-Analyse wurden die Expertinnen und Experten gemäß Leitfaden befragt.

5.1.4 Datenauswertung

Die **Datenauswertung** der qualitativen Untersuchung erfolgte aufgrund der Zielsetzung und der Erkenntnisabsicht mittels der reduktiven Methodik, da durch die qualitative Datenauswertung eine andere Sicht auf die Optimierungspotentiale gegeben werden soll. Erkenntnisabsicht ist demnach die Erhebung der Optimierungswünsche aus Sicht der Anwenderinnen und Anwender. Hierzu wurde ein selektives Protokoll der Experteninterviews geführt, da eine Zustimmung der Gesprächsteilnehmer zu einer Tonbandaufnahme nicht immer umsetzbar war. Die Protokolle wurden nach dem sechsstufigen Verfahren nach Mühlfeld ausgewertet, da sich dieses im Gegensatz zum hermeneutischen Verfahren auf die offenkundigen Gesprächsinhalte fokussiert und damit der ökonomische und zeitliche Aufwand deutlich reduziert wird. Mühlfeld sieht folgende sechs Stufen vor:¹⁸⁶ Da die Interviews selektiv protokolliert wurden, wird auf die Stufe 5 *Einfügen von Interviewausschnitten* verzichtet.

¹⁸⁵ Eigene Darstellung. Hinweis: Die Funktion der Expertinnen und Experten kann an dieser Stelle nicht konkretisiert werden, da sonst Rückschlüsse auf die Person möglich sind. Aus Gründen der Anonymität muss daher darauf verzichtet werden.

¹⁸⁶ Vgl. Mayer, H. O. (2006), S. 47.

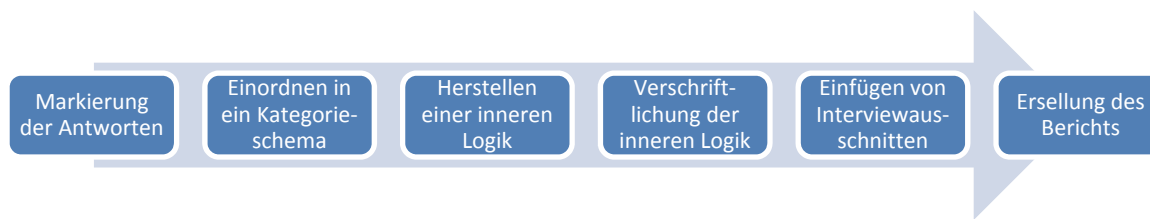


Abbildung 9: Qualitative Datenauswertung nach Mühlfeld¹⁸⁷

5.2 Ergebnisse der qualitativen Untersuchung

Die leitfadengestützten Interviews wurden, wie in Abschnitt 5.1.3 erläutert, nach dem sechsstufigen Verfahren nach Mühlfeld ausgewertet. Die Ergebnisse dieser qualitativen Untersuchung werden im Folgenden zusammengefasst:

Beurteilung des Kennzahlensystems

Die Anwenderinnen und Anwender sehen sowohl Stärken und Schwächen in dem angewendeten Kennzahlensystem der KLINIK. Als Stärke nennen die Anwenderinnen und Anwender die Verdichtung auf die drei wichtigsten Kennzahlen im Bereich des Erlöscontrollings: Fallzahl, Relativgewicht und Case Mix Index (CMI).¹⁸⁸ Dagegen kritisieren sie, dass das Kennzahlensystem zu stark vergangenheitsorientiert und nicht an den Zielen ausgerichtet ist. Weiter geben sie an, dass wichtige Informationen nicht über das Kennzahlensystem transportiert werden. Die Erstellerinnen und Ersteller des Kennzahlensystems teilen die Meinung der Anwenderinnen und Anwender. Auch sie befürworten überwiegend eine Anpassung des Kennzahlensystems.¹⁸⁹

Benötigte Informationen

Hier wurden von den Anwenderinnen und Anwender und den Erstellerinnen und Erstellern unterschiedliche Aspekte genannt. Die Anwenderinnen und Anwender wünschen folgende Informationen durch das Erlöscontrolling in Form eines Kennzahlensystems:

1. Gegenüberstellung der Kosten zu den Erlösen im stationären Bereich
2. Aufnahme von Kennzahlen zur Verweildauersteuerung
3. Aufnahme von Kennzahlen zur Kontrolle der nicht abgerechneten DRG-Fälle durch Codierung und MDK-Prüfung

¹⁸⁷ Vgl. (ebd.), S. 47 ff.

¹⁸⁸ Vgl. Experte B (25.03.2015), Vgl. auch Experte E; Experte F (18.03.2015); vgl. auch Experte E; Experte F; Experte G (27.03.2015); vgl. auch Experte A (01.04.2015).

¹⁸⁹ Vgl. Experte A (01.04.2015); Experte C (18.03.2015); Experte E; Experte F (18.03.2015); Experte E; Experte F; Experte G (27.03.2015); vgl. Experte D (22.04.2015).

Die Anwenderinnen und Anwender nennen daneben weitere Aspekte, welche sie in das Kennzahlensystem integrieren wollen. Diese Teilbereiche sind aber nicht Inhalt des Erlöscontrollings des somatischen Bereichs und werden daher hier nicht genannt.¹⁹⁰

Nicht genutzte Informationen

Die qualitative Untersuchung zeigte, dass das *Modul I: Budgetbetrachtung* für die einzelnen medizinischen Fachabteilungen nicht für Steuerungsaktivitäten genutzt wird und daher von den Expertinnen und Experten als unnötig erachtet wird.¹⁹¹

Optimierungspotentiale aus Sicht der Anwender und Ersteller

Oftmals gaben die Anwenderinnen und Anwender an, zunächst keine Verbesserungspotentiale zu erkennen. Die Kennzahlen seien bisher ausreichend. Trotzdem sehen die Anwenderinnen und Anwender in der Theorie viele Kennzahlen, erhoffen sich daher im Rahmen der Optimierung eine zielgerichtete Auswahl und kein Übermaß an Kennzahlen.¹⁹²

Auswahl der Kennzahlen ausgerichtet an den Zielen der KLINIK

Die Anwenderinnen und Anwender sehen daher als Optimierungspotential die Auswahl der Kennzahlen ausgerichtet an den Zielen bzw. Strategie der KLINIK. Die Anwenderinnen und Anwender erhoffen sich für die Zukunft ein strategisches Kennzahlensystem, sehen aber in der Umsetzung Schwierigkeiten, da die Strategiefindung noch nicht abgeschlossen ist. Als Kompromiss sollen die Kennzahlen an Teilzielen ausgewählt werden.¹⁹³

Aufbau des Kennzahlensystems

Die Antworten der Anwenderinnen und Anwender und Erstellerinnen und Ersteller des Kennzahlensystems bezüglich der Optimierung des Kennzahlensystems waren sehr vielseitig und kontrovers. Während ein Teil der Expertinnen und Experten für die Herausnahme des *Modul I: Budgetbetrachtung* plädierte, spricht sich die andere Gruppe für das Beibehalten des Moduls aus.¹⁹⁴

Aufnahme von Monatswerte

Die Aufnahme von Monatswerten wurde als weiterer Aspekt zur Optimierung genannt.¹⁹⁵

¹⁹⁰ Vgl. Experte A (01.04.2015); vgl. auch Experte F (09.04.2015); vgl. auch Experte C (18.03.2015); vgl. auch Experte E; Experte F (18.03.2015); vgl. auch Experte E (24.02.2015); vgl. auch Experte B (25.03.2015); vgl. auch Experte E; Experte F; Experte G (27.03.2015).

¹⁹¹ Vgl. Experte E; Experte F (18.03.2015); vgl. auch Experte D (22.04.2015).

¹⁹² Vgl. (ebd.); Vgl. Experte B (25.03.2015).

¹⁹³ Vgl. Experte A (01.04.2015); vgl. auch Experte C (18.03.2015); vgl. auch Experte B (25.03.2015); vgl. auch Experte E; Experte F; Experte G (27.03.2015); vgl. auch Experte D (22.04.2015).

¹⁹⁴ Vgl. Experte E; Experte F (18.03.2015); vgl. auch Experte E; Experte F; Experte G (27.03.2015).

¹⁹⁵ Vgl. Experte E; Experte F (18.03.2015); vgl. auch Experte E; Experte F; Experte G (27.03.2015).

5.3 Zwischenfazit

Die qualitative Untersuchung hat gezeigt, dass die Optimierungsvorschläge der Anwenderinnen und Anwender die Ergebnisse der Ist-Analyse und der Stärken–Schwächen–Analyse widerspiegeln. Allerdings zeigte sich auch, dass ein gewisser Widerstand gegen eine Veränderung des Kennzahlensystems seitens der Anwenderinnen und Anwender herrscht. Interpretiert werden kann dies in der zunächst generellen und auch natürlichen Abneigung gegen Veränderungen und der Angst, dass die Kennzahlen negative Ergebnisse der Abteilung offenlegen könnten. Es konnten weitere Erkenntnisse für das Ableiten der Handlungsempfehlungen erhoben werden und die bisherigen Annahmen durch die vorangegangenen Analysen bestärkt werden. Auch die Ergebnisse der dritten Forschungsfrage (*Ist eine Anpassung und Ordnung der ausgewählten Kennzahlen [...] nötig?*) können durch die qualitative Datenerhebung bestätigt werden. Durch diese Analysen ist es nun möglich, konkrete Handlungsempfehlungen für die Optimierung des Kennzahlensystems der KLINIK abzuleiten.

6 Handlungsempfehlungen zur Optimierung des Kennzahlensystems der Klinik

Kapitel 4 hat verdeutlicht, dass die Anforderungen an ein Kennzahlensystem aktuell nicht erfüllt sind. Weiter hat die qualitative Untersuchung in dem Kapitel 5 gezeigt, dass auch die Anwenderinnen und Anwender und die Erstellerinnen und Ersteller eine Anpassung des Kennzahlensystems befürworten. Deshalb werden im Rahmen dieser Arbeit Optimierungsmaßnahmen abgeleitet, damit das Kennzahlensystem der KLINIK den Anforderungen an Kennzahlensysteme (siehe Abschnitt 2.4.2) gerecht wird und an die Bedürfnisse der KLINIK angepasst wird. Das Kapitel beinhaltet folglich Optimierungspotentiale zur Auswahl der Kennzahlen sowie zum Aufbau des Kennzahlensystems. Daneben wird die Erhebungsmethodik mit einbezogen, da diese in der Ist-Analyse Auffälligkeiten zeigte. Diese soll aber nicht schwerpunktmäßig betrachtet werden, da dies nicht die primäre Zielsetzung der Arbeit ist.

In der folgenden Tabelle sind die als zweckmäßig beurteilten Optimierungen aufgelistet. Weiter gibt die Spalte 3 *Methodische Grundlage* zusammengefasst an, wie das Optimierungspotential methodisch abgeleitet wurde. Die Tabelle kann weiterhin als Inhaltsverzeichnis der Optimierung dienen.

Bereich	Handlungsempfehlung	Methodische Grundlage
6.1 Auswahl	Zielorientierte Auswahl der Kennzahlen	Literaturrecherche Ist-Analyse Stärken-Schwächen-Analyse Qualitative Untersuchung
	Entwicklung eines Kennzahlenkatalogs	Literaturrecherche Ist-Analyse Stärken-Schwächen-Analyse
6.2. Aufbau	Aufbau des Kennzahlensystems - Konzeptionierung eines strategischen Kennzahlensystems - Strukturieren der Kennzahlen durch deren Zielbeziehungen - Auswahl der Kennzahlenmodule - Gegenüberstellung der Erlös- und Kostenseite	Literaturrecherche Ist-Analyse → Soll (Qualitative Untersuchung) Stärken-Schwächen-Analyse
	Aufbau der Module: - Standardisierte Bezeichnungen - Angabe von Monatswerten je Kennzahl - Definition von Zielwerten - Angabe von Realisierungsmaßnahmen bei Zielabweichung	Literaturrecherche Ist-Analyse Stärken-Schwächen-Analyse
6.3. Vorgehen	Verwendung von Verknüpfungen Vermeidung von Doppelerhebungen	Ist-Analyse Stärken-Schwächen-Analyse

Tabelle 5: Optimierungspotentiale des Kennzahlensystems¹⁹⁶

6.1 Optimierung der Auswahl der Kennzahlen

Die Ist-Analyse hat aufgezeigt, dass die Auswahl des bisherigen Kennzahlensystems der KLINIK nicht zielorientiert erfolgt. Die Stärken-Schwächen-Analyse und die qualitative Datenerhebung zeigten, dass dies das Kennzahlensystem der KLINIK deutlich optimieren würde. Damit die Kennzahlen die in Abschnitt 2.3.3 und Abschnitt 2.4.2 genannten Anforderungen erfüllen, bedarf es einer sorgfältigen Auswahl der mehr als 17.000 existierenden Key Performance Indicators,¹⁹⁷ da der erfolgreiche Einsatz von Kennzahlen nicht von der Quantität, sondern der Qualität der Kennzahlen abhängig ist.¹⁹⁸ Dies entspricht auch den Wünschen der Anwender wie das Interview mit dem Experten C und D zeigte. Auch diese sehen die Gefahr einer Verwirrung bei einer zu großen Anzahl an Kennzahlen.¹⁹⁹

In der Literatur sind zahlreiche Handlungsempfehlungen zu finden, welche die Auswahl von Kennzahlen unterstützen sollen. Hierzu wurde folgende Vorgehensweise entwickelt, welche diese Empfehlungen integriert: Dieses theoretisch entwickelte Konzept wird zur Auswahl von Kennzahlen

¹⁹⁶ Eigene Darstellung.

¹⁹⁷ Vgl. Baroudi, R. (2010), S. IV.

¹⁹⁸ Vgl. Preißler, P. R. (2008), S. 25.

¹⁹⁹ Vgl. Experte B (25.03.2015).

praktisch anhand einer Zielauswahl der KLINIK umgesetzt, damit das Kennzahlensystem an die Anforderungen der Kennzahlensysteme angepasst wird.

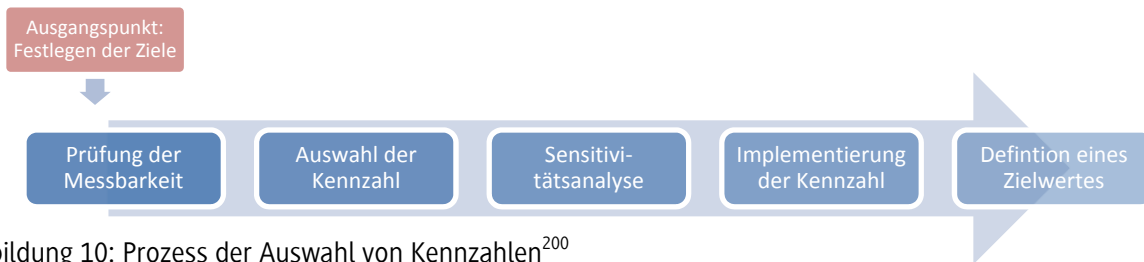


Abbildung 10: Prozess der Auswahl von Kennzahlen²⁰⁰

Die Phase *Festlegen der Ziele* ist **Ausgangspunkt** des Auswahlprozesses und sichert die Ausrichtung des Kennzahlensystems auf die Ziele sowie die Verdichtung auf nachgefragte und benötigte Informationen. Der Auswahlprozess untergliedert sich in fünf Schritte: In **Schritt 1** werden mögliche Kennzahlen gesammelt und durch die Auswahl der Kennzahlen (**Schritt 2**) die Quantität der Kennzahlen reduziert und somit das Kennzahlensystem weiter an die Anforderung der Verdichtung angepasst. Durch eine Sensitivitätsanalyse (**Schritt 3**) wird die Anforderung der Richtigkeit einer Kennzahl garantiert. Die Implementierung der Kennzahl (**Schritt 4**) beinhaltet die Formalisierung sowie Sicherstellung der Datenbasis. Damit leistet sie einen wichtigen Beitrag zur Stetigkeit und Durchgängigkeit der Kennzahlen. Dadurch können zeitliche und objektbezogene Vergleiche ermöglicht werden. Im letzten **Schritt 5** wird ein Zielwert definiert, welcher Soll-Ist-Abgleiche ermöglichen soll und die Zielausrichtung umsetzt.

Ausgangspunkt: Was soll gemessen werden?

Die Ziele der KLINIK, die den Bereich des Erlöscontrollings betreffen, wurden mittels der Ergebnisse der Expertengespräche sowie der Sekundäranalyse schriftlicher Zielvereinbarungen zusammengetragen. Die den Zielen zugeordneten Kennzahlen werden im Folgenden durch die **Schritte 1 bis 5** des oben genannten Verfahrens ausgewählt.

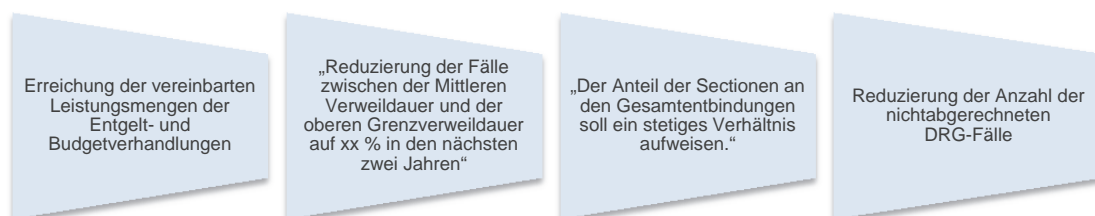


Abbildung 11: Ziele der Klinik im Bereich des Erlöscontrollings²⁰¹

²⁰⁰ Eigene Darstellung. Datenquelle: Lelke, F. (2010), S. 57; Horváth & Partners (2007), S. 202 ff.; Gleich, R. (2011), S. 307.

²⁰¹ Eigene Darstellung. Datenquelle: Experte A (01.04.2015), S. 2; Kreis in Baden-Württemberg (Hrsg.) (2013), S.1; vgl. Experte E; Experte F (18.03.2015); Experte E; Experte F; Experte G (27.03.2015), S. 1; Experte B (25.03.2015), S. 1. Aus Datenschutzgründen wurden die Ziele verändert.

Ziel 1: Erreichung der vereinbarten Leistungsmengen

Das erste Ziel des Erlöscontrollings ist die Erreichung der vereinbarten Leistungsmengen im Rahmen der Entgelt- und Budgetverhandlungen, um Abschläge zu verhindern. Zunächst gilt zu klären, ob das Ziel messbar ist.²⁰²

➤ Schritt 1: Prüfung der Messbarkeit

Mittels der Ergebnisse der Ist-Analyse wurde eine Aufstellung aller denkbaren Kennzahlen zur Messung des Ziels erarbeitet. Diese Aufstellung befindet sich aufgrund der umfassenden Größe im Anhang (Nr. 8 und Nr. 8/1) und ist Grundlage der Auswahl der Kennzahlen, welche entsprechend nach der Herkunft geordnet wurden.²⁰³

➤ Schritt 2: Auswahl der Kennzahlen

Aus der Vielzahl der möglichen Kennzahlen empfiehlt Horváth & Partners sich auf maximal drei Kennzahlen zu beschränken. Im Optimalfall genüge jedoch eine Kennzahl.²⁰⁴ Da das Ziel *Erreichung der vereinbarten Leistungsmengen* zu umfassend, ist um es auf drei Kennzahlen zu beschränken, wurde es in Teilziele zerlegt. Dieses Vorgehen bestätigt auch Horváth & Partners in der Praxis.²⁰⁵ Das Ziel *Erreichung der Leistungsmengen der Entgelt- und Budgetverhandlungen* lässt sich in folgende Teilziele²⁰⁶ gliedern:

1. Einhalten des vereinbarten DRG-Budget
2. Einhalten der vereinbarten Fallzahlen
3. Einhalten der vereinbarten Relativgewichte (effektiv)
4. Einhalten des vereinbarten Case Mix Index (CMI)

Die Auswahl der Kennzahlen hat ergeben, dass die bisherigen Kennzahlen weiterhin zur Messung des Ziels *Einhalten der vereinbarten Leistungsmengen* im Kennzahlensystem enthalten bleiben, da diese der betrieblichen Steuerung dienen und von den Anwenderinnen und Anwendern des Kennzahlensystems akzeptiert werden.²⁰⁷ Die Bedeutung dieser Kennzahlen zeigt sich neben den Ergebnissen der Gruppendiskussionen und der Experteninterviews auch in der Häufigkeit der Verwendung der Kennzahlensysteme in anderen Krankenhäusern, wie die in Abschnitt 2.5 genannte Studie aufgezeigt hat. So ist die Kennzahl CM/CMI und die Fallzahl unter den Top 10 der Finanzkennzahlen in Krankenhäusern.²⁰⁸

²⁰² Vgl. Horváth & Partners (2007), S. 203.

²⁰³ Vgl. (ebd.), S. 205.

²⁰⁴ Vgl. (ebd.), S. 207.

²⁰⁵ Vgl. (ebd.), S. 207.

²⁰⁶ Die Ziele weisen einen Zusammenhang untereinander auf, siehe Abschnitt 6.2.

²⁰⁷ Vgl. Experte B (25.03.2015), vgl. auch Experte A (01.04.2015), vgl. auch Experte E; Experte F (18.03.2015).

²⁰⁸ Vgl. Zapp, W.; Oswald, J., Karsten, E. (2010), S 40.

Folglich sollten die Kennzahlen *DRG-Budget*, *Fallzahl*, *Relativgewicht* und *CMI* im Reporting enthalten sein, da diese zu den wichtigsten Kennzahlen im Bereich des Erlöscontrollings zählen und das zu Messende erheben, nämlich die Erreichung der vereinbarten Leistungsmengen. Die untenstehende Tabelle zeigt die Kennzahlen, welche zur Messung des Ziels *Erreichung der vereinbarten Leistungsmengen* ausgewählt wurden. Es wurden die absoluten Differenzen aus dem Kennzahlensystem genommen, da diese allein keine Aussagekraft besitzen. Die prozentualen Abweichungen wurden dafür beibehalten, da diese, wie in Abschnitt 2.3.1 aufgezeigt, Fehlinterpretationen vermeiden und das Ziel messen. Beispielsweise bedeutet ein Wert von 0% der Kennzahl *Fallzahl – Abweichung prozentual (Ist/Soll)*, dass die tatsächliche Fallzahl die der vereinbarten entspricht und somit das Ziel erreicht wurde. Um aber weiterhin den Anwendern des Kennzahlensystems konkrete Zahlen zu liefern, werden die AK im Bereich des DRG-Budget, Fallzahl, Relativgewichte und CMI beibehalten. Dies entspricht auch den Empfehlungen der Literatur, relative Zahlen immer in Bezug zu absoluten zu setzen, um Fehlinterpretationen zu vermeiden (siehe Abschnitt 2.3.1). Die dazu ausgewählten Kennzahlen befinden sich in dem entwickelten Kennzahlenkatalog (siehe Anhang Nr. 9 bis 9/4) sowie zusammengefasst in der untenstehenden Tabelle.

Teilziel	Kennzahlen
Erreichung des vereinbarten DRG-Budget	DRG-Budget, vereinbart
	DRG-Budget Abweichung, prozentual
Erreichung der vereinbarten Fallzahl	Fallzahl
	Fallzahl Abweichung, prozentual
Erreichung der vereinbarten Relativgewichte, effektiv	Relativgewichte Ist
	Relativgewichte Abweichung, prozentual
Erreichung des vereinbarten Case Mix Index (CMI)	CMI Ist
	CMI Abweichung, prozentual

Tabelle 6: Kennzahlen des Ziels *Erreichung der vereinbarten Leistungsmengen*²⁰⁹

Schritt 3: Sensitivitätsanalyse

Im nächsten Schritt wird geprüft, ob die Kennzahlen das zu Erhebende korrekt messen und somit die Kennzahlen die in Abschnitt 2.3.3 genannte Anforderung der *Richtigkeit* erfüllen.

Das momentane Kennzahlensystem hinterlegt die Soll-Werte der Budget- und Entgeltverhandlungen des Vorjahrs als Zielwert, bis die Zielwerte in der Budget- und Entgeltverhandlung des laufenden Jahrs erfolgreich festgelegt wurden. Demnach werden hier Schein-Zielwerte angewandt, da der Aus-

²⁰⁹ Eigene Darstellung.

gang der Budget- und Entgeltverhandlungen ungewiss ist.²¹⁰ Die Abweichung der *Ist- und Soll-Werte* kann demnach nicht korrekt ermittelt werden. Hierauf ist im Bericht hinzuweisen und kann beispielsweise in Form einer Fußnote realisiert werden, um Fehlinterpretationen und Fehleinschätzungen zu vermeiden. Eine andere Alternative ist das Schätzen der neuen Zielwerte, also den Ausgang der Budget- und Entgeltverhandlungen. Dies ist aber wieder mit großer Unsicherheit versehen. Durch die Kombination eines Schätzwertes mit der Angabe der Annahmen in Form einer Fußnote kann die Wahrscheinlichkeit für Fehlinterpretationen und Fehleinschätzungen gemindert werden, da die Anwenderinnen und Anwender über die Herkunft der Sollwerte aufgeklärt werden.

Weiter handelt es sich bei den Berechnungen der Fallzahl, der Relativgewichte, des CMI und der Budget-Erlöse nur um Schätzwerte, da die Prüfungen durch den MDK zum Beispiel zu Fallzusammenführungen oder zu Änderungen der abzurechnenden DRG-Fälle führen können. Demnach sind auch die Ist-Werte mit Unsicherheit versehen. Um diese Unsicherheit in dem bisherigen Kennzahlensystem auszudrücken, wird weiterhin die Einführung einer MDK-Prüfquote empfohlen, da besonders zu Jahresende häufig Kürzungen erfolgen. Durch das Nichtbeachten des MDK werden sonst die Werte unterjährig zu positiv dargestellt.²¹¹

➤ **Schritt 4: Implementierung der Kennzahlen**

Der Auswahl der Kennzahlen folgt die Implementierung der Kennzahlen. Hierzu muss die Kennzahl formalisiert sowie auf Verfügbarkeit überprüft werden.²¹² Da die Kennzahlen aber bereits in dem Kennzahlensystem implementiert sind, ist diese Phase an dieser Stelle nicht weiter auszuführen. Die festgelegten Kennzahlen werden fortan in einem Kennzahlenkatalog zusammengefasst, welcher sich im Anhang befindet, wodurch das Kennzahlensystem weiter optimiert wird. Die *Richtigkeit*, *Klarheit* und *Vollständigkeit* der Kennzahlen sowie Fehleinschätzungen und Fehlinterpretationen können so vermieden werden und eine Ausrichtung auf das Ziel sowie die Möglichkeit zeitlicher bzw. objektbezogener Vergleiche können so durch das Kennzahlensystem gesichert werden (siehe Abschnitt 2.3.3 und 2.4.2).

➤ **Schritt 5: Festlegen der Zielwerte**

Nach der Implementierung der Kennzahlen sind Zielwerte festzulegen. In diesem Fall sind diese durch die Budget- und Entgeltverhandlungen gegeben. Aus Sicht der Anwenderinnen und Anwender ist eine Punktlandung zu erzielen also die Abweichung gegen 0% zu erzielen, um Mehr- bzw. Mindererlösausgleiche zu vermeiden. Die Zielwerte der absoluten Kennzahlen DRG-Budget, Fallzahl, Relativgewicht und Case Mix Index (CMI) sind durch die Ergebnisse der Budgetverhandlungen defi-

²¹⁰ Vgl. Experte E; Experte F; Experte G (27.03.2015).

²¹¹ Vgl. Experte E; Experte F (18.03.2015).

²¹² Vgl. Horváth & Partners (2007), S 207 f.

niert. Allerdings sind Analysen vorzunehmen, welche saisonale Schwankungen berücksichtigt und so die Zielwerte genauer bestimmt.²¹³

Ziel 2: Reduzierung der Fälle zwischen der Mittleren Verweildauer und der oberen Grenzverweildauer auf xx % in den nächsten zwei Jahren

Der Betriebsleitung der KLINIK wurde durch einen Maßnahmenkatalog folgende Zielsetzung gegeben: *Reduzierung der Fälle zwischen der Mittleren Verweildauer und der Oberen Grenzverweildauer auf xx % in den nächsten zwei Jahren.* Diese Anforderung sollte umgesetzt worden sein, was jedoch bis zum jetzigen Stand nicht erreicht werden konnte. Die Fälle sind für die KLINIK nicht erlösbringend, da hier zwar die volle DRG abgerechnet werden kann, aber die anfallenden Kosten nicht durch die DRG gedeckt werden. Das heißt durch die Überschreitung der mittleren Verweildauer liegen diese Fälle im Ergebnis über dem Break-Even-Point.²¹⁴ Aus diesem Grund wird die zuvor genannte Zielsetzung weiterhin durch die KLINIK versucht umzusetzen.

Eine Messzahl, welche eine betriebliche Steuerung der Verweildauer zulässt, ist in dem bisherigen Kennzahlensystem nicht enthalten. Lediglich einmalig wurde durch eine externe Unternehmensberatung eine Ist-Analyse der Verweildauern vorgenommen. Eine betriebliche Steuerung ist faktisch also nicht möglich. Auch aus Sicht der Anwenderinnen und Anwender wird der Wunsch kommuniziert eine Kennzahl aus dem Berichtswesen zu erhalten, um die Zielerreichung betrieblich zu steuern. Aus diesem Grund wird die Integration einer Kennzahl befürwortet, welche eine Steuerung der Zielerreichung bezüglich der Verweildauer zulässt. Hierzu wurde wieder im ersten Schritt eine Analyse der denkbaren Kennzahlen erstellt.

Schritt 1: Prüfung der Messbarkeit

Die untenstehende Abbildung gibt einen Überblick über die möglichen Kennzahlen zur Messung des Ziels, welche auf Basis der Ergebnisse der Ist-Analyse erstellt wurde:

²¹³ Vgl. Hecht, L.; Schlepper, J. (2002), S 56; vgl. auch § 11 KHEntgG.

²¹⁴ Bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer kommt es zu einem Abschlag der DRG. Vgl. Seelos, H.-J. (2008), s.v. Abschlag. Hier muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass eine Verweildauersteuerung im Sinne eines Case-Managements und Entlassmanagements zu erfolgen hat und Patienten nicht deshalb entlassen werden, weil sie über der mittleren Verweildauer liegen.

Systembasierte Messgrößen	Studienbasierte Messgrößen
<ul style="list-style-type: none"> • Verweildauer (Monat) (Durchschnitt) • Kurzlieger (Tage) • Langlieger (Tage) • Normallieger (Tage) • Tage (Gesamt) • Verweildauer (Tage) • Kurzlieger (Fälle) • Normallieger (Fälle) • Fälle (Gesamt) • Verweildauer (Fälle) Verweildauer exklusiv • Verweildauer inklusiv • Verweildauer Patient, durchschnittlich • Verweildauer Fall, durchschnittlich • Patienten unter 24 Std. • Patienten unter 48 Std. • Patienten unter 72 Std. • Patienten unter 96 Std. • Entlassungen 1 - Tagespatienten • Entlassungen 2 - Tagespatienten • Entlassungen 3 - Tagespatienten • Entlassungen 4- Tagespatienten • Berechnungstage • Pflegetage • nachrichtliche Belegungstage (Fälle insgesamt) • nachrichtlich: Vwd (Fälle insgesamt) • Fälle (Normallieger) (Anzahl) • Tage (Normallieger) (Anzahl) • Kurzliegerfälle (Kurzlieger) (Anzahl) • Fälle mit uGVD-Abschlag (Kurzlieger) (Anzahl) • Langliegerfälle (Langlieger) (Anzahl) • Tage mit oGVD-Zuschlag (Langlieger) (Anzahl) • Berechnungstage je Einzugsgebiet • Pflegetage je Einzugsgebiet • Verweildauer je Einzugsgebiet 	<ul style="list-style-type: none"> • INLI2 (MVD-OGVD) (Tage) • INLI1 (UGVD-MVD) (Tage) • INLI2 (Fälle) • INLI1 (Fälle) • INLI2 (Fälle) je Fachabteilung / Gesamt je Fachabteilung • INLI1 (Fälle) je Fachabteilung / Gesamt je Fachabteilung • Kurzlieger (Fälle) je Fachabteilung / Gesamt je Fachabteilung • Langlieger (Fälle) je Fachabteilung / Gesamt je Fachabteilung • Normallieger (Fälle) je Fachabteilung / Gesamt je Fachabteilung • INLI2 (Fälle) gesamt / Gesamt gesamt • INLI1 (Fälle) gesamt / Gesamt gesamt • Kurzlieger (Fälle) gesamt / Gesamt gesamt • Langlieger (Fälle) gesamt / Gesamt gesamt • Normallieger (Fälle) gesamt / Gesamt gesamt • Verweildauer (Monat) (Durchschnitt) • Verweildauer (aufgelaufen) (Durchschnitt)

Abbildung 12: Kennzahlen zur Verweildauersteuerung²¹⁵

Schritt 2: Auswahl der Kennzahlen

In der KLINIK wurde bereits durch eine externe Unternehmensberatung ein Kennzahlenmodell zur Überprüfung der Verweildauern erhoben. Dieses hat sich in einem Pre-Test als zweckmäßig erwiesen. Ebenso bestätigte der Pre-Test, dass diese Kennzahlen das zu Erhebende messen.

Als besonders zielführend hat sich dabei die Kennzahl *INLI2 (Fälle)/Gesamt* erwiesen, welche den Anteil der Fälle an der Gesamtzahl der Fälle angibt, welche zwischen der mittleren und oberen Verweildauer liegen. Daneben soll die Kennzahl *INLI2 (Fälle) je Fachabteilung/Gesamt je Fachabteilung* in das Kennzahlensystem aufgenommen werden, da diese eine Verweildauersteuerung innerhalb der einzelnen FA zulässt. Generell sind diese Kennzahlen aber als eine anzusehen, da es sich hierbei nur um eine Abwandlung des Erhebungsbereichs handelt. Um die Anforderung an eine adäquate Bezeichnung (siehe Abschnitt 2.3.3.) zu erfüllen wurden die Bezeichnungen standardisiert und abgeändert. Die Bezeichnung ist im Kennzahlenkatalog festgehalten (siehe Anhang Nr. 9 bis 9/4).

²¹⁵ Eigene Darstellung.

Schritt 3: Sensitivitätsanalyse

In dieser Phase gilt zu prüfen, ob die ausgewählten Kennzahlen das messen, was gemessen werden soll. Da die Kennzahlen dies in einem Pre-Test bereits bestätigt haben, ist eine erneute Prüfung nicht notwendig.

Schritt 4: Implementierung der Kennzahlen

Nach der Auswahl der Kennzahlen empfiehlt sich die Implementierung der Kennzahlen. Hierzu muss die Kennzahl formalisiert sowie auf Verfügbarkeit überprüft werden.²¹⁶ Die Formalisierung wurde in den vorherigen Abschnitten bereits erläutert sowie die Verfügbarkeit in der Ist-Analyse überprüft. Die Ergebnisse werden in der untenstehenden Tabelle zusammengefasst. Im Rahmen der Implementierung wurden die Kennzahlen ebenso in dem im Anhang (Nr. 9 bis 9/4) befindlichen Kennzahlenkatalog aufgenommen. Es wird hierdurch eine adäquate Bezeichnung, korrekte Formalisierung, Standardisierung des Erhebungszeitraumes bzw. -zeitpunktes sowie eine verfügbare Datenbasis gesichert, was die Anforderungen an Kennzahlen erfüllt (siehe Abschnitt 2.3.3).

Kennzahl	Formalisierung	Verfügbarkeit	
Anteil Inlieger 2 Gesamthaus	$x = \left(\frac{INLI2 (Fälle)}{Gesamt\ gesamt} \right) * 100\%$ <p>Die Kennzahl beschreibt die Anzahl der Fälle, welche zwischen der mittleren Verweildauer und der oberen Grenzverweildauer liegen an der Gesamtzahl der Fälle des Gesamthauses.</p>	Datenpool: Handlungsbedarfsliste Fallpauschalenkatalog ²¹⁷ Entwicklung CMI VWD-Statistik Vorlage	✓ ✓ ✓ ✓
Anteil Inlieger 2 Medizinische Fachabteilung	$x = \left(\frac{INLI2 (Fälle)}{Gesamt\ je\ Fachabteilung} \right) * 100\%$ <p>Die Kennzahl beschreibt die Anzahl der Fälle einer FA, welche zwischen der mittleren Verweildauer und der oberen Grenzverweildauer liegen an der Gesamtzahl der Fälle einer FA.</p>	Datenpool: Handlungsbedarfsliste Fallpauschalenkatalog ²¹⁸ Entwicklung CMI VWD-Statistik Vorlage	✓ ✓ ✓ ✓

Tabelle 7: Implementierung der Kennzahlen des Moduls *Verweildauer*²¹⁹

Schritt 5: Festlegen des Zielwertes

Neben der Implementierung sind Zielwerte durch die Betriebsleitung vorzugeben.²²⁰ Da die KLINIK ein Eigenbetrieb ist, sind diese bereits durch deren Träger festgelegt. Die Betriebsleitung kann je-

²¹⁶ Vgl. Horváth & Partners (2007), S 207 f.

²¹⁷ Vgl. § 9 (1) KHEntG.

²¹⁸ Vgl. (ebd.).

²¹⁹ Eigene Darstellung.

doch für einzelne Zeitabschnitte realistische Zwischenzielwerte setzen, um das Ziel langfristig zu erreichen. Weiter können für die unterschiedlichen FA andere Zielwerte festgelegt werden. Dies gilt es in den nächsten Strategierunden zusammen mit den Chefärztinnen und -ärzten und Betriebsleitung zu diskutieren und schriftlich festzulegen.

Zusammengefasst ist durch das ausgewählte Kennzahlengespann im Bereich der Verweildauer eine Steuerung des Ziels im Sinne einer Verweildauersteuerung möglich, was die Betriebsleitung der KLINIK aufgrund der Strukturen des Gesundheitswesens und der Krankenhausfinanzierung zwingend fordert.²²¹

Ziel 3: Der Anteil der Sektionen an den Gesamtentbindungen soll ein stetiges Verhalten aufweisen.

Die Ist-Analyse hat weiter aufgezeigt, dass innerbetrieblich das Ziel festgelegt wurde, das Verhältnis zwischen normalen Entbindungen und Kaiserschnitten auf einem konstanten Niveau zu halten. Wie im Abschnitt 3.4.5 dargestellt, ist bereits eine Statistik geführt worden, welche den Anteil der Sectio caesarea an der Gesamtzahl der Entbindungen aufzeigt. Diese wurde monatlich an den Krankenhausdirektor kommuniziert, der bei Auffälligkeiten intervenierte. Aber ab Bestehen als Hauptabteilung ist eine Fortführung dieses Verfahrens nicht mehr zu verzeichnen, da die Statistik aufgrund einer personellen Umstrukturierung nicht mehr angefordert wurde. Zwar sind die Gynäkologie und Frauenheilkunde Hauptabteilungen, werden aber praktisch weiterhin nach dem Belegarztsystem geführt.

Aus diesem Grund ist der Anteil der Kaiserschnitte weiter betrieblich zu überwachen und auch zu steuern, um MDK-Anfragen und eventuelle Kürzungen zu vermeiden. In den Gruppendiskussionen der Abteilung FCPA wurde demnach einvernehmlich festgelegt, dass diese Kennzahlen in das Kennzahlensystem integriert werden sollen. Zwar sind die Gynäkologinnen und Gynäkologen nicht Zielgruppe der Strategierunde und des Kennzahlensystems, aber die FA ist innerhalb dieses Kennzahlensystems enthalten. Verantwortlich für dieses Modul ist demnach die Krankenhausdirektion, welche die betriebliche Steuerung zu verantworten hat und bei Bedarf den Bericht an die Gynäkologen weiterleitet.

Schritt 1: Messbarkeit prüfen

Nachdem die Aufnahme dieses Ziels in Form von Kennzahlen in das Kennzahlensystem festgelegt wurde, ist die Auswahl der Kennzahl zu treffen. Wieder gibt es zahlreiche Möglichkeiten, das Ziel

²²⁰ Vgl. Horváth & Partners (2007), S. 214.

²²¹ Vgl. auch Experte E; Experte F (18.03.2015).

eines stetigen Verhältnisses zwischen vaginalen Entbindungen und Sectio caesarea in Kennzahlen auszudrücken.

Einige dieser in der untenstehenden Abbildung gesammelten Kennzahlen können nach näherer Betrachtung herausgefiltert werden, da diese nicht das eigentliche Ziel ausdrücken.

Systembasierte Messgrößen	Studienbasierte Messgrößen
<ul style="list-style-type: none"> • Haupteingriffe je OPS • Haupteingriffe mit weiterer OP je OPS • Pat.Ges. je DRG • Operierte Pat. Ges. je DRG • 0-4 J (Patienten im Alter von 0-4 Jahren mit der Diagnose) • 15-44 J (Patienten im Alter von 15-44 Jahren mit der Diagnose) • 45-64J (Patienten im Alter von 45-64 Jahren mit der Diagnose) • 65-74 J (Patienten im Alter von 65-74 Jahren mit der Diagnose) • 75-84J (Patienten im Alter von 75-84 Jahren mit der Diagnose) • 85+ J (Patienten im Alter von 85+ Jahren mit der Diagnose) • op. P. (0-4 J) (Patienten im Alter von 0-4 Jahren mit der Diagnose , die operiert wurden) • op. P. (15-44 J) (Patienten im Alter von 15-44 Jahren mit der Diagnose, die operiert wurden) • op. P. (45-64 J) (Patienten im Alter von 45-64 Jahren mit der Diagnose, die operiert wurden) • op. P. (65-74 J) (Patienten im Alter von 65-74 Jahren mit der Diagnose, die operiert wurden) • op. P. (75-84J) (Patienten im Alter von 75-84 Jahren mit der Diagnose, die operiert wurden) • op. P. (85+ J) (Patienten im Alter von 85+ Jahren mit der Diagnose, die operiert wurden) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sectio (DRG) • Anteil Sectio an Gesamtentbindungen • DRG Neugeborene • Anteil normale Entbindung an Gesamtentbindungen • normale Entbindung (DRG) • Sectio caesarea aktuelles Jahr - Sectio caesarea Vorjahr • Summe Sectio caesarea aktuelles Jahr - Sectio caesarea Vorjahr • Vaginale Entbindung aktuelles Jahr - Vaginale Entbindung Vorjahr • Gesamt (Entbindungen) aktuelles Jahr - Gesamt (Entbindungen) Vorjahr

Abbildung 13: Kennzahlen zur Steuerung des Anteils der Sektionen²²²

Schritt 2: Auswahl der Kennzahlen

Am besten eignet sich die Kennzahl Anteil Sectio an Gesamtentbindungen, da diese das prozentuale Verhältnis der Sektionen an den Gesamtentbindungen mathematisch ausdrückt. Um aber die Entwicklung widerzuspiegeln, bedarf es einer weiteren Kennzahl. Diese wurde in den bisherigen Statistiken der KLINIK nicht erhoben. Die Entwicklung wurde bisher in absoluten Differenzen wiedergegeben. Allerdings sagt eine absolute Differenz nichts über das Verhältnis aus. Würden im laufenden Jahr beispielsweise fünf Sektionen mehr durchgeführt werden als im Vorjahr, während aber gleichzeitig eine Steigerung von fünf vaginalen Entbindungen zu verzeichnen ist, bliebe die Entwicklung konstant. Erhalten die Anwenderinnen und Anwender nur die Informationen, dass die Summe der Sectio um den Wert 5 angestiegen ist, macht dies den Anschein, dass der Anteil gestiegen ist. Folglich wird anstelle absoluter Differenzen die folgende Kennzahl empfohlen:

²²² Eigene Darstellung.

Anteil Sectio an Gesamtentbindungen (Entwicklung)
 = Anteil Sectionen an Gesamtentbindungen aktuelles Jahr
 – Anteil Sectionen an Gesamtentbindungen Vorjahr

Formel 3: Anteil Sectio an Gesamtentbindungen (Entwicklung)²²³

Diese Kennzahl drückt mathematisch die Entwicklung des Anteils der Kaiserschnitte an Gesamtentbindungen aus und wird demnach für die Zielbeschreibung in das Kennzahlensystem integriert. Davor bedarf es aber der Sensitivitätsanalyse und der Implementierung.

Schritt 3: Sensitivitätsanalyse

Die Überprüfung der Abweichung des Messergebnisses durch die Eingangsbedingungen hat ergeben, dass die Kennzahlen das zu Erhebende messen. Es kommt zu geringen Abweichungen durch nicht codierte Fälle. Durch die Prozessoptimierungen in der KLINIK werden die Fälle zukünftig fallbezogen codiert und so die Sensitivität langfristig gesichert.

Schritt 4: Implementierung der Kennzahlen

Kennzahl	Formalisierung	Verfügbarkeit	
Anteil Sectionen an Gesamtentbindungen	$= \frac{\text{Sectio (DRG)}}{\text{Entbindungen (Gesamt)}} * 100$	Datenpool: Handlungsbedarfsliste Geburtenstatistik Vorlage	 ✓ ✓
Anteil Sectionen an Gesamtentbindungen (Entwicklung)	= Anteil Sectionen an Gesamtentbindungen aktuelles Jahr – Anteil Sectionen an Gesamtentbindungen Vorjahr	Datenpool: Handlungsbedarfsliste	✓

Tabelle 8: Implementierung der Kennzahlen des Moduls *Sectio caesarea*²²⁴

Tabelle 8 zeigt, dass die Kennzahl Anteil Sectio an Gesamtentbindungen aus der Geburtenstatistik entnommen wurde. Hier werden weitere Kennzahlen erhoben wie das Geschlechterverhältnis der Neugeborenen etc. Diese sind nicht mehr zu erheben, da sie nicht zur betrieblichen Steuerung dienen und so nur unnötig die Personalressource belasten. Auch bei diesem Ziel wurden die Kennzahlen in den Kennzahlenkatalog (Anhang Nr. 9 bis 9/4) integriert.

Schritt 5: Festlegen der Zielwerte

Im letzten Schritt wird der Zielwert festgelegt. Die Ist-Analyse hat aufgezeigt, dass dieser bisher nicht existiert. Mündlich wurde ein stetiges Verhältnis kommuniziert. Dieser ist in prozentualer Form

²²³ Eigene Erhebung.

²²⁴ Eigene Darstellung.

mit Berücksichtigung einer Toleranzzone von der Betriebsleitung festzulegen. Denkbar ist auch das Heranziehen von Vergleichsdaten aus der Krankenhausstatistik oder des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).

Ziel 4: Reduzierung der Anzahl der nicht abgerechneten DRG-Fälle

Die qualitative Untersuchung hat aufgezeigt, dass im Rahmen der Umstrukturierungen der Abteilung Codierung eine Prozessoptimierung an den Schnittstellen erreicht werden soll. Die Anzahl der nicht abgerechneten DRG-Fälle soll durch eine fallbegleitende Codierung gesenkt werden, da diese für das Haus Liquiditätsengpässe bedeuten. Folglich gilt es eine Kennzahl in das Kennzahlensystem aufzunehmen, welche die Zielerreichung überwachen soll (siehe Abschnitt 2.3.3 Anforderung an Kennzahlen).²²⁵

Aufgrund des Finanzierungssystems der Krankenhäuser sind weitere Kennzahlen von erheblicher Bedeutung, um die Kodierqualität der KLINIK zu messen und zu steuern. Denkbar ist hier z.B. der Indikator *Anzahl der Nebendiagnosen*. Allerdings soll hierzu ein eigenes Kennzahlengefüge im Sinne einer strategischen Einheit gebildet werden, da die Kodierung einen erheblichen Einfluss auf den Erfolg der KLINIK nimmt. Daneben ist die Kodierung ein umfassendes Ursache-Wirkungsgefüge, welches vielseitiger Analysen bedarf. Zu nennen ist hier z.B. die Dokumentation der Pflege und der Ärzteschaft. Damit aber die Anforderung *Vermeidung von Fehleinschätzungen und Fehlinterpretationen* des Kennzahlensystem dem somatischen PM gerecht wird, wird die Aufnahme einer Kennzahl für das Kennzahlensystem der KLINIK befürwortet, welche den Chefärztinnen und -ärzten und der Betriebsleitung die Anzahl der nicht abgerechneten DRG-Fälle verdichtet darstellt. Begründet wird dies darin, dass nicht abgerechnete Fälle die Ist-Zahlen des Relativgewichts, damit des CMI und auch des DRG-Budgets, beeinflussen. Somit kann auch die Anforderung an einer Abbildung von Zusammenhängen verbessert werden.

Schritt 1: Prüfung der Messbarkeit

Kennzahlen zur Messung der Anzahl der nicht abgerechneten Kennzahlen konnten in der Ist-Analyse bisher nicht ermittelt werden. Aus diesem Grund wurde die betreffende Abteilung *Kodierung* sowie *Stationäre Leistungsabrechnung* auf Statistiken untersucht und mittels Sekundäranalyse ausgewertet. Durch eine systematische Literaturrecherche werden denkbare Kennzahlen erhoben, die im Anhang (Nr. 8/2) zusammengefasst sind. Es wurde weiterhin ein offenes Expertengespräch geführt, um weitere Primärdaten zu erheben.²²⁶

²²⁵ Vgl. Experte A (01.04.2015).

²²⁶ Vgl. Experte I (24.04.2015).

Schritt 2: Auswahl der Kennzahlen

Die Auswahl der Kennzahl basiert auf dem Ziel, welches gemessen und gesteuert werden soll: Reduzierung der Anzahl der nicht abgerechneten Fälle. Folglich wird die Kennzahl *Anteil nicht abgerechneter Fälle an Gesamtzahl entlassener Patienten* ausgewählt, da diese das zu Messende erhebt. Die sonstigen Kennzahlen erheben zusätzliche Daten, wie z.B. Anzahl der offenen Fälle, davon DRG-LIVE, welche angibt wie viele Fälle nicht abgerechnet sind, da sie in der Prüfung sind. Diese eignen sich daher nicht für das Messen des Erhebungsziels.²²⁷

Schritt 3: Sensitivitätsanalyse

Es ist davon auszugehen, dass die Datenbasis aus dem KIS die korrekten Daten zu dem Status der Fälle ausgibt.²²⁸ Die Formel wurde in einem Pre-Test auf Richtigkeit überprüft, somit ist die Sensitivität gesichert. Durch die schriftliche Festlegung der Formel im Kennzahlenkatalog wird die *Richtigkeit* weiter gesichert.

Schritt 4: Implementierung der Kennzahlen

Zur Implementierung wird eine adäquate Bezeichnung (siehe Abschnitt 2.3.3) und eine Formalisierung sowie Verfügbarkeitsprüfung der Datenbasis vorgenommen. Zudem wurde die Kennzahl in den Kennzahlenkatalog integriert, wodurch die Anforderungen an Kennzahlen (siehe Abschnitt 2.3.3) weiter erfüllt werden. Die Kennzahl kann über das KIS erhoben werden. Datengrundlage ist eine benutzerdefinierte Handlungsbedarfsliste. Der Erhebungszeitraum für das Kennzahlensystem ist ein Monat. Allerdings ist zu empfehlen die Kennzahlen zusätzlich wöchentlich zu erheben, aber nur an die Leitung der Abteilung FCPA und den Krankenhausdirektor zu kommunizieren. Bei Abweichungen kann so schnell interveniert werden. Eine Zeitspanne von einem Monat ist im Bereich der Kodierung als zu lang zu bewerten. Das Ziel dieser Kennzahl in dem Kennzahlenkatalog ist es aber, das Risiko einer Fehleinschätzung und Fehlinterpretation zu vermindern sowie die Zusammenhänge besser zu beleuchten. Hierfür ist es ausreichend, die Kennzahl monatlich zu kommunizieren, um die Informationen auf benötigte und nachgefragte zu verdichten. Die Kennzahl ist zukünftig auch in das Kennzahlensystem der strategischen Geschäftseinheit *Kodierung* zu integrieren und hier wöchentlich zu adressieren. Allerdings ist auf einen regelmäßigen Erhebungszeitraum zu achten, vorzugsweise am Donnerstag, da hier alle Abrechnungen in der KLINIK vorgenommen werden. Durch die Standardisierung ist die *Richtigkeit*, *Stetigkeit* und *Durchgängigkeit* an Kennzahlen erfüllt (Abschnitt 2.3.3).

²²⁷ Vgl. (ebd.); Vgl. auch Klinik (Hrsg.) (2015n).

²²⁸ Vgl. Experte I (24.04.2015).

Kennzahl	Formalisierung	Verfügbarkeit
Anteil nicht abgerechneter Fälle an Gesamtzahl entlassener Patienten	= $\frac{(\text{Anzahl entlassener Patienten} - \text{Anzahl abgerechneter Fälle})}{(\text{Anzahl entlassener Patienten})} * 100$	Handlungsbedarfsliste ✓

Tabelle 9: Implementierung der Kennzahl zur Messung des Ziels *Reduzierung der Anzahl der nicht abgerechneten DRG-Fälle*

Schritt 5: Festlegen der Zielwerte

Eine Ist-Analyse über einen Zeitraum von zwei Monaten hat ergeben, dass die prozentualen Anteile der nicht abgerechneten Fälle in den einzelnen MFA sehr unterschiedlich ausfallen.²²⁹ Es sind Zielwerte anhand dieser Vergangenheitswerte festzulegen, um realistische Ziele für die einzelnen Bereiche zu definieren. Dies ist fortan Aufgabe der Betriebsleitung zusammen mit der Leitung der Abteilung FCPA und der Leitung der Abteilung Abrechnungsmanagement. Die Ist-Analyse ist hierbei als Datengrundlage hinzuzuziehen.

Ein Zielwert von 0 % ist beispielsweise nicht realistisch umsetzbar, da verschiedene Gegebenheiten eine sofortige Abrechnung bei Entlassung der Patienten nicht ermöglichen. Als Beispiel kann genannt werden, dass es bei Zusatzentgelten häufig zu Verzögerungen kommt, der Versichertenstatus noch unklar ist oder die KLINIK noch keine Kostenübernahme seitens des Kostenträgers erhalten hat.²³⁰ Folglich müssen für die einzelnen MFA individuelle Zielwerte festgelegt werden, da z.B. der Anteil der verwendeten Zytostatika etc. (Zusatzentgelte) in den MFA unterschiedlich ist.

Im Rahmen der Auswahl der Kennzahlen wurde das Optimierungspotential *Implementierung eines Kennzahlenkatalogs* bereits umgesetzt. Im folgenden Abschnitt soll kurz erläutert werden, welche Vorteile aus diesem resultieren.

Implementierung eines Kennzahlenkatalogs

Die Ist-Analyse und die Stärken-Schwächen-Analyse haben ergeben, dass eine schriftliche Hinterlegung der Kennzahlen, welche das Erlöscontrolling zur betrieblichen Steuerung erhebt, nicht vorhanden ist. Eine strukturlose Erhebung und unklare Bezeichnungen sind hier als negative Konsequenzen beispielhaft zu nennen. Durch die Erstellung eines Kennzahlenkatalogs können die Anforderungen an Kennzahlen gesichert werden, da die schriftliche Festlegung der Bezeichnung eine adäquate Bezeichnung sichert, die Formalisierung die Richtigkeit, der Erhebungszeitraum/-punkt die Stetigkeit und Durchgängigkeit (siehe Abschnitt 2.4.2) sichern. Die weiteren Bereiche wie *Erhebungszweck*,

²²⁹ Vgl. Klinik (Hrsg.) (2015j).

²³⁰ Vgl. Experte I (24.04.2015).

Zielwert, Realisierungsmaßnahmen bezwecken die Umsetzung der Aufgaben der Kennzahlen. Folglich optimiert ein Kennzahlenkatalog das Performance Measurement und damit auch das Kennzahlensystem maßgeblich. Ein solcher Kennzahlenkatalog wurde bereits für die ausgewählten Kennzahlen des Kennzahlensystems umgesetzt, um konkrete Handlungsempfehlungen für die KLINIK zu präsentieren. Die folgende Abbildung zeigt einen Ausschnitt aus dem im Anhang (Nr. 9 bis 9/4) befindlichen Kennzahlenkatalog der KLINIK.

Kennzahlenbezeichnung	Case-Mix-Index (CMI) Abweichung, prozentual	Nr.
Beschreibung	Prozentuale Abweichung des tatsächlichen CMI von der Vereinbarung	8
Formel	$= (\text{Case Mix Index (CMI) (Ist)} - \text{Case Mix Index (CMI) (Soll)}) / (\text{Case Mix Index-Soll (CMI) (Soll)}) \times 100$	
Einheit	%	
Erhebungszeitpunkt	Monatlich	
Erhebungszeitraum	Monatswerte	
Erhebungsbereich	Gesamthaus, Medizinische Fachabteilungen	
Kennzahlenzweck	„Erreichung des vereinbarten Case Mix Index (CMI)“	
Basisdaten	Handlungsbedarfsliste, Genehmigungsbescheid Budget- und Entgeltverhandlung	
Zielwert	0%	
Realisierungsmaßnahmen	Fallzahlensteuerung, Case-Management, Entlassmanagement, Prozessoptimierung Codierung, Schulungen Kodierkräfte, Optimierung der Dokumentation zur Verbesserung der Kodierqualität	

Abbildung 14: Kennzahlenkatalog der KLINIK²³¹

6.2 Optimierung des Aufbaus des Kennzahlensystems

Neben der Optimierung der Auswahl der Kennzahlen ist das Ziel der Arbeit den Aufbau des Kennzahlensystems zu verbessern. Durch die Ist-Analyse, der Stärken-Schwächen-Analyse und durch die qualitative Untersuchung (Kapitel 5) konnten die folgenden Optimierungspotentiale im Aufbau des Kennzahlensystems erhoben werden.

Konzeptionierung eines strategischen Kennzahlensystems

Wie die vorangegangenen Kapitel verdeutlichen, wird das bisherige Kennzahlensystem schwerpunktmäßig für die reine Berichterstattung genutzt. Es handelt sich um ein individuelles Kennzahlensystem, welches sich nicht in die klassischen Kennzahlensysteme einordnen lässt. Um die Anforderungen an das Kennzahlensystem zu erfüllen, empfiehlt sich eine Anpassung des Kennzahlensystems hinsichtlich des Aufbaus. Dabei sollen die Erfahrungen anderer Unternehmen genutzt werden, um das Kennzahlensystem optimal zu gestalten. Da aber jedes Unternehmen individuell ist und besonders die KLINIK als Eigenbetrieb von besonderer Charakteristik gezeichnet ist (siehe Ab-

²³¹ Eigene Darstellung.

schnitt 2.1, Abschnitt 2.5, Abschnitt 3.1), bedarf es der zusätzlichen Anpassung des Kennzahlensystems an die KLINIK. Trotzdem soll dieses auf Basis eines klassischen Kennzahlensystems, welches sich in der Praxis bewährt hat, aufgebaut werden.

In den Abschnitten 2.4.3 und 2.4.4 wurde eine Auswahl an Kennzahlensystemen vorgestellt. Das DuPont-Kennzahlensystem und das ZVEI-Kennzahlensystem eignen sich nicht für das Erlöscontrolling der KLINIK. Zum einen entsprechen die ausgewählten Kennzahlen dieser Kennzahlensysteme nicht der Zielsetzung bzw. dem Kernprozess des Erlöscontrollings. Weiter sind diese Kennzahlensysteme vergangenheitsorientiert und beschränken sich auf monetäre Kennzahlen, was nicht den Ansprüchen eines Kennzahlensystems für das Erlöscontrolling der KLINIK entspricht. Aus diesem Grund lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass klassische finanzorientierte Kennzahlensysteme, wie das DuPont-Kennzahlensystem, das RL-Kennzahlensystem sowie das ZVEI-Kennzahlensystem, sich nicht als Grundlage für die Anpassung des Aufbaus des Kennzahlensystems der KLINIK eignen.

Die BSC erfüllt hingegen die Ansprüche für eine Anpassung, da diese zum einen die Strategien mit den Zielen des Unternehmens bzw. des Unternehmensbereiches verknüpft sowie eine individuelle Auswahl an Kennzahlen und Zielen zulässt.²³² Wie in Abschnitt 2.4.3 erläutert, berücksichtigt sie daneben Ursache- und Wirkungsbeziehungen, was die betriebliche Steuerung mittels Kennzahlensystem fördert. Die BSC erweitert die monetären Kennzahlen um nicht finanzielle Kennzahlen, welche daneben zukunftsorientiert ausgelegt sind. Somit kann durch die Implementierung einer BSC das Kennzahlensystem der KLINIK die Anforderungen des PM (Abschnitt 2.4.2) besser erfüllen.²³³

Allerdings ist die Einführung eines strategischen Kennzahlensystems, z.B. der BSC, aufgrund betrieblicher Gegebenheiten der KLINIK in derzeitiger Lage nicht möglich: Die KLINIK ist ein Eigenbetrieb, das heißt sie ist von ihrem Träger abhängig.²³⁴ In dem Projekt *Klinikstruktur* wird derzeit die Strategiefindung der Krankenhäuser realisiert. Da diese noch nicht abgeschlossen ist, ist ein an der Strategie ausgerichtetes Kennzahlensystem derzeit nicht umsetzbar. Der personelle Wechsel im TOP-Management der KLINIK verschärft diese Problematik zusätzlich, da aus dieser eine Anpassung der strategischen Ausrichtung resultiert. Nach Beendigung der Strategiefindung und auch der Strategieformulierung ist eine Implementierung eines strategischen Kennzahlensystems für die Zukunft dringend zu empfehlen, da die Anwendung eines Kennzahlensystems immer zielorientiert umgesetzt werden soll.²³⁵ Da die KLINIK sich derzeit in der Phase der Strategieentwicklung befindet, soll

²³² Vgl. Bamberg, C. u.a. (2010), <http://www.management-krankenhaus.de> (Stand: 24.03.2015).

²³³ Vgl. Scheibeler, Alexander A. W (2002), S. 1; vgl. auch Morganski, B. (2003), S. 12; vgl. auch Horváth & Partners (2007), S. 3; vgl. auch Weinmann, E.; Weinmann, P. (2012), S. 289 f.

²³⁴ Vgl. KLINIK (2014b), (Stand: 28.01.2014).

²³⁵ Vgl. Experte C (18.03.2015), S. 1, vgl. auch Experte E; Experte F; Experte G (27.03.2015).

die Entwicklung der BSC in diesen Prozess integriert werden, was auch der Empfehlung von *Horváth & Partners* entspricht.²³⁶

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass die Implementierung eines strategischen Kennzahlensystems langfristig für die KLINIK zwingend zu empfehlen ist. Bis dahin soll das bisherige Kennzahlensystem durch die folgenden Veränderungen verbessert werden.

Aufbau eines Zusammenhangs unter den Kennzahlen

Um den Aufbau des Kennzahlensystems zu optimieren, wurden die Ziele nach ihrem sachlogischen und rechnerischen Zielbezug geordnet, was einem Mischsystem entspricht (siehe Abschnitt 2.4.1). Damit kann die im Eingangszitat genannte Kritik an dem fehlenden Zusammenhang der Kennzahlen für die KLINIK reduziert werden und so das Kennzahlensystem verbessert werden. Es ist dabei zu beachten, dass dies eine sehr vereinfachte Darstellung der Zielbeziehungen ist, da eine genaue Beleuchtung dieser Wirkungsbeziehungen im Zuge des strategischen Kennzahlensystems erfolgen soll. Das oberste Ziel ist die Erreichung des DRG-Budgets, um Mehr- oder Minderausgleiche zu verhindern.

Das DRG-Budget ergibt sich aus dem Landesbasisfallwert x CMI x Fallzahl. Der CMI ist wiederum durch die Formel $\text{Relativgewichte}/\text{Fallzahl}$ definiert. Es besteht also ein rechnerischer Zusammenhang. Die Höhe der Relativgewichte ist wiederum unter anderem durch die Anzahl der nicht abgerechneten Fälle und dem Anteil der Sektionen definiert, da einer Sectio z.B. ein höherer Schweregrad im Fallpauschalenkatalog hinterlegt ist, im Vergleich zu einer normalen Entbindung. Es gilt zu beachten, dass weitere Beziehungen unter den Kennzahlen bestehen. Zum Beispiel beeinflusst die Verweildauer auch die Fallzahl. Durch den Aufbau des Zusammenhangs unter den Kennzahlen können die Anforderungen *Abbildung von Zusammenhängen* und *Zielausrichtung* weiter erfüllt werden, da das oberste Ziel der Teilziele und deren Ursache-Wirkungs-Beziehung analysiert wurde.

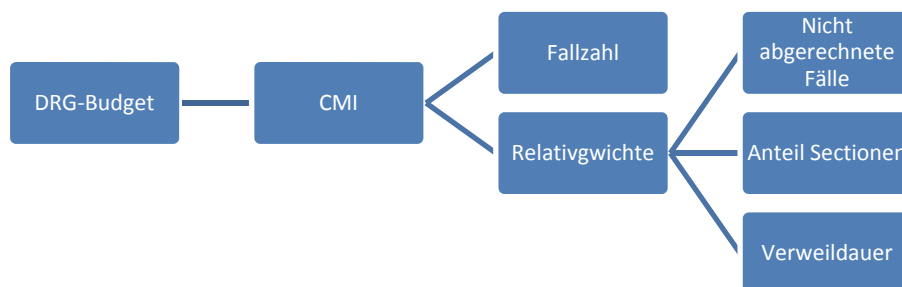


Abbildung 6: Zielbeziehung der Kennzahlen²³⁷

²³⁶ Vgl. Horváth & Partners (2007), S. 79.

²³⁷ Eigene Darstellung.

Gegenüberstellung der Erlös- und Kostenseite

Die Ist-Analyse, die Stärken-Schwächen-Analyse sowie die Ergebnisse der qualitativen Datenerhebung zeigen den wohl wichtigsten Teil der Optimierung bezüglich des Aufbaus: Neben der zielorientierten Auswahl ist die Aufnahme der Kostenseite in das Kennzahlensystem umzusetzen. Wie zuvor erläutert wird allein die Erlösseite betrachtet und die Kosten nicht berücksichtigt. Zur betrieblichen Steuerung bedarf es aber der Integration des Kosten- und Erlöscontrollings. Nur so sind, auch nach Meinung des Experten C, beispielsweise Kalkulationen möglich.²³⁸ Aber auch die weiteren Experteninterviews und die Gruppendiskussionen zeigten, dass diese Maßnahme dringend im Zuge der Optimierung notwendig ist.²³⁹

Die Gegenüberstellung der Kosten ermöglicht Controlling-Aktivitäten im Bereich des Erlöscontrollings. Wie Abschnitt 2.5 *Besonderheiten eines klinischen Kennzahlensystems im Krankenhaussektor* aufgezeigt hat, wird zwischen einem internen und externen Budget unterschieden. Bisher bildet die KLINIK nur das externe Budget in dem Kennzahlensystem ab. Erst durch die Erweiterung der Kosten (internes Budget) wird das Kennzahlensystem zu einem Steuerungsinstrument. Beispielsweise können so Stärken und Schwächen identifiziert und Prozessoptimierungen oder strategische Entscheidungen durch Kalkulationen unterstützt werden. Dargestellt werden sollen die Fixkosten der Abteilung und die variablen Kosten pro Fall. In der Summe sollen weiterhin die Gesamtkosten abgebildet werden. Die Umsetzung dieser Forderung wird sich in der KLINIK zunächst schwierig gestalten.

Die Darstellung der Kosten ist zum einen über die Durchschnittskosten der Krankenhäuser, welche das InEK zur Verfügung stellt möglich. Diese Variante stellt aber nicht die tatsächlichen Kosten der KLINIK dar und ist daher abzulehnen. Zur Realisierung der Darstellung der IST-Kosten wurde ein offenes Expertengespräch geführt, da der Experte Erfahrungen aus anderen Unternehmen hat, die eine Gegenüberstellung der Kosten und Erlöse umgesetzt haben. Zur Implementierung bedarf es in der KLINIK folgender Schritte:²⁴⁰

1. Analyse von Profit und Cost Center
2. Aufstellung der Kostenarten
3. Zuordnung der Kostenstellen zu den Kostenarten
4. Umlage der administrativen Kostenstellen (z.B. über Beköstigungstage (Küche), Vollzeitkräfte (Administration))²⁴¹

²³⁸ Vgl. Experte B (25.03.2015); vgl. auch Experte E (27.02.2015).

²³⁹ Vgl. Experte A (01.04.2015), vgl. auch Experte E; Experte F (18.03.2015); vgl. auch Experte E; Experte F; Experte G (27.03.2015).

²⁴⁰ Vgl. Experte F (09.04.2015).

²⁴¹ Vgl. ebenda.

Die erste Schwierigkeit ergibt sich durch eine schwierige Umlagerechnung im Krankenhaus. Die Verteilung der Kosten der Wäscherei kann z.B. durch die Anzahl der Betten, die Anzahl der Fälle oder auch das Gewicht der Wäsche (kg) jeder einzelnen Fachabteilung erfolgen. Daneben unterstützt die Verwaltung auch die Pflege und Ärzteschaft administrativ und auch deren Kosten müssen auf die medizinischen Fachabteilungen umgelegt werden. Ein solcher Umlageschlüssel ist in der KLINIK bisher nicht vorhanden, gilt es aber zukünftig umzusetzen.²⁴²

Ein weiteres Problem ist die Bereitstellung der Zahlen. Bisher finden keine Monatsabschlüsse statt. Das fehlende unterjährige Berichtswesen behindert daher die Umsetzung der geplanten Maßnahme der Gegenüberstellung der Kosten je Fachabteilung. Als Lösung kann ein manueller Umlageschlüssel eingeführt werden, da eine Umstrukturierung der Kosten- und Leistungsrechnung aufgrund einer Zentralisierung derzeit nicht absehbar ist.²⁴³

Auswahl der Module

Das bisherige Kennzahlensystem beinhaltet, wie Abschnitt 3.4.1 verdeutlicht, vier Module. Die Anwenderinnen und Anwender nutzen dabei aber für die betriebliche Steuerung lediglich *Modul II-IV* (Fallzahlbetrachtung, Relativgewichte (effektiv), Case Mix Index (CMI)). Das *Modul I: Budgetbetrachtung* wird nicht für Zwecke der betrieblichen Steuerung eingesetzt.²⁴⁴ Erster Kritikpunkt an *Modul I: Budgetbetrachtung* ist, dass die Analyse der Erlöse ohne Gegenüberstellung der Kosten keine Aussagen ermöglicht. Weiter handelt es sich bei der Berechnung nur um Schätzwerte, da es durch den MDK zu Kürzungen kommen kann, die in die bisherige Berechnung nicht einfließen. Folglich empfiehlt sich die Herausnahme des *Modul I*, um das Kennzahlensystem auf nachgefragte und benötigte Informationen zu reduzieren.²⁴⁵

Die qualitative Untersuchung zeigte aber, dass die Darstellung der aktuellen Entwicklungen für die Anwenderinnen und Anwender seitens des medizinischen Bereichs in Geldeinheiten verständlicher als z.B. in Form von Relativgewichten ist.²⁴⁶ Aus diesem Grund soll das *Modul I: Budgetbetrachtung* in den medizinischen Fachabteilungen als Kompromiss nur noch quartalsweise berichtet werden, um weiterhin die Veranschaulichung der Kennzahlen CMI, Fallzahl und Relativgewichte, effektiv durch konkrete Geldbeträge zu erhöhen und aber gleichzeitig den Aufwand für die Abteilung FCPA zu minimieren. Der reduzierte Aufwand ergibt sich daraus, dass die Kennzahlen des *Modul I* künftig

²⁴² Vgl. (ebd.).

²⁴³ Vgl. (ebd.).

²⁴⁴ Vgl. Experte E; Experte F; Experte G (27.03.2015).

²⁴⁵ Vgl. Experte E; Experte F (18.03.2015).

²⁴⁶ Vgl. Experte E; Experte F; Experte G (27.03.2015).

nur noch viermal pro Jahr ermittelt werden, anstatt zwölfmal.²⁴⁷ Nach momentanem Erkenntnisstand soll das *Modul I* ab Realisierung der Gegenüberstellung der Kostenseite und der Aufnahme einer MDK-Quote wieder in den Bericht integriert werden, da es dann eine betriebliche Steuerung zulässt.²⁴⁸ Weiterhin wird die Aufnahme der Module *Verweildauersteuerung* für alle Erhebungsbereiche und das Modul *Steuerung der Entbindungsart* für den Teilbereich Gynäkologie und Frauenheilkunde in das Kennzahlensystem empfohlen (siehe Abschnitt 6.1).

Neben dem Aufbau des Kennzahlensystems hinsichtlich der Module werden fortan Handlungsempfehlungen zum Aufbau der einzelnen Module gegeben. Diese umfassen:

- Implementierung von standardisierten Bezeichnungen, um Verwirrungen zu vermeiden
- Angabe von Monatswerten je Kennzahl, um zeitliche Vergleiche zu ermöglichen
- Angabe von Zielwerten, um die Zielausrichtung / Aufgaben der Kennzahlen zu realisieren
- Angabe von Realisierungsmaßnahmen bei Zielabweichung, um Kennzahlenfunktionen zu erfüllen

Standardisierte Bezeichnungen

Die Ist-Analyse hat offengelegt, dass unterschiedliche Bezeichnungen in den unterschiedlichen Berichten geführt werden. Die Stärken–Schwächen–Analyse zeigte, dass dies zu Verwirrungen führt. Demnach sind die Bezeichnungen zu standardisieren. Im Rahmen einer Gruppendiskussion des Projektteams wurde diese Maßnahme als zweckmäßig kategorisiert und soll in der KLINIK umgesetzt werden.²⁴⁹ Beachtet werden muss hier die Limitation durch die verwendeten Programme und die gesetzlichen Rahmenbedingungen. Der Aufbau und die verwendeten Bezeichnungen der Diagnosestatistik, der E1plus, E2- und E3-Formulare, der Einzugszugsgebiete-, Einweiser-, der Geburtenstatistik, der Handlungsbedarfsliste, der Kostenträger-, der Mitternachts- und der Operationsstatistik können folglich nicht an eine einheitliche Struktur angepasst werden. Eine Standardisierung der Bezeichnung ist nur in den Auswertungen möglich, welche die KLINIK individuell erhebt. Die Ist-Analyse hat hier aufgezeigt, dass bisher unterschiedliche Bezeichnungen für inhaltsgleiche Sachverhalte existieren.

Beispielsweise wird der Zielwert in dem Bericht *Budget-Erlöse* mit *Soll* angegeben, der Bericht *Leistungsdaten monatlich* bezeichnet dies allerdings als *Vereinbarung*. Dieser Wechsel zwischen der Bezeichnung *Soll* und *Vereinbarung* ist durch eine fixe Bezeichnung zu ersetzen, um Verwirrungen zu vermeiden. Daneben sollten Abkürzungen in der Bezeichnung vermieden oder eine Anleitung zur Erklärung von Abkürzungen beigefügt werden. Ferner sind die Kennzahlen einheitlich zu bezeichnen

²⁴⁷ Vgl. Experte B (25.03.2015); vgl. auch Experte E; Experte F (18.03.2015); vgl. auch Experte E; Experte F; Experte G (27.03.2015).

²⁴⁸ Vgl. (ebd.).

²⁴⁹ Vgl. Experte E; Experte F (18.03.2015), vgl. auch Experte E; Experte F; Experte G (27.03.2015).

und in einem Kennzahlenkatalog zu führen, welcher die Kennzahlen standardisiert beschreibt. Dies wurde bereits umgesetzt. Hierdurch sind die Bezeichnung, die Formalisierung, der Erhebungszeitpunkt, der Erhebungszeitraum, das Erhebungsziel, der Erhebungsbereich und die Basisdaten der Kennzahlen standardisiert. (Anhang Nr. 9 bis 9/4)

Durch diese standardisierten Bezeichnungen können Verwirrungen maßgeblich vermindert werden. Auch das Verständnis seitens der Anwenderinnen und Anwender wird dadurch erhöht. Durch diese Maßnahme können zusammenfassend die Anforderungen an Kennzahlen und Kennzahlensysteme, wie z.B. die Klarheit von Kennzahlen und die Vermeidung von Fehleinschätzungen und Fehlinterpretationen, erfüllt werden, da klar definiert ist, was welche Kennzahl ausdrückt. Aus diesem Grund ist der im Anhang (Nr. 9 bis 9/4) entwickelte Kennzahlenkatalog des Kennzahlensystems der KLINIK bei Aufnahme weiterer Kennzahlen in das Kennzahlensystem fortzuführen. Im Optimalfall lassen sich alle Kennzahlen, die erhoben werden, in den Kennzahlenkatalog aufnehmen. Der notwendige Arbeitsaufwand ist aber nicht mit dem daraus resultierenden Ergebnis zu rechtfertigen. Hierfür ist zunächst die in Abschnitt 3.4.12 erarbeitete Aufstellung der Kennzahlen ausreichend.

Angabe von Monatswerten je Kennzahl

Die Ist-Analyse zeigt, dass in dem Kennzahlensystem *Berichtswesen Budget-Erlöse* bisher monatlich die kumulierten Ist-Werte den Sollwerten gegenübergestellt sind. Eine Entwicklung der Ist-Werte in den Monaten bildet dieses Berichtswesen bisher nicht ab. Ein Vergleich der Monate wird lediglich an den Krankenhausdirektor in Form des Berichts *Leistungsdaten monatlich* kommuniziert. Die Stärken-Schwächen-Analyse und die qualitative Untersuchung zeigten, dass auch die Chefärztinnen und Chefärzte Informationen benötigen, um den Verlauf der Kennzahlen zu verfolgen und damit zeitliche Vergleiche zu erheben (Abschnitt 2.4.2). Folglich wird die Integration des Berichts *Leistungsdaten monatlich* in das *Berichtswesen Budget-Erlöse* befürwortet, welcher die Monatswerte der Kennzahlen des laufenden Jahres beinhaltet. Durch diese Maßnahme kann somit die Anforderung an zeitliche Vergleiche (siehe Abschnitt 2.4.2) erfüllt werden.²⁵⁰

Definition von Zielwerten

Die Literaturrecherche zeigt, dass Kennzahlen immer mit Zielwerten zu verknüpfen sind (siehe Abschnitt 2.3.3). Die Ist-Analyse verdeutlichte, dass dies in der KLINIK nur unzureichend erfüllt ist. Folglich ist zu empfehlen für alle Kennzahlen, welche der betrieblichen Steuerung dienen, Zielwerte zu definieren. Bisher ist dies zwar im eigentlichen Kennzahlensystem teilweise umgesetzt, aber die restlichen Berichte sind nur ungenügend mit Zielwerten hinterlegt. Diese Zielwerte sind im Rahmen

²⁵⁰ Hinweis: Hier wird in Zukunft die Integration eines Balkendiagramms befürwortet, da dieses visuell eine Verdichtung der Informationen darstellt. Das formale Berichtswesen wurde allerdings in dieser Arbeit ausgegrenzt.

der nächsten Strategierunden zusammen mit den Chefärztinnen und Chefarzten und der Betriebsleitung festzulegen. Im Abschnitt 6.1 wurden bereits für die ausgewählten Kennzahlen des Kennzahlensystems die Zielwerte festgelegt und somit durch die zielorientierte Auswahl der Kennzahlen, die in Abschnitt 2.4.2 genannte Anforderung eines an den Zielen ausgerichteten Kennzahlensystems weiter erfüllt.

Definition von Realisierungsmaßnahmen bei Zielabweichung

Die theoretische Einbettung (Abschnitt 2.3.2) zeigte, dass Kennzahlen Planungs-, Steuerungs- und Kontrollprozesse unterstützen und ebenso Grundlage für Entscheidungen darstellen. Das Kennzahlensystem soll die Performance messen. Um dabei aber als Controlling-Instrument zu fungieren, müssen aus den gewonnen Erkenntnissen auch Rückschlüsse gezogen werden. Das heißt, es muss eine Reaktion auf eine Abweichung von Soll-Ist-Werten folgen, um mit Hilfe konkreter Steuerung die Ziele zu realisieren. Die reine Datenerhebung und der Abgleich der Soll-Ist-Werte wird die Zielerreichung nicht sichern. Es muss eine Bewertung der Ergebnisse erfolgen, aus denen Maßnahmen resultieren. Hierzu kann beispielsweise ein Maßnahmenkatalog erstellt werden. Das Ableiten der Maßnahmen liegt aber nicht im Verantwortungsbereich des Controllings, sondern im entsprechenden Managementsystem. Das Controlling hat hier nur die nötigen Daten zu liefern (Abschnitt 3.1).

Um aber einen konzeptionellen Vorschlag für die Umsetzung dieser Handlungsempfehlung zu geben, wurden konkrete Realisierungsmaßnahmen der einzelnen Ziele und Kennzahlen in den Kennzahlenkatalog integriert. Das Kennzahlensystem kann so für Planungs-, Steuerungs-, und Kontrollprozesse eingesetzt werden, indem es Stärken und Schwächen der KLINIK im Bereich des Erlöscontrollings signalisiert und so die Beurteilungs- und Entscheidungsfindung unterstützt. Durch diese Maßnahme kann der Erfolg des Kennzahlensystems gesichert werden, da diese den eigentlichen Zweck des Kennzahlensystems unterstützt. Es ist aber von monokausalen Abhängigkeiten und Begründungen Abstand zu nehmen und die Analysen in dem gesamten Ursache-Wirkungsgeflecht zu betrachten.

6.3 Optimierung der Vorgehensweise der Ermittlung

Die Optimierung der Vorgehensweise soll an dieser Stelle skizziert werden, da sich die folgende Potenziale in der Ist-Analyse und Stärken-Schwächen-Analyse zeigten:

Verwendung der Funktion *Verknüpfung* in Excel

Durch eine offene Beobachtung wurde zunächst bei der Auswertung der Kaiserschnitte an normalen Geburten deutlich, dass die Funktion *Verknüpfung* in Excel nicht genutzt wird. Diese wurde nun eingefügt, was eine automatische Übernahme der Daten ermöglicht. Mittels der Verknüpfungsfunktion

werden fortan die Daten automatisch übertragen, was eine erhebliche Erleichterung darstellt.²⁵¹ Dies ist auszuweiten, da die Analyse gezeigt hat, dass unterschiedliche Kennzahlen mehrmals erhoben werden. Verknüpfungen würden so ermöglichen, dass Zahlen nur einmal zu erheben sind und manuelles Übertragen vermieden wird. Umgesetzt werden kann dies beispielsweise in Form einer Maske in Excel, welches einen Datenpool enthält und so die Felder unterschiedlicher Module bzw. Berichte automatisch ausfüllt. Als Beispiel kann hier der Geschäftsbericht der KLINIK genannt werden, in dem diese Systematik praktisch umgesetzt wurde.

Vermeidung einer Doppelerfassung

Die Ist-Analyse hat gezeigt, dass Kennzahlen oftmals doppelt erhoben werden. Durch die Integration des Berichts *Leistungsdaten monatlich* in das Berichtswesen *Budget-Erlöse* konnte hier eine erste Optimierung realisiert werden, da hier die Kennzahlen nur einmal erhoben werden müssen. Weiter wird fortan die Geburtenstatistik und die Verweildauerstatistik in das Kennzahlensystem der KLINIK integriert. Dies erweist sich als vorteilhaft, da die Anwenderinnen und Anwender die benötigten Informationen übersichtlich in einem Kennzahlensystem erhalten und nicht unterschiedliche Dokumente analysieren müssen. Durch diese Intervention kann hierdurch in Abschnitt 2.4.2 genannte Anforderung an Kennzahlensystem der verdichteten Informationsdarstellung in einem höheren Ausmaß als im bisherigen Kennzahlensystem erfüllt werden.

Weiter empfiehlt sich langfristig die Ergänzung des Kennzahlenkatalogs mittels der Aufstellung der verwendeten Kennzahlen der KLINIK in Abschnitt 3.4.12. Bei der Anfrage von Anwenderinnen und Anwendern bezüglich einzelner Kennzahlen kann so leicht ermittelt werden, ob diese bereits in einem anderen Bericht erhoben wurde. Dadurch wird die Personalressource des Erlöscontrollings entlastet und eine effektive Arbeitsweise gefördert. Bis dahin dient die im Anhang (Nr. 6 bis 6/4) befindliche Auflistung bzw. die in Abschnitt 3.4.12 alphabetische Aufstellung der Kennzahlen als Orientierung für die Abteilung FCPA.

6.4 Zwischenfazit

In den vorherigen Abschnitten wurden Handlungsempfehlungen zur Optimierung des Kennzahlensystems der KLINIK abgeleitet. Die folgenden Abbildungen zeigen, wie das optimierte Kennzahlensystem gestaltet werden könnte, um erhebliche Optimierungen für das Kennzahlensystem der KLINIK zu erreichen. Allerdings sind hier nicht alle Handlungsempfehlungen integriert worden, da eine weitere Bewertung der Optimierung später erfolgt und die Umsetzung der Optimierung nicht Gegenstand der Arbeit ist. Weiter gilt zu beachten, dass Formalitäten des Kennzahlensystems aus-

²⁵¹ Vgl. Experte E (24.02.2015).

gegrenzt wurden (siehe Abschnitt 1.1), wodurch ebenfalls eine Optimierung des Kennzahlensystems erreicht wird. Abbildung 16 zeigt die Systematik des optimierten Kennzahlensystems. Durch diese Systematik sind der Aufbau des Kennzahlensystems, die Auswahl der Kennzahlen, der Erhebungsbe- reich und der spezifische Erhebungszeitraum einheitlich definiert und schriftlich festgehalten. Dadurch ermöglicht das Kennzahlensystem zeitliche und objektbezogene Vergleiche, da eine Stan- dardisierung des Aufbaus und der Erhebung eine stetige Kennzahlenermittlung ermöglicht (Anforde- rung an ein Kennzahlensystem sowie Kennzahlen, siehe Abschnitt 2.3.3 und 2.4.2). Durch die in Abschnitt 6.2 aufgezeigte Zielbeziehung dieser Module werden die Anforderungen *Ausrichtung auf das Ziel* und *Abbildung von Zusammenhängen* weiter erfüllt.

Modul I	Bezeichnung	Kennzahlen	Bereich	Zeitraum	Bereich2	Zeitraum2
I	Budgetbetrachtung	DRG-Budget	Gesamthaus	monatlich	Medizinische Fachabteilungen	quartalsweise
		DRG-Budget Abweichung, prozentual	Gesamthaus	monatlich	Medizinische Fachabteilungen	quartalsweise
II	Fallzahlbetrachtung	Fallzahl	Gesamthaus	monatlich	Medizinische Fachabteilungen	monatlich
		Fallzahl Abweichung, prozentual	Gesamthaus	monatlich	Medizinische Fachabteilungen	monatlich
III	Relativgewichte, effektiv	Relativgewichte, effektiv	Gesamthaus	monatlich	Medizinische Fachabteilungen	monatlich
		Relativgewichte, effektiv Abweichung, prozentual	Gesamthaus	monatlich	Medizinische Fachabteilungen	monatlich
IV	Case-Mix-Index (CMI)	Case-Mix-Index (CMI)	Gesamthaus	monatlich	Medizinische Fachabteilungen	monatlich
		Case-Mix-Index (CMI) Abweichung, prozentual	Gesamthaus	monatlich	Medizinische Fachabteilungen	monatlich
V	Verweildauersteuerung	Anteil Inlieger 2 Gesamthaus	Gesamthaus	monatlich	Medizinische Fachabteilungen	monatlich
		Anteil Inlieger 2 Medizinische Fachabteilung	Gesamthaus	monatlich	Medizinische Fachabteilungen	monatlich
VI	Sectionen	Anteil Sectionen an Gesamtenbindungen	Gynäkologie	monatlich		
		Anteil Sectionen an Gesamtenbindungen (Entwicklung)	Gynäkologie	monatlich		
VII	DRG-Abrechnung	Anteil nicht abgerechneter Fälle an Gesamtzahl entlassener Patienten	Gesamthaus	monatlich	Medizinische Fachabteilungen	monatlich

Abbildung 16: Module des optimierten Kennzahlensystems²⁵²

Durch den Aufbau einer Zielbeziehung (Abschnitt 6.2) der Module bzw. der Teilziele wird das Kenn- zahlensystem in dem Aufbau zu einem Mischsystem (Abschnitt 2.4.1) strukturiert.

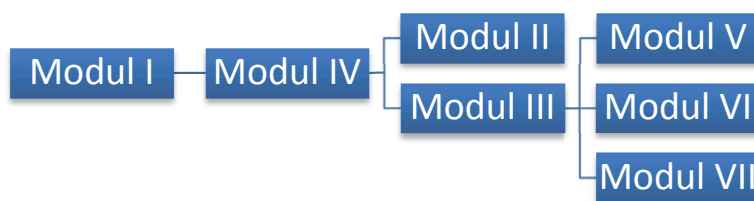


Abbildung 17: Zielbeziehungen der Module²⁵³

Abbildung 18 stellt einen möglichen Ausschnitt eines Moduls dar. Hier zeigt sich, dass die Kennzahl eine adäquate Bezeichnung trägt und somit eine weitere Anforderung an Kennzahlen erfüllt wird. Durch die Angabe von Monatswerten ist ebenso ein zeitlicher Vergleich fortan möglich. Durch die eine MDK-Quote und den Hinweis auf vorläufige Sollwerte wird das Risiko einer Fehleinschät-

²⁵² Eigene Darstellung.

²⁵³ Eigene Darstellung.

zung/Fehlinterpretation weiter vermindert. Auch die Darstellung der zeitlichen Entwicklung senkt dieses Risiko, da so Tendenzen und saisonale Gründe erkannt werden können (Abschnitt 2.4.2).

Fallzahl	Jan 14	Feb 14	Mrz 14
Soll	520,9	451,1	620,9
Ist	535	448,5	681
Fallzahl Abweichung, prozentual	Jan 14	Feb 14	Mrz 14
Soll	0	0	0
Ist	2,71	-0,58	4,85

Abbildung 18: Ausschnitt des optimierten Moduls II: Fallzahl²⁵⁴

Zusammen mit dem entwickelten Kennzahlenkatalog (siehe Anhang Nr. 9 bis 9/4), welchen die untenstehende Abbildung 19 beispielhaft graphisch darstellt, ist die Klarheit, die Vollständigkeit, Steigtigkeit und Durchgängigkeit der Kennzahl gesichert und damit die Anforderungen an Kennzahlen erfüllt (Abschnitt 2.3.3), da der Zielbezug, der Erhebungszeitpunkt, die Formalisierung, der Zielwert und mögliche Realisierungsmaßnahmen schriftlich standardisiert sind. Weiter ist hierdurch die Ausrichtung der Kennzahlen auf die Ziele gesichert (Anforderung an Kennzahlensysteme, Abschnitt 2.4.2).

Kennzahlenbezeichnung	Fallzahl Abweichung, prozentual	Nr.
Beschreibung	Prozentuale Abweichung der tatsächlichen Fallzahlen von den vereinbarten Fallzahlen	4
Formel	$= (\text{Fallzahl (Ist)} - \text{Fallzahl (Soll)}) / \text{Fallzahl (Soll)} \times 100$	
Einheit	%	
Erhebungszeitpunkt	monatlich	
Erhebungszeitraum	Monatswerte	
Erhebungsbereich	Gesamthaus, Medizinische Fachabteilung	
Kennzahlenzweck	„Erreichung der vereinbarten Fallzahlen“	
Basisdaten	Handlungsbedarfsliste, Genehmigungsbescheid Budget- und Entgeltverhandlungen	
Zielwert	0 %	
Realisierungsmaßnahmen	Fallzahlensteuerung, Case-Management, Customer-Relationship-Management, Öffentlichkeitsarbeit, Kooperationen, ...	

Abbildung 19: Kennzahlenkatalog - Kennzahl Nr. 4 *Fallzahl Abweichung, prozentual*²⁵⁵

Wie bisher gezeigt, konnte das Kennzahlensystem in der Auswahl der Kennzahlen, im Aufbau und im Vorgehen der Erhebung optimiert werden. Besonders die Anforderungen an Kennzahlen und das Kennzahlensystem können durch die gegebenen Handlungsempfehlungen in dem optimierten Kennzahlensystem der KLINIK realisiert werden. Damit die daraus resultierenden Verbesserungen

²⁵⁴ Eigene Darstellung. Aus Datenschutzgründen wurde die Tabelle verändert.

²⁵⁵ Eigene Darstellung.

konkret dargestellt werden, wird das optimierte Kennzahlensystem im folgenden Kapitel kritisch bewertet.

7 Diskussion und Ausblick

In dem vorangegangenen Resümee wurden bereits erste Verbesserungen aufgezeigt. Um aber eine umfassendere Sicht über die Optimierung zu erhalten, wird im Folgenden das optimierte Kennzahlensystem in Anlehnung an die Kriterien der Stärken–Schwächen-Analyse (Abschnitt 4.2) bewertet und somit das Ergebnis kritisch reflektiert. Weiterhin werden die Limitationen der Optimierung aufgezeigt.

7.1 Verbesserungen durch die entwickelten Optimierungsempfehlungen

Die Verbesserungen durch die entwickelten Handlungsempfehlungen werden im Folgenden an den zuvor aufgestellten Kriterien der Beurteilung des Kennzahlensystems aufgezeigt, welche die Anforderungen an Kennzahlensysteme bilden (siehe Abschnitt 4.2):

Durch Anpassung der Module und die zielorientierte Auswahl der Kennzahlen konnte das bisherige Kennzahlensystem weiter auf *benötigte und nachgefragte Informationen verdichtet* werden. Eine *Vermeidung von Fehleinschätzungen und Fehlinterpretationen* wurde zum einen durch den entwickelten Kennzahlenkatalog sowie durch die Aufnahme der Kennzahl der MDK-Prüfquote optimiert. Eine positive Hochrechnung der Zahlen wird demnach verhindert und durch Hinweise, was die Kennzahl oder der Sollwert ausdrückt, kann das Risiko von Fehleinschätzungen und Fehlinterpretationen weiter vermindert werden.

Eine Optimierung der *Abbildung von Zusammenhängen* konnte durch die Darstellung der Zielbeziehungen erreicht werden. Auch die Aufnahme der Kennzahl im Bereich der Abrechnung optimiert diese Anforderung, da sie die Kennzahlen *Fallzahl*, *CMI* und *Relativgewichte* in ihrem Wert beeinflussen. Durch die Aufnahme der Kostenseite und weiterer Kennzahlen können die Zusammenhänge besser beleuchtet werden. Beispielsweise beeinflusst die Verweildauer das Budget (*Ist*). Ferner stellen die aufgenommenen Gliederungszahlen (siehe Abschnitt 6.1) die Zusammenhänge in dem optimierten Kennzahlensystem besser dar. Allerdings wurde diese Anforderung noch nicht schwerpunktmäßig realisiert, da zum einen die Formalisierung ausgegrenzt wurde und eine vollständige Berücksichtigung der Ursache-Wirkungsbeziehungen erst im Zuge der Implementierung eines strategischen Kennzahlensystems umgesetzt werden soll. Durch den Einsatz von formalen Gestaltungsmitteln soll die Abbildung von Zusammenhängen fortan weiter ausgebaut werden.

Das bisherige Kennzahlensystem war sehr beständig und wurde in den letzten Jahren kaum angepasst. Eine erste Anpassung wurde nun vorgenommen. Durch die Implementierung eines strategi-

schen Kennzahlensystems soll die *Flexibilität* weiter gesteigert werden. Allerdings ist zu beachten, dass ein Kennzahlensystem auch beständig sein muss, um zeitlich und objektbezogene Vergleiche zu ermöglichen. Aus diesem Grund wird dieser Anforderung eine geringere Bedeutung zugeschrieben. Das Erheben zusätzlicher Statistiken soll daher nach Bedarf fortgesetzt werden. Es ist aber auf eine effiziente und effektive Arbeitsweise zu achten. Gegebenenfalls ist das Kennzahlensystem anzupassen, falls langfristig zusätzliche Informationen benötigt werden.

Das bisherige Kennzahlensystem wurde nach den Anforderungen der Anwenderinnen und Anwender angepasst. Damit ist das Kennzahlensystem auf das *Ziel ausgerichtet* und dient so der betrieblichen Steuerung. Durch die Festlegung von Zielwerten, sowie eine zielorientierte Auswahl der Kennzahlen wurde weiterhin eine Ausrichtung auf das Ziel gesichert. Eine endgültige Ausrichtung des Kennzahlensystems auf die Strategie konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht realisiert werden. Grund hierfür ist, dass die Strategiefindung bisher nicht abgeschlossen ist. Durch das entwickelte Konzept wurden aber die ersten Schritte ausgeführt, um eine Orientierung an den Zielen zu sichern.

Durch die Beständigkeit im Aufbau des Kennzahlensystems konnten *zeitliche und objektbezogene Vergleiche* durch das bisherige Kennzahlensystem bisher teilweise realisiert werden. Durch die Aufnahme von Monatswerten kann die zeitliche Vergleichbarkeit deutlich erhöht werden. Die Anwenderinnen und Anwender sehen nun auf einen Blick die monatliche Entwicklung der Kennzahlen. Das bisherige Kennzahlensystem hat die Monatswerte der Kennzahlen nur kumuliert dargestellt.

Ein direkter Vergleich der Monate war nicht bzw. nur unter sehr viel Anstrengung möglich. Das entwickelte Konzept bringt daher deutliche Erleichterung für die Anwenderinnen und Anwender mit sich. Auch der Kennzahlenkatalog mit hinterlegten Formeln, Erhebungszeitpunkten und -räumen sichert die Stetigkeit und Durchgängigkeit (siehe Abschnitt 2.3.3) und damit die Anforderung an zeitliche und objektbezogene Vergleichbarkeit.

Weiter konnten die Erhebungsvorgänge durch die Anwendung von Excel-Funktionen erleichtert und so die Ressource *Personal* effektiv genutzt werden. Auch Doppelerhebungen können in Form einer Integration des Berichtswesen *Budget-Erlöse* und *Leistungsdaten* monatlich vermieden werden. Dadurch kommt es zu einer effektiveren Arbeitsweise und zur Einsparung von Kosten.

Es konnten also die Schwächen des Kennzahlensystems durch die Optimierung vermindert und die Stärken weiter ausgebaut werden.

	Nicht erfüllt	Nicht erfüllt bis teilweise erfüllt	Teilweise erfüllt	Teilweise erfüllt bis erfüllt	Erfüllt
Informationsverdichtung	x			x	
Vermeidung von Fehleinschätzungen / Fehlinterpretationen	x		x		
Abbildung von Zusammenhängen	x		x		
Flexibilität		x	x		
Zielausrichtung		x		x	
Fähigkeit zeitlicher und objektbezogener Vergleiche		x		x	

■ = bisheriges Kennzahlensystem ■ = optimiertes Kennzahlensystem

Abbildung 20: Vergleich bisheriges und optimiertes Kennzahlensystem²⁵⁶

Die obenstehende Abbildung zeigt die Optimierung anhand der in Abschnitt 4.2 aufgestellten Kriterien der Stärken-Schwächen-Analyse. Die Darstellung spiegelt die eindeutigen Verbesserungen durch das entwickelte Konzept wieder. Das Kriterium der Abbildung von Zusammenhängen wird durch die spätere Einführung eines strategischen Kennzahlensystems weiter optimiert und durch formale Änderungen weiter verbessert, die im Rahmen dieser Arbeit ausgegrenzt wurden. Eine Vermeidung von Fehleinschätzungen und Fehlinterpretationen ist gerade im Gesundheitswesen nicht vollständig möglich, da dieses durch große Unsicherheit gekennzeichnet ist. Aber durch geeignete Maßnahmen, wie die Formalisierung der Kennzahlen, die Überprüfung der korrekten Ermittlung, die Verwendung von relativen Kennzahlen und die Erstellung eines Kennzahlenkatalogs konnte die Anforderung optimiert werden. Die Anforderung an ein flexibles Kennzahlensystem wurde für eine zeitliche und objektbezogene Vergleichsmöglichkeit nicht erhöht. Wird das Kennzahlensystem zu flexibel gestaltet, widerspricht dies anderen Anforderungen, wie beispielsweise der Stetigkeit (siehe Abschnitt 2.3.3). Die Flexibilität wird daher weiterhin durch das Erstellen weiterer Berichte nach Bedarf realisiert. Besonders zu betonen ist aber, dass die wichtigste Anforderung der Zielausrichtung durch die Optimierung erfüllt werden konnte und so eine betriebliche Steuerung durch das optimierte Kennzahlensystem fortan möglich ist.

Das Kennzahlensystem ist immer an die Bedürfnisse der Anwenderinnen und Anwender anzupassen und bedarf der regelmäßigen Pflege. Daher ist das Kennzahlensystem in Zukunft weiter stetig zu

²⁵⁶ Eigene Darstellung.

optimieren. Durch die Verbesserungen der Formalitäten²⁵⁷ und die Implementierung des strategischen Kennzahlensystems nach Abschluss der Strategiefindung und Formulierung, wird die KLINIK in Zukunft weitere Verbesserungspotentiale ausschöpfen können.

7.2 Limitation

Die Arbeit ist in ihrem Umfang und zeitlichen Aspekten limitiert und beschränkt sich daher auf den somatischen Bereich des Erlösmanagements, was zu Verzerrungen führen kann, da ganze Ursache-Wirkungsbeziehungen nicht umfassend Berücksichtigung finden können. Die Beschränkung auf einzelne Unternehmensbereiche ist gemäß strategischer Geschäftseinheiten zwar nicht unüblich und wird auch empfohlen, dennoch ist die strategische Steuerung immer als Ganzes zu sehen und es bedarf der Interaktion der einzelnen Teilbereiche. Weiter handelt es sich bei der Ist-Analyse um eine Momentaufnahme, die zukünftige Entwicklungen nur unzureichend abbildet. Daneben bildet die Stärken-Schwächen-Analyse eine subjektive Bewertung des PM der KLINIK, was durch festgelegte Kriterien bzw. Skalierung minimiert wurde.

Ferner beeinflusst die Auswahl der Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer der Experteninterviews das Ergebnis der Handlungsempfehlungen. Um eine Verbesserung des Kennzahlensystems für alle Anwenderinnen und Anwender zu erzielen wurde bei der Auswahl der Gesprächspartner auf einen Querschnitt der Anwenderinnen und Anwender (Medizin, Pflege, Verwaltung) geachtet, da eine Diskussion mit allen Anwenderinnen und Anwender nicht realisierbar war. Auch hier gleicht die Befragung einer Momentaufnahme. Aus diesem Grund wird in Zukunft ein regelmäßiger Austausch zwischen den Anwendern und den Entwicklerinnen und Entwicklern des Kennzahlensystems empfohlen (siehe Abschnitt 7.1).

Die Optimierung des Kennzahlensystems umfasst sofortige Verbesserungen, welche sich mit den momentan vorhandenen Ressourcen verwirklichen lassen. Im Rahmen der Arbeit wurde das langfristige Ziel gestellt, eine BSC zu entwickeln, da diese zum momentanen Wissensstand der Literatur und der Gegebenheiten der KLINIK als optimal erscheint. Auch andere Kennzahlensysteme sind denkbar, da jede Form für sich Vor- und Nachteile bringt.

Eine vollständige Umsetzung eines strategischen Kennzahlensystems ist derzeit nicht möglich, da die strategischen Zielsetzungen der Klinik noch nicht festgelegt sind. Die Umsetzung eines strategischen Kennzahlensystems soll daher im Rahmen einer weiteren Arbeit angestrebt und die BSC erneut als Steuerungsinstrument für die KLINIK geprüft werden, da sich Rahmenbedingungen verändert haben könnten. Weitere Limitation aufgrund der Gegebenheiten der Klinik sind die vor-

²⁵⁷ Das formale Berichtswesen (z.B. Einsatz von Kreisdiagrammen, Liniendiagrammen etc) wurde im Rahmen dieser Arbeit nicht analysiert. Dies ist aber für die Zukunft geplant.

handenen Ressourcen. Die Veränderung mussten zum einen an die Umsetzbarkeit durch das Personal angepasst werden. Zum anderen ist die Umsetzbarkeit durch die verwendeten Programme limitiert. Eine automatische Kennzahlenermittlung in Form eines Data Warehouse ist z.B. derzeit nicht möglich. Aus diesem Grund wurden Handlungsvorschläge konzeptionell erarbeitet, welche für die KLINIK kurz- und langfristig umsetzbar sind.

8 Fazit

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Analyse und Bewertung der Ist-Situation des angewandten PM im Bereich des Erlöscontrollings. Dabei sollte speziell das Kennzahlensystem untersucht werden, um Handlungsempfehlungen zur Optimierung des Kennzahlensystems abzuleiten. In der Ist-Situation wurde deutlich, dass das bisher angewandte Kennzahlensystem der KLINIK einen sehr geringen Umfang an Kennzahlen aufweist. Aus diesem Grund wurden weitere Teilbereiche des PM mittels der Primär- und Sekundäranalyse untersucht. Die nachfolgende Beurteilung in Form einer Stärken-Schwächen-Analyse sowie einer qualitativen Untersuchung hat weiter verdeutlicht, dass eine Anpassung und Ordnung der Kennzahlen dringend erforderlich ist. Aus der Auswertung dieser Untersuchung und der vorangegangenen Analysen war es möglich eine Reihe von Optimierungspotentialen abzuleiten. Die gegebenen Handlungsempfehlungen sind der erste Schritt für eine Optimierung des Kennzahlensystems der KLINIK. Die Umsetzung der Handlungsempfehlungen gilt es fortan durch die Anwenderinnen und Anwender und die Abteilung FCPA zu diskutieren. Hierzu wurden bereits die Teilergebnisse in einer internen Klausurtagung vorgestellt.

Da das Unternehmen aber ständigen Veränderungen unterliegt und beispielsweise neue Gesundheitsreformen eine Neuausrichtung der strategischen Ziele erfordern, ist es von fundamentaler Bedeutung das Kennzahlensystem über diese Optimierung hinaus kontinuierlich zu pflegen und weiterzuentwickeln. Neben der Umsetzung und der Einführung eines strategischen Kennzahlensystems gilt es hierbei z.B. die Darstellung der Kennzahlen zu optimieren. Dies wurde im Rahmen dieser Arbeit ausgegrenzt, ist aber für den Erfolg des Kennzahlensystems von erheblicher Bedeutung, um Zusammenhänge darzustellen und die Informationen verdichtet zu kommunizieren. Beispielsweise ist der Einsatz von Diagrammen (z.B. Balkendiagramm) denkbar. Weiterhin ist eine Implementierung einer Anwendersoftware zu diskutieren, welche eine automatische Kennzahlenermittlung ermöglicht und so den Arbeitsaufwand des Controllings im Bereich DRG-Erlöse erheblich reduzieren könnte. Als Programm eignet sich für die KLINIK beispielsweise „Programm Klinik“, da dieses Softwaretool mit dem angewandten KIS der KLINIK konvertibel ist.²⁵⁸

²⁵⁸ Aufgrund des Datenschutzes wurde im Text das Programm mit dem Begriff „Programm Klinik“ anonymisiert.

Durch vorliegende Arbeit konnten die momentanen Verbesserungspotentiale aufgezeigt werden, welche das Kennzahlensystem der KLINIK an die bestehenden Anforderungen an Kennzahlen und Kennzahlensysteme anpasst. Dadurch wird auch die betriebliche Steuerung mit Hilfe des Kennzahlensystems durch die Führungskräfte der Klinik erleichtert. Somit leistet die Arbeit einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung des Controllings der KLINIK.

Anhang

Anlagenverzeichnis

<u>Nr.</u>	<u>Bezeichnung</u>	<u>Seite</u>
1	Projektplan der Bachelorarbeit tabellarisch	82
1/1	Projektplan der Bachelorarbeit graphisch	82
2	Organigramm der Klinik	82
3	Dokumentation Sekundäranalyse der internen Dokumente	83
4	Berichtswesen DRG-Erlöse	84
5	Kennzahlen des Kennzahlensystems	85
6	Ergebnisse der Ist-Analyse	86
6/1	Ergebnisse der Ist-Analyse	87
6/2	Ergebnisse der Ist-Analyse	88
6/3	Ergebnisse der Ist-Analyse	89
6/4	Ergebnisse der Ist-Analyse	90
7	Leitfaden der qualitativen Untersuchung	91
8	Aufstellung der Kennzahlen zur Messung des Ziels <i>Erreichung der vereinbarten Leistungsmengen</i>	92
8/1	Aufstellung der Kennzahlen zur Messung des Ziels <i>Erreichung der vereinbarten Leistungsmengen</i>	93
8/2	Aufstellung der Kennzahlen zur Messung des Ziels <i>Reduzierung der Anzahl der nichtabgerechnete DRG-Fälle</i>	94
9	Kennzahlenkatalog der KLINIK	95
9/1	Kennzahlenkatalog der KLINIK	96
9/2	Kennzahlenkatalog der KLINIK	97
9/3	Kennzahlenkatalog der KLINIK	98
9/4	Kennzahlenkatalog der KLINIK	99

Anhang 1: Projektplan der Bachelorarbeit tabellarisch

- Anhang 1 wurde aus Datenschutzgründen entfernt. -

Anhang 1/1: Projektplan der Bachelorarbeit graphisch

- Anhang 1/1 wurde aus Datenschutzgründen entfernt. -

Anhang 2: Organigramm der Klinik ²⁵⁹

- Anhang 2 wurde aus Datenschutzgründen entfernt. -

²⁵⁹ Enthalten in: Klinik (2014) .

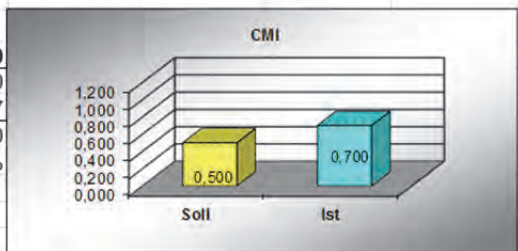
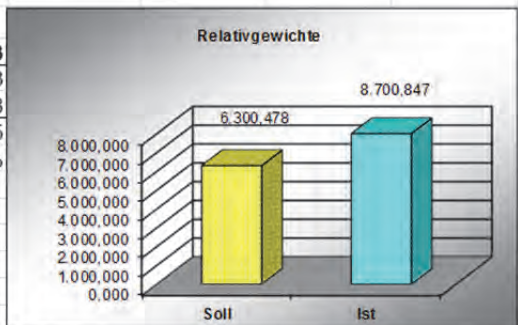
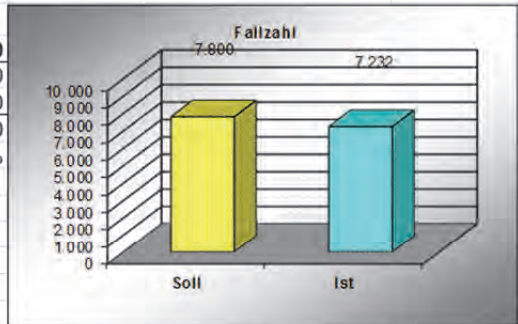
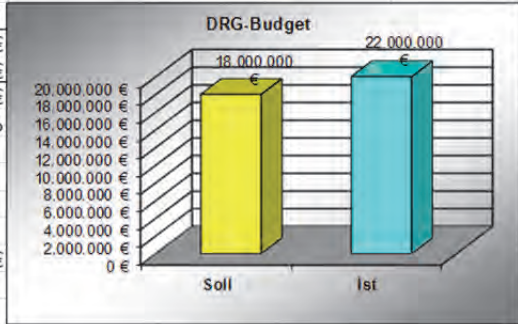
Anhang 3: Dokumentation Sekundäranalyse der internen Dokumente²⁶⁰

Dokument	Angefordert am	Erhalten am	Bearbeitet bis
Berichtswesen über Budget-Erlöse	23.02.2015	23.02.2015	23.02.2015
Diagnosestatistik	25.02.2015	27.02.2015	16.03.2015
E1plus-, E2-, E3	25.02.2015	26.02.2015	10.03.2015
Einweiserstatistik	25.02.2015	27.02.2015	16.03.2015
Einzugsgebietestatistik	25.02.2015	27.02.2015	16.03.2015
Externes Reporting	25.02.2015	27.02.2015	10.03.2015
Geburtenstatistik	25.02.2015	27.02.2015	16.03.2015
Geschäftsbericht	24.02.2015	24.02.2015	24.02.2015
Handlungsbedarfsliste	24.02.2015	24.02.2015	24.02.2015
Kostenträgerstatistik	25.02.2015	27.02.2015	16.03.2015
Laborstatistik	25.02.2015	27.02.2015	16.03.2015
Leistungsdaten monatlich	25.02.2015	27.02.2015	16.03.2015
Mitternachtsstatistik	24.02.2015	24.02.2015	19.03.2015
Operationsstatistik	25.02.2015	27.02.2015	10.03.2015
Röntgenstatistik	25.02.2015	27.02.2015	16.03.2015
Verweildauerstatistik	25.02.2015	27.02.2015	10.03.2015

²⁶⁰ Eigene Darstellung.

Anhang 4: Berichtswesen DRG-Erlöse²⁶¹

Budgetübersicht Gesamthaus		Januar	bis	Dez.	Jahr 2
Verteiler: Krankenhausdirektor	Chefarzt FA 1	Chefarzt FA 4			Leitung Medizincontrolling
Ärztlicher Direktor	Chefarzt FA 2	Chefarzt FA 5			Personalleiter
Pflegedirektor	Chefarzt FA 3	Chefarzt FA 6			Leiter Controlling
I. Budgetbetrachtung					
	Jan-Dez Jahr 2	Jan-Dez Jahr 1			
DRG-Budget, vereinbart	18.000.000 €	18.000,00 €			
Soll	18.000.000 €	18.000.000 €			
Ist	22.000.000 €	15.000.000 €			
Abweichung absolut	4.000.000 €	-3.000.000 €			
Abweichung prozentual	22,22%	-16,67%			
Ausgleichsberechnung					
Mehrerlöse (Upcoding) 100 %)					
Sonstige Mehrerlöse 65%	2.600.000 €				
Mindererlöse 20 %		-600.000 €			
Ausgleichsbetrag (Verzicht 350 RelG)	1.400.000 €				
verbleibende Mehrerlöse					
Mehr- (+)/Mindererlöse incl. FA 6	1.527.300 €	-613.857 €			
II. Fallzahlbetrachtung					
Jahreswerte, vereinbart	7.800	9.000			
Soll	7.800	9.000			
Ist	7.232	8.200			
Abweichung absolut	-568	-800			
Abweichung prozentual	-7,28%	-8,89%			
Abweichung Ist Jahr 2 / Ist Jahr 1	-968				
III. Relativgewichte, effektiv					
Jahreswerte	6.300,478	5.839,653			
Soll	6.300,478	5.839,653			
Ist	8.700,847	6.280,978			
Abweichung absolut	2.400,369	441,325			
Abweichung prozentual	38,10%	7,56%			
Abweichung Ist Jahr 2 / Ist Jahr 1	2.419,869				
IV. Case-Mix-Index (CMI)					
Jahreswerte	0,500	0,500			
Soll	0,500	0,900			
Ist	0,700	0,867			
Abweichung absolut	0,200	-0,020			
Abweichung prozentual	40,00%	-2,23%			
Abweichung Ist Jahr 2 / Ist Jahr 1	-0,167				



²⁶¹ Enthalten in Klinik (Hrsg.) (2015b), S. 1, Aus Datenschutzgründen wurde die Tabelle verändert, sowie fiktive Zahlen verwendet.

Anhang 5: Kennzahlen des Kennzahlensystems²⁶²

Bereich	Kennzahlen	Art	Zielwert	Erhebungszeitraum	Regelmäßigkeit	Bereich	Adressaten
Budgetbe- trachtung	DRG-Budget, vereinbart (Ist)	AK	DRG-Budget, vereinbart (Soll)	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	Betriebsleitung, Sv., KD, Chefärzte, Leitung Controlling, Leitung Medizin- controlling
	DRG-Budget Abw eichung absolut (Ist-Soll)	AK	x	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
	Abw eichung prozentual (Ist/Soll) aktuelles Jahr	AK	x	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
	Mehrerlöse (Upcoding)	AK	x	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
	Sonstige Mehrererlöse	AK	x	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
	Mindererlöse	AK	x	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
	Ausgleichsbetrag	AK	x	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
	Mehr/Mindererlöse incl. KUU	AK	x	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
	Abw eichung absolut (Ist-Soll)	AK	x	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
	Abw eichung prozentual (Ist/Soll)	AK	x	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
Fallzahlbe- trachtung	Fallzahl Ist	AK	x	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
	Fallzahl- Abw eichung absolut (Ist-Soll)	AK	Fallzahl Soll	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
	Fallzahl- Abw eichung prozentual (Ist/Soll)	AK	x	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
	Fallzahl Abw eichung Ist aktuelles Jahr / Ist Vorjahr	AK	x	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
	Relativgew ichte Ist	AK	Relativgew ichte Soll	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
	Relativgew ichte Abw eichung absolut (Ist-Soll)	AK	x	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
	Relativgew ichte Abw eichung prozentual (Ist/Soll)	AK	x	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
	Relativgew ichte Abw eichung Ist aktuelles Jahr / Ist Vorjahr	IZ	x	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
	CMI Ist	BZ	x	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
	CMI Abw eichung absolut (Ist-Soll)	AK	GMI Soll	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
Case-Mix-Index (CMI)	CMI Abw eichung prozentual (Ist/Soll)	AK	x	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	
	CMI Abw eichung Ist aktuelles Jahr / Ist Vorjahr	AK	x	JW (V-J)	kumulierte MW	GS	

²⁶² Eigene Darstellung, Datenquelle (ebd.).

Anhang 6: Ergebnisse der Ist-Analyse²⁶³

Dokument	Bereich	Kernzahlen	Art	Zielwert	Erhebungszeitraum	Regelmäßigkeit der Erhebung	Bereich	Adressaten
Budget-Erfasse	Budgetbe- trachtung	DRG-Budget, vereinbart (Ist)	AK	DRG-Budget, vereinbart (Soll)	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		DRG-Budget Abweichung absolut (Ist-Soll)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Abweichung prozentual (Ist/Soll) aktuelles Jahr	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Mehrerlöse (Upcoding)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Sonstige Mehrerlöse	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Mindererlöse	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Ausgleichsbetrag	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Mehr/Mindererlöse incl. KJÜ	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Abweichung absolut (Ist-Soll)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Abweichung prozentual (Ist/Soll)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
Diagnosestellen	Fallzahlbe- trachtung	Fallzahl Ist	AK	Fallzahl Soll	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Fallzahl- Abweichung absolut (Ist-Soll)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Fallzahl- Abweichung prozentual (Ist/Soll)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Fallzahl Abweichung Ist aktuelles Jahr / Ist Vorgahr	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Relativgewichte Ist	AK	Relativgewichte Soll	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Relativgewichte Abweichung absolut (Ist-Soll)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Relativgewichte Abweichung prozentual (Ist/Soll)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Relativgewichte Abweichung Ist aktuelles Jahr / Ist Vorgahr	IZ	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Case-Mix-Index (CMI)	AK	CMI Soll	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Case-Mix-Index (CMI) Abweichung Ist aktuelles Jahr / Ist Vorgahr	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
Diagnosestellen	Patienten	Pat. Ges. je DRG	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Operierte Pat. Ges. je DRG	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		0-4 J (Patienten im Alter von 0-4 Jahren mit der Diagnose)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		5-14 J (Patienten im Alter von 5-14 Jahren mit der Diagnose)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		15-44 J (Patienten im Alter von 15-44 Jahren mit der Diagnose)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		45-64 J (Patienten im Alter von 45-64 Jahren mit der Diagnose)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		65-74 J (Patienten im Alter von 65-74 Jahren mit der Diagnose)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		75-84 J (Patienten im Alter von 75-84 Jahren mit der Diagnose)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		85+ J (Patienten im Alter von 85+ Jahren mit der Diagnose)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Op. P. (0-4 J) (Patienten im Alter von 0-4 Jahren mit der Diagnose, die operiert wurden)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
Diagnosestellen	Fall- insgesamt	Op. P. (5-14 J) (Patienten im Alter von 5-14 Jahren mit der Diagnose, die operiert wurden)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Op. P. (15-44 J) (Patienten im Alter von 15-44 Jahren mit der Diagnose, die operiert wurden)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Op. P. (45-64 J) (Patienten im Alter von 45-64 Jahren mit der Diagnose, die operiert wurden)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Op. P. (65-74 J) (Patienten im Alter von 65-74 Jahren mit der Diagnose, die operiert wurden)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Op. P. (75-84 J) (Patienten im Alter von 75-84 Jahren mit der Diagnose, die operiert wurden)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Op. P. (85+ J) (Patienten im Alter von 85+ Jahren mit der Diagnose, die operiert wurden)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Fallzahl (Anzahl der DRG) (Fälle insgesamt)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		nachrichtliche Belegungstage (Fälle insgesamt)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		nachrichtlich: Vwd (Fälle insgesamt)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Bewertungsrelationen ohne Zu- und Abschläge (Fälle insgesamt) (Summe)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
Diagnosestellen	Normlieger	effektiven Bewertungsrelationen (Fälle insgesamt) (Summe)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Fälle (Normallieger) (Anzahl)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Tage (Normallieger) (Anzahl)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Bewertungsrelationen (Normallieger) (Summe)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Kurzliegerfälle (Kurzlieger) (Anzahl)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Fälle mit uGV/D-Abschlag (Kurzlieger) (Summe)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		uGV/D-Abschläge (Kurzlieger) (Anzahl)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Tage mit Abschlag bei Verlegung (Aufnahme-Verlegung) (Anzahl)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Abschläge für Verlegungen (Aufnahme-Verlegung) (Summe)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Verlegungs-fälle ins KH (Entlassungs-Verlegung) (Anzahl)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
Diagnosestellen	Langlieger	Abschläge für Verlegungen (Entlassungs-Verlegung) (Anzahl)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Tage mit Abschlag bei Verlegung (Entlassungs-Verlegung) (Anzahl)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Abschläge für Verlegungen (Entlassungs-Verlegung) (Summe)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Langliegerfälle (Langlieger) (Anzahl)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Tage mit oGV/D-Zuschlag (Langlieger) (Anzahl)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		oGV/D-Zuschläge (Langlieger) (Summe)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Verlegungs-fälle aus dem KH (Verlegungen-Gesamt) (Anzahl)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Tage mit Abschlag bei Verlegung (Verlegungen-Gesamt) (Anzahl)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Abschläge für Verlegungen (Verlegungen-Gesamt) (Summe)	AK	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF
		Case-Mix-Index (CMI)	BZ	x	JW(V,J), JW(A,J)	kumulierte MW	GS	MF

²⁶³ Eigene Darstellung.

Anhang 6/1: Ergebnisse der Ist-Analyse²⁶⁴

Dokument	Bereich	Kennzahlen	Art	Zielwert	Erhebungszeitraum		Regelmäßigkeit der Erhebung	Erhebungsbereiche		Adressaten	
					JW	JW (LJ)		GS Nr. des Zusatzentgelts	GS Nr. des Zusatzentgelts		
E2 E3 Einweisungsstatistik	Aufnahmen je Entw eiser	Fallzahl mit Zusatzentgelten (E2) (nachrichtlich)	AK	Anzahl... (Vereinbarungszeitraum)	JW		jährlich	GS	Kostenräger		
		Fallzahl mit Krankenhausindividuellverhandelten Zusatzentgelten (E3) (nachrichtlich)	AK	Anzahl... (Vereinbarungszeitraum)	JW		jährlich	GS	Kostenräger Kernpersonale		
Einweisungsstatistik	Patientenbewegungen je Erzeugungsgebiet	Aufnahmen je Arztname	BZ	x	JW (VJ)	JW (LJ)	jährlich	GS	MF	Externes Reporting Geschäftsbericht	
		Aufnahmen L/J Arztname (Abw eichung)	AK	x	JW (VJ)	JW (LJ)	jährlich	GS			
		Dreik aufnahmen je Erzeugungsgebiet (Anzahl)	AK	x							
		Entlassungen je Erzeugungsgebiet (Anzahl)	AK	x							
		V erlegung nach FR je Erzeugungsgebiet (Anzahl)	AK	x							
		V erlegung von KH je Erzeugungsgebiet (Anzahl)	AK	x							
		V erlegung nach KH je Erzeugungsgebiet (Anzahl)	AK	x							
		Anfangsbestand je Erzeugungsgebiet	AK	x							
		Fallzahl VWD je Erzeugungsgebiet	AK	x							
		Berechnungs- und Pflegestage je Erzeugungsgebiet	AK	x							
		V erw eildauer je Erzeugungsgebiet	AK	x							
		Externes Reporting	Fallzahlen- trachtung	Patienten (Ist)	AK	Patienten (Budget)	MW	JW	jährlich		
Patienten (Ist) - Patienten (Budget)	AK			x							
Patienten- (Ist) / Patienten (Budget)	AK			x							
Summe der Effektivgewichte (Ist)	AK			Summe der Effektivgewichte (Budget)	JW		jährlich	GS			
Summe der Effektivgewichte (Ist) / Summe der Effektivgewichte (Budget)	AK			x							
Summe der Effektivgewichte (Ist) / Summe der Effektivgewichte (Budget)	AK			x							
Case-Mix Index (Ist)	BZ			Case-Mix Index (Budget)	AK	x					
Case-Mix Index (Ist) - Case-Mix-Index (Budget)	AK			x							
Case-Mix Index (Ist) / Case-Mix-Index (Budget)	AK			x							
Sectio (DRG)	AK										
Anteil Sectio an Gesamtentbindungen	GZ			x (aber mündlich kommuniziert)	AK	x	MW	JW	jährlich		
Geburtenstatistik	Summen			Entbindungen Gesamt	AK	nicht hinterlegt	MW	JW	jährlich		
		DRG Neugeborene	AK	nicht hinterlegt	MW	JW	jährlich				
		Anteil normale Entbindung an Gesamtentbindungen	GZ	x (aber mündlich kommuniziert)	AK	x	MW	JW	Monatlich	Gynäkologie und Frauenheilkunde	bis 2012 Krankenhaus- direktor
		normale Entbindung (DRG)	AK	x							
		Sectio caesarea aktuelles Jahr - Sectio caesarea Vorjahr	AK	x (aber mündlich kommuniziert)	AK	x	MW	JW			
		Summe Sectio caesarea aktuelles Jahr - Sectio caesarea Vorjahr	AK	x (aber mündlich kommuniziert)	AK	x	MW	JW			
		V aginale Entbindung aktuelles Jahr - V aginale Entbindung Vorjahr	AK	x (aber mündlich kommuniziert)	AK	x	MW	JW			
		Gesamt (Entbindungen) aktuelles Jahr - Gesamt (Entbindungen) V orjahr	AK	x	AK	x	MW	JW			
		Summe Neugeborene aktuelles Jahr - Summe Neugeborene V orjahr	AK	x	AK	x	MW	JW			
		Neugeborene von Knaben	AK	x	AK	x	MW	JW			
		Neugeborene von Mädchen	AK	x	AK	x	MW	JW			
		Neugeborene von Knaben	AK	x	AK	x	MW	JW			
Neugeborene von Mädchen	AK	x	AK	x	MW	JW					
Neugeborene von Knaben aktuelles Jahr - Neugeborene von Knaben V orjahr	AK	x	AK	x	MW	JW					
Neugeborene von Mädchen aktuelles Jahr - Neugeborene von Mädchen V orjahr	AK	x	AK	x	MW	JW					
Summe Neugeborene von Knaben aktuelles Jahr - Summe Neugeborene von Knaben V orjahr	AK	x	AK	x	MW	JW					
Männlichen Neugeborenen / Gesamtzahl Neugeborenen	GZ	x	GZ	x	MW	JW					
Weiblicher Neugeborenen / Gesamtzahl Neugeborenen	GZ	x	GZ	x	MW	JW					
Summe Neugeborene von Mädchen aktuelles Jahr - Summe Neugeborene von Mädchen	AK	x	AK	x	MW	JW					

²⁶⁴ Eigene Darstellung.

Anhang 6/2: Ergebnisse der Ist-Analyse²⁶⁵

Dokument	Bereich	Kennzahlen	Art	Zielwert	Erhebungszeitraum	Regelmäßigkeit der Erhebung	Erhebungsbereiche	Adressaten		
Geschäftsbericht	Anzahl an Abteilungen	Fachabteilungen (Anzahl)	AK	x	JW(VJ) - JW(AJ)	jährlich	GS			
		Belegabteilungen (Anzahl)	AK	x	JW(VJ) - JW(AJ)	jährlich	GS			
	Zahlen & Fakten	Betten (Anzahl)	AK	x	JW(VJ) - JW(AJ)	jährlich	GS			
		Falzzahl	AK	x	JW(VJ) - JW(AJ)	jährlich	GS	MF		
		Venw eildauer (Tage)	AK	x	JW(VJ) - JW(AJ)	jährlich	GS			
		Berechnungs- und Belegungstage	AK	x	JW(VJ) - JW(AJ)	jährlich	GS			
	Leistungs-kennzahlen	Nutzungsgrad (Betten)	AK	x	JW(VJ) - JW(AJ)	jährlich	GS			
		Relativgewichte	AK	x	JW	jährlich	GS	MF		
		Laborleistungen	AK	x	JW	jährlich	GS	MF		
		Arbubante Behandlungsfälle	AK	x	JW	jährlich	GS			
	Umsatzerlöse	Erlöse aus allg. Krankenhausleistungen (gesamt)	Erlöse aus allg. Krankenhausleistungen (gesamt)	AK	x	JW(VJ) - JW(AJ)	jährlich	GS	Externes Reporting Geschäftsbericht	
			Erlöse aus Wahlleistungen (gesamt)	AK	x	JW(VJ) - JW(AJ)	jährlich	GS		
		Erlöse aus Ambulanzen (gesamt)	Erlöse aus Ambulanzen (gesamt)	AK	x	JW(VJ) - JW(AJ)	jährlich	GS		
			Nutzungsentgelte d. Ärzte (gesamt)	AK	x	JW(VJ) - JW(AJ)	jährlich	GS		
		Mietträge aus Arzt- und Therapiezentrum (gesamt)	Mietträge aus Arzt- und Therapiezentrum (gesamt)	AK	x	JW(VJ) - JW(AJ)	jährlich	GS		
			Erlöse aus allg. Krankenhausleistungen (gesamt) V orjahr	AK	x	JW(VJ) - JW(AJ)	jährlich	GS		
		Erlöse aus Wahlleistungen (gesamt) davon St. Anna-Virngrund-Klinik	Erlöse aus Wahlleistungen (gesamt) davon St. Anna-Virngrund-Klinik	AK	x	JW(VJ) - JW(AJ)	jährlich	GS		
			Erlöse aus Ambulanzen (gesamt) davon St. Anna-Virngrund-Klinik	AK	x	JW(VJ) - JW(AJ)	jährlich	GS		
		Nutzungsentgelte d. Ärzte (gesamt) davon St. Anna-Virngrund-Klinik	Nutzungsentgelte d. Ärzte (gesamt) davon St. Anna-Virngrund-Klinik	AK	x	JW(VJ) - JW(AJ)	jährlich	GS		
			Mietträge aus Arzt- und Therapiezentrum (gesamt) davon St. Anna-Virngrund-Klinik	AK	x	JW(VJ) - JW(AJ)	jährlich	GS		
Aufwand	Personalaufwandskennzahlen	AK	x	JW	jährlich	GS				
	Sachaufwandskennzahlen	x	x	JW	jährlich	GS				
	Rückstellungskennzahlen	x	x	JW	jährlich	GS				
	Kostenträger (Anteil Berechnungstage)	x	x	JW	jährlich	GS				
Handlungsbedarfsliste	Enzuges-gebiete	Falzzahl je Einzugsgebiete	GZ	x	JW(VJ) - JW(AJ)	jährlich	GS	(Datenpool)		
		Falzzahl Einzugsgebiete aktuelles Jahr - Falzzahl Einzugsgebiete Vorjahr	AK	x	JW	jährlich	GS			
	Falzzahlbetrachtung	Fälle (Monat)	AK	x	MW	je nach Bedarf	GS		FA	
		Fälle (aufgelaufen)	AK	x	kumuliert					
		eff. RG (Monat)	AK	x	MW					
		eff. RG (aufgelaufen)	AK	x	kumuliert					
	QMI	QMI (Monat)	BZ	x	MW	je nach Bedarf	GS		FA	
		QMI (aufgelaufen)	BZ	x	kumuliert					
	Tage	Tage (Monat)	AK	x	MW	je nach Bedarf	GS		FA	
		Tage (aufgelaufen)	AK	x	kumuliert					
	VWD	Venw eildauer (Monat) (Durchschnitt)	AK	x	MW	je nach Bedarf	GS		FA	
		Venw eildauer (aufgelaufen) (Durchschnitt)	AK	x	MW					
	Kostenträger-statistik	Kostenträger	Pflegelager je Kostenträger	AK	x	JW	jährlich		GS	Externes Reporting (Geschäftsbericht)
			Berechnungstage je Kostenträger	AK	x					
Falzzahl je Kostenträger		AK	x							
Venw eildauer je Kostenträger		AK	x							
Laborstatistik	Leistungs-daten monatlich	Anzahl Laborleistungen	AK	x	JW	jährlich	GS	Externes Reporting		
		FZ (Falzzahl)	AK	x	MW	monatlich	GS	Krankenhaus-direktor		
		RelG (Relativgewicht)	AK	x	JW	monatlich	GS			
	QMI (J)	BZ	x							

²⁶⁵ Eigene Darstellung.

Anhang 6/3: Ergebnisse der Ist-Analyse²⁶⁶

Dokument	Bereich	Kennzahlen	Art	Zielwert	Zeitraum	Regelmäßigkeit der Erhebung	Bereich	Adressaten
Mittlerenrechtsstatistik		Anfangsbestand	AK	x				
		Direktaufnahmen	AK	x				
		Aufnahmen davon Aufnahmen von anderen Häusern	AK	x				
		Aufnahmen davon Aufnahmen Notaufnahmen	AK	x				
		Interne Zugänge von anderen Fachrichtungen	AK	x				
		Interne Abgänge in andere Fachrichtungen	AK	x				
		Pflegetage, echte	AK	x				
		Pflegetage, gesamte	AK	x				
		Entlassungen davon normal	AK	x				
		Entlassungen davon verlegt	AK	x				
		Entlassungen darunter a. A.M.F. Tag	AK	x				
		Entlassungen davon verstorben	AK	x				
		Entlassungen 24h: Fälle gesamt	AK	x				
		Entlassungen 24h: Fälle davon normal	AK	x				
		Entlassungen 24h: Fälle davon verlegt	AK	x				
		Entlassungen 24h: Fälle davon verstorben	AK	x				
		Endbestand	AK	x				
		Berechnungstage	AK	x				
		Pflegetage	AK	x				
		Patienten unter 24 Std.	AK	x				
		Patienten unter 48 Std.	AK	x				
		Patienten unter 72 Std.	AK	x				
		Patienten unter 96 Std.	AK	x				
		Entlassungen 1 - Tagespatienten	AK	x				
		Entlassungen 2 - Tagespatienten	AK	x				
		Entlassungen 3 - Tagespatienten	AK	x				
		Entlassungen 4 - Tagespatienten	AK	x				
		Planbetten	AK	x				
	Istbetten	AK	x					
	Betten durch belegt	AK	x					
	Fallzahl exklusiv	AK	x					
	Fallzahl inklusiv	AK	x					
	Verweildauer exklusiv	AK	x					
	Verweildauer inklusiv	AK	x					
	Direktaufnahmen männlich	AK	x					
	Direktaufnahmen weiblich	AK	x					
	Verweildauer Patient, durchschnittlich	AK	x					
	Ausnutzungsgrad Betten in Bezug auf Pflegetage	AK	x					
	Ausnutzungsgrad Betten in Bezug auf Berechnungstage	AK	x					
	Sonstige Zugänge	AK	x					
	Sonstige Abgänge	AK	x					
Operativstatistik		Haupteingriffe je OPS	AK	x				
		Haupteingriffe mit w. kleinerer OP je OPS	AK	x				
		0-4 J (Patienten im Alter von 0-4 Jahren mit OPS)	AK	x				
		5-14 J (Patienten im Alter von 5-14 Jahren mit OPS)	AK	x				
		15-44 J (Patienten im Alter von 15-44 Jahren mit OPS)	AK	x				
		45-64 J (Patienten im Alter von 45-64 Jahren mit OPS)	AK	x				
		65-74 J (Patienten im Alter von 65-74 Jahren mit OPS)	AK	x				
		75-84 J (Patienten im Alter von 75-84 Jahren mit OPS)	AK	x				
		85+ J (Patienten im Alter von 85+ Jahren mit OPS)	AK	x				
		Reingentlesungen nach GOK (Anzahl)	AK	x				
Röntgenstatistik		Reingentlesungen nach GOK (Anzahl)	AK	x				
		Reingentlesungen (Anzahl)	AK	x				

²⁶⁶ Eigene Darstellung.

Anhang 6/4: Ergebnisse der Ist-Analyse²⁶⁷

Dokument	Bereich	Kennzahlen	Art	Zielwert	Erhebungszeitraum	Regelmäßigkeit der Erhebung	Erhebungsbereiche	Adressaten
Verweildauerstatistik	Fallszahl	Fälle	AK	x	Kumulierte MW	einmalig	GS	FA
		eff. RG	AK	x	MW	einmalig	GS	FA
	R3	CIW	SZ	x	kumulierte MW	einmalig	GS	FA
		CIW	AK	x	MW	einmalig	GS	FA
	Tage	Tage	AK	x	kumulierte MW	einmalig	GS	FA
		Verweildauer (Monat) (Durchschnitt)	AK	x	MW	einmalig	GS	FA
	WVD	Verweildauer (Monat) (Durchschnitt)	AK	x	JW	einmalig	GS	FA
		INLZ (MVD-GVD) (Tage)	AK	x	JW	einmalig	GS	FA
	Tage nach WVD	INLZ (UGVD-INVD) (Tage)	AK	x	JW	einmalig	GS	FA
		Kurzlieger (Tage)	AK	x	JW	einmalig	GS	FA
		Langlieger (Tage)	AK	x	JW	einmalig	GS	FA
		Normalieger (Tage)	AK	x	JW	einmalig	GS	FA
		Tage (Gesamt)	AK	x	JW	einmalig	GS	FA
		Verweildauer (Tage)	AK	x	JW	einmalig	GS	FA
		INLZ (Fälle)	AK	x	JW	einmalig	GS	FA
		INLZ (Fälle)	AK	x	JW	einmalig	GS	FA
		INLZ (Fälle)	AK	x	JW	einmalig	GS	FA
		INLZ (Fälle)	AK	x	JW	einmalig	GS	FA
	Fälle nach WVD	Normalieger (Fälle)	AK	x	JW	einmalig	GS	FA
		Fälle (Gesamt)	AK	x	JW	einmalig	GS	FA
		Verweildauer (Fälle)	AK	x	JW	einmalig	GS	FA
		INLZ (Fälle) je Fachabteilung / Gesamt je Fachabteilung	GZ	x	JW	einmalig	GS	FA
		INLZ (Fälle) je Fachabteilung / Gesamt je Fachabteilung	GZ	x	JW	einmalig	GS	FA
Kurzlieger (Fälle) je Fachabteilung / Gesamt je Fachabteilung		GZ	x	JW	einmalig	GS	FA	
Langlieger (Fälle) je Fachabteilung / Gesamt je Fachabteilung		GZ	x	JW	einmalig	GS	FA	
Normalieger (Fälle) je Fachabteilung / Gesamt je Fachabteilung		GZ	x	JW	einmalig	GS	FA	
INLZ (Fälle) gesamt / Gesamt gesamt		GZ	x	JW	einmalig	GS	FA	
INLZ (Fälle) gesamt / Gesamt gesamt		GZ	x	JW	einmalig	GS	FA	
Vergleich WVD je FA	Kurzlieger (Fälle) gesamt / Gesamt gesamt	GZ	x	JW	einmalig	GS	FA	
	Langlieger (Fälle) gesamt / Gesamt gesamt	GZ	x	JW	einmalig	GS	FA	
	Normalieger (Fälle) gesamt / Gesamt gesamt	GZ	x	JW	einmalig	GS	FA	

Betriebsleitung, Stv. MD, Chefarzte,
Leitung Controlling, Leitung
Medizincontrolling

²⁶⁷ Eigene Darstellung.

Anhang 7: Leitfaden der qualitativen Untersuchung²⁶⁸

Modul I

- Smalltalk als Einstieg
- Danksagung der Teilnahme
- Bachelorarbeit: Performance Measurement im Krankenhaus - Optimierung eines klinischen Kennzahlensystems am Beispiel der Klinik
- Ziel: Ableiten von Handlungsempfehlungen
- Bestehen Rückfragen?
- Formale Angelegenheiten: Anonymität notwendig?

Modul II: Vorstellung der Ist-Analyse

- Dem Gesprächsteilnehmer werden die Ergebnisse der Ist-Analyse objektiv dargestellt
- Es werden die Unterlagen zur Verfügung gestellt: Ergebnisse der untersuchten Dokumente siehe Anhang XY

Modul III: Ableiten von Optimierungspotentialen

1. Welche Stärken und Schwächen sehen Sie in dem Kennzahlensystem?
2. Wie beurteilen sie zusammenfassend das Kennzahlensystem?

Sie erhalten regelmäßig Informationen durch das Erlöscontrolling.

These: Die Informationen werden bestmöglich durch das verwendete Kennzahlensystem auf benötigte und angeforderte Informationen verdichtet.

3. Welche Informationen wünschen Sie sich aus dem Erlöscontrolling in Zukunft zur betrieblichen Steuerung?
4. Welche Informationen aus dem Erlöscontrolling erachten Sie für Ihre Steuerungsaktivitäten als unnötig?

Dem Gesprächsteilnehmer werden mögliche Optimierungspotentiale aufgezeigt, welche bisher erarbeitet wurden.

5. Wie beurteilen Sie die Optimierungsansätze

Modul IV:

- Danksagung
- Sind wichtige Aspekte unberücksichtigt bzw. bestehen noch Fragen?
- Bitte Unterschrift Einverständnis + Kopie

²⁶⁸ Eigene Darstellung.

Anhang 8: Aufstellung der Kennzahlen zur Messung des Ziels *Erreichung der vereinbarten Leistungsmengen*²⁶⁹

Systembasierte Kennzahlen

- Fälle (Monat)
- Fälle (aufgelaufen)
- eff. RG (Monat)
- eff. RG (aufgelaufen)
- CMI (Monat)
- CMI (aufgelaufen)
- Tage (Monat)
- Tage (aufgelaufen)

Studienbasierte Kennzahlen

- DRG-Budget, vereinbart (Ist)
- DRG-Budget Abweichung absolut (Ist-Soll)
- Abweichung prozentual (Ist/Soll) aktuelles Jahr
- Sonstige Mehrerlöse
- Mindererlöse
- Ausgleichsbetrag
- Mehr/Mindererlöse incl. KIJU
- Abweichung absolut (Ist-Soll)
- Abweichung prozentual (Ist/Soll)
- Fallzahl Ist
- Fallzahl- Abweichung absolut (Ist-Soll)
- Fallzahl- Abweichung prozentual (Ist/Soll)
- Fallzahl Abweichung Ist aktuelles Jahr / Ist Vorjahr
- Relativgewichte Ist
- Relativgewichte Abweichung absolut (Ist-Soll)
- Relativgewichte Abweichung prozentual (Ist/Soll)
- Relativgewichte Abweichung Ist aktuelles Jahr / Ist Vorjahr
- CMI Ist
- CMI Abweichung absolut (Ist-Soll)
- CMI Abweichung prozentual (Ist/Soll)
- CMI Abweichung Ist aktuelles Jahr / Ist Vorjahr
- Fallzahl (Anzahl der DRG) (Fälle insgesamt)
- nachrichtliche Belegungstage (Fälle insgesamt)
- nachrichtlich: Vwd (Fälle insgesamt)
- Bewertungsrelationen ohne Zu- und Abschläge (Fälle insgesamt) (Summe)
- effektiven Bewertungsrelationen (Fälle insgesamt) (Summe)
- Fälle (Normalliege) (Anzahl)
- Tage (Normalliege) (Anzahl)
- Bewertungsrelationen (Normalliege) (Summe)
- Kurzliegerfälle (Kurzlieger) (Anzahl)
- Fälle mit uGVD-Abschlag (Kurzlieger) (Anzahl)
- uGVD-Abschläge (Kurzlieger) (Summe)
- Verlegungsfälle ins KH (Aufnahme-Verlegung) (Anzahl)
- Tage mit Abschlag bei Verlegung (Aufnahme-Verlegung) (Anzahl)
- Abschläge für Verlegungen (Aufnahme-Verlegung) (Summe)
- Verlegungsfälle ins KH (Entlassungs-Verlegung) (Anzahl)
- Tage mit Abschlag bei Verlegung (Entlassungs-Verlegung) (Anzahl)
- Abschläge für Verlegungen (Entlassungsverlegung) (Summe)
- Langliegerfälle (Langlieger) (Anzahl)
- Tage mit oGVD-Zuschlag (Langlieger) (Anzahl)
- oGVD-Zuschläge (Langlieger) (Summe)

²⁶⁹ Eigene Erhebung.

Anhang 8/1: Aufstellung der Kennzahlen zur Messung des Ziels *Erreichung der vereinbarten Leistungsmengen*²⁷⁰

- Verlegungsfälle aus dem KH (Verlegungen-Gesamt) (Anzahl)
- Tage mit Abschlag bei Verlegung (Verlegungen-Gesamt) (Anzahl)
- Abschläge für Verlegungen (Verlegungen-Gesamt) (Summe)
- Case Mix Index (CMI)
- Fallzahl mit Zusatzentgelten (E2) (nachrichtlich)
- Fallzahl mit krankenhausindividuell verhandelten Zusatzentgelten (E3) (nachrichtlich)
- Patienten (Ist)
- Patienten (Ist) - Patienten (Budget)
- Patienten- (Ist) / Patienten (Budget)
- Summe der Effektivgewichte (Ist)
- Summe der Effektivgewichte (Ist) - Summe der Effektivgewichte (Budget)
- Summe der Effektivgewichte (Ist) / Summe der Effektivgewichte (Budget)
- Case Mix Index (Ist)
- Case Mix Index (Ist) – Case Mix Index (Budget)
- Case Mix Index (Ist) / Case Mix Index (Budget)
- Patienten (Ist)
- Patienten (Ist) - Patienten (Budget)
- Patienten- (Ist) / Patienten (Budget)
- Summe der Effektivgewichte (Ist)
- Summe der Effektivgewichte (Ist) - Summe der Effektivgewichte (Budget)
- Summe der Effektivgewichte (Ist) / Summe der Effektivgewichte (Budget)
- Case Mix Index (Ist)
- Case Mix Index (Ist) – Case Mix Index (Budget)
- Case Mix Index (Ist)/Case Mix Index (Budget)Patienten (Ist)
- Patienten (Ist) - Patienten (Budget)
- Patienten- (Ist) / Patienten (Budget)
- Summe der Effektivgewichte (Ist)
- Summe der Effektivgewichte (Ist) - Summe der Effektivgewichte (Budget)
- Summe der Effektivgewichte (Ist) / Summe der Effektivgewichte (Budget)
- Case Mix Index (Ist)
- Case Mix Index (Ist) – Case Mix Index (Budget)
- Case Mix Index (Ist) / Case Mix Index (Budget)
- Verweildauer (Tage)
- Berechnungs- und Belegungstage
- FZ (Fallzahl)
- RelG (Relativgewicht)
- CMI
- Fallzahl exklusiv
- Fallzahl inklusiv
- Fälle
- eff. RG
- CMI
- Tage
- Kurzlieger (Tage)
- Langlieger (Tage)
- Normallieger (Tage)
- Tage (Gesamt)
- Kurzlieger (Fälle)
- Normallieger (Fälle)
- Fälle (Gesamt)

²⁷⁰ Eigene Erhebung.

Anhang 8/2: Aufstellung der Kennzahlen zur Messung des Ziels *Reduzierung der Anzahl der nicht abgerechneten DRG-Fälle*²⁷¹

Studienbasierte Messgrößen

- Anzahl der nicht abgerechneten DRG-Fälle
- Anzahl der nichtabgerechneten DRG-Fälle Gesamthaus
- Anzahl der offenen Fälle davon DRG-LIVE Gesamthaus
- Anzahl der entlassenen Patienten nicht abgerechnet, da Status Daten nicht komplett MFA
- Anzahl der entlassenen Patienten nicht abgerechnet, da Status HD manuell definiert MFA
- Anzahl der entlassenen Patienten nicht abgerechnet, da Status Arbeits-DRG vorhanden MFA
- Anzahl der entlassenen Patienten nicht abgerechnet, da Status Freigabe zurückgestellt MFA
- Anzahl der entlassenen Patienten nicht abgerechnet, da Status Arztfreigabe MFA
- Anzahl der entlassenen Patienten nicht abgerechnet, da Status Kodierung abgeschlossen MFA
- Anzahl der Patienten nicht abgerechnet, obwohl Status Freigabe Abrechnung MFA
- Anzahl der abgerechneten Patienten MFA
- Anteil der abgerechneten Patienten an Anzahl der entlassenen Patienten in % MFA
- Anzahl der offenen Fälle Gesamthaus
- Anzahl der entlassenen Patienten nicht abgerechnet, da Status Daten nicht komplett Gesamthaus
- Anzahl der entlassenen Patienten nicht abgerechnet, da Status HD manuell definiert Gesamthaus
- Anzahl der entlassenen Patienten nicht abgerechnet, da Status Arbeits-DRG vorhanden Gesamthaus
- Anzahl der entlassenen Patienten nicht abgerechnet, da Status Freigabe zurückgestellt Gesamthaus
- Anzahl der entlassenen Patienten nicht abgerechnet, da Status Arztfreigabe Gesamthaus
- Anzahl der entlassenen Patienten nicht abgerechnet, da Status Kodierung abgeschlossen Gesamthaus
- Anzahl der Patienten nicht abgerechnet, obwohl Status Freigabe Abrechnung
- Anzahl der abgerechneten Patienten MFA
- Anteil der abgerechneten Patienten an Anzahl der entlassenen Patienten in % Gesamthaus

²⁷¹ Eigene Darstellung, Datenbasis: Klinik (Hrsg.) (2015j); Klinik (Hrsg.) (2015n); Zapp, W.; Oswald, J., Karsten, E. (2010), S. 5.

Anhang 9: Kennzahlenkatalog der KLINIK²⁷²

Kennzahlenbezeichnung	DRG-Budget	Nr.
Beschreibung	Höhe der Erlöse, welche das Krankenhaus im Rahmen der DRG erreicht hat.	1
Formel	Landesbasisfallwert x CMI x Fallzahl	
Erhebungszeitpunkt Gesamthaus	Monatlich	
Erhebungszeitraum Gesamthaus	Monatswerte	
Erhebungsbereich Gesamthaus	Gesamthaus	
Erhebungszeitpunkt MFA	Quartalsweise	
Erhebungszeitraum MFA	Quartalswerte	
Erhebungsbereich MFA	Medizinische Fachabteilungen	
Kennzahlenzweck	„Erreichung des vereinbarten DRG-Budget“	
Basisdaten	Kennzahlenkatalog, Handlungsbedarfsliste	
Zielwert	Je nach Ausgang der Budget- und Entgeltverhandlungen	
Realisierungsmaßnahmen	Fallzahlensteuerung, Case-Management, Customer-Relationship-Management, Öffentlichkeitsarbeit, ...	

Kennzahlenbezeichnung	DRG-Budget Abweichung prozentual	Nr.
Beschreibung	prozentuale Abweichung des tatsächlichen DRG-Budgets zur Vereinbarung	2
Formel	$= (\text{DRG-Budget (Ist)} - \text{DRG-Budget (Soll)}) / \text{DRG (Soll)} \times 100$	
Einheit	%	
Erhebungszeitpunkt	monatlich	
Erhebungszeitraum	Monatswerte	
Erhebungsbereich	Gesamthaus	
Erhebungszeitpunkt	quartalsweise	
Erhebungszeitraum	Quartalswerte	
Erhebungsbereich	Medizinische Fachabteilung	
Kennzahlenzweck	„Erreichung des vereinbarten DRG-Budget“	
Basisdaten	Kennzahlenkatalog, Handlungsbedarfsliste, Genehmigungsbescheid Budget- und Entgeltverhandlungen	
Zielwert	0 %	
Realisierungsmaßnahmen	Fallzahlensteuerung, Case-Management, Customer-Relationship-Management, Öffentlichkeitsarbeit, Prozessoptimierung MDK-Verfahren, Optimierung der Dokumentation zur Verbesserung der Kodierqualität, ...	

Kennzahlenbezeichnung	Fallzahl	Nr.
Beschreibung	Zahl der stationären Behandlungsfälle	3
Formel	x	
Erhebungszeitpunkt	monatlich	
Erhebungsraum	Monatswerte	
Erhebungsbereich	Gesamthaus, Medizinische Fachabteilung	
Kennzahlenzweck	„Erreichung der vereinbarten Fallzahlen“	
Basisdaten	Handlungsbedarfsliste	
Zielwert	Je nach Ausgang der Entgelt- und Budgetverhandlungen	
Realisierungsmaßnahmen	Fallzahlensteuerung, Case-Management, Customer-Relationship-Management, Öffentlichkeitsarbeit, ...	

²⁷² Eigene Darstellung.

Anhang 9/1: Kennzahlenkatalog der KLINIK²⁷³

Kennzahlenbezeichnung	Fallzahl Abweichung, prozentual	Nr.
Beschreibung	Prozentuale Abweichung der tatsächlichen Fallzahlen von den vereinbarten Fallzahlen	4
Formel	$= (\text{Fallzahl (Ist)} - \text{Fallzahl (Soll)}) / \text{Fallzahl (Soll)} \times 100$	
Einheit	%	
Erhebungszeitpunkt	monatlich	
Erhebungszeitraum	Monatswerte	
Erhebungsbereich	Gesamthaus, Medizinische Fachabteilung	
Kennzahlenzweck	„Erreichung der vereinbarten Fallzahlen“	
Basisdaten	Handlungsbedarfsliste, Genehmigungsbescheid Budget- und Entgeltverhandlungen	
Zielwert	0 %	
Realisierungsmaßnahmen	Fallzahlensteuerung, Case-Management, Customer-Relationship-Management, Öffentlichkeitsarbeit, Kooperationen, ...	

Kennzahlenbezeichnung	Relativgewichte, effektiv	Nr.
Beschreibung	Schweregrad, Kostengewicht, cost weight, Fallschwere	5
Formel	x	
Erhebungszeitpunkt	monatlich	
Erhebungszeitraum	Monatswerte	
Erhebungsbereich	Gesamthaus, Medizinische Fachabteilung	
Kennzahlenzweck	„Erreichung der vereinbarten Relativgewichte, effektiv“	
Basisdaten	Fallpauschalenkatalog, Handlungsbedarfsliste	
Zielwert	Je nach Budget- und Entgeltverhandlungen	
Realisierungsmaßnahmen	Prozessoptimierung MDK-Anfragen, Entlassmanagement, Case-Management, Dokumentation zur Verbesserung der Kodierqualität, Schulungen der Kodierkräf-	

Kennzahlenbezeichnung	Relativgewichte, effektiv Abweichung, prozentual	Nr.
Beschreibung	Prozentuale Abweichung der tatsächlichen Relativgewichte von den Vereinbarten	6
Formel	$= (\text{Relativgewichte (Ist)} - \text{Relativgewichte (Soll)}) / \text{Relativgewichte (Soll)} \times 100$	
Einheit	%	
Erhebungszeitpunkt	Monatlich	
Erhebungszeitraum	Monatswerte	
Erhebungsbereich	Gesamthaus, Medizinische Fachabteilungen	
Kennzahlenzweck	„Erreichung der vereinbarten Relativgewichte, effektiv“	
Basisdaten	Fallpauschalenkatalog, Handlungsbedarfsliste, Genehmigungsbescheid Budget- und Entgeltverhandlungen	
Zielwert	Je nach Budget- und Entgeltverhandlungen	
Realisierungsmaßnahmen	Prozessoptimierung MDK-Anfragen, Entlassmanagement, Case-Management, Dokumentation zur Verbesserung der Kodierqualität, Schulungen der Kodierkräf-	

²⁷³ Eigene Darstellung.

Anhang 9/2: Kennzahlenkatalog der KLINIK²⁷⁴

Kennzahlenbezeichnung	Case Mix Index (CMI)	Nr.
Beschreibung	Durchschnittliche Bewertungsrelation; durchschnittliche Kostengewicht pro Behandlungsfall	7
Formel	= Case Mix / Fallzahl Case Mix = Relativgewichte, effektiv	
Erhebungszeitpunkt	monatlich	
Erhebungszeitraum	Monatswerte	
Erhebungsbereich	Gesamthaus, Medizinische Fachabteilungen	
Kennzahlenzweck	„Erreichung des vereinbarten Case Mix Index (CMI)“	
Basisdaten	Fallpauschalenkatalog,	
Zielwert	Je nach Ausgang der Budget- und Entgeltverhandlungen	
Realisierungsmaßnahmen	Fallzahlensteuerung, Case-Management, Entlassmanagement, Prozessoptimierung Codierung, Schulungen Kodierkräfte, Optimierung der Dokumentation zur Verbesserung der Kodierqualität	

Kennzahlenbezeichnung	Case Mix Index (CMI) Abweichung, prozentual	Nr.
Beschreibung	Prozentuale Abweichung des tatsächlichen CMI von der Vereinbarung	8
Formel	= (Case Mix Index (CMI) (Ist) – Case Mix Index (CMI) (Soll))/(Case Mix Index (CMI) (Soll)) x 100	
Einheit	%	
Erhebungszeitpunkt	Monatlich	
Erhebungszeitraum	Monatswerte	
Erhebungsbereich	Gesamthaus, Medizinische Fachabteilungen	
Kennzahlenzweck	„Erreichung des vereinbarten Case Mix Index (CMI)“	
Basisdaten	Handlungsbedarfsliste, Genehmigungsbescheid Budget- und Entgeltverhandlung	
Zielwert	0%	
Realisierungsmaßnahmen	Fallzahlensteuerung, Case-Management, Entlassmanagement, Prozessoptimierung Codierung, Schulungen Kodierkräfte, Optimierung der Dokumentation zur Verbesserung der Kodierqualität	

Kennzahlenbezeichnung	Anteil der Inlieger 2 Gesamthaus	Nr.
Beschreibung	Anzahl der Fälle, welche zwischen der mittleren Verweildauer und der oberen Grenzverweildauer liegen, an der Gesamtzahl der Fälle	9
Formel	= ((INLI2 (Fälle)) / (Gesamt gesamt)) x 100	
Einheit	%	
Erhebungszeitpunkt	Monatlich	
Erhebungszeitraum	Monatswerte	
Erhebungsbereich	Gesamthaus	
Kennzahlenzweck	„Reduzierung der Fälle zwischen der Mittleren Verweildauer und der Oberen Grenzverweildauer auf 17 % in den nächsten zwei Jahren“	
Basisdaten	Handlungsbedarfsliste, Fallpauschalenkatalog, Entwicklung CMI, VWD-Statistik	
Zielwert	xx	
Realisierungsmaßnahmen	Fallzahlensteuerung, Case-Management, Entlassmanagement	

²⁷⁴ Eigene Darstellung.

Anhang 9/3: Kennzahlenkatalog der KLINIK²⁷⁵

Kennzahlenbezeichnung	Anteil der Inlieger 2 Medizinische Fachabteilung	Nr.
Beschreibung	Anzahl der Fälle einer medizinischen Fachabteilung, welche zwischen der mittleren Verweildauer und der oberen Grenzverweildauer liegen, an der Gesamtzahl der Fälle einer medizinischen Fachabteilung	10
Formel	$= ((\text{INLIZ (Fälle)}) / (\text{Gesamt je Fachabteilung})) \times 100$	
Einheit	%	
Erhebungszeitpunkt	Monatlich	
Erhebungszeitraum	Monatswerte	
Erhebungsbereich	Medizinische Fachabteilungen	
Kennzahlzweck	„Reduzierung der Fälle zwischen der Mittleren Verweildauer und der Oberen Grenzverweildauer auf xx % in den nächsten zwei Jahren“	
Basisdaten	Handlungsbedarfsliste, Fallpauschalenkatalog, Entwicklung CMI, VWD-Statistik	
Zielwert	0%	
Realisierungsmaßnahmen	Fallzahlensteuerung, Case-Management, Entlassmanagement	

Kennzahlenbezeichnung	Anteil Sektionen an Gesamtentbindungen	Nr.
Beschreibung	Anteil der DRG- Sectio caesarea an der Summe der Gesamtentbindungen	11
Formel	$= (\text{Sectio (DRG)}) / (\text{Entbindungen (Gesamt)}) \times 100$	
Einheit	%	
Erhebungszeitpunkt	Monatlich	
Erhebungszeitraum	Monatswerte	
Erhebungsbereich	Gynäkologie und Frauenheilkunde	
Kennzahlzweck	„Der Anteil der Sektionen an den Gesamtentbindungen soll ein stetiges Verhältnis aufweisen.“	
Basisdaten	Datenpool, Handlungsbedarfsliste, Geburtenstatistik	
Zielwert	30 %	
Realisierungsmaßnahmen	Geburtsvorbereitungskurse	

Kennzahlenbezeichnung	Anteil Sektionen an Gesamtentbindungen (Entwicklung)	Nr.
Beschreibung	Entwicklung des Anteils der DRG- Sectio caesarea an der Summe der Gesamtentbindungen	12
Formel	$= (\text{Anteil Sektionen an Gesamtentbindungen aktuelles Jahr}) - (\text{Anteil Sektionen an Gesamtentbindungen Vorjahr})$	
Einheit	%	
Erhebungszeitpunkt	Monatlich	
Erhebungszeitraum	Monatswerte	
Erhebungsbereich	Gynäkologie und Frauenheilkunde	
Kennzahlzweck	„Der Anteil der Sektionen an den Gesamtentbindungen soll ein stetiges Verhältnis aufweisen.“	
Basisdaten	Datenpool, Handlungsbedarfsliste	
Zielwert	0 %	
Realisierungsmaßnahmen	Geburtsvorbereitungskurse	

²⁷⁵ Eigene Darstellung.

Anhang 9/4: Kennzahlenkatalog der KLINIK²⁷⁶

Kennzahlenbezeichnung	Anteil nicht abgerechneter Fälle an Gesamtzahl entlassener Patienten	Nr.
Beschreibung	Gibt den Anteil der Fälle an, welche nicht abgerechnet sind an der Gesamtzahl der entlassenen Patienten	14
Formel	$= \frac{\text{Anzahl entlassener Patienten} - \text{Anzahl abgerechneter Fälle}}{\text{Anzahl entlassener Patienten}} \times 100$	
Erhebungszeitpunkt	Monatlich, nach Abrechnung	
Erhebungszeitraum	Monatswerte	
Erhebungsbereich	Gesamthaus, Medizinische Fachabteilungen	
Kennzahlenzweck	Reduzierung der Anzahl der nicht abgerechneten DRG-Fälle	
Basisdaten	Handlungsbedarfsliste	
Zielwert	(noch nicht vorhanden)	
Realisierungsmaßnahmen	Prozessoptimierung Codierung, Abrechnung, Schreibzimmer etc.	

²⁷⁶ Eigene Darstellung.

Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

Ackermann, K.-F. (2000): Das Balanced Scorecard-Konzept - Grundlagen und Bedeutung für die Unternehmenspraxis. In: Ackermann, K.-F. (Hrsg.): Balanced scorecard für Personalmanagement und Personalführung. Praxissätze und Diskussion. Wiesbaden, S. 11-46.

Aghamanoukjan, A.; Buber, R., Meyer, M. (2009): Qualitative Interviews. In: Buber, R.; Holzmüller, H. (Hrsg.): Qualitative Marktforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Lehrbuch, 2. überarb. Aufl. Wiesbaden, S. 415-436.

AOK (o.J.): E1plus. http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/verhandlungen/drg/index_06606.html. (Stand: 17.03.2015).

Augsten, U. u.a. (2008): Besteuerung im Krankenhaus. Steuerpraxis, Wiesbaden.

Bamberg, C. u.a. (2010): Strategieumsetzung aus einem Guss. Die Balanced Scorecard am Ortenau Klinikum Offenburg-Gengenbach. In: Management&Krankenhaus. <http://www.management-krankenhaus.de/topstories/gesundheitsökonomie/strategieumsetzung-aus-einem-guss> (Stand: 24.03.2015).

Baroudi, R. (2010): Kpi mega library. 17.000 key performance indicators. Scotts Valley, Calif.

Barth, T.; Barth, D. (2008): Controlling. Managementwissen für Studium und Praxis, 2. vollst. überarb. und aktualisierte Aufl. München.

Baumann, R. (2007): Finanzielle Führung - Management-Basiskompetenz. Theoretische Grundlagen und Methoden mit Beispielen, Repetitionsfragen und Antworten. Betriebswirtschaftslehre, 2. überarb. Aufl. Zürich.

Beckmann, A. u.a. (2010): Prozesse in Dienstleistungsunternehmen der Gesundheitswirtschaft. In: Zapp, W. (Hrsg.): Prozessgestaltung in Gesundheitseinrichtungen. Von der Analyse zum Controlling. Gesundheitswesen in der Praxis, 2. vollst. überarb. und erw. Aufl. Heidelberg, S. 3-104.

Bernecker, M.; Eckrich, K. (Hrsg.) (2003): Handbuch Projektmanagement. München [u.a.].

Bertelsmann Stiftung (o.J.): Beschreibung und Darstellung der Ergebnisse. http://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/system/flexpaper/rsmbstpublications/download_file/3297_63.pdf. (Stand: 02.04.2015).

Blum, K. u.a. (2014): Rote Zahlen und Ärztemangel - Aktuelle Ergebnisse des DKI-Krankenhaus Barometers. In: Arzt und Krankenhaus. 87. Jg (2014), Heft 1, S. 27-32.

Bortz, J.; Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer-Lehrbuch, 4. überarbeitete Aufl. Heidelberg.

Brecht, U. (2005): BWL für Führungskräfte. Was Entscheider im Unternehmen wissen müssen. Wiesbaden.

- Brecht, U. (2012):** Controlling für Führungskräfte. Was Entscheider im Unternehmen wissen müssen. 2. aktualisierte und erw. Aufl. Wiesbaden.
- Bruno, J. (2005):** Projektmanagement. Das Wissen für eine erfolgreiche Karriere. 2. durchges. Aufl. Zürich.
- Burkert, M. (2008):** Qualität von Kennzahlen und Erfolg von Managern. Direkte, indirekte und moderierende Effekte. Gabler-Edition Wissenschaft : Research in management accounting et control, 1. Aufl. Wiesbaden.
- Crössmann, J. (2003):** Marketing-Controlling-Erfolgskennzahlen. In: Pepels, W. (Hrsg.): Marketing-Controlling-Organisation. Grundgestaltung marktorientierter Unternehmenssteuerung. Berlin, S. 81-106.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2010):** Übermittlung der L4-Diagnosestatistik nach § 17 Abs. 4 BpflV. <http://www.dkgev.de/dkg.php/aid/7146/cat/129>. (Stand: 09.04.2015).
- Doege, V.; Martini, S. (2009):** Krankenhäuser auf dem Weg in den Wettbewerb. Der Implementierungsprozess der Diagnosis Related Groups. Gabler Edition Wissenschaft, Wiesbaden.
- Drees, J.; Lang, C.; Schöps, M. (2014):** Praxisleitfaden Projektmanagement. Tipps, Tools und Tricks aus der Praxis für die Praxis. München.
- Eichhorn, S. (1975):** Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes. Schriften des Deutschen Krankenhausinstituts, Band 11, 3. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart [u.a.].
- Eisenmann, A. (2013):** Chronischer Geldmangel. Kliniken haben massive finanzielle Probleme. In: Schwäbisches Tagblatt, vom 13.06.2013. http://www.tagblatt.de/Home/nachrichten/ueberregional/stuttgart-ueberregionale-nachrichten_artikel,-Kliniken-haben-massive-finanzielle-Probleme-_arid,217732.html. (Stand: 17.03.2015).
- Fischer, D. (2009):** Controlling. Balanced Scorecard, Kennzahlen, Prozess- und Risikomanagement ; [ein Handbuch für die erfolgreiche Praxis ; inkl. Kapitel: die ersten 100 Tage als Controller]. Controlling competence, München.
- Fleßa, S. (2010):** Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre. Healthcare Management, 2. überarb. Aufl, München.
- Flick, U. (2011):** Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt's Enzyklopädie, Band 55694, Vollst. überarb. und erw. Neuausg. 2007, 4. Aufl. Reinbek bei Hamburg.
- Frodl, A. (2012):** Controlling im Gesundheitsbetrieb. Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen. Wiesbaden.
- Gerst, T. (2014):** Reizthema für Ärzte. Das Pro & Kontra im Deutschen Ärzteblatt zum Thema Qualitätsmanagement hat große Resonanz in der Leserschaft ausgelöst. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg 111, Heft 41, S. 1728.
- Geyer, H. (2007):** Praxiswissen BWL. Crash-Kurs für Führungskräfte und Quereinsteiger. Haufe Praxisratgeber, München.

- Gladen, W. (2003):** Kennzahlen- und Berichtssysteme. Grundlagen zum Performance measurement. Lehrbuch, 2. überarb. Aufl, Wiesbaden.
- Gladen, W. (2014):** Performance Measurement. Controlling mit Kennzahlen. SpringerLink : Bücher, 6. überarb. Aufl. 2014, Wiesbaden.
- Gläser, J.; Laudel, G. (2006):** Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Lehrbuch, 2. durchges. Aufl. Wiesbaden.
- Gleich, R. (2011):** Performance Measurement. Konzepte, Fallstudien und Grundschema für die Praxis. Controlling competence, 2. Aufl. München.
- Gonschorrek, U.; Hoffmeister, W. (Hrsg.) (2006):** Ganzheitliches Management: Strukturierungs- und Informationsprozesse. Berlin.
- Gräf, J. u.a. (2013):** KPI-Studie 2013- Effektiver Einsatz von Kennzahlen im Management Reporting. Ausgewählte Impulse. http://www.horvath-partners.com/fileadmin/horvathpartners.com/assets/05_Publikationen/PDFs/deutsch/KPI-Studie_2013_Impulspapier_v3.pdf. (Stand: 15.01.2015).
- Greiling, M.; Muszynski, T. (2008):** Strategisches Management im Krankenhaus. Methoden und Techniken zur Umsetzung in der Praxis. Kohlhammer Krankenhaus, 2. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart.
- Gritzmann, K. (1991):** Kennzahlensysteme als entscheidungsorientierte Informationsinstrumente der Unternehmensführung in Handelsunternehmen. Diss. Göttinger Handelswissenschaftliche Schriften e.V, Band 19, Göttingen.
- Grünberg, P. (2014):** Vertrauen in das Gesundheitssystem. Wie unterschiedliche Erfahrungen unsere Erwartungen prägen. Organisationskommunikation, Studien zu Public Relations / Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikationsmanagement, Wiesbaden, s.l.
- Grüning, M. (2002):** Performance-Measurement-Systeme: Messung und Steuerung von Unternehmensleistung. Diss. Wiesbaden.
- Hecht, L.; Schlepper, J. (2002):** Controlling im Krankenhaus - Ein Praxisbericht aus dem Evang. Stift St. Martin gGmbH, Koblenz. In: kpr. KOSTENRECHNUNGSPRAXIS. ZEITSCHRIFT FÜR CONTROLLING, ACCOUNTING & SYSTEMANWENDUNGEN. (2002). Sonderheft, 55-61.
- Henke, K.-D.; Gopffharth, D. (2010):** Das Krankenhaus im System der Gesundheitsversorgung. In: Hentze, J.; Kehres, E. (Hrsg.): Krankenhaus-Controlling: Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis. Stuttgart, S. 35-52.
- Herrmann, A.; Huber, F. (2013):** Produktmanagement. Grundlagen - Methoden - Beispiele. SpringerLink : Bücher, 3. vollst. überarb. u. erw. Aufl., Wiesbaden.
- Horváth & Partners (25.03.2015):** Über uns. <http://www.horvath-partners.com/de/ueber-uns/>. (Stand: 25.03.2015).
- Horváth & Partners (2007):** Balanced scorecard umsetzen. 4. überarb. Aufl, Stuttgart.

- Horváth & Partners (Hrsg.) (2014):** KPI-Studie 2013: Mehr DNA in Steuerung und Reporting. Effektiver Einsatz von Kennzahlen im Management Reporting. Stuttgart.
- Huch, B.; Hentze, J.; Kehres, E. (Hrsg.) (2002):** Krankenhaus-Controlling. Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis. Kohlhammer Krankenhaus, 2. überarb. und erw. Aufl, Stuttgart.
- Jankulik, E.; Kuhlant, P.; Piff, R. (2005):** Projektmanagement und Prozessmessung. Die Balanced Scorecard im projektorientierten Unternehmen. Erlangen.
- Joint Comission Ressources Mission (2008):** Managing performance measurement data in health care. Oakbrook Terrace, IL.
- Jung, H. (2007):** Controlling. 2. überarb. und aktualisierte Aufl, München und Wien.
- Kalus, K.; Witter, S. (2003):** Organisationsberatung für Banken. Methoden und Techniken für effektives Projektmanagement. Wiesbaden.
- Kamiske, G. F. (Hrsg.) (2009):** Handbuch QM-Methoden. Die richtige Methode auswählen und erfolgreich umsetzen. München.
- Köln, P.; Schmidt, R. (24.03.2015):** Die Balanced Scorecard als Steuerungsinstrument im Krankenhaus. In: BfuP. <http://www.aktiva-gesundheitswesen.de/dl/BalancedScorecard2002.pdf>. (Stand: 24.03.2015).
- Klinik (2014):** Organigramm.²⁷⁷
- Klinik (2014b):** Über die Klinik.²⁷⁸
- Kralicek, P.; Böhmendorfer, F.; Kralicek, G. (2008):** Kennzahlen für Geschäftsführer. Bilanzanalyse und Jahresabschlusszenarien ; Controlling und Cash-Management ; Investitionsentscheidungen und Unternehmensbewertungen. mi-Fachverlag bei Redline, 5. vollst. aktualisierte und erw. Aufl. München.
- Kreis in Baden-Württemberg (Hrsg.) (2013)**²⁷⁹
- Kreis in Baden-Württemberg (Hrsg.) (2012)**²⁸⁰
- Kuntz, L, Schüler, L., Steffen, A. (2002):** Strategisches Controlling In: Kuntz, L. (Hrsg.): Krankenhauscontrolling in der Praxis. Quantitative Methoden. Kohlhammer Krankenhaus, Stuttgart, S. 113-148.
- Labisch, A.; Spree, R. (2001):** Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten. Frankfurt und New York.
- Lachnit, L.; Müller, S. (2006):** Unternehmenscontrolling. Managementunterstützung bei Erfolgs-, Finanz-, Risiko- und Erfolgspotenzialsteuerung. Lehrbuch, Wiesbaden.

²⁷⁷ Aus Datenschutzgründen wurde die Quelle abgeändert.

²⁷⁸ Aus Datenschutzgründen wurde die Quelle abgeändert.

²⁷⁹ Aus Datenschutzgründen wurde die Quelle abgeändert.

²⁸⁰ Aus Datenschutzgründen wurde die Quelle abgeändert.

- Lelke, F. (2010):** Top KPIs zur Steuerung der Personalstrategie. In: CONTROLLER MAGAZIN. 35.Jg. B 12688, S. 57.
- Louwen, F. (2014):** Fachtag des AKF. Zeit zu handeln: die Kaiserschnitttrate senken - die normale Geburt fördern. 20. Juni 2014 in den Räumen des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Berlin. http://www.akf-info.de/uploads/media&2014_06_20_Protokoll.pdf. (Stand: 02.04.2015).
- Mayer, H. O. (2006):** Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung und Auswertung. 3. überarb. Aufl. München [u.a.].
- Michel, R. (1999):** Komprimiertes Kennzahlen-Know-how. Analysemethoden, Frühwarnsysteme, PC-Anwendungen, Checklisten. Wiesbaden.
- Morganski, B. (2003):** Balanced Scorecard. Auf dem Weg zum Klassiker ; [Mehr Gewinn und Unternehmenswert durch motivierte Mitarbeiter und zufriedenen Kunden]. 2. überarb. Aufl. München.
- Nagel, E. (2007):** Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung. 4. völlig überarb. und erw. Aufl. Köln.
- Nietzsche, F.; Schleier, C.A. (2013):** Die Fröhliche Wissenschaft / Wir Furchtlosen (Neue Ausgabe 1887). Hamburg.
- Olbrich, R.; Battenfeld, D.; Buhr, C.-C. (2012):** Marktforschung. Ein einführendes Lehr- und Übungsbuch. Springer-Lehrbuch, Berlin [u.a.].
- Preissler, P. R. (1995):** Controlling-Lexikon: s.v. Return on Investment (ROI). München.
- Preißler, P. R. (2008):** Betriebswirtschaftliche Kennzahlen. Formeln, Aussagekraft, Sollwerte, Ermittlungsintervalle. [BWL Starter Kit], München [u.a.].
- Preuß, O. (2014):** Krankenhausmanagement. Aktionsfelder und Managementinstrumente. München.
- Radke, M. (2009):** Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitslosigkeit. In: Wüstner, K. (Hrsg.): Sozioökonomische Arbeitsforschung. Das Individuum im Spannungsfeld von Arbeit und Nicht-Arbeit. München und Mering, S. 221-242.
- Reichmann, T. (1990):** Controlling mit Kennzahlen. Grundlagen einer systemgestützten Controlling-Konzeption. 2. verb. Aufl. München.
- Reichmann, T. (2011):** Controlling mit Kennzahlen. Die systemgestützte Controlling-Konzeption mit Analyse- und Reportinginstrumenten. Controlling competence, 8. überarb. und erw. Aufl. München.
- Reisbeck, T.; Schöne, L. B. (Hrsg.) (2009):** Immobilien-Benchmarking. Ziele, Nutzen, Methoden und Praxis. 2. vollständig neu bearbeitete und erw. Aufl. Berlin und New York.
- Sandt, J. (2004):** Management mit Kennzahlen und Kennzahlensystemen. Bestandsaufnahme, Determinanten und Erfolgsauswirkungen. Gabler Edition Wissenschaft Schriften des Center for Controlling & Management (CCM), Band 14, Wiesbaden.

- Scheibeler, Alexander A. W (2002):** Balanced Scorecard für KMU. Kennzahlenermittlung mit ISO 9001: 2000 leicht gemacht. 2. Neubearb. und erw. Aufl, Berlin.
- Schneider, W.; Hennig, A. (2008):** Lexikon Kennzahlen für Marketing und Vertrieb. Das Marketing-Cockpit von A-Z: s.v. Du-Pont-Kennzahlensystem. 2. Aufl, Berlin.
- Schreyer, M. (2007):** Entwicklung und Implementierung von Performance Measurement Systemen. Gabler Edition Wissenschaft, Wiesbaden.
- Schroeter, B. (2002):** Operatives Controlling. Aufgaben, Objekte, Instrumente. Wiesbaden.
- Schulze, S. (2014):** Controlling im Krankenhaus. Empirische Untersuchung zu Nutzungsmöglichkeiten etablierter Controlling-Instrumente im Zuge der zunehmenden Globalisierung von Gesundheitsdienstleistungen. Hamburg.
- Seelos, H.-J. (2008):** Lexikon Medizinmanagement: s.v. Abschlag, Mitternachtsstatistik. München.
- Seelos, H.-J. (2012):** Medizinmanagement. Gesamtausgabe. SpringerLink : Bücher, Wiesbaden.
- Sonnentag, A. (2008):** Rechtsformen und Trägerstrukturen. In: Eichhorn, S.; Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhaus-Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts. Kohlhammer Krankenhaus, Stuttgart, S. 181-195.
- Statistisches Bundesamt Baden-Württemberg (2014):** Statistische Berichte Baden-Württemberg. Krankenhausstatistik Baden-Württemberg. Artikel-Nr. 3212 13001. http://www.statistik.badenwuerttemberg.de/Veroeffentl/Statistische_Berichte/3212_13001.pdf. (Stand: 23.04.2015).
- Staudt, E. (1985):** Kennzahlen und Kennzahlensysteme. Grundlagen zur Entwicklung u. Anwendung ; Bibliogr. dt.-sprachiger Veröff. ; praxisorientierte Literaturlauswertung. Berlin.
- Uebel, M. F.; Helmke, S. (2012):** FAQ - Balanced Scorecard und Controlling. 100 Fragen - 100 Antworten. Düsseldorf.
- Walther, M. (2005):** Auf der Suche nach operativer Exzellenz im Krankenhaus. Logistik als Rationalisierungsinstrument und strategischer Wettbewerbsfaktor in einem dynamischen Marktumfeld. Diss. <http://d-nb.info/97510327X/34>. (Stand: 24.03.2015).
- Weber, J.; Hirsch, B.; Bramsemann, U. (2004):** Wertorientierte Unternehmenssteuerung. Konzepte - Implementierung - Praxisstatements. Advanced controlling, Wiesbaden.
- Weber, J.; Schäffer, U. (2000):** Balanced Scorecard & Controlling. Implementierung - Nutzen für Manager und Controller - Erfahrungen in deutschen Unternehmen. Advanced controlling, 3. überarb. Aufl, Wiesbaden.
- Weber, J.; Schäffer, U. (2006):** Einführung in das Controlling. 11. vollst. überarb. Aufl. Stuttgart.
- Weber, M. (2011):** Schnelleinstieg Kennzahlen. Haufe-Schnelleinstieg, Freiburg und München u.a.
- Weinmann, E.; Weinmann, P. (2012):** Die "Balanced Scorecard" in Praxis. Finanzielle Kennzahlen sind nicht alles. In: Der Penumologe. 4, S. 289-294.

Winkelhofer, G. A. (2005): Management- und Projekt-Methoden. Ein Leitfadens für IT, Organisation und Unternehmensentwicklung. 3. vollständig überarbeitete Aufl. Berlin, Heidelberg.

Zapp, W. (2008): Kennzahlen im Klinikalltag. In: Everling, O.; Kampe, D. (Hrsg.): Rating im Health-Care-Sektor. Schlüssel zur Finanzierung von Krankenhäusern, Kliniken, Reha-Einrichtungen. Wiesbaden, S: 55-70.

Zapp, W.; Oswald, J. (2009): Controlling-Instrumente für Krankenhäuser. Kohlhammer Krankenhaus, Stuttgart.

Zapp, W.; Oswald, J., Karsten, E. (2010): Kennzahlen und Kennzahlensysteme im Krankenhaus - Empirische Erkenntnisse zum Status Quo der Kennzahlenpraxis in Niedersächsischen Krankenhäusern. In: Zapp, W. (Hrsg.): Kennzahlen im Krankenhaus. Reihe: Controlling and Management in Gesundheitseinrichtungen, Bd. 2, 1. Aufl, Lohmar und Köln, S. 1-66.

Zell, M. (2009): Kosten- und Performance Management in Fallstudien. Grundlagen - Instrumente - Fallstudie. Lehrbuch, Wiesbaden.

Verzeichnis interner Unternehmensquellen

Experte A (01.04.2015), persönliches Gespräch am 01.04.2015.

Experte B (25.03.2015), persönliches Gespräch am 25.03.2015.

Experte C (18.03.2015), persönliches Gespräch am 18.03.2015.

Experte D (22.04.2015), persönliches Gespräch am 22.04.2015.

Experte E (24.02.2015), offene Beobachtung am 24.02.2015.

Experte E; Experte F (18.03.2015), Gruppeninterview am 18.03.2015.

Experte E; Experte F; Experte G (27.03.2015), Gruppeninterview am 27.03.2015.

Experte E; Experte G (26.02.2015), Gruppeninterview am 26.02.2015.

Experte E (27.02.2015), offene Beobachtung am 27.02.2015.

Experte E (17.03.2015), offene Beobachtung am 17.03.2015.

Experte F (09.04.2015), persönliches Gespräch am 09.04.2015.

Experte H (25.03.2015), persönliches Gespräch am 25.03.2015.

Experte I (24.04.2015), persönliches Gespräch am 24.04.2015.

Klinik (Hrsg.) (2013a): Geburtenstatistik 2013.

Klinik (Hrsg.) (2013b): Geburtenstatistik 2013-2012.

Klinik (Hrsg.) (2013c): VWD-Statistik - Unternehmensberatung 2013.

Klinik (Hrsg.) (2014a): BelGeschäftsstelle - 2014 Jan bis Oktober 24.11.2014 Änderung.

Klinik (Hrsg.) (2014b): Geschäftsbericht Klinik2013 konsolidiert.

Klinik (Hrsg.) (2015a): (0601) Mitternachtsstatistik.

Klinik (Hrsg.) (2015b): Budget-Erlöse 2014.

Klinik (Hrsg.) (2015c): Datenordner Einweiserstatistik

Klinik (Hrsg.) (2015d): Diagnosestatistik 2014.

Klinik (Hrsg.) (2015e): Diagramm Leistungsdaten monatlich - Dezember 2014.

Klinik (Hrsg.) (2015f): DRG-Handlungsbedarf, entl. Pat. 01-12 Stand 13.01.2015.

Klinik (Hrsg.) (2015g): E1Plus IL 2014 01-12 nach Version 14.

Klinik (Hrsg.) (2015h): E1Plus ÜL 2013-2014 nach Version 13.

Klinik (Hrsg.) (2015i): Einzugsgebietestatistik 2014.

Klinik (Hrsg.) (2015j): Entwicklung Fälle 2015_KW 13.

Klinik (Hrsg.) (2015k): Kostenträgerstatistik 2014.

Klinik (Hrsg.) (2015l): Operationsstatistik 2014.

Klinik (Hrsg.) (2015m): Röntgenstatistik.

Klinik (Hrsg.) (2015n): Verlauf DRG Status ab 09.03.2015.

Best-Worst-Scaling – Eine empirische Analyse von Versichertenpräferenzen zu ausgewählten Krankenkassen- Zusatzleistungen

von

Jana Ruth Schneider

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis	X
Abbildungsverzeichnis	XI
Tabellenverzeichnis	XII
1 Einleitung	108
1.1 Problemstellung	108
1.2 Zielsetzung	109
1.3 Eingrenzung der Arbeit	110
1.4 Vorgehensweise	110
2 Grundlagen der empirischen Untersuchung	111
2.1 Aktionsparameter der gesetzlichen Krankenversicherung	111
2.1.1 Preis	111
2.1.2 Leistung	113
2.2 Einordnung der empirischen Untersuchung	114
2.2.1 Recherchestrategie	114
2.2.2 Forschungsstand und kritische Würdigung	114
2.2.3 Fragestellungen und Hypothesenbildung	120
2.2.4 Theoretische Einordnung des Forschungsgegenstands	122
3 Präferenz und Präferenzmessung	123
3.1 Präferenz	123
3.2 Verfahren der Präferenzmessung	123
3.3 Best-Worst-Scaling	125
4 Untersuchungs- und Forschungsdesign	129
4.1 Einordnung des Forschungsprojektes	129
4.1.1 Empirische Erhebung	131
4.1.2 Quantitative Studie	131
4.1.3 Erhebung von Primärdaten	133
4.1.4 Befragung	134
4.1.5 Onlinebefragung	135
4.1.6 Standardisierte Befragung	136
4.2 Festlegung der Erhebungseinheiten	137

5	Empirische Erhebung	139
5.1	Auswahl der Itemliste	139
5.1.1	Items der Beitragssenkung	140
5.1.2	Items der bezuschussten/bonifizierten Leistungen.....	141
5.1.3	Items der Service- und Beratungsleistungen	142
5.2	Computergestützte Umsetzung der Erhebung.....	142
5.2.1	Erstellung des Erhebungsdesigns	142
5.2.2	Äußere Gestaltung der Erhebung.....	147
5.2.3	Durchführung und Auswertung der Befragung.....	147
5.3	Darstellung des Fragebogens.....	149
5.4	Pretest.....	151
5.5	Zeitliche Gestaltung & Durchführung der Befragung.....	153
5.6	Datenbereinigung.....	154
5.7	Datenauswertung.....	154
5.8	Güte der Erhebung.....	156
6	Ergebnisse der empirischen Untersuchung	158
6.1	Stichprobe.....	158
6.2	Ergebnisse der hierarchisch bayesianischen Schätzung	162
6.2.1	Präferenzstruktur der Stichprobe	162
6.2.2	Bereichsabhängige Präferenzstruktur.....	165
6.2.3	Wahlhäufigkeiten der Items.....	167
6.2.4	Gruppenabhängige Präferenzstrukturen.....	170
6.3	Prüfung der Hypothesen und Fragestellungen	173
7	Schlussbetrachtung.....	174
7.1	Schlussfolgerung und Handlungsempfehlungen für die Ausgestaltung des Krankenkassenangebots	174
7.2	Kritische Reflexion der Untersuchungsmethode sowie der Ergebnisse	177
7.3	Zusammenfassung und Ausblick	180
Anhang	182
Literaturverzeichnis	200

Abkürzungsverzeichnis

BKK	Betriebskrankenkasse
BWS	Best-Worst-Scaling
DHBW	Duale Hochschule Baden-Württemberg
FQWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HB	Hierarchical Bayes
HTML	Hypertext Markup Language
MaxDiff	Maximum-Difference-Scaling
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	World-Health-Organization

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Beispiel des BWS	127
Abbildung 2: Erstellung des Best-Worst-Scalings.....	129
Abbildung 3: Einordnung der Forschungsarbeit – Überblick.....	130
Abbildung 4: Erste Einordnung der Forschungsarbeit	131
Abbildung 5: Zweite Einordnung der Forschungsarbeit.....	131
Abbildung 6: Dritte Einordnung der Forschungsarbeit	133
Abbildung 7: Vierte Einordnung der Forschungsarbeit.....	134
Abbildung 8: Fünfte Einordnung der Forschungsarbeit.....	135
Abbildung 9: Sechste Einordnung der Forschungsarbeit.....	136
Abbildung 10: Sawtooth - Erstellung der Itemliste.....	143
Abbildung 11: Sawtooth - Erstellung des Designs	145
Abbildung 12: Sawtooth - Übersicht des Fragebogens.....	146
Abbildung 13: Sawtooth - HB-Schätzung.....	148
Abbildung 14: Geschlechtsverteilung der Stichprobe und der Grundgesamtheit.....	158
Abbildung 15: Altersverteilung der Stichprobe und der Grundgesamtheit	159
Abbildung 16: Gesundheitszustand der Stichprobe	160
Abbildung 17: Leistungsanspruchnahme der Stichprobe	161
Abbildung 18: Einkommen der Stichprobe	162
Abbildung 19: Präferenz nach Krankenkassenangeboten und Bereichen	165
Abbildung 20: Präferenzanteile der Bereiche	166

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Gütemaße des Percent-Certainty-Kriteriums	157
Tabelle 2: Teilnutzwerte der Krankenkassenangebote	163
Tabelle 3: Rangfolge der Krankenkassenangebote	164
Tabelle 4: Wahlhäufigkeiten und -anteile der Krankenkassenangebote	168
Tabelle 5: Positionierung der Versicherten bei den Krankenkassenangeboten.....	169
Tabelle 6: Krankenkassenangebote mit signifikanten Gruppenunterschieden.....	171
Tabelle 7: Zusammenfassung des Ergebnisses der HB-Schätzung.....	173

1 Einleitung

„Für die Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen sind neben Expertenurteilen vermehrt (subjektive) Wertungen der Betroffenen notwendig, die nur mittels Präferenzmessungen zur Verfügung gestellt werden können.“¹ Um optimale Entscheidungen auf regulatorischer als auch auf medizinischer Ebene bezüglich des Ressourceneinsatzes treffen zu können, werden demzufolge auch gesetzliche Krankenkassen als Akteure des Gesundheitswesens vor die Herausforderung gestellt, Versichertenpräferenzen zu eruieren.

1.1 Problemstellung

Gesetzliche Krankenkassen verfügen über begrenzte finanzielle Ressourcen.² Folglich besteht die Schwierigkeit darin, durch Entscheidungen einen optimalen Einsatz der vorhandenen Ressourcen zu bewirken. Aus diesem Grund tragen die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger der Krankenkasse bezüglich der Allokation der zur Verfügung stehenden Mittel eine hohe Verantwortung.

In der Regel streben die Versicherten ebenfalls nach optimalen Entscheidungen und damit nach Nutzenmaximierung. Die unterschiedlichen Krankenkassenangebote werden demzufolge nach den individuellen Interessen bewertet.³ Stimmen individuelle Präferenzen der Versicherten mit den Entscheidungen der Krankenkasse nicht überein, haben die Versicherten die Möglichkeit, auf alternative Krankenkassen, die einen höheren individuellen Nutzen versprechen, auszuweichen.⁴ Demzufolge konkurrieren die Krankenkassen um die Versicherten.⁵ Stehen Entscheidungen der Krankenkassen nicht in Einklang mit den Präferenzen der Versicherten, ist von einer nicht optimalen Ressourcennutzung auszugehen.⁶

Infolge des im Jahr 1996 eingeführten Wettbewerbs im GKV-System sind die Aktionsparameter⁷ gesetzlicher Krankenkassen von hoher Relevanz.⁸ Am 1. Januar 2015 trat mit dem GKV-FQWG die Reformierung der Kassenfinanzierung in Kraft. Anstelle des bisherigen krankenkasseneinheitlichen Beitragssatzes erfolgt die Einführung eines krankenkassenindividuellen Zusatzbeitrags. Infolgedessen gehört im Hinblick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen nun auch der ‚Preis‘ wieder zu den Aktionsparametern der Krankenkasse, die einen Einfluss auf die Wettbewerbssituation haben. Der

¹ Mühlbacher, A. C.; Kaczynski, A.; Zweifel, P. (2014), S. 115.

² Vgl. Marckmann, G. (2010), S. 8 ff.

³ Vgl. Mühlbacher, A. C.; Kaczynski, A.; Zweifel, P. (2014), S. 101 f.

⁴ Vgl. Buchner, F. u.a. (2013), S. 131 ff.; vgl. Jacobs, K. (2013), S. 61.

⁵ Vgl. Oberender, P.O.; Ecker, T.; Zerth, P. O. (2005), S. 47.

⁶ Vgl. Mühlbacher, A. C.; Kaczynski, A.; Zweifel, P. (2014), S. 101 f.

⁷ Die Definition des Begriffs *Aktionsparameter* sowie weitere Informationen zu den Aktionsparametern werden in Kapitel 2.1 thematisiert.

⁸ Vgl. Oberender, P.O.; Ecker, T.; Zerth, P. O. (2005), S. 47 ff.; vgl. Chruszcz, D. (2012), S. 23.

Kostendruck ist bei den Krankenkassen folglich gestiegen. Die gesetzlichen Krankenkassen sind daher dazu angehalten, die eigene Wettbewerbssituation zu stärken.⁹ Da den Aktionsparametern ‚Preis‘ und ‚Leistung‘ hohe Relevanz in Bezug auf die Wettbewerbssituation beigemessen wird, wird für diese Komponenten die Kenntnis über die Versichertenpräferenzen benötigt.¹⁰ Zudem wird die Berücksichtigung des Aktionsparameters ‚Leistung‘ auf die vorliegende wechselseitige Abhängigkeit von Aktionsparametern zurückgeführt.¹¹ Aufgrund der in diesen Bereichen bestehenden Unklarheit über die Versichertenwünsche und –bedürfnisse, wird die Krankenkasse¹² vor die Herausforderung gestellt, die Präferenzen zu erfassen. Dies erfordert jedoch die Wahl einer Methode, durch die die Präferenzen der Versichertengruppe korrekt erfasst werden können.¹³

1.2 Zielsetzung

In der Betrachtung der Versichertenpräferenzen erkennt die Krankenkasse das Potenzial, Entscheidungen optimieren zu können. Auf die wettbewerbliche Positionierung der Krankenkasse kann damit ein positiver Einfluss genommen werden.¹⁴ Daher intendiert die ausgewählte Krankenkasse die Erfassung von Präferenzen.

Zunächst wird darauf abgezielt, Erkenntnisse über die Präferenzen der Versicherten im Bereich der angebotenen Zusatzleistungen zu gewinnen. Optionen der Beitragssenkung sollen ebenfalls berücksichtigt werden. Infolgedessen finden die wettbewerbsrelevanten Aktionsparameter ‚Preis‘ und ‚Leistung‘ in der vorliegenden Arbeit Berücksichtigung. Aufgrund der spezifischen Anforderungen des Forschungsgegenstands der Arbeit, kann der individuelle Bedarf anhand der gegenwärtigen Studienlage nicht ausreichend abgedeckt werden. Demzufolge bedarf es einer individuellen Betrachtung der Versichertenpräferenzen.¹⁵

Zielsetzung der Arbeit ist es, die Präferenzen der Versicherten der Krankenkasse zu ausgewählten Zusatzleistungen, beziehungsweise zur Beitragssenkung, zu erfassen. Dabei wird die Aufstellung einer Präferenzstruktur in Form einer Rangfolge zu den ausgewählten Zusatzleistungen/Beitragssenkungen angestrebt. Im Rahmen dieser Zielsetzung soll nachfolgende Forschungsfrage beantwortet werden:

⁹ Vgl. §§ 142, 142, 242, 175 SGB V; vgl. Graf von der Schulenburg, J.-M.; Lohse, U. (2014), S. 457; vgl. Oberender, P.O.; Ecker, T.; Zerth, P. O. (2005), S. 47 ff.

¹⁰ Vgl. Behrens-Potratz, A.; Zerres, M. (2013), S. 172 f.; vgl. Chruszcz, D. (2012), S. 40; vgl. Oberender, P.O.; Zerth, J. (2009), S. 330.

¹¹ Vgl. Oberender, P.O.; Ecker, T.; Zerth, P. O. (2005), S. 48.

¹² Aus Datenschutzgründen ist der Name der untersuchten Krankenkasse anonymisiert und wird nur *Krankenkasse* genannt.

¹³ Vgl. Mühlbacher, A. C.; Kaczynski, A.; Zweifel, P. (2014), S. 101 f.

¹⁴ Vgl. Lehmann, J. C. (2009), S. 32.

¹⁵ Vgl. Kapitel 2.2.4 und Kapitel 2.2.3.

Welche Wichtigkeiten werden den einzelnen Zusatzleistungen/Beitragssenkungen von den Versicherten der ausgewählten Krankenkasse beigemessen?

Zur Beantwortung der Forschungsfrage erfolgt die Durchführung einer quantitativen Versichertenbefragung. Der sich bei der Beantwortung der Forschungsfrage ergebende Erkenntnisgewinn gewährt der Krankenkasse einen Einblick in die individuelle Nutzenmaximierung der Versicherten. Bei Berücksichtigung der ermittelten Versichertenpräferenzen ist die Krankenkasse nun im Stande, die begrenzten Ressourcen bestmöglich einzusetzen.¹⁶ Die Beantwortung der Forschungsfrage ermöglicht demzufolge, dass das Krankenkassenangebot an den Versichertenpräferenzen ausgerichtet werden kann. Erfolgt eine Neuausrichtung, wird damit auf die Wettbewerbssituation Einfluss genommen.¹⁷

1.3 Eingrenzung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit thematisiert allein die Erfassung der Versichertenpräferenzen im Bereich der Zusatzleistungen und der Beitragssenkung. Bei der Ermittlung der Präferenzen werden jedoch nicht alle von der Krankenkasse angebotenen Zusatzleistungen einbezogen. Zudem ist anzumerken, dass auch eine fiktive Leistung Berücksichtigung findet, deren Relevanz es zu überprüfen gilt. Des Weiteren wird in der Arbeit der Schwerpunkt auf die zur Präferenzermittlung genutzte Methode gelegt. Demnach werden alternative Methoden nur begrenzt erläutert.

1.4 Vorgehensweise

Die vorliegende Arbeit ist in einen theoretischen und einen empirischen Teil untergliedert und umfasst insgesamt sieben Kapitel. Sowohl Kapitel 1 und 2 als auch Kapitel 3 dienen der Bildung eines Grundverständnisses für die empirische Erhebung.

In Kapitel 2 erfolgt zunächst die Darstellung der wettbewerblich relevanten Größen, die in Bezug auf den Forschungsgegenstand von der Krankenkasse beeinflusst werden können. Darüber hinaus erfolgt die Einbettung des Forschungsgegenstandes in die gegenwärtige Studienlage. Zudem werden in dem Kapitel sowohl die Forschungsfragen der Arbeit als auch eine aus der Theorie abgeleitete Hypothese erläutert.

Daraufhin thematisiert Kapitel 3 die theoretischen Grundlagen der Präferenzmessung. Der Schwerpunkt wird dabei auf die in der Erhebung angewandte Methode des Best-Worst-Scalings gelegt. Im vierten Kapitel erfolgt die Erläuterung des Untersuchungs- und Forschungsdesigns der empirischen Erhebung. Die Grundlagen der Untersuchung werden schließlich im 5. Kapitel dargelegt. Im An-

¹⁶ Vgl. Mühlbacher, A. C.; Kaczynski, A.; Zweifel, P. (2014), S. 101 f.

¹⁷ Vgl. Etgeton, S. (2009), S. 16.

schluss daran wird in Kapitel 6 der Fokus auf die Darstellung der Ergebnisse der empirischen Erhebung gelegt, die durch das Verfahren des Best-Worst-Scalings generiert werden. Die aus den Ergebnissen abgeleiteten Handlungsempfehlungen werden in Kapitel 7 dargestellt. Die Arbeit wird schließlich mit einer zusammenfassenden Bewertung abgeschlossen.

2 Grundlagen der empirischen Untersuchung

2.1 Aktionsparameter der gesetzlichen Krankenversicherung

Als Aktionsparameter werden wettbewerblich relevante Größen bezeichnet, die mit dem Ziel der Marktpositionsstärkung von Handlungsträgern eingesetzt werden.¹⁸ Da den Krankenkassen-Aktionsparametern ‚Preis‘ und ‚Leistung‘, wie bereits in Kapitel 1.1 erwähnt, im Hinblick auf das vorliegende Forschungsprojekt hohe Relevanz zugesprochen wird, erfolgt zunächst eine Erläuterung beider Aktionsparameter.¹⁹

2.1.1 Preis

Infolge des GKV-FQWG gehört seit dem 1. Januar 2015 der ‚Preis‘ zu den Aktionsparametern der Krankenkasse. Dennoch ist die Krankenkasse beim Einsatz des Aktionsparameters an staatliche Vorgaben und Rahmenbedingungen gebunden, die sich bei der Betrachtung des Finanzierungsverfahrens verdeutlichen.²⁰

Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert sich neben den Bundeszuschüssen mittels einkommensabhängiger Versichertenbeiträge, die dem Gesundheitsfonds zufließen. Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen zur Deckung der Leistungsausgaben je Versicherten eine risikoadjustierte Grundpauschale, die altes-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge berücksichtigt. Zudem erhalten Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen, für strukturierte Behandlungsprogramme sowie für Verwaltungskosten.

Infolge der mit dem GKV-FQWG eingeführten und zum 1. Januar 2015 umgesetzten Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent erhalten die Krankenkassen zur Finanzbedarfsdeckung einen reduzierten Geldmittelbetrag. Überschreitet der voraussichtliche Finanzbedarf die aus dem Gesundheitsfonds erhaltenen Zuweisungen, hat die Krankenkasse in ihrer

¹⁸ Vgl. Gablers Wirtschaftslexikon (2014), s.v. Aktionsparameter.

¹⁹ Die weiteren Aktionsparameter der gesetzlichen Krankenkasse werden aufgrund der geringen Relevanz für den Forschungsgegenstand der Arbeit nicht weiter erläutert. Für weiterführende Informationen zu den Aktionsparametern vgl. Oberender, P.O.; Ecker, T.; Zerth, P. O. (2005), S. 47 ff.

²⁰ Vgl. ebd., S. 49; vgl. ebd., S. 70.

Satzung zu bestimmen, dass von den Mitgliedern ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird.²¹ Die erhobenen Zusatzbeiträge werden der Krankenkasse auf Basis des durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommens aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen.²² Darüber hinaus zeichnet sich im Bereich des Aktionsparameters ‚Preis‘ eine weitere gesetzliche Rahmenbedingung ab: Mit der Abänderung des Beitragssatzes wurde zu Beginn des Jahres 2015 gleichzeitig die Möglichkeit abgeschafft, als Krankenkasse Prämien an die Versicherten ausschütten zu können.²³

Aufgrund der gesetzlichen Forderung, die Versicherten über die geänderte Finanzierung und damit einhergehend auch über die erhobenen Zusatzbeiträge und Sonderkündigungsrechte zu informieren, entsteht eine für die Versicherten transparente Marktsituation.²⁴ Infolge der gegebenen Vergleichbarkeit der Krankenkassen ist hinsichtlich des Preises eine präzise positionelle Einordnung der Krankenkasse auf dem Wettbewerbsmarkt möglich.²⁵ Damit einhergehend könnte sich der Beitragssatz als zentraler Faktor für die Realisation von Kassenwechseln erweisen.²⁶

Zur Stärkung der Wettbewerbsposition besteht im Hinblick auf den Aktionsparameter ‚Preis‘ durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen allerdings ein begrenzter Handlungsspielraum. Aus der Betrachtung der gesetzlich geregelten Finanzierungsstruktur wird ersichtlich, dass der Beitragssatz zur Abgrenzung von anderen Krankenkassen eine bedeutende Rolle einnehmen könnte.²⁷ Gegenüber den konkurrierenden Krankenkassen können folglich anhand von niedrigen Zusatzbeiträgen Vorteile erzielt werden. Das Optimum definiert sich durch die Einstellung der Zusatzbeitragserhebung.²⁸

Da die ausgewählte Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, liegt Potenzial vor, bei einem ausreichenden Vermögensbestand, die Wettbewerbsposition anhand einer Beitragssenkung zu stärken.²⁹ Allerdings ist bei einer Absenkung der Zusatzbeitragshöhe stets der Finanzbedarf zu berücksichtigen.³⁰ Daher finden zur Beantwortung der Forschungsfrage der Arbeit lediglich Zusatzbeitragssenkungen Verwendung, die von der Krankenkasse realisiert werden können.

²¹ Vgl. § 242 SGB V.

²² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2014), <http://www.bmg.bund.de> (Stand: 26.04.2015); vgl. Graf von der Schulenburg, J.-M.; Lohse, U. (2014), S. 457.

²³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2014), <http://www.bmg.bund.de> (Stand: 26.04.2015); Vgl.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2015), <http://www.gkv-spitzenverband.de> (Stand: 26.04.2015).

²⁴ Vgl. Fröck, M. (2004), S. 104; vgl. §§ 284-305 SGB V; vgl. Graf von der Schulenburg, J.-M.; Lohse, U. (2014), S. 457.

²⁵ Vgl. Oberender, P.O.; Ecker, T.; Zerth, P. O. (2005), S. 47 f.

²⁶ Vgl. Fröck, M. (2004), S. 99.

²⁷ Vgl. ebd., S. 96 ff.

²⁸ Vgl. Oberender, P.O.; Ecker, T.; Zerth, P. O. (2005), S. 47 ff.

²⁹ Vgl. Krankenkasse (Hrsg.) (2015), Homepage der Krankenkasse (Stand: 08.05.2015).

³⁰ Vgl. Fröck, M. (2004), S. 96 f.

2.1.2 Leistung

Neben dem preislichen Aktionsparameter weist auch der Leistungsbereich der Krankenkassen ein wettbewerbsrelevantes Aktionspotenzial auf. Allerdings haben die Krankenkassen auch beim Einsatz des Aktionsparameters ‚Leistung‘ die staatlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen zu beachten.³¹ Zur Aufdeckung der krankenkassenindividuell gestaltbaren Optionen wird der Fokus im Folgenden auf die Betrachtung des Leistungssektors der Krankenkassen gelegt.

Der Leistungskatalog einer gesetzlichen Krankenkasse umfasst neben den Regelleistungen auch Satzungs- und Ermessensleistungen. Bei den Regelleistungen handelt es sich um Leistungen, die im SGB V definiert werden und damit von den gesetzlichen Krankenkassen den Versicherten in vollem Umfang zur Verfügung gestellt werden müssen. Folglich stellen die Regelleistungen ein gesetzlich festgelegtes Mindestmaß an zu erbringenden Leistungen dar. Alle weiteren Leistungen, die über das Mindestmaß hinaus erbracht werden und in den Leistungskatalog der Krankenkasse aufgenommen werden, werden als Satzungs- und Ermessensleistungen beziehungsweise als Mehr- oder Zusatzleistungen bezeichnet. Diese Leistungen beruhen auf dem autonomen Satzungsrecht der Krankenkasse. Da eine wettbewerbliche Abgrenzung im Bereich der Regelleistungen durch die einheitliche Vorschreibung unterbunden wird, weist lediglich der Bereich der Zusatzleistungen Diversifizierungsmöglichkeiten und damit wettbewerbsrelevantes Aktionspotenzial auf.³²

Für die Erbringung von Zusatzleistungen wird allerdings eine gesetzliche Fundierung vorausgesetzt.³³ Im Fokus steht das dritte Kapitel des SGB V, in dem das Angebot der gesetzlichen Krankenversicherung thematisiert wird.³⁴ Die innerhalb des Kapitels identifizierten Handlungsfreiräume bilden folglich die Basis krankenkassenindividueller Handlungen.³⁵ Als Fazit der Betrachtung der Vorgaben des SGB V geht demnach hervor, dass sowohl die Art, der Umfang als auch der finanzielle Wert der Zusatzleistungen individuell von der Krankenkasse unter Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen festgelegt werden kann.³⁶

Da auch die ausgewählte Krankenkasse über das gesetzliche Mindestmaß hinaus Leistungen anbietet, wird der zur Verfügung stehende Handlungsspielraum zur Stärkung der Marktposition genutzt. Um die Krankenkassenangebote zur Erzielung von Wettbewerbsvorteilen anpassen zu können, ist

³¹ Vgl. Oberender, P.O.; Ecker, T.; Zerth, P. O. (2005), S. 47 ff.

³² Vgl. Reile, A. (2007), S. 147; vgl. Wehn, R. (2000), S. 118; vgl. Fröck, M. (2004), S. 110 f.; vgl. Graf von der Schulenburg, J.-M.; Lohse, U. (2014), S. 454 f.

³³ Vgl. Fröck, M. (2004), S. 111; Beispiel: „Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung weitere Schutzimpfungen vorsehen“ § 20d Abs. 2 SGB V.

³⁴ Vgl. Graf von der Schulenburg, J.-M.; Lohse, U. (2014), S. 443 f.; vgl. SGB V.

³⁵ Die identifizierten Handlungsfreiräume werden aufgrund der geringen Relevanz für den Forschungsgegenstand der Arbeit nicht weiter erläutert. Für weiterführende Informationen vgl. Reile, A. (2007), S. 147 ff.; vgl. Fröck, M. (2004), S. 112 ff.

³⁶ Vgl. Fröck, M. (2004), S. 108; vgl. Graf von der Schulenburg, J.-M.; Lohse, U. (2014), S. 452.

die Überprüfung der Bedürfnisse für die Krankenkasse von hoher Relevanz.³⁷ Zur Erlangung von Kenntnissen über die Potenziale, die von den Leistungen ausgehen, ist sowohl die Überprüfung der Versichertenbedürfnisse und -wünsche der bereits im Leistungskatalog enthaltenen Krankenkassenangebote als auch die Berücksichtigung hypothetischer Leistungen sinnvoll. Durch die Beantwortung der Forschungsfrage können anhand der Offenlegung der Präferenzen die Handlungen und Entscheidungen im Bereich des wettbewerblich relevanten Aktionsparameters ‚Leistungen‘ positiv beeinflusst werden.

2.2 Einordnung der empirischen Untersuchung

2.2.1 Recherchestrategie

Um Einsicht in die bestehenden Arbeiten zum Forschungsgegenstand erlangen zu können, erfolgt die Durchsicht von Artikeln aus Fachzeitschriften sowie von Studien, die im Gesundheitswesen durchgeführt wurden und die Bedürfnisse und Wünsche von krankenversicherten Personen zu Krankenkassenangeboten thematisieren. Zudem finden bei der Bestandsaufnahme auch Arbeiten Berücksichtigung, die lediglich einen indirekten Bezug im Hinblick auf die Forschungsfrage aufweisen. Darunter sind Artikel aufzuführen, die sich mit der Nachfrage nach Leistungen sowie mit der Inanspruchnahme von Krankenkassenangeboten auseinandersetzen. Auch Veröffentlichungen, die die Wahrnehmung der Krankenkasse aus Versichertenperspektive oder die bei den Versicherten vorliegenden Erwartungen darlegen und damit Hinweise auf relevante Aspekte in Bezug auf die Wichtigkeit und Bedeutung von Krankenkassenangeboten geben, finden Berücksichtigung.

Da auch die Gründe für Krankenkassenwahl und -wechsel sowie die Treiber der Krankenkassenzufriedenheit Auskunft über Versichertenpräferenzen erteilen können, werden diese ebenfalls in die Bestandsaufnahme einbezogen. Des Weiteren schließt die Betrachtung auch Kritiken und Diskussionen ein, anhand derer Versichertenbedürfnisse und -wünsche abgeleitet werden können. Zur Generierung der Informationen erfolgt die Durchsicht von Printmedien als auch die Nutzung digitaler Medien.

2.2.2 Forschungsstand und kritische Würdigung

Anhand des vorliegenden Abschnitts sollen in Bezug auf die Forschungsfrage die Arbeiten, die sich mit Versichertenpräferenzen zu Krankenkassenangeboten beschäftigen, dargestellt sowie einer kritischen Würdigung unterzogen werden. Im Ergebnis der Bestandsaufnahme wird ersichtlich, dass im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung eine hohe Anzahl an präferenzermittelnden Erhebun-

³⁷ Vgl. Oberender, P.O.; Ecker, T.; Zerth, P. O. (2005), S. 47 f.

gen vorliegt. Aufgrund dessen wird nachfolgende Darstellung der Rechercheergebnisse primär auf die Darlegung umfangreicherer und repräsentativer Studien ausgerichtet.

Unter der Fragestellung, welche Krankenkassenangebote aus der Perspektive von Versicherten hohe Wichtigkeit aufweisen sowie welche zusätzlichen Leistungen gewünscht werden, wurden im April/Mai 2012 sowie im Dezember 2012/Januar 2013 vom wissenschaftlichen Institut der AOK Telefoninterviews durchgeführt. Die Daten wurden im Rahmen von bundesweit repräsentativen Erhebungen unter GKV-Versicherten sowohl unter Verwendung einer fünfstufigen Skala als auch anhand eines Rankings ermittelt.³⁸ Dabei wird sowohl eine Auswahl an zusätzlichen Leistungsangeboten, an zusätzlichen Serviceleistungen sowie an zentralen Krankenkassenmerkmalen in Bezug auf deren Relevanz aus Versichertenperspektive betrachtet.

Zusammenfassend geht aus den Erhebungen hervor, dass Leistungen und Services, die zu einer hochwertigen Versorgung beitragen, für die Versicherten von hoher Bedeutung sind. Bei der Betrachtung der wichtigsten zusätzlichen Leistungsangebote und Serviceleistungsangebote stehen insgesamt die zusätzliche Früherkennung sowie die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder an erster Stelle und wird damit als am wichtigsten identifiziert (89,9 Prozent). Des Weiteren sind mit 83,6 Prozent die Unterstützung bei der Organisation der häuslichen Krankenpflege und mit 81,3 Prozent die professionelle Zahnreinigung Angebote, die die Versicherten als am wichtigsten einstufen. Darüber hinaus beurteilen die Versicherten die neuartigen medizinischen Behandlungsverfahren zu 79,1 Prozent als ‚sehr wichtig‘ oder ‚wichtig‘. 77,2 Prozent der Versicherten wünschen sich zudem Unterstützung durch Zweitmeinungen, 75,6 Prozent Unterstützung durch Spezialisten-Empfehlungen sowie 74,7 Prozent der Versicherten weisen Interesse am Angebot eines zusätzlichen Impfschutzes auf. Alle weiteren überprüften Angebote haben eine geringere Relevanz.

Aus der Betrachtung der zentralen Krankenkassenangebote geht demgegenüber hervor, dass der grundsätzlichen Erreichbarkeit (93,4 Prozent), den Angeboten für chronisch Kranke (87,0 Prozent) sowie für Familien und Kinder (78,0 Prozent) von den Versicherten eine hohe Wichtigkeit zugewiesen wird.³⁹ Die Bedeutung, die einzelne Leistungen für Versicherte haben, wurde auch anhand einer von ‚gesetzlichekrankenkassen.de‘ realisierten Kurzstudie thematisiert, die im Zeitraum von Oktober 2012 bis September 2013 durchgeführt wurde. Zur Beurteilung der Wichtigkeit von Leistungen wurden die Suchanfragen ausgewählter Portale⁴⁰ ausgewertet.⁴¹ Zur Auswertung wurden alle von Kran-

³⁸ Vgl. Zok, K. (2013), S.2.

³⁹ Vgl. ebd., S.3 ff.

⁴⁰ Folgende Portale fanden bei der Studie Berücksichtigung: gesetzlichekrankenkassen.de; krankenkasse.focus.de; stern.de/krankenversicherung-vergleich; makleraktic.dex.

⁴¹ Vgl. Adolph, T.; Eislöffel, M. (2014), S. 6.

kenkassen angebotenen Leistungen in zehn Bereiche untergliedert und nach deren Abfragehäufigkeiten ausgewertet.⁴²

Unter den zehn am meisten gefragtesten Leistungen werden sechs Leistungen durch Bonifizierungsleistungen repräsentiert. Primäres Interesse gilt allerdings dem Angebot der professionellen Zahnreinigung. Daneben hat sowohl die Beitragsrückerstattung als auch die Übernahme homöopathischer Medizin eine hohe Relevanz.⁴³ Darüber hinaus weist die Betrachtung der in den jeweiligen Bereichen am häufigsten nachgefragten Leistungen darauf hin, dass neben den erwähnten Leistungen auch Leistungen im Bereich des Gesundheitssports, die zusätzliche zahnmedizinische Versorgung sowie die Nutzungsgewährung ausgewählter Apotheken hohe Relevanz aufweisen. Für zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen als auch für Reiseschutzimpfungen weisen die Versicherten in den jeweiligen betrachteten Bereichen ein hohes Interesse auf.

Im Auftrag des BKK Dachverbandes wurde ebenfalls im Jahr 2014 eine repräsentative Umfrage zum Thema ‚Reform der GKV-Finanzierung‘ unter gesetzlich Krankenversicherten durchgeführt.⁴⁴ Unter der Fragestellung, wo das Geld nach Meinung der Versicherten im Gesundheitssystem gut investiert ist, wird mit einem Anteil von 33 Prozent am häufigsten die Investition in Leistungen angegeben. Im Rahmen der Leistungen sind sowohl Leistungsausweitungen als auch Zuzahlungsreduktionen zu berücksichtigen. Die Investition in die Krankenversicherung, die mit Beitragssenkungen und Rückzahlungen einhergeht, fordert lediglich jede/jeder vierte Versicherte.

Die Inanspruchnahme von Zusatzleistungen wird ebenfalls erhoben. Die häufigsten Inanspruchnahmen können sowohl für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel (51 Prozent), für die professionelle Zahnreinigung (45 Prozent) als auch für Zusatzleistungen im Bereich von Brillen und Kontaktlinsen verzeichnet werden. Des Weiteren wurden auch Geld-Bonusleistungen, die im zahnmedizinischen Bereich angebotene Kunststofffüllung, alternative Arzneimittel, Reiseimpfungen, sowie die alternativen Heilmethoden in der Umfrage im Bereich der Zusatzleistungen berücksichtigt. Die aufgelisteten Leistungen wurden mit absteigender Häufigkeit von den Versicherten in Anspruch genommen. Darüber hinaus geben auch die erhobenen Gründe vorgenommener Krankenkassenwechsel Aufschluss über die Interessen der Versicherten. Im Ergebnis wird als häufigster Wechselgrund (20 Prozent) die Unzufriedenheit mit den angebotenen Leistungen der Krankenkasse angeführt. Zudem wird zu 9 Prozent der Zusatzbeitrag bemängelt. Zu 8 Prozent werden die allgemein anfallenden hohen Kosten als Wechselgrund angegeben. Unzufriedenheit mit Beratungs- und Serviceleistungen begründen bei 7 Prozent der Versicherten den Krankenkassenwechsel.

⁴² Vgl. ebd., S. 31.

⁴³ Vgl. ebd., S. 31.

⁴⁴ Vgl. BKK Dachverband (Hrsg.) (2014), S. 2.

Ein weiterer in der Umfrage berücksichtigter Aspekt, sind die Interessen der Versicherten, die mit dem im Jahr 2015 eingeführten Zusatzbeitrag in Zusammenhang stehen. Für die Beibehaltung des gewohnten Versicherungsumfangs, in dem die individuellen Zusatzleistungen eingeschlossen sind, sprechen sich etwa 60 Prozent der Versicherten aus. Lediglich ein geringer Versichertenanteil von 29 Prozent präferiert zur Realisierung eines niedrigen Zusatzbeitrags die Dezimierung des Zusatzleistungsangebotes.⁴⁵ Die im vorausgehenden Abschnitt dargestellte und vom BKK Dachverband beauftragte Studie liegt ebenfalls zum Jahr 2012 vor. Im Ergebnis plädieren die Versicherten wie im Jahr 2014 am häufigsten dafür, die zur Verfügung stehenden Geldmittel in die Leistungen der Krankenkasse zu investieren. Zusammengefasst äußern 43 Prozent der Befragten den Wunsch, dass Investitionen, die der Verbesserung des Gesundheitssystems dienen, vorgenommen werden sollen. Beitragssenkungen und Geldauszahlungen werden nur von jeder/jedem fünften Versicherten gefordert.⁴⁶

Aus dem Jahr 2009 liegt eine vom wissenschaftlichen Institut der AOK bundesweit durchgeführte Befragung vor. Im Fokus der Befragung stehen die Wichtigkeitsbeurteilungen von gesetzlich Krankenversicherten, die sich auf die Versicherungs- und Versorgungsmerkmale der GKV beziehen.⁴⁷ Unter der Betrachtung des Aspekts des Geldmitteleinsatzes stimmen die Versicherten, den BKK-Umfragen entsprechend, mehrheitlich für eine Investition in das Leistungsangebot der Krankenkasse. Ferner wurden ebenfalls die Gründe abgefragt, auf denen die Krankenkassenwechsel beruhen. Als häufigste Wechselgründe werden Unzufriedenheit mit den angebotenen Versorgungsprodukten, der Versorgungsqualität sowie dem Service angeführt. Darüber hinaus wird bei 19,8 Prozent der Versicherten der Beitrag sowie die Beitragserhöhung als Wechselgrund identifiziert.

Zur Erhebung der Wichtigkeiten der Versicherungs- und Versorgungsmerkmale wurden zentrale Krankenkassenangebote sowie zusätzliche Leistungs- und Serviceangebote anhand einer fünfstufigen Skala abgefragt. Die abgefragten Krankenkassenangebote sind mit den im Jahr 2014 berücksichtigten Angeboten identisch. Im Ergebnis sind im Vergleich zum Jahr 2014 lediglich bei den Wahlhäufigkeiten der einzelnen Angebote Verschiebungen festzustellen. Sowohl die Versorgung als auch das Preis-Leistungsverhältnis stehen im Fokus des Interesses der Versicherten. Demgegenüber werden monetäre Aspekte von den Versicherten mit Zurückhaltung bewertet. Informationsvermittlungen sowie Beratungsleistungen weisen darüber hinaus hohe Relevanz auf.⁴⁸

Im Rahmen der im Jahr 2009 durchgeführten Befragung des Gesundheitsmonitors wurden die Präferenzen von GKV-Versicherten zu zwölf ausgewählten Angebotsoptionen von Krankenkassen erho-

⁴⁵ Vgl. BKK Dachverband (Hrsg.) (2014), S. 8.

⁴⁶ Vgl. ebd., S. 3; Vgl. ebd., S. 1.

⁴⁷ Vgl. Zok, K. (2009), S. 2.

⁴⁸ Vgl. Zok, K. (2009), S.2 ff.

ben.⁴⁹ Unter Einsatz einer fünfstufigen Befragungsskala werden die Erreichbarkeit der Krankenkasse, gefolgt von den Bonusprogrammen und den Zuzahlungs- oder Praxisgebührenermäßigungen als Krankenkassenangebote identifiziert, die aus Versichertenperspektive die höchsten Präferenzen aufweisen. Mit abnehmender Wichtigkeit folgen die Angebote für chronisch Kranke, die Kostenübernahme für Gesundheitskurse, die Beitragsrückzahlungen sowie die im Krankheitsfall beanspruchbaren Zusatzleistungen. Auf dem siebten Platz erfolgt die Positionierung der alternativen Medizin, auf die sowohl attraktive Hausarzt- als auch Kostenerstattungstarife folgen. Im Vergleich zu den aufgeführten Krankenkassenangeboten werden den individuellen und kompetenten Hilfsangeboten, der Vermittlungsunterstützung bei Arztterminen sowie dem Selbstbehaltstarif geringere Bedeutung zugewiesen.⁵⁰

In der von der Bertelsmann Stiftung im Jahr 2006 veröffentlichten Studie wird ebenfalls die Präferenzstruktur von Versicherten erhoben.⁵¹ Zur Erhebung von Meinungen und Einstellungen zur Versorgung werden die Versicherten, unter Verwendung einer sechsstufigen Skala, mit Maßnahmen konfrontiert, die aus Veränderungen der Versorgung resultieren können. Hinsichtlich der vier betrachteten Maßnahmen, die in der Umfrage mit der veränderten Versorgung einhergehen, weisen die Versicherten für die Einstellung privater Zusatzversicherungen gefolgt von der Einstellung des Selbsthalts, die höchste Akzeptanz auf. Demgegenüber wird die Reduktion erstattungsfähiger Leistungen mehrheitlich eindeutig abgelehnt. Die Erhöhung der Beiträge wird den Leistungskürzungen vorgezogen, im Allgemeinen dennoch mit hoher Bestimmtheit abgelehnt.⁵²

Des Weiteren wurden anhand eines Discrete-Choice-Experiments Versichertenpräferenzen zu unterschiedlichen Versorgungskonzepten erhoben. Dem zu Beginn ausgewählten und festgelegten Standardversicherungskonzept werden in der Umfrage Versorgungskonzepte mit variierenden Versorgungsmerkmalen zur Abwägung gegenübergestellt. Das ausgewählte Standardversicherungskonzept enthält sowohl das Merkmal, ärztliche Zweitmeinungen bei fehlendem Überweisungsschein gegen Gebühr in Anspruch nehmen zu können, das Merkmal der freien Arztwahl als auch das Merkmal eines definierten Beitrags. Besondere Zusatzleistungen und Anreizsysteme sind demgegenüber nicht enthalten. Im Ergebnis der gegenübergestellten Versorgungskonzepte weisen solche Versorgungskonzepte, die an Stelle der freien Arztwahl Ärztelisten vorsehen oder die Option eines Selbsthalts berücksichtigen, geringere Wahlhäufigkeiten auf. Zudem haben sowohl die Hausarztmodelle als auch die integrierte Versorgung einen negativen Einfluss auf die Wahl eines Versorgungskonzeptes. Ferner werden Versorgungskonzepte, die Zusatzleistungsangebote der

⁴⁹ Vgl. Landmann, J. (2009), S. 203 f.

⁵⁰ Vgl. ebd., S. 209 ff.

⁵¹ Vgl. Becker, K.; Zweifel, P. (2006), S. 272 f.

⁵² Vgl. ebd., S. 283 ff.

Krankenkasse aufweisen, gegenüber dem Standardversicherungskonzept präferiert. Darüber hinaus wirken sich das Angebot der Beitragsrückerstattung sowie die Bonifizierung des gesundheitsbewussten Verhaltens ebenfalls positiv auf die Auswahl des Versorgungskonzepts aus. Durch den in der Umfrage berücksichtigten Jahresbeitrag resultiert die Erkenntnis, dass die Versicherten die Vorteile eines Versorgungskonzepts jeweils gegen den Preis abwägen. Die Erhöhung des Beitrags geht demzufolge mit einer Reduktion der Wahlhäufigkeit des Versorgungskonzepts einher.⁵³

Die im GKV Versichertenmonitor 2009 veröffentlichten Ergebnisse der Versichertenbefragung beinhalten die Aufstellung unterschiedlicher Präferenztypen. Versicherte, die den Fokus auf monetäre Aspekte, darunter Beitragssenkungen, legen, weisen einen Anteil von etwa 16,7 Prozent auf. Demgegenüber präferieren 33,7 Prozent der Versicherten die Ausweitung des Leistungsangebots und akzeptieren damit zusätzliche Beitragserhebungen. Darüber hinaus zeigen sich 22,1 Prozent der Versicherten mit dem Preis-Leistungsverhältnis der Krankenkasse zufrieden.⁵⁴

Die Betrachtung der Studienlage, die in Bezug auf die Versichertenpräferenzen zu den Krankenkassenangeboten vorliegt, führt zu der Feststellung, dass diverse Differenzen hinsichtlich der Präferenzergebnisse vorliegen. Infolge der Zuordnung der meistpräferierten Krankenkassenangebote zu den Bereichen Service- und Beratungsangebote, Leistungsangebote sowie dem Bereich der monetären Vorteilsangebote, lassen sich im Generellen aus den Ergebnissen nachfolgende Erkenntnisse ableiten: Im Fokus des Interesses stehen bei den Versicherten die Leistungsangebote. Trotz aufgewiesener Relevanz werden monetäre Vorteile tendenziell den Leistungsangeboten im Hinblick auf deren Bedeutung nachgeordnet. Folglich liegt bei den Versicherten zur Realisierung des erwünschten Leistungsangebotes der Krankenkasse eine Zahlungsbereitschaft vor.

Ferner stehen die Service- und Beratungsleistungen in den betrachteten Studien im Vergleich zu den Leistungsangeboten der Krankenkasse mit geringerer Häufigkeit im Fokus der Erhebungen. Allerdings geht bei den Gegenüberstellungen der Bereiche die Relevanz der Service- und Beratungsleistungen deutlich hervor. Insgesamt werden für die Wichtigkeit der Bereiche unterschiedliche Ergebnisse ermittelt, weshalb keine generalisierbare Aussage über die Vorziehungswürdigkeit eines Bereiches getroffen werden kann. Die aus der Betrachtung der themenrelevanten Arbeiten dargelegten Ergebnisse sind darüber hinaus unter dem Aspekt der sich verändernden Rahmenbedingungen, die auf gesetzlichen Beschlüssen basieren, zu betrachten. Demzufolge liegt die Vermutung nahe, dass die in Erhebungen aufgewiesenen Präferenzstrukturen auch in Abhängigkeit von politisch bedingten Situationen der Krankenkasse entstehen können.⁵⁵

⁵³ Vgl. Becker, K.; Zweifel, P. (2006), S. 287 ff.; Vgl. Becker, K.; Brändle, A.; Zweifel, P. (2007), S. 91 ff.

⁵⁴ Vgl. Lehr, T. (2009), S. 1 ff.

⁵⁵ Beispiel: Die Erlaubnis beziehungsweise das Verbot als Krankenkasse Zusatzbeiträge zu erheben kann sich auf die

Da die einzelnen betrachteten Studien bei den Erhebungen unterschiedliche Fragestellungen als auch differente Vorgehensweisen bezüglich der Methodenwahl, der Durchführung und der Ergebnisauswertung enthalten, sind diese bei der Begründung der erkennbaren Präferenzunterschiede zu berücksichtigen. Kritisch zu betrachten sind vor allem die in den Erhebungen berücksichtigten Krankenkassenangebote. Dabei ist zunächst aufzuführen, dass für die Auswahl der in den Erhebungen vorgegebenen Krankenkassenangebote oftmals kein erkennbares systematisches Vorgehen vorliegt. Folglich sind die unterschiedlichen Wichtigkeiten der einzelnen Krankenkassenangebote mit hoher Wahrscheinlichkeit auch auf die in den Erhebungen vorgegebenen Angebote zurückzuführen. Kritik ist im Weiteren auch bei der Wahl der Methoden zur Präferenzermittlung anzubringen. In den Erhebungen werden überwiegend direkte kompositionelle⁵⁶ Präferenzmessungsverfahren angewandt. Auf Abwägung basierende Auswahlverfahren, darunter das Discrete-Choice-Experiment, finden seltener Anwendung und umschließen zudem eine eher geringe Auswahl an Krankenkassenangeboten. Darüber hinaus sind im Hinblick auf den Forschungsgegenstand die Befragungsgruppen der Erhebungen als positiv zu bewerten. Grund dafür ist die ausschließliche Berücksichtigung von Präferenzen der gesetzlich Krankenversicherten, die auch in der Arbeit thematisiert werden.

2.2.3 Fragestellungen und Hypothesenbildung

Aus der vorangestellten Bestandsaufnahme resultiert die Erkenntnis, dass das Thema der Krankenkassenangebote bereits mehrfach in den Fokus von Erhebungen gestellt wurde. Infolgedessen zeichnen sich die ermittelten Präferenzen der Versicherten als eine im Gesundheitswesen häufig angewandte Orientierungshilfe aus. Folglich dienen die Präferenzermittlungen der Krankenkasse als Grundlage für die Ausrichtung des Krankenkassenangebots. Zur Erkenntnis der Bedürfnisse und Wünsche der eigenen Versicherten sind allerdings die Präferenzen der Versicherten zu dem Krankenkassenangebot von primärem Interesse.

Zusammenfassend liegen für den Bedarf der ausgewählten Krankenkasse hinsichtlich der berücksichtigten Angebote, des zeitlich und politisch bedingten Wandels sowie aufgrund der spezifischen Zielgruppe nur bedingt nutzbare Informationen vor. Zur Überprüfung, ob die getroffenen Entscheidungen der Krankenkasse in Hinsicht auf die Angebote den Wünschen und Bedürfnissen der Versicherten entsprechen oder Verbesserungspotenzial aufweisen, müssen die unbekanntenen Präferenzen der Versicherten erhoben werden. Folglich muss aufgrund des Forschungsgegenstands der Arbeit von der Nutzung bereits vorliegender Erhebungen abgesehen werden. Daher basiert die vorliegende Arbeit auf folgender Forschungsfrage:

Präferenzstruktur der Versicherten auswirken.

⁵⁶ Die kompositionelle Erhebungsmethode wird in Kapitel 3.2 ausführlich dargestellt.

Welche Wichtigkeiten werden den einzelnen Zusatzleistungen/Beitragssenkungen von den Versicherten der ausgewählten Krankenkasse beigemessen?

Wie bereits in Kapitel 2.2.2 dargestellt, tendieren Versicherte dazu, Leistungsangebote gegenüber monetären Vorteilsangeboten vorzuziehen. Infolgedessen wird für die vorliegende Erhebung die folgende Hypothese formuliert:

H: *Die Versicherten der ausgewählten Krankenkasse weisen den Krankenkassenangeboten des Leistungsbereichs höhere Wichtigkeit zu als der Beitragssenkung.*

Da die Ergebnisse der Arbeiten, die die Versichertenpräferenzen thematisieren, keine generalisierbaren Informationen in Bezug auf die Gegenüberstellung von den zusätzlichen Service- und Beratungsleistungen und den weiteren Zusatzleistungen der Krankenkasse zulassen, richtet sich der Fokus bezüglich der erwähnten Bereiche auf die Erarbeitung von strukturenentdeckenden Erkenntnissen. Auf die Formulierung einer Hypothese wird demzufolge verzichtet. Anstelle der Hypothese erfolgt zur Entdeckung der Präferenzstruktur vielmehr die Aufstellung einer richtungsweisenden Fragestellung:

F1: *Werden den zusätzlichen Service- und Beratungsleistungen von den Versicherten der ausgewählten Krankenkasse höhere Wichtigkeiten zugewiesen als den Zusatzleistungen?*

Des Weiteren sind im Hinblick auf die Forschungsfrage auch gruppenabhängige Präferenzstrukturen von Interesse. Die Bestandsaufnahme ergibt, dass nur in Einzelfällen gruppenabhängige Merkmale bezüglich der Präferenzstruktur erhoben werden. Da zum einen nur eine geringe Auswahl an Merkmalen betrachtet wird und zum anderen keine Generalisierung von Aussagen vorgenommen werden kann, wird erneut ein strukturenentdeckendes Verfahren ausgewählt. Im Rahmen der strukturenentdeckenden Zielsetzung finden in der vorliegenden Arbeit folgende Fragestellungen Berücksichtigung:

F2: *Welche Unterschiede bestehen in den Präferenzstrukturen von Versichertengruppen, die nach dem Alter unterschieden werden?*

F3: *Welche Unterschiede bestehen in den Präferenzstrukturen von Versichertengruppen, die nach dem Geschlecht unterschieden werden?*

F4: *Welche Unterschiede bestehen in den Präferenzstrukturen von Versichertengruppen, die nach dem allgemeinen Gesundheitszustand unterschieden werden?*

F5: *Welche Unterschiede bestehen in den Präferenzstrukturen von Versichertengruppen, die nach der Leistungsanspruchnahme unterschieden werden?*

F6: *Welche Unterschiede bestehen in den Präferenzstrukturen von Versichertengruppen, die nach dem monatlichen Nettohaushaltseinkommen unterschieden werden?*

Insgesamt geht aus den Fragestellungen sowie aus der Hypothese hervor, dass der Forschungsgegenstand der vorliegenden Arbeit einen hohen praktischen Krankenkassenbezug aufweist. Im Rahmen des Forschungsprojekts wird das Ziel angestrebt, unter dem Einsatz von wissenschaftlichen Methoden die offenen Fragestellungen zu beantworten sowie die aufgestellte Hypothese auf Gültigkeit zu überprüfen. Um die Forschungsfrage beantworten zu können, umschließt die vorliegende Arbeit die Durchführung einer empirischen Erhebung.⁵⁷

2.2.4 Theoretische Einordnung des Forschungsgegenstands

Im Allgemeinen wird die Präferenzermittlung der vorliegenden Arbeit in die Konsum- und Marktpsychologie des Marketings eingeordnet. Infolge des Forschungsgegenstands basiert die Arbeit sowohl auf mikroökonomischen, verhaltenswissenschaftlichen als auch auf psychologischen Grundlagen. Zudem weisen auch gesundheitsökonomische Erkenntnisse Relevanz auf.

Im Rahmen der Konsum- und Marktpsychologie steht in Bezug auf den Kauf sowie den Ge- und Verbrauch von Gütern und Dienstleistungen die Verhaltensbetrachtung von Individuen im Fokus. Ferner sind auch die daraus ableitbaren Prognosen Bestandteil der Konsum- und Marktpsychologie. Das Verhalten von Individuen wird sowohl in den Verhaltenswissenschaften, in der Mikroökonomik als auch in der Psychologie thematisiert. Während in der Mikroökonomie die Nutzenmaximierung rationaler Individuen im Fokus steht, können anhand der Verhaltenswissenschaft die Gründe von Konsumentscheidungen in Bezug auf die Güter- beziehungsweise Dienstleistungswahl nachvollzogen werden. In der Psychologie findet demgegenüber das individuelle Verhalten Beachtung.⁵⁸

Die Theorien bilden demzufolge die Grundlage zur Erklärung von individuellen Präferenzen. Sowohl das Bestreben nach Nutzenmaximierung als auch die Bedürfnisbefriedigung weisen dabei zentrale Relevanz auf.⁵⁹ Stehen in Bezug auf die Krankenkassenangebote folglich mehrere Alternativen zur Auswahl, werden auf Grundlage individueller Bedürfnisse Angebote ausgewählt, die den Nutzen maximieren. Im Hinblick auf die Versichertenpräferenzen können damit die Bedürfnisse, Meinungen und Vorstellungen zu den Krankenkassenangeboten ermittelt werden. Folglich haben im Hinblick auf die Thematik auch gesundheitsökonomische Aspekte Relevanz. Von Interesse sind dabei die im Gesundheitssystem handelnden gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Aktivitäten zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit der Versicherten.⁶⁰

⁵⁷ Die empirische Erhebung wird in Kapitel 4.1.1 erläutert.

⁵⁸ Vgl. Bloss, M. u.a. (2015), S. 91; vgl. Raab, G.; Unger, A.; Unger, F. (2010), S. 1 ff.

⁵⁹ Vgl. Mühlbacher, A. C.; Kaczynski, A.; Zweifel, P. (2014), S. 102; Vgl. Hofmann, T. (2013), S. 39 ff.

⁶⁰ Vgl. Fleßa, S.; Greiner, W. (2013), S. 77 ff.

3 Präferenz und Präferenzmessung

3.1 Präferenz

Zur Erreichung eines einheitlichen terminologischen Verständnisses erfolgt im vorliegenden Kapitel die Erläuterung des Präferenzbegriffs. Hintergrund dafür ist die im Marketing auftretende unterschiedliche Nutzung des Präferenzbegriffs.⁶¹ Eine Präferenz liegt dann vor, „[...] wenn im Rahmen von Entscheidungsprozessen Alternativen anhand mehrerer (relevanter) Kriterien beurteilt werden“⁶². Das daraus resultierende Vorziehen eines Beurteilungsobjektes kann sich sowohl auf Produkte als auch auf Dienstleistungen beziehen.⁶³

Da in der vorliegenden Forschungsarbeit die Präferenz mit dem erwarteten Nutzen in Verbindung steht, wird die nachfolgende Definition der Arbeit zu Grunde gelegt. Die Präferenz stellt „[...] das Ereignis eines mit mindestens zwei Produkten durchgeführten Vergleichs dar, wobei das Vergleichskriterium der erwartete Nettonutzen ist.“⁶⁴. Folglich ergibt sich die Präferenz eines Individuums aus dem individuell erwarteten Nutzen der Beurteilungsobjekte, der aus dem Abwägen der positiven und negativen Aspekte der Alternativen resultiert. Da die Nutzenbeurteilung eine Abhängigkeit von den individuellen Bedürfnissen aufweist, sind auch im Forschungsprojekt bei der Erhebung der Versichertenpräferenzen zu den einzelnen Leistungen und Beitragssenkungen unterschiedliche Nutzenbeurteilungen zu erwarten. Die Präferenzen der Versicherten resultieren folglich aus der relativen Bevorzugung von Krankenkassenangeboten, die auf den individuellen Nutzenvergleichen von Alternativen basieren. Da den Versicherten mehrere Krankenkassenangebote zur Abwägung vorgelegt werden, kann anhand der Nutzenbewertungen eine Präferenzstruktur erkannt werden.⁶⁵

3.2 Verfahren der Präferenzmessung

Zur Messung der vorliegenden Präferenzen eignen sich zwei unterschiedliche Verfahrensansätze. Sowohl das kompositionelle als auch das dekompositionelle Verfahren werden als Messinstrumente bezeichnet, die zur Präferenzermittlung eingesetzt werden können.

Im Rahmen eines kompositionellen Verfahrens werden Beurteilungen von Eigenschaften und Ausprägungen bei den Auskunftspersonen direkt erfragt. Demzufolge werden alle Merkmale und Merkmalsausprägungen einzeln bewertet. Aus den Einzelurteilen erfolgt zusammenfassend die Ermittlung des Gesamtwertes des Beurteilungsobjektes.⁶⁶ Neben dem Vorteil der einfachen Handha-

⁶¹ Vgl. Gutsche, J. (1995), S. 39.

⁶² Ebd., S. 39.

⁶³ Vgl. Baier, D.; Bruschi, M. (2009), S. 3.

⁶⁴ Gutsche, J. (1995), S. 40.

⁶⁵ Vgl. ebd., S. 40.

⁶⁶ Vgl. Baier, D.; Bruschi, M. (2009), S. 3; vgl. Rebhorn, S.; Stark, B.; Döbler, T. (2001), S. 26; vgl. Voeth, M. (2000), S. 27.

bung weist die Anwendung des Verfahrens allerdings auch Nachteile auf. Als Nachteil kann sowohl der Mangel an Realitätsnähe, der aus dem Fehlen von ganzheitlichen Wahlentscheidungen resultiert, als auch die geringe Validität von Prognosen aufgeführt werden. Darüber hinaus besteht die Gefahr, die Auskunftspersonen kognitiv zu überfordern, da Teildimensionen bewertet werden sollen, die in der Realität nicht isoliert auftreten. Zudem besteht die Gefahr, dass unwichtige Nutzendimensionen überbewertet werden. Ein weiterer Mangel wird in der Annahme der Beurteilungsunabhängigkeit der Nutzendimensionen gesehen.⁶⁷ Im Hinblick auf den Forschungsgegenstand wird die Gefahr des Messinstruments vor allem darin gesehen, dass die Versicherten die Zusatzleistungen beziehungsweise Beitragssenkungen undifferenziert bewerten. Infolge des Bestrebens, den individuellen Nutzen zu maximieren, liegt die Vermutung nahe, dass alle Angebote der Krankenkasse als wichtig eingestuft werden.⁶⁸

Für die vorliegende Arbeit erweist sich daher die reine Anwendung der kompositionellen Methode als ungeeignet. Vorteile, die für die Wahl der Methode für das Forschungsprojekt sprechen, werden allerdings in der gering bleibenden Beanspruchung der Probanden als auch in der Möglichkeit, eine hohe Anzahl an Alternativen berücksichtigen zu können, erkannt.⁶⁹

Die dekompositionelle Vorgehensweise findet bei der multivariaten Conjoint-Analyse⁷⁰ Anwendung. Im Rahmen der Analyse werden die Auskunftspersonen dazu aufgefordert, eine Gesamtbeurteilung vorzunehmen. Mittels analytischer Verfahren werden die Gesamtbeurteilungen schließlich in Komponenten zerlegt und damit die Wertgewichte der einzelnen Merkmale und Merkmalsausprägungen ermittelt.⁷¹ Im Gegensatz zum kompositionellen Verfahren wird das dekompositionelle Verfahren als leistungsfähiger beurteilt. Die größere Realitätsnähe wird infolge der ganzheitlichen Beurteilungen induziert.⁷²

Bei der Conjoint-Analyse werden zur Analyse der Präferenzen beziehungsweise der Nutzenstrukturen die zu betrachtenden Beurteilungsobjekte als Alternativen einander gegenübergestellt, zwischen denen sich die Auskunftspersonen zu entscheiden haben.⁷³ Die Entwicklung der Conjoint-Analyse beruht auf den Arbeiten von Debreu, Luce und Tukey und wurde im Jahr 1964 schließlich konzipiert. Seit der Konzipierung erfolgten zahlreiche Weiterentwicklungen sowie eine Erweiterung der Anwendungsgebiete. Bei der Anwendungshäufigkeit der Methode ist eine deutliche

⁶⁷ Vgl. Voeth, M. (2000), S. 28.

⁶⁸ Vgl. Stegmaier, P. (2012), S. 15; vgl. Simon, A. (2010), S. 152.

⁶⁹ Vgl. Fabian, S. (2004), S. 119.

⁷⁰ Die „Conjoint-Analyse“ ist auch unter den Begriffen „Conjoint Measurement“, „konjunkte Analyse“ oder „Verbundmessung“ bekannt. Vgl. Backhaus, K. u.a. (2011): S. 458.

⁷¹ Vgl. Backhaus, K.; Erichson, B.; Weiber, R. (2013), S. 174; vgl. Voeth, M. (2000), S. 29; vgl. Rebhorn, S.; Stark, B.; Döbler, T. (2001), S. 26; Vgl. Baier, D.; Bruschi, M. (2009), S. 3.

⁷² Vgl. Voeth, M. (2000), S. 30.

⁷³ Vgl. Backhaus, K.; Erichson, B.; Weiber, R. (2013), S. 174.

Zunahme zu verzeichnen.⁷⁴ Auch im Gesundheitsbereich, darunter auch im deutschen Gesundheitswesen, finden Verfahren der Conjoint-Analyse Anwendung.⁷⁵

Da die Conjoint-Analyse in unterschiedliche Varianten differenziert wird, stehen unterschiedliche Ansätze zur Auswahl, die im Hinblick auf die Forschungsarbeit jeweils Vor- und Nachteile aufweisen.⁷⁶ Das Forschungsziel stellt die Anforderung, die Präferenzen der Versicherten zu den ausgewählten Zusatzleistungen und Beitragssenkungen in Bezug auf den Gesamtnutzen des fiktiven Krankenkassenangebots zu erfassen. Demzufolge erweist sich aufgrund der dekompositionellen Vorgehensweise die Anwendung einer Conjoint-Analyse als vorteilhaft. Allerdings muss das anzuwendende Verfahren auch die Anzahl von 11 Krankenkassenangeboten fassen können, weshalb, wie bereits erwähnt, auch der kompositionelle Ansatz Eignung aufweist. Da im vorliegenden Forschungsprojekt die ermittelten Präferenzen zur Orientierung für die Ausgestaltung des Krankenkassenangebotes dienen sollen, erweist es sich als vorteilhaft, Aufschluss über die Bevorzugung von Leistungen beziehungsweise Beitragssenkungen zu gewinnen und gleichzeitig einen Einblick zu erhalten, für welche Alternativen die höchsten Präferenzen generiert werden. Folglich ist das Vorliegen einer validen Prognose von hoher Bedeutung, die mittels Verfahren der Conjoint-Analyse gewährleistet werden kann.⁷⁷

Im Ergebnis der Betrachtung der Anforderungen des Forschungsprojektes sowie der Gegenüberstellung der Verfahren erweist sich der Ansatz des Best-Worst-Scalings, ein weiterentwickelter Ansatz der Choice-Based Conjoint-Analyse, der auch unter dem Begriff Discrete-Choice Analyse bekannt ist, als geeignet.⁷⁸ Der ausgewählte Ansatz beinhaltet sowohl Elemente des kompositionellen als auch des dekompositionellen Verfahrens, wodurch die Methode des Best-Worst-Scalings den Anforderungen des Forschungsprojekts gerecht wird.

3.3 Best-Worst-Scaling

Bei der Methode des Best-Worst-Scalings (BWS) handelt es sich um eine von Louviere weiterentwickelte Discrete-Choice Analyse, die seit dem Ende der 1980er Jahre besteht.⁷⁹ Die Methode des BWS begegnet dem Problem der Messung von Präferenzen. Damit stellt das BWS eine Alternative zu den

⁷⁴ Vgl. Baier, D.; Bruschi, M. (2009), S. 5 ff.

⁷⁵ Für weitere Informationen zu den Conjoint-Analysen, die im Gesundheitswesen angewandt wurden vgl. Simon, A. (2010), S. 153; vgl. Stegmaier, P. (2012), S. 12 ff.; vgl. Neidhardt, K.; Wasmuth, T.; Schmid, A. (2012), S. 22; vgl. Mühlbacher, A. C.; Bethge, S. (2013), S. 36; vgl. Teichert, T.; Shehu, E. (2009), S. 35.

⁷⁶ Die unterschiedlichen Varianten der Conjoint-Analyse werden aufgrund der geringen Relevanz für den Forschungsgegenstand der Arbeit nicht weiter erläutert. Für weiterführende Informationen zu den Varianten vgl. Baier, D.; Bruschi, M. (2009), S. 6 ff.; vgl. Rebhorn, S.; Stark, B.; Döbler, T. (2001), S. 49 ff.

⁷⁷ Vgl. Voeth, M. (2000), S. 30.

⁷⁸ Vgl. Mühlbacher, A. C.; Kaczynski, A.; Zweifel, P. (2014), S. 105.

⁷⁹ Vgl. Flynn, T.N.; Marley, A. A. J. (2007), S. 178.

zur Präferenzmessung geläufigen Methoden des Rankings, des Ratings sowie zur Methode der Allokation dar.⁸⁰

Allerdings weisen die drei Verfahren im Gegensatz zum BWS folgende Schwachstellen auf: Beim Rating besteht die Gefahr, dass zu den Alternativen wenig diskriminierende Beurteilungen vorgenommen werden. Zudem können sich soziale Erwartungen auf die Einstufung der Alternativen auswirken. Eine Überforderung der Probanden kann aufgrund der hohen Anforderung, die das Verfahren an die Auskunftspersonen stellt, ebenfalls auftreten. Die Überforderung der Probanden ist darüber hinaus auch beim Ranking zu beachten, weshalb nur eine begrenzte Anzahl von Alternativen berücksichtigt werden kann. Die anfordernde Punkteverteilung der Allokation birgt ebenfalls die Gefahr der Überforderung.⁸¹

Im Gegensatz zu den aufgeführten Methoden erfolgt beim BWS die Anwendung eines Vergleichs- und Auswahlverfahrens, wodurch die dargestellten Schwachstellen umgangen werden können. Im Rahmen des BWS werden den Auskunftspersonen mindestens drei Alternativen zur Verfügung gestellt, die gegeneinander abgewogen werden. Infolgedessen erfolgt eine Auswahl der Alternativen. Die Auswahl beinhaltet sowohl die individuelle Bestimmung der ‚besten‘ als auch der ‚schlechtesten‘ Alternative.⁸²

Den Probanden werden nun nacheinander mehrere gleich lautende Fragen präsentiert, die jeweils variierende Antwortalternativen aufweisen und die von den Probanden nach individuellem Nutzen gegeneinander abgewogen werden. Innerhalb dieser Fragesets wählen die Probanden jeweils die beiden Alternativen aus, die in Bezug auf die individuelle Präferenz die maximale Distanz zueinander aufweisen. Auf die vor dem Hintergrund der Auswahl vorliegende Differenz weist auch die Bezeichnung Maximum-Difference-Scaling (MaxDiff) hin, unter der das BWS ebenfalls bekannt ist.⁸³ Die als Antworten aufgeführten Auswahlmöglichkeiten werden in der vorliegenden Arbeit auch als Items bezeichnet.

⁸⁰ Bei dem Ranking erfolgt unter Berücksichtigung der individuellen Wichtigkeiten eine Rangfolgenerstellung. Im Gegensatz dazu werden beim Rating Skaleneinstufungen vorgenommen. Bei der Allokation wird hingegen eine festgelegte Punktezahl auf die Alternativen vollständig verteilt. Vgl. Mühlbacher, A. C.; Kaczynski, A.; Zweifel, P. (2014), S. 104 f; vgl. Sawtooth (Hrsg.) (2013), S. 525.

⁸¹ Vgl. Mühlbacher, A. C.; Kaczynski, A.; Zweifel, P. (2014), S. 104 f.; vgl. Orme, B. (2013), S. 525 f.

⁸² Vgl. Mühlbacher, A. C.; Kaczynski, A.; Zweifel, P. (2014), S. 105; vgl. Flynn, T.N.; Marley, A. A. J. (2007), S. 178.

⁸³ Vgl. Mühlbacher, A. C.; Kaczynski, A.; Zweifel, P. (2014), S. 105; vgl. Orme, B. (2013), S. 527 ff.

Stellen Sie sich vor, dass Sie sich entschieden haben, heute ein Auto zu kaufen.
 Welche der folgenden Alternativen ist Ihnen bei der Kaufentscheidung **am wenigsten** und welche **am meisten** wichtig?

ist mir am wenigsten wichtig		ist mir am meisten wichtig
<input type="radio"/>	Höchstgeschwindigkeit	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Kofferraumgröße	<input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/>	Farbe	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Preis	<input checked="" type="radio"/>

Abbildung 1: Beispiel des BWS⁸⁴

Die Abbildung demonstriert ein Frageset, innerhalb dessen zwischen vier Antwortalternativen das Auswahl- und Vergleichsverfahren angewandt wird. Wird beispielsweise die Antwortalternative ‚Preis‘ als wichtigstes und die Antwortalternative ‚Farbe‘ als unwichtigstes Item ausgewählt, können folgende Informationen gewonnen werden:

Preis > Höchstgeschwindigkeit;

Preis > Farbe;

Preis > Kofferraumgröße;

Höchstgeschwindigkeit > Farbe;

Kofferraumgröße > Farbe

Das Zeichen > bedeutet in der Darstellung ‚es ist wichtiger als/ wird mehr präferiert als‘. Folglich können durch die Wahl der wichtigsten und der unwichtigsten Alternative insgesamt über fünf von sechs Paarvergleichen Informationen gewonnen werden. Einzig über das Verhältnis der Items *Höchstgeschwindigkeit* und *Kofferraumgröße* kann im Beispiel keine Information gewonnen werden. Zusammengefasst weist das BWS die Besonderheit auf, neben der Aufnahme der Information über die *Extrempositionen*, zusätzlich weitere Informationen über die Verhältnisse der Items zu erhalten.⁸⁵

⁸⁴ Eigene Darstellung.

⁸⁵ Vgl. Orme, B. (2013), S. 528; Vgl. Kübler (i.E.), <http://macau.uni-kiel.de> (Stand: 10.05.2015).

Allgemein betrachtet weist die Methode sowohl gegenüber den Choice-Based-Verfahren, dem Rating, dem Ranking und der Allokation als auch gegenüber weiteren Verfahren⁸⁶, die der Ermittlung der Wichtigkeit von Alternativen dienen, Vorteile auf. Die Vorteile des BWS, die auch für das Forschungsziel der Arbeit wesentlich sind, bestehen sowohl in den generierbaren reliablen Ergebnissen, in der klaren Differenzierung von Itemwerten als auch in der Prognosesicherheit.⁸⁷ Infolge der Stärke des BWS, in hohem Maße Informationen über die zwischen den Items vorliegenden Präferenzverhältnisse gewinnen zu können, wird die Aufstellung einer präzisen Präferenzstruktur sowie einer vollständigen Rangfolge ermöglicht.⁸⁸ Diese sind im Hinblick auf die Erfassung von Präferenzheterogenitäten zur Einordnung von Versichertenwünschen und -bedürfnissen von hohem Interesse. Zudem werden die Probanden, wie bereits erwähnt, durch das BWS nicht überfordert, da das BWS als leicht verständliche Methode eingestuft wird. Darüber hinaus werden durch die festzulegenden Extrempunkte komplexe Entscheidungsszenarien bei der Präferenzermittlung umgangen.⁸⁹

Nach Anwendung des BWS besteht außerdem der Vorteil, Schlüsse über die Wichtigkeit von Items im Vergleich zu anderen Items ziehen zu können, die bei anderen Conjoint-Verfahren nicht möglich sind.⁹⁰ Da im Hinblick auf den Forschungsgegenstand ein Vergleich der Krankenkassenangebote zur Ableitung von Entscheidungen und Handlungen als wesentlich betrachtet wird, verdeutlicht sich die Eignung der Methode. Zudem weist das Abwägen von Alternativen eine hohe Realitätsnähe auf, da Versicherte beispielsweise bei der Krankenkassenwahl die Vor- und Nachteile von Krankenkassenangeboten abwägen und damit Gesamtbetrachtungen vornehmen.⁹¹

Neben den dargestellten Vorzügen der Methode sind allerdings auch die Schwächen des BWS zu berücksichtigen. Hinsichtlich des Aufwands ist zu berücksichtigen, dass das Plus an Informationen mit einem erhöhten zeitlichen Aufwand einhergeht. Unter Berücksichtigung von Belastungsgrenzen kann diesem Einwand allerdings begegnet werden. Des Weiteren steht die Generierung einer hohen Realitätsnähe mit einem entstehenden Entscheidungszwang in Verbindung, mit dem die Probanden konfrontiert werden.⁹² Ein weiterer Kritikpunkt wird in der Tatsache gesehen, dass anhand der Wahlhandlungen keine Rückschlüsse auf die Attraktivität der Items gezogen werden können. Anhand von zusätzlichen Fragen sowie dem Aufgreifen einer Antwortverweigerungs-Option besteht die Möglichkeit, auch diese Schwächen zu neutralisieren. Als nachteilig wird ebenfalls der erhöhte Auf-

⁸⁶ Der Vergleich der Verfahren zur Ermittlung der Wichtigkeit von Alternativen wird aufgrund der geringen Relevanz für den Forschungsgegenstand der Arbeit nicht weiter erläutert. Für weiterführende Informationen vgl. Chrzan, K.; Golovashkina, N. (2006), S. 717 ff.

⁸⁷ Vgl. Mühlbacher, A. C.; Kaczynski, A.; Zweifel, P. (2014), S. 114 f.

⁸⁸ Vgl. ebd., S. 114; Vgl. Orme, B. (2013), S. 528.

⁸⁹ Vgl. Kübler (i.E.), <http://macau.uni-kiel.de> (Stand: 10.05.2015); Vgl. Orme, B. (2013), S. 528; Vgl. Mühlbacher, A. C.; Kaczynski, A.; Zweifel, P. (2014), S. 114.

⁹⁰ Vgl. Cohen, S. H. (2003), S. 5.

⁹¹ Vgl. Mühlbacher, A. C.; Kaczynski, A.; Zweifel, P. (2014), S. 114.

⁹² Vgl. ebd., S. 114.

wand hinsichtlich der statistischen Datenauswertung betrachtet, der allerdings unter Zuhilfenahme von computerbasierten Auswertungsprogrammen verringert werden kann.⁹³ Auf die bei Probanden größtenteils vorliegende Unbekanntheit des BWS kann anhand von beschreibenden Erklärungen reagiert werden.

Zusammengefasst stellt das BWS, trotz der Nachteile, zur Beantwortung der Forschungsfrage einen optimalen Ansatz dar. Die Kritiken können, wie bereits erwähnt, in der Forschungsarbeit aufgenommen und berücksichtigt werden. Zur Umsetzung des BWS wird im Forschungsprojekt folgendermaßen vorgegangen:

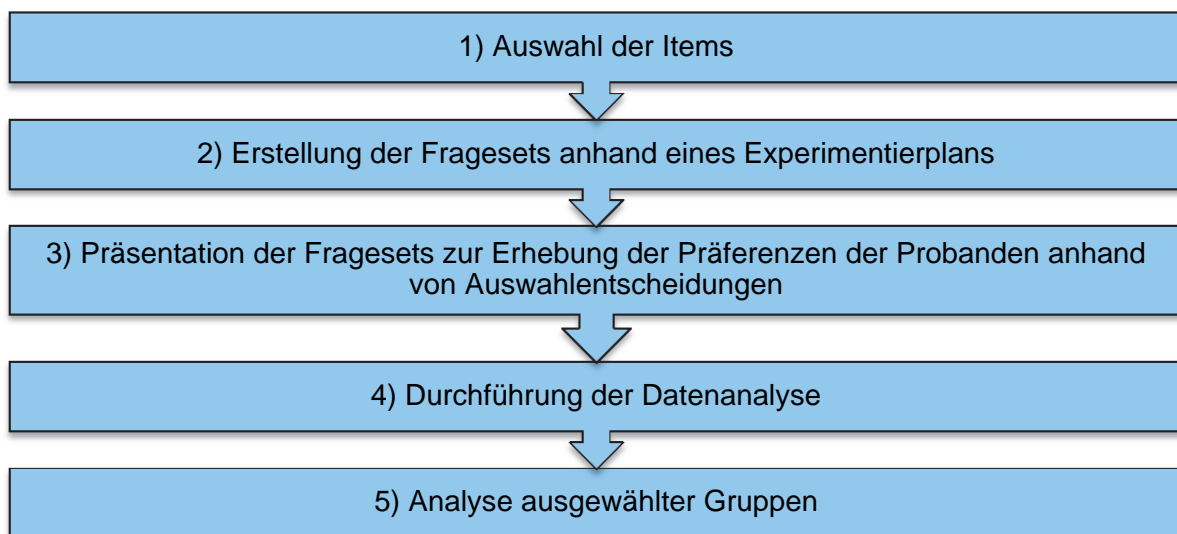


Abbildung 2: Erstellung des Best-Worst-Scalings⁹⁴

4 Untersuchungs- und Forschungsdesign

4.1 Einordnung des Forschungsprojektes

In der sozialwissenschaftlichen Forschung liegt der Schwerpunkt auf dem sozialen Handeln des Menschen. Beabsichtigt wird sowohl das Verstehen als auch das ursächliche Erklären von sozialen Handlungen.⁹⁵ Dazu können diverse Typen von Forschungsprojekten angewandt werden. Im Folgenden liegt der Fokus auf der Darstellung des in der Arbeit verwendeten Projekttypen.⁹⁶

⁹³ Vgl. ebd., S. 114 f.

⁹⁴ Eigene Darstellung, Datenquelle Cohen, S. H. (2003), S. 2.

⁹⁵ Vgl. Raithel, J. (2008), S. 11 f.

⁹⁶ Vgl. Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 30 ff.

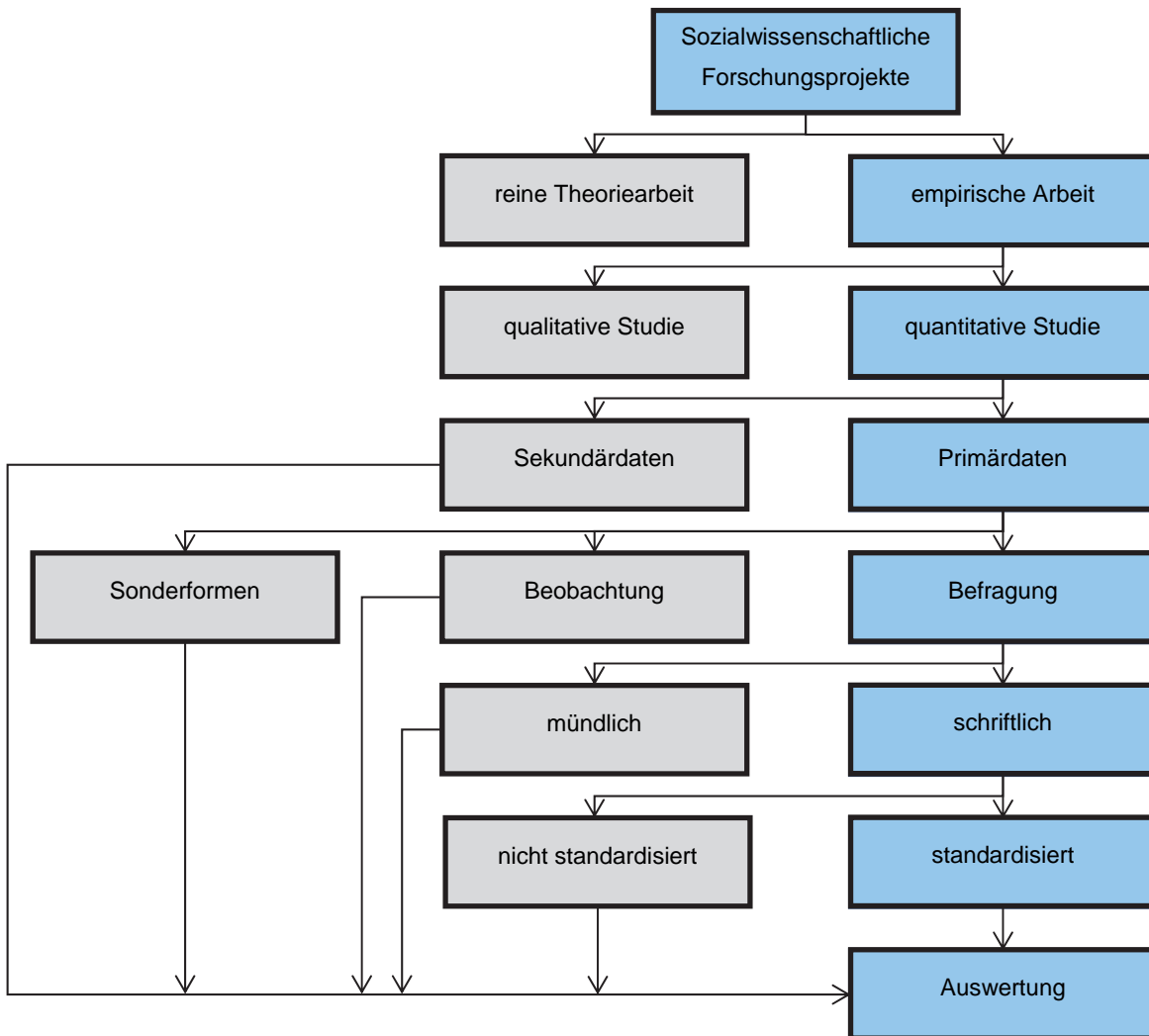


Abbildung 3: Einordnung der Forschungsarbeit – Überblick⁹⁷

Anhand der Abbildung lässt sich das Untersuchungs- und Forschungsdesign der vorliegenden Arbeit einordnen. Die farblich hervorgehobenen Elemente sind im Rahmen des ausgewählten Forschungsprojektes von Relevanz.⁹⁸

⁹⁷ In Anlehnung an: Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 31.

⁹⁸ In der Abbildung 3 werden nicht alle Handlungswege vollständig dargestellt. Die Pfeilverbindungen sind ebenfalls unvollständig. Grund dafür ist die Ausrichtung auf die relevanten Elemente der Forschungsarbeit.

4.1.1 Empirische Erhebung

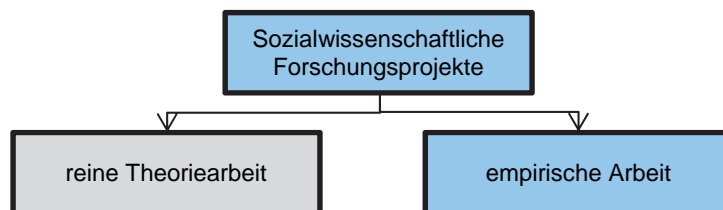


Abbildung 4: Erste Einordnung der Forschungsarbeit⁹⁹

Bei sozialwissenschaftlichen Forschungsprojekten besteht die Möglichkeit, zur Fragestellung rein theoretisch oder dazu alternativ, empirisch vorzugehen.¹⁰⁰ Als empirische Sozialforschung wird die „...systematische Erfassung und Deutung sozialer Erscheinungen.“¹⁰¹ bezeichnet. Darunter ist zu verstehen, dass theoretische Annahmen unter Berücksichtigung von Regeln „...an spezifischen Wirklichkeiten überprüft werden.“^{102 103} Wie bereits erwähnt, wird in der vorliegenden Arbeit darauf abgezielt, die subjektiven Präferenzen der Versicherten der ausgewählten Krankenkasse zu den Zusatzleistungen sowie zu den Möglichkeiten der Beitragssenkung zu ermitteln. Infolgedessen erweist sich nur eine empirische Vorgehensweise als sinnvoll. Um über die Versicherten Aussagen treffen zu können, sind empirische Informationen zu gewinnen und nach deren Bereitstellung auszuwerten. Dadurch wird ein Kenntnissgewinn über die Bedürfnisse und Wünsche der Versicherten ermöglicht.¹⁰⁴

4.1.2 Quantitative Studie



Abbildung 5: Zweite Einordnung der Forschungsarbeit¹⁰⁵

⁹⁹ In Anlehnung an: Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 32.

¹⁰⁰ Vgl. Voss, R. (2011), S. 25.

¹⁰¹ Atteslander, P. (2010), S. 4.

¹⁰² Ebd.

¹⁰³ Vgl. ebd., S. 4 f.

¹⁰⁴ Vgl. Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 32.

¹⁰⁵ In Anlehnung an: Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 33.

Neben der Entscheidungsfindung, eine theoretische oder eine empirische Studie durchzuführen, ist auch die Forschungsmethode festzulegen. Dabei ist zwischen einer qualitativen Studie und einer quantitativen Studie zu differenzieren. Die Wahl der Forschungsmethode hat sowohl einen Einfluss auf die Datengewinnung und Datenauswertung als auch auf die Dateninterpretation.¹⁰⁶

Bei der qualitativen Forschung werden die besonderen Merkmale und Eigenschaften des sozialen Feldes betrachtet.¹⁰⁷ Im Fokus stehen die Erlebniswelten einzelner Menschen. Der Forscher ist während des Forschungsprozesses präsent und geht auf die Individualität des Befragten ein.¹⁰⁸ Im Gegensatz zur qualitativen Forschung zeichnet sich die quantitative Forschung dadurch aus, dass die Befragten identische Fragen erhalten. Bei der Anwendung dieser Methode steht der Forscher in einem distanzierten Verhältnis zu den Befragten. Zudem bildet die quantitative Forschung Zahlenverhältnisse ab, durch die empirische Sachverhalte wiedergegeben werden.¹⁰⁹ Ziel der quantitativen Forschung ist die Aufdeckung vorliegender Strukturen der sozialen Realität. Folglich sind die aus der Theorie abgeleiteten und in Kapitel 2.2.3 aufgestellten Fragestellungen sowie die Hypothese an der Realität zu überprüfen.¹¹⁰ Darüber hinaus ist die quantitative Forschung an den Gütekriterien Repräsentativität, Objektivität, Reliabilität und Validität auszurichten.¹¹¹

Die in Kapitel 1.2 erwähnte Forschungsfrage erfordert das Aufstellen von Häufigkeiten, mit denen die Zusatzleistungen beziehungsweise Beitragssenkungen von den Versicherten ausgewählt werden. Demzufolge erfordert das Forschungsprojekt dieser Arbeit die Anwendung einer quantitativen Methodik. Durch die vorgenommene Wahl besteht zudem die Möglichkeit, eine standardisierte Erhebung durchführen zu können, anhand derer objektive Daten generiert werden und damit eine sachliche Abbildung des Forschungsgegenstands ermöglicht wird.¹¹² Im Hinblick auf die zeitliche, finanzielle und personelle Gestaltung weist die quantitative Studie ebenfalls Vorteile auf.¹¹³ Mit der ausgewählten Methode muss von einer intensiven Betrachtung der Individualität von Versicherten und damit auf das Verstehen deren Verhaltens abgesehen werden.¹¹⁴ Im Hinblick auf die in der Arbeit nachzugehende Forschungsfrage wird dies vernachlässigt.

¹⁰⁶ Vgl. Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 33.

¹⁰⁷ Vgl. Raithel, J. (2008), S. 8.

¹⁰⁸ Vgl. Hug, T.; Poscheschnik, G. (2015), S. 89 f.

¹⁰⁹ Vgl. ebd., S. 87 f.; Vgl. Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 33 f.; vgl. Bortz, J.; Döring, N. (2006), S. 138.

¹¹⁰ Vgl. Raithel, J. (2008), S. 7 f.

¹¹¹ Vgl. Reichertz, J. (2014), S. 71; vgl. Raithel, J. (2008), S. 44 ff.

¹¹² Vgl. Hug, T.; Poscheschnik, G. (2015), S. 86; Vgl. Atteslander, P. (2010), S. 13; vgl. Häder, M. (2015), S. 63.

¹¹³ Vgl. Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 33.

¹¹⁴ Vgl. Häder, M. (2015), S. 41; vgl. Raithel, J. (2008), S. 11.

4.1.3 Erhebung von Primärdaten

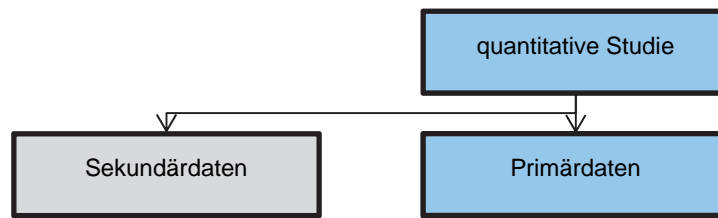


Abbildung 6: Dritte Einordnung der Forschungsarbeit¹¹⁵

Im Bereich der Datenherkunft ist zu entscheiden, ob die Daten primärstatistisch zu erheben sind oder ob sekundärstatistische Daten genutzt werden. Bei der Sekundärforschung finden Daten Verwendung, die bereits zu einem in der Vergangenheit liegenden Zeitpunkt gewonnen wurden. Im Gegensatz dazu werden die Daten bei der Primärforschung für die spezifische Forschungsfrage originär erhoben. Für diese Datenerhebung stehen wiederum unterschiedliche Erhebungsmethoden zur Verfügung, die in Kapitel 2.1.4 dargelegt werden.¹¹⁶

Die Entscheidung, eine primärstatistische Datenerhebung durchzuführen, erweist sich dann als sinnvoll, wenn Sekundärdaten zu dem spezifischen Forschungsziel nicht vorhanden sind beziehungsweise nicht in der benötigten Qualität vorliegen.¹¹⁷ Wie in den Kapiteln 2.2.3 und 2.2.4 bereits dargestellt, erfordert das spezifische Forschungsziel der Arbeit die Durchführung einer an den individuellen Bedarf angepassten Erhebung. Die benötigten Informationen sind direkt bei den Versicherten zu erheben. Zur Generierung forschungsrelevanter Daten erfolgt daher eine Primärerhebung. Infolgedessen erhält die Krankenkasse aktuelle und für den Forschungsgegenstand relevante Informationen.¹¹⁸ Allerdings ist der damit verbundene Zeit- als auch Kostenaufwand zu berücksichtigen.¹¹⁹

¹¹⁵ In Anlehnung an: Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 34.

¹¹⁶ Vgl. Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 34 ff.; vgl. Altobelli, C.; Hoffmann, S. (2011), S. 15 ff. ; vgl. Bortz, J.; Döring, N. (2006), S. 370.

¹¹⁷ Vgl. Altobelli, C.; Hoffmann, S. (2011), S. 16.

¹¹⁸ Vgl. Kötler, P. u.a. (2011), S. 376.

¹¹⁹ Vgl. Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 34.

4.1.4 Befragung

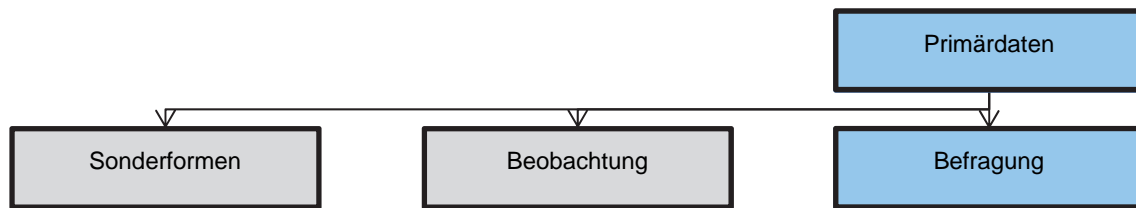


Abbildung 7: Vierte Einordnung der Forschungsarbeit¹²⁰

Bei der Primärerhebung ist eine Differenzierung zwischen den möglichen Erhebungsmethoden vorzunehmen. Sowohl die Befragung, die Beobachtung als auch die Sonderformen stellen Erhebungsoptionen dar. Als Sonderformen werden das Experiment sowie die Panelerhebung bezeichnet.¹²¹ Bei der Beobachtung werden die Daten durch eine reine Beobachtung von sinnlich wahrnehmbaren Sachverhalten durch einen unbeteiligten Forscher während des Auftretens gewonnen.¹²² Im Rahmen eines Experiments erfasst der Forscher den Umgang mit einer gestellten Aufgabe bei den Versuchspersonen unter kontrollierten Bedingungen.¹²³ Als Panelerhebung wird die Datenerhebung bezeichnet, bei der eine gleich bleibende Personengruppe zu einem gleich bleibenden Tatbestand zu verschiedenen Zeitpunkten wiederholt befragt wird.¹²⁴

Bei der Befragung beruht die Datenerhebung auf Informationen, die dem Forscher durch die Befragten übermittelt werden.¹²⁵ Die Befragtengruppe wird durch ausgewählte Fragen dazu aufgefordert, über den Untersuchungsgegenstand Auskunft zu geben. Dabei besteht die Möglichkeit, sowohl auf Wissen sowie auf erlebte soziale Ereignisse Bezug zu nehmen, als auch Meinungen, Einstellungen, Bewertungen, Gedanken und Gefühle abzufragen.¹²⁶ Daraus resultierend nimmt die systematische Kommunikation zwischen den beteiligten Individuen einen zentralen Stellenwert ein. Da differente Kommunikationsformen eingesetzt werden können, stehen bei einem Forschungsprojekt vielfältige Befragungsarten für die Anwendung zur Auswahl. Da die Befragung als Erhebungsmethode für die vorliegende Arbeit von Relevanz ist, werden die Befragungsarten in den nachfolgenden Kapiteln konkretisiert.¹²⁷

¹²⁰ In Anlehnung an: Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 36.

¹²¹ Vgl. Altobelli, C.; Hoffmann, S. (2011), S. 15.

¹²² Vgl. ebd., S. 60 ff.; vgl. Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 36; Vgl. Hug, T.; Poscheschnik, G. (2015), S. 113 ff.

¹²³ Vgl. Altobelli, C.; Hoffmann, S. (2011), S. 86 ff.; vgl. Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 36; vgl. Hug, T.; Poscheschnik, G. (2015), S. 125 f.

¹²⁴ Vgl. Altobelli, C.; Hoffmann, S. (2011), S. 73 ff.; vgl. Hug, T.; Poscheschnik, G. (2015), S. 71.

¹²⁵ Vgl. Altobelli, C.; Hoffmann, S. (2011), S. 25 ff.

¹²⁶ Vgl. Atteslander, P. (2010), S. 109 ff.; vgl. Hug, T.; Poscheschnik, G. (2015), S. 83.

¹²⁷ Vgl. Häder, M. (2015), S. 189 ff.

Grund für die Nutzung der Befragungsmethode ist die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit, da die Festlegung auf eine der Erhebungsalternativen vom Forschungsgegenstand Abhängigkeit aufweist.¹²⁸ Da durch die Forschungsfrage Bedürfnisse und Wünsche der Versicherten thematisiert werden, sind vor allem Meinungen, Einstellungen, Bewertungen und Gedanken der Versicherten von Relevanz. Dies gestaltet sich bei der Durchführung eines Experiments als äußerst schwierig und ist bei der Beobachtung, die auf sinnliche Wahrnehmung beschränkt ist, ausgeschlossen.¹²⁹ Demzufolge entspricht der Ansatz der Befragung der Anforderung.¹³⁰ Da die Befragung mit einer einmaligen Umfrage abgeschlossen werden soll, wird die Anwendung einer Panelbefragung ebenfalls ausgeschlossen.¹³¹

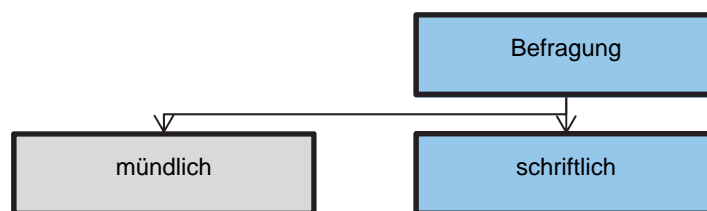


Abbildung 8: Fünfte Einordnung der Forschungsarbeit¹³²

4.1.5 Onlinebefragung

Die Befragung kann sowohl in mündlicher als auch in schriftlicher Form erfolgen. Bei der mündlichen Befragung kommunizieren Interviewer/in und Befragte/r miteinander und thematisieren die für das Forschungsprojekt relevanten Sachverhalte im Gespräch.¹³³ Im Gegensatz dazu wird bei der schriftlichen Befragung nicht persönlich vorgegangen. Anstelle eines Gesprächs erfolgt die Kommunikation über einen Fragebogen.¹³⁴

Onlinebefragungen werden den schriftlichen Befragungen zugeordnet.¹³⁵ Eine spezielle Form der Onlinebefragung bildet die Internetbefragung im World Wide Web.¹³⁶ Im Rahmen dieser Befragungsförm wird den Probanden ein interaktiv gestalteter Fragebogen übermittelt, der im Internet online ausgefüllt wird. Nach Beendigung der Umfrage werden die erhobenen Informationen an die For-

¹²⁸ Vgl. Altobelli, C.; Hoffmann, S. (2011), S. 15.

¹²⁹ Vgl. ebd., S. 60 ff.; vgl. Altobelli, C.; Hoffmann, S. (2011), S. 86 ff.; vgl. Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 36; vgl. Hug, T.; Poscheschnik, G. (2015), S. 113 ff.; vgl. Hug, T.; Poscheschnik, G. (2015), S. 125 f.

¹³⁰ Vgl. Atteslander, P. (2010), S. 109 ff.; vgl. Hug, T.; Poscheschnik, G. (2015), S. 83.

¹³¹ Vgl. Altobelli, C.; Hoffmann, S. (2011), S. 73 ff.; vgl. Hug, T.; Poscheschnik, G. (2015), S. 71.

¹³² In Anlehnung an: Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 40.

¹³³ Vgl. Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 40.

¹³⁴ Vgl. Altobelli, C.; Hoffmann, S. (2011), S. 28.

¹³⁵ Vgl. Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 37; vgl. Diekmann, A. (2013), S. 521 f.

¹³⁶ Weiter Formen der Onlinebefragung werden in der vorliegenden Arbeit vernachlässigt. Vgl. Altobelli, C.; Hoffmann, S. (2011), S. 33.

schungsinstanz gesendet.¹³⁷ Um Personen für eine Befragungsteilnahme zu gewinnen, besteht unter anderem die Möglichkeit, E-Mails zu versenden, in denen Links enthalten sind. Bei deren Abruf erhalten die angeschriebenen Personen direkten Zugang zur Befragung. Durch die gezielte Ansprache werden folglich nur ausgewählte Individuen auf die Umfrage aufmerksam.¹³⁸ Zudem weisen die Onlinebefragungen zeitliche und räumliche Unabhängigkeit auf, sodass die Befragung nicht an bestimmte Wohnorte gebunden ist. Der Zeitpunkt der Teilnahme ist innerhalb des Befragungszeitraums frei wählbar. Vorteilhaft ist ebenfalls die Möglichkeit, bei der Onlinebefragung multimediale Elemente einbinden zu können. Für das Ziel, objektive Daten zu erheben, wird die Onlinebefragung, die ohne eine Interviewerin bzw. einen Interviewer durchgeführt wird, ebenfalls als geeignetes Instrument erachtet. Die durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhaltenen Informationen werden bei der Onlinebefragung direkt auf dem Server gespeichert, sodass eine manuelle Datenerfassung entfällt.¹³⁹

Die Durchführung einer Onlinebefragung geht allerdings auch mit einigen Nachteilen einher. Vor allem die für eine Befragungsteilnahme notwendige Voraussetzung, über eine mit einem Internetzugang versehene technische Ausstattung zu verfügen, stellt eine Barriere dar. Darüber hinaus bedingen Befragungen, die per E-Mail vermittelt werden, sowohl das Vorliegen eines Mail-Accounts als auch die Bekanntheit der E-Mail-Adresse. Da die Krankenkasse über einen umfangreichen Datenpool verfügt, in dem den Versicherten E-Mail-Adressen zugeordnet sind, ist die Onlinebefragung dennoch durchführbar. Die oftmals in Onlinebefragungen auftretende geringe Rücklaufquote findet im Planungsprozess Berücksichtigung.¹⁴⁰

4.1.6 Standardisierte Befragung

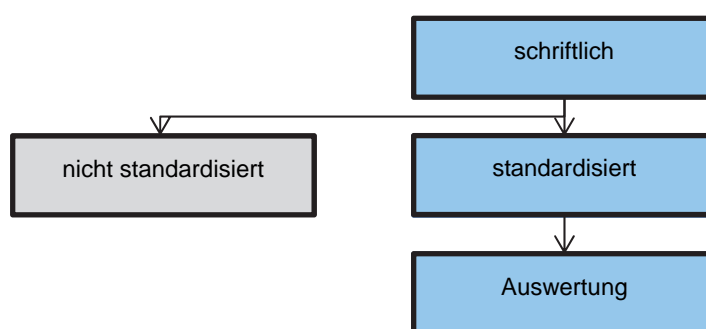


Abbildung 9: Sechste Einordnung der Forschungsarbeit¹⁴¹

¹³⁷ Vgl. Atteslander, P. (2010), S. 166 ff.; vgl. Altobelli, C.; Hoffmann, S. (2011), S. 33.

¹³⁸ Vgl. Kotler, P u.a. (2011), S. 382; vgl. Bortz, J.; Döring, N. (2006), S. 260 f.

¹³⁹ Vgl. Wagner, P.; Hering, L. (2014), S. 662 f.

¹⁴⁰ Vgl. Wagner, P.; Hering, L. (2014), S. 662 ff.

¹⁴¹ In Anlehnung an: Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 41.

Im Hinblick auf den Standardisierungsgrad ist sowohl ein standardisierter als auch ein nicht-standardisierter Befragungsablauf umsetzbar. Bei der standardisierten Befragung werden der Fragetext sowie die Reihenfolge der Fragen im Voraus festgelegt.¹⁴² Die jeweils zugehörigen Antworten sind in Kategorien untergliedert. Im Vergleich dazu liegt bei einer nicht standardisierten Frage entweder keine Kategorisierung vor oder die Kategorisierung erfolgt nach dem Beenden der Umfrage. Zudem ist der Befragungsablauf von der in der Befragung entstehenden Situation abhängig.¹⁴³

In der vorliegenden Forschungsarbeit wird eine möglichst hohe Standardisierung angestrebt, die nur mit einer Anwendung der standardisierten Befragung erzielt werden kann.¹⁴⁴ Grund dafür ist der Vorteil der Vergleichbarkeit, die Relevanz von Häufigkeitsverteilungen sowie die Ermöglichung einer erleichterten Auswertung.¹⁴⁵ Allerdings bergen standardisierte Befragungen die Gefahr der Entstehung von Verzerrungen, die ein Resultat von fehlenden Antwortvorgaben sein können.¹⁴⁶ Zusammenfassend betrachtet findet für das vorliegende Forschungsprojekt eine empirisch-quantitative Studie Anwendung, die auf erhobenen Primärdaten basiert. Zur Datenerhebung werden die Versichertenbedürfnisse und -wünsche anhand einer standardisierten Onlinebefragung ermittelt.

4.2 Festlegung der Erhebungseinheiten

Im Hinblick auf die Forschungsfrage werden im Forschungsprojekt die Versicherten der ausgewählten Krankenkasse als Erhebungseinheiten bezeichnet. Aufgrund des ausgewählten Untersuchungs- und Forschungsdesigns beschränkt sich die für die Umfrage relevante Versichertengruppe allerdings auf Personen mit zur Verfügung stehender E-Mail-Adresse. Zudem wird das zur Teilnahme berechtigte Alter auf zwischen 18 und 65 Jahre begrenzt.¹⁴⁷ Folglich besteht die Grundgesamtheit¹⁴⁸ der Erhebung aus allen im Kundenbestand aufgeführten 18- bis 65-Jährigen Versicherten, von denen die E-Mail-Adressen bei der Krankenkasse vorliegen. Infolge von Zeit- und Kostengründen wird anstelle einer Totalerhebung¹⁴⁹ eine Teilerhebung durchgeführt, die im Folgenden auch als Stichprobe bezeichnet wird.¹⁵⁰ Mit dem Ziel, Aussagen über die Versicherten der Grundgesamtheit zu treffen, werden für das Entstehen der Stichprobe Personen aus der Grundgesamtheit ausgewählt.¹⁵¹

¹⁴² Vgl. Reinecke, J. (2014), S. 601.

¹⁴³ Vgl. Atteslander, P. (2010), S. 144; Vgl. Altobelli, C.; Hoffmann, S. (2011), S. 26.

¹⁴⁴ Vgl. Reinecke, J. (2014), S. 601.

¹⁴⁵ Vgl. Altobelli, C.; Hoffmann, S. (2011), S. 26; Vgl. Atteslander, P. (2010), S. 145.

¹⁴⁶ Vgl. Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 41.

¹⁴⁷ Vgl. Altobelli, C.; Hoffmann, S. (2011), S. 133 f.; Der Hintergrund für die Vornahme der Altersbegrenzung ist in Kapitel 5.1.1 einsehbar.

¹⁴⁸ Als Grundgesamtheit wird die Gesamtmenge von Einheiten bezeichnet, die unter einer Aufgabenstellung betrachtet werden und über die Aussagen zu treffen sind. Vgl. Bortz, J.; Döring, N. (2006), S. 394.

¹⁴⁹ Bei der Totalerhebung werden alle Einheiten der Grundgesamtheit untersucht. Vgl. Hug, T.; Poscheschnik, G. (2015), S. 75 f.

¹⁵⁰ Vgl. Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 65 f.

¹⁵¹ Vgl. Hug, T.; Poscheschnik, G. (2015), S. 74 f.; vgl. Raithel, J. (2008), S. 54.

Zur Generierung der Stichprobe findet in der vorliegenden Arbeit das Auswahlverfahren der einfachen Zufallsauswahl Anwendung. Bei diesem Verfahren weisen alle Versicherten der Grundgesamtheit die gleiche Wahrscheinlichkeit auf, in die Stichprobe aufgenommen zu werden.¹⁵² Damit die einfache Zufallsauswahl auf das Forschungsprojekt angewandt werden kann, erfolgt nach Erstellung der Versichertenliste der Grundgesamtheit, die Zuweisung einer Zufallszahl je Versichertem. Im Anschluss daran erfolgt eine Neuausrichtung der erstellten Versichertenliste, indem die Werte der Zufallszahlen in aufsteigender Reihenfolge angeordnet werden.

Letztendlich kann die für die Stichprobe notwendige Anzahl aus der neu ausgerichteten Versichertenliste in aufsteigender Reihenfolge ausgewählt werden. Damit wird das Entstehen einer repräsentativen Stichprobe ermöglicht, sodass gültige Aussagen über die Grundgesamtheit getroffen werden können.¹⁵³ Auf Grundlage dieser Vorgehensweise soll für das Forschungsprojekt eine Stichprobe von 2000 Versicherten gewonnen werden.

Hintergrund der gewählten Stichprobengröße ist die angestrebte Teilnehmerzahl von 250 Personen.¹⁵⁴ Da für das BWS nach gegenwärtiger Forschungslage keine Richtlinien für die Festlegung des Stichprobenumfangs vorliegen, wird anhand der angestrebten Teilnehmerzahl die Erfüllung der Mindesthöhe, die im Rahmen einer stabilen Schätzung erforderlich ist, angestrebt.¹⁵⁵ Um diese auch als Nettostichprobe bezeichnete Stichprobe zu erreichen, sind Befragungsausfälle von Beginn an einzukalkulieren.¹⁵⁶ Die Anzahl von 2000 Versicherten berücksichtigt folglich die bei der Onlinebefragung zu erwartende Rücklaufquote, zu der bei der Krankenkasse aus einer früheren Befragung ein Erfahrungswert von etwa 18 Prozent vorliegt. Dementsprechend wird zur Generierung der Nettostichprobe eine 8-fache Überzeichnung angestrebt.¹⁵⁷ Bei einem Konfidenzintervall von 90 Prozent, einem Stichprobenfehler von 6 Prozent und der Größe der Grundgesamtheit umfasst der empfohlene Mindestumfang der Stichprobe 188 Personen.¹⁵⁸

¹⁵² Vgl. Raithel, J. (2008), S. 58.

¹⁵³ Vgl. ebd., S. 58 f.; vgl. Bortz, J.; Döring, N. (2006), S. 396 ff.

¹⁵⁴ Mit der zur Erhebung verwendeten Softwarelizenz ist ein maximaler Stichprobenumfang von 250 Personen zu generieren. Vgl. Sawtooth Software (Hrsg.) (o.J.), <http://www.sawtoothsoftware.com> (Stand: 09.05.2015)

¹⁵⁵ Vgl. Mühlbacher, A. C.; Kaczynski, A.; Zweifel, P. (2014), S. 115; vgl. Orme, B. (1998), S. 8 f.

¹⁵⁶ Vgl. Engel, U.; Schmidt, B.O. (2014), S. 332.

¹⁵⁷ Vgl. kasseninterne Quelle (2012), S. 35.

¹⁵⁸ Vgl. Altobelli, C.; Hoffmann, S. (2011), S. 160 f.; BauInfoConsult (Hrsg.) (o.J.), <http://www.bauinfoconsult.de> (Stand: 10.05.2015).

5 Empirische Erhebung

5.1 Auswahl der Itemliste

Damit die Methode des BWS zur Erfüllung der Zielsetzung in der Erhebung realisiert werden kann, bedarf es zunächst der Festlegung der Auswahloptionen.¹⁵⁹ Bei der Auswahl der Items ist sowohl die Anwender- als auch die Subjektebene von Bedeutung. Die in der Umfrage berücksichtigten Leistungen beziehungsweise Optionen der Beitragssenkungen sollen sowohl für die Krankenkasse realisierbar sein als auch von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern in Anspruch genommen werden können. Zudem sind nur Items zu verwenden, die untereinander keine Redundanzen aufweisen. Im Rahmen der Subjektebene werden in der Umfrage nur Items berücksichtigt, die für die Krankenkasse vor dem Hintergrund einer häufigen Inanspruchnahme von hoher Relevanz sind. Des Weiteren wird im Hinblick auf den Befragungsaufwand sowie auf die begrenzte menschliche Leistungsfähigkeit darauf geachtet, die Anzahl der Items auf ein sinnvolles Maß zu beschränken.¹⁶⁰ Zur Entwicklung einer für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer verständlichen, einfach durchführbaren und demzufolge nicht überlastenden Umfrage ist eine präzise sowie kurze und bündige Darstellung der Items notwendig. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, bei den einzelnen Items Geldgrößen einzubeziehen.¹⁶¹ Da eine visuelle Darstellung der ausgewählten Items aufgrund der Immaterialität ungeeignet ist, werden die Items ausschließlich textlich beschrieben.¹⁶² Die für die Umfrage relevanten Items werden nach eingehender Analyse der Marketingkommunikation der Krankenkasse in Zusammenarbeit mit einem internen Expertenkreis der Krankenkasse festgelegt. Davon ausgehend wird die folgende erstellte Itemliste in die Umfrage aufgenommen:

- 1) Beitragssatzsenkung um 35 € pro Jahr
- 2) Beitragssatzsenkung um 70 € pro Jahr
- 3) Beitragssatzsenkung um 100 € pro Jahr
- 4) Bezuschussung von alternativen Heilmethoden mit bis zu 250 €
- 5) Bezuschussung von erweiterten zahnärztlichen Behandlungen mit bis zu 60 €
- 6) Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (Bonussystem) mit bis zu 200 €
- 7) Bezuschussung der Teilnahme an Gesundheitskursen/-reisen mit bis zu 240 €
- 8) Bezuschussung von zusätzlichen Impfungen mit bis zu 120 €

¹⁵⁹ Vgl. Giesecking, T. (2009), S. 62.

¹⁶⁰ Vgl. Weiber, R.; Mühlhaus, D. (2009), S. 44 ff.

¹⁶¹ Vgl. Orme, B. (2013), S. 559 f.

¹⁶² Vgl. Rebhorn, S.; Stark, B.; Döbler, T. (2001), S. 62; Bruschi, M. (2009), S. 83 ff.

9) *Kostenlose medizinische Beratungshotline*

10) *Kostenlose juristische Beratung bei Behandlungsfehlern*

11) *Kostenlose ärztliche Zweitmeinungsgutachten ausgewählter Experten*

In der Umfrage werden folglich insgesamt elf Items berücksichtigt. Damit ist die bei der Anwendung der Methode des BWS geforderte Mindestanzahl von acht Items erfüllt.¹⁶³ Infolge der Aufnahme von Geldgrößen ist das gleichzeitige Erscheinen bestimmter Items der Logik nach zu unterbinden. Sowohl das gemeinsame Auftreten von Optionen der Beitragssenkung als auch das gleichzeitige Aufzeigen von Beitragssenkungen mit Leistungen, die eine geringere Geldgröße aufweisen, wird unterbunden.¹⁶⁴ Die ausgewählten Items lassen sich in 3 Themenblöcke untergliedern. Neben dem ersten Bereich, unter dem die Optionen der Beitragssenkung zusammengefasst werden, besteht der zweite Bereich aus Leistungen, die von der Krankenkasse bezuschusst beziehungsweise bonifiziert werden. Der dritte Themenbereich differenziert zwischen Service- und Beratungsleistungen. In den folgenden Abschnitten werden die Items unter Berücksichtigung der vorgenommenen Untergliederung näher betrachtet.

5.1.1 Items der Beitragssenkung

Die Optionen der Beitragssenkung stellen den Gegenpol zu den Leistungen dar. Die Umfrageteilnehmer können infolge der Berücksichtigung von Leistungen und Alternativen der Beitragssenkung aufgefordert werden, zwischen Leistungen und monetären Vorteilen abzuwägen und damit vorliegende Präferenzen aufzuzeigen.¹⁶⁵ In die Umfrage werden Beitragssenkungen unterschiedlicher monetärer Größen aufgenommen. Da die Optionen der Beitragssenkung den für die Umfrage ausgewählten Leistungen gegenübergestellt werden, bezieht sich die Beitragssenkung zur besseren Vergleichbarkeit der Items auf ein Jahr.

Zur Bemessung der differenten Geldgrößen wird auf § 18 SGB V Bezug genommen. Im Jahr 2015 liegt die jährliche Bezugsgröße der Kranken- und Pflegeversicherung bei 34.020 €.¹⁶⁶ Davon ausgehend liegt der Betrag bei einer Erhebung eines Zusatzbeitrags von 0,9 Prozent bei etwa 306 € pro Jahr. Durch eine Beitragssenkung auf den Zusatzbeitrag von 0,8 Prozent wird eine jährliche Einsparung von etwa 34 € implementiert. Weitere Senkungen des Zusatzbeitrags auf 0,7 Prozent oder auf 0,6 Prozent führen zu Einsparungen von 68 € beziehungsweise 102 €. Für die Umfrage werden die errechneten Werte auf 35 €, 70 € und 100 € auf- respektive abgerundet. Von einer Beitragsreduktion auf unter 0,6 Prozent wird aufgrund der Schwierigkeit der finanziellen Umsetzung abgesehen.

¹⁶³ Vgl. Orme, B. (2013), S. 559.

¹⁶⁴ Vgl. ebd., S. 541; Die Unterbindungen der Items werden im Anhang in Anlage 3 dargestellt.

¹⁶⁵ Vgl. Behrens-Potratz, A.; Zerres, M. (2013), S. 169 ff.

¹⁶⁶ Vgl. Binias, U. u.a. (2014), S. 497.

Da die Beitragsreduktion bei Personen, deren Entgelt unter dem Durchschnittsentgelt liegt, nicht in Höhe der angegebenen Geldgrößen realisiert wird, erfolgt die Alterseingrenzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf 18 bis 65 Jahre. Hintergrund der gewählten Altersgrenzen ist, dass das Einkommen der ausgegrenzten Altersgruppen infolge des Berufseinstiegs beziehungsweise des Rentenbezugs niedriger als in der für die Umfrage definierten Altersgruppe ist.¹⁶⁷

5.1.2 Items der bezuschussten/bonifizierten Leistungen

Dem Bereich der bezuschussten beziehungsweise bonifizierten Leistungen werden die in der Itemliste aufgeführten Leistungen 4) bis 8) zugeordnet. Im Vergleich zu den anderen bestehenden Themenblöcken umfasst dieser Themenbereich am meisten Items. Die Auswahl der dem Bereich zugehörigen Items orientiert sich an den Zusatzleistungen, die vom Marketing der ausgewählten Krankenkasse vordergründig aufgegriffen und kommuniziert werden. Die Versicherten erhalten regelmäßig auf postalischem Weg Informationsflyer zu den angebotenen Zusatzleistungen.¹⁶⁸ Davon ausgehend weisen die beworbenen Zusatzleistungen einen höheren Bekanntheitsgrad auf, als die wenig kommunizierten Zusatzleistungen.¹⁶⁹ Die Nutzung von bereits bestehenden und bekannten Leistungen vermindert demzufolge das Risiko, durch die Umfrage Versichertenwünsche und -bedürfnisse auszulösen.¹⁷⁰ Darüber hinaus ermöglicht die beschriebene Vorgehensweise, die bekannten Leistungen auf deren Wichtigkeit hin zu überprüfen.

Bei der Auswahl der durch die Kommunikationsschwerpunkte zu Grunde liegenden Leistungen erfolgt zunächst die Überprüfung, ob die Inanspruchnahme der einzelnen Leistungen für jeden Versicherten möglich ist. Demzufolge erfolgt ein Ausschluss von Leistungen, bei denen für die Inanspruchnahme Anforderungen bestehen, die nicht von jedem Versicherten erfüllt werden können. Des Weiteren werden Zusammenführungen von einzelnen Leistungen vorgenommen, die unter einem Leistungsbereich zusammengefasst werden können. Die Auswahl der zu berücksichtigenden bezuschussten beziehungsweise bonifizierten Leistungen inkludiert allerdings eine Ausnahme. Trotz zurückhaltender Kommunikation des großen Spektrums der bezuschussten Schutzimpfungen wird diese Zusatzleistung in die Umfrage aufgenommen.¹⁷¹ Grund dafür ist das Ergebnis einer Kurzstudie, in der den Impfungen hohe Relevanz zugewiesen wird.¹⁷² Im Hinblick auf die Berücksichtigung von monetären Messgrößen dienen die vom Marketing kommunizierten Informationen ebenfalls als Orientierungshilfe.

¹⁶⁷ Vgl. Kalckreuth, U. (2013), <http://www.bundesbank.de> (Stand: 10.05.2015).

¹⁶⁸ Vgl. kasseninterne Quelle.

¹⁶⁹ Vgl. Bruhn, M. (2014), S. 264 f.

¹⁷⁰ Vgl. Raab, G.; Unger, A.; Unger, F. (2010), S. 7 f.

¹⁷¹ Vgl. Krankenkasse (Hrsg.) (2015), Homepage der Krankenkasse (Stand: 08.05.2015).

¹⁷² Vgl. Adolph, T.; Eislöffel, M. (2014), S. 20 ff.

5.1.3 Items der Service- und Beratungsleistungen

Neben den bisher erläuterten Leistungen werden auch zusätzliche Service- und Beratungsleistungen von gesetzlichen Krankenkassen angeboten. Aufgrund der im Gesundheitswesen vorliegenden Informationsasymmetrien sind die Versicherten bei Schwierigkeiten schnell auf Berater- und Gutachtertätigkeiten angewiesen.¹⁷³ Um den Stellenwert zu verdeutlichen, den diese Leistungen für die Versicherten haben, werden die in der Itemliste aufgeführten Leistungen 9) bis 11) in der Umfrage berücksichtigt. Neben der bereits eingeführten Beratungshotline wird auch im Bereich der Gutachtererstellung eine Zusatzleistung angeboten. Allein die juristische Beratung, der in den Medien derzeit hohe Aufmerksamkeit zugewiesen wird, stellt zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine für die Krankenkasse fiktive Leistung dar, deren Relevanz im Hinblick auf das zukünftige Angebot überprüft werden soll.¹⁷⁴

In Bezug auf die Angabe von Geldbeträgen grenzen sich die Service- und Beratungsleistungen von den anderen in der Itemliste aufgeführten Leistungen ab. Da für die Nutzungshäufigkeit der Beratungshotline keine Einschränkungen vorliegen, ist von einer preislichen Eingrenzung abzusehen. Aufgrund der gleichen Sachlage ist mit der juristischen Beratungsleistung in identischer Weise zu verfahren. Zur Wahrung der Einheitlichkeit der Items des Bereichs, der aus den Gutachtens- und Beratungsleistungen besteht, wird auch für die Gutachtererstellung keine Preisgrenze angegeben.

5.2 Computergestützte Umsetzung der Erhebung

Infolge der Festlegung der Items besteht nun die Grundlage für die Umfrageerstellung und damit einhergehend auch für die anschließende Datenerhebung und -auswertung. Sowohl die Entwicklung der Befragung, die Durchführung der Erhebung als auch die Datenauswertung erfolgen unter Verwendung des Softwareprogramms Sawtooth der Version 8.3.2. Die Software erweist sich für schriftliche Befragungen, die über das Internet durchgeführt werden sollen, als geeignet. Zudem weist das Softwareprogramm die Besonderheit auf, auf Conjoint-Analysen, darunter auch das BWS, spezialisiert zu sein.¹⁷⁵

5.2.1 Erstellung des Erhebungsdesigns

Die Erstellung des Erhebungsdesigns des BWS kann in sechs Schritten zusammengefasst werden. Im *ersten Schritt* ist neben der Anlage des Projekts auch der Befragungstyp des BWS auszuwählen. Im Anschluss daran sind im *zweiten Schritt* die Fragen des BWS zu erstellen.¹⁷⁶ Um dies zu ermöglichen,

¹⁷³ Vgl. Simon, A. (2010), S. 88.

¹⁷⁴ Vgl. NDR (Hrsg.) (2015), <http://www.ndr.de> (Stand: 10.05.2015).

¹⁷⁵ Vgl. Orme, B. (2013), S. 1.

¹⁷⁶ Vgl. ebd., S. 538 f.

ist eine Liste zu entwickeln, in der die abzufragenden Items abgebildet werden. Auf das Forschungsprojekt bezogen enthält die Itemliste die in Kapitel 5.1 dargestellten Krankenkassenangebote. Die zu berücksichtigenden *Items* sind unter dem Reiter ‚Items‘ einzutragen.¹⁷⁷

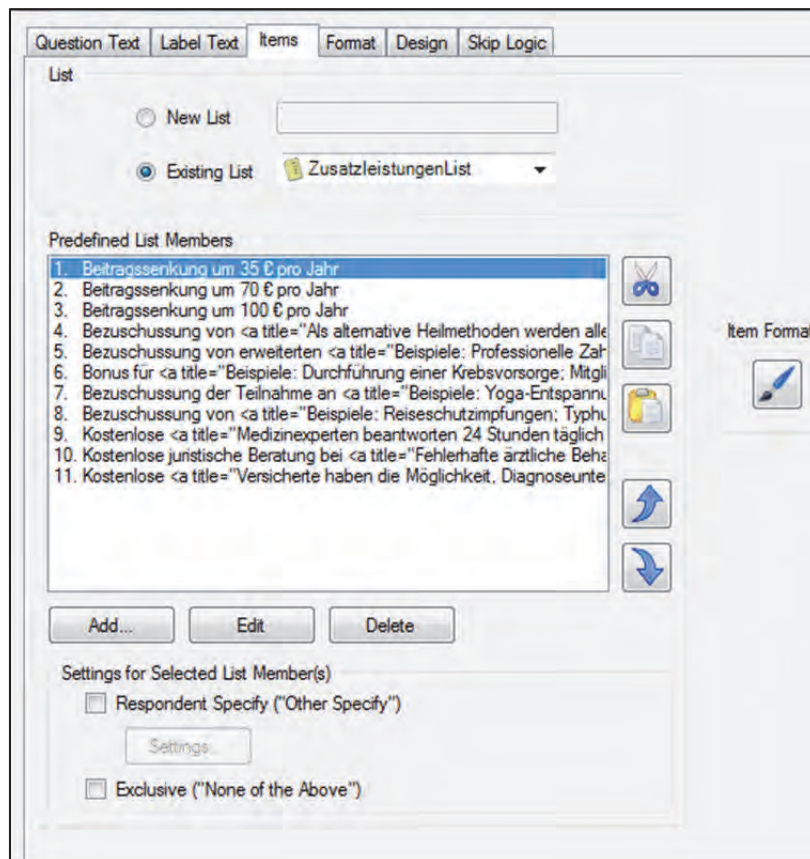


Abbildung 10: Sawtooth - Erstellung der Itemliste¹⁷⁸

Da sich innerhalb der Liste Items befinden, deren gleichzeitiges Auftreten zu vermeiden ist, wird unter *Design* eingestellt, bei welchen Items die Gegenüberstellung unterbunden werden soll.¹⁷⁹ Im Forschungsprojekt sind nach deren Einrichtung insgesamt fünf Auftrittsverbote enthalten.¹⁸⁰ Im Reiter ‚Question Text‘ wird die Frage eingegeben, die im Rahmen des BWS allgemeine Gültigkeit hat.¹⁸¹ Damit die Teilnehmenden die aufgezeigten Antwortmöglichkeiten kategorisieren können, werden im Reiter ‚Label Text‘ die Angaben *das wünsche ich am meisten* und *das wünsche ich am*

¹⁷⁷ Vgl. ebd., S. 539.

¹⁷⁸ Eigene Darstellung.

¹⁷⁹ Vgl. Orme, B. (2013), S. 541.

¹⁸⁰ Vgl. Anhang Anlage 3.

¹⁸¹ Vgl. Orme, B. (2013), S. 539 f.

wenigsten eingetragen, die über den Antwortmöglichkeiten erscheinen. Diese Angaben haben ebenfalls für alle BWS-Fragen Geltung.¹⁸²

Im Rahmen des *dritten Schritts* gilt es, unter dem Reiter ‚Design‘ das Erhebungsdesign festzulegen. Dazu ist auszuwählen, wie viele Auswahlsets und wie viele Antwortalternativen je Auswahlset den Probanden präsentiert werden sollen. Für die Fragesets erfolgt die Festlegung, dass den Teilnehmenden zur Bewertung pro Frage drei Items aufgezeigt werden.¹⁸³ Darüber hinaus erhält jeder Teilnehmende 15 Auswahlfragen.¹⁸⁴ Anhand der Auswahl lässt sich die höchstmögliche Qualität des Erhebungsdesigns generieren. Die Qualität des Designs orientiert sich dabei an der Häufigkeit des Auftretens der einzelnen Items, an der Häufigkeit mit der die unterschiedlichen Items miteinander kombiniert werden sowie an der Häufigkeit, mit der die einzelnen Items auf die unterschiedlichen Positionen innerhalb eines Sets verteilt werden.¹⁸⁵ Darüber hinaus wird die Anzahl der zu generierenden Versionen der MaxDiff Sets festgelegt. Um das Design mit der höchsten Qualität auswählen zu können, wird ebenfalls die Anzahl an Designs bestimmt, die algorithmisch durchlaufen werden sollen.¹⁸⁶ Im Anschluss an die erwähnten Einstellungen erfolgt die Generierung des Designs. Damit werden insgesamt 50 unterschiedliche Fragebogenversionen erstellt, die sich innerhalb der 15 aufgezeigten MaxDiff Sets in den Variationen der Items unterscheiden. Infolge der Verwendung der Itemvariationen werden sowohl psychologische als auch kontextbezogene Effekte vermieden, die bei einem gleichbleibenden Fragebogen entstehen können.¹⁸⁷

¹⁸² Vgl. ebd., S. 540.

¹⁸³ Für die ausgewählten Einstellungen empfiehlt Sawtooth Software, mindestens 3, jedoch höchstens 5 Antwortalternativen pro Frage aufzuzeigen. Bei der Anzahl der Auswahlsets werden 11 bis 19 Fragesets empfohlen.

¹⁸⁴ Vgl. Orme, B. (2013), S. 532; vgl. ebd., S.562; vgl. ebd., S. 540.

¹⁸⁵ Vgl. ebd., S. 563 ff.

¹⁸⁶ Vgl. ebd., S. 540 f.

¹⁸⁷ Vgl. ebd., S. 562 ff. ; vgl. ebd., S. 541.

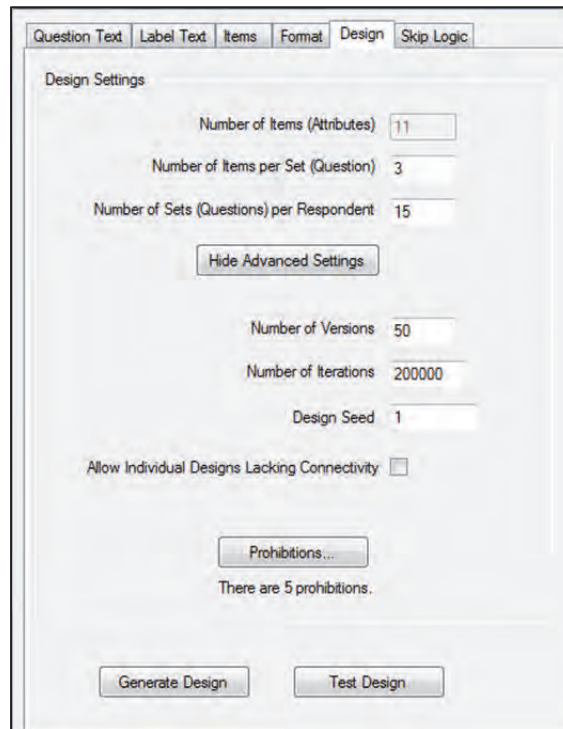


Abbildung 11: Sawtooth - Erstellung des Designs¹⁸⁸

Das für das Forschungsprojekt generierte Design weist in Bezug auf die Qualität die folgenden Merkmale auf: Die einzelnen Items des MaxDiff Sets werden nach dem Durchlauf der 50 unterschiedlichen Versionen, im Durchschnitt etwa 204 Mal den Teilnehmern präsentiert. Die Standardabweichung beträgt dabei 0,655. Zudem wird jedes Item bei einer Standardabweichung von 11,223 im Durchschnitt etwa 45 Mal mit jedem anderen Item kombiniert. Des Weiteren tritt innerhalb der einzelnen Sets jedes Item mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von 68 auf jeder Position auf. Als Standardabweichung ist dabei der Wert 0,574 anzugeben. Folglich liegt eine hohe Qualität des Erhebungsdesigns vor.¹⁸⁹ Nach Umsetzung der dargestellten Vorgehensweise besteht die Basis des Fragebogenteils, in dem die Methode des BWS angewandt wird. Da Teilnehmende insgesamt 15 gleichförmige Auswahlfragen durchläuft, werden im *vierten Schritt* nach jeweils fünf Fragen Zwischennachrichten eingefügt, die der Motivation der Teilnehmenden dienen. Ziel der Maßnahme ist die Verhinderung eines Umfrageabbruchs.¹⁹⁰

Der *fünfte Schritt* dient der weiteren Ausgestaltung des BWS-Erhebungsdesigns. Um vorzubeugen, dass den Teilnehmenden Kenntnisse in Bezug auf die präsentierten Krankenkassenangeboten fehlen, werden zusätzliche Informationen anhand eines Mouseover-Effekts zur Verfügung gestellt.¹⁹¹

¹⁸⁸ Eigene Darstellung.

¹⁸⁹ Vgl. Anhang Anlage 5.

¹⁹⁰ Vgl. Orme, B. (2013) (2013), S. 545; vgl. ebd., S. 532.

¹⁹¹ Vgl. ebd., S. 32; vgl. ebd., S. 90.

Abschließend erfolgt nach der Fertigstellung des Erhebungsdesigns des BWS im *sechsten Schritt* die Komplettierung des Fragebogens. Der Ablauf der Befragung wird aus der folgenden Darstellung ersichtlich:

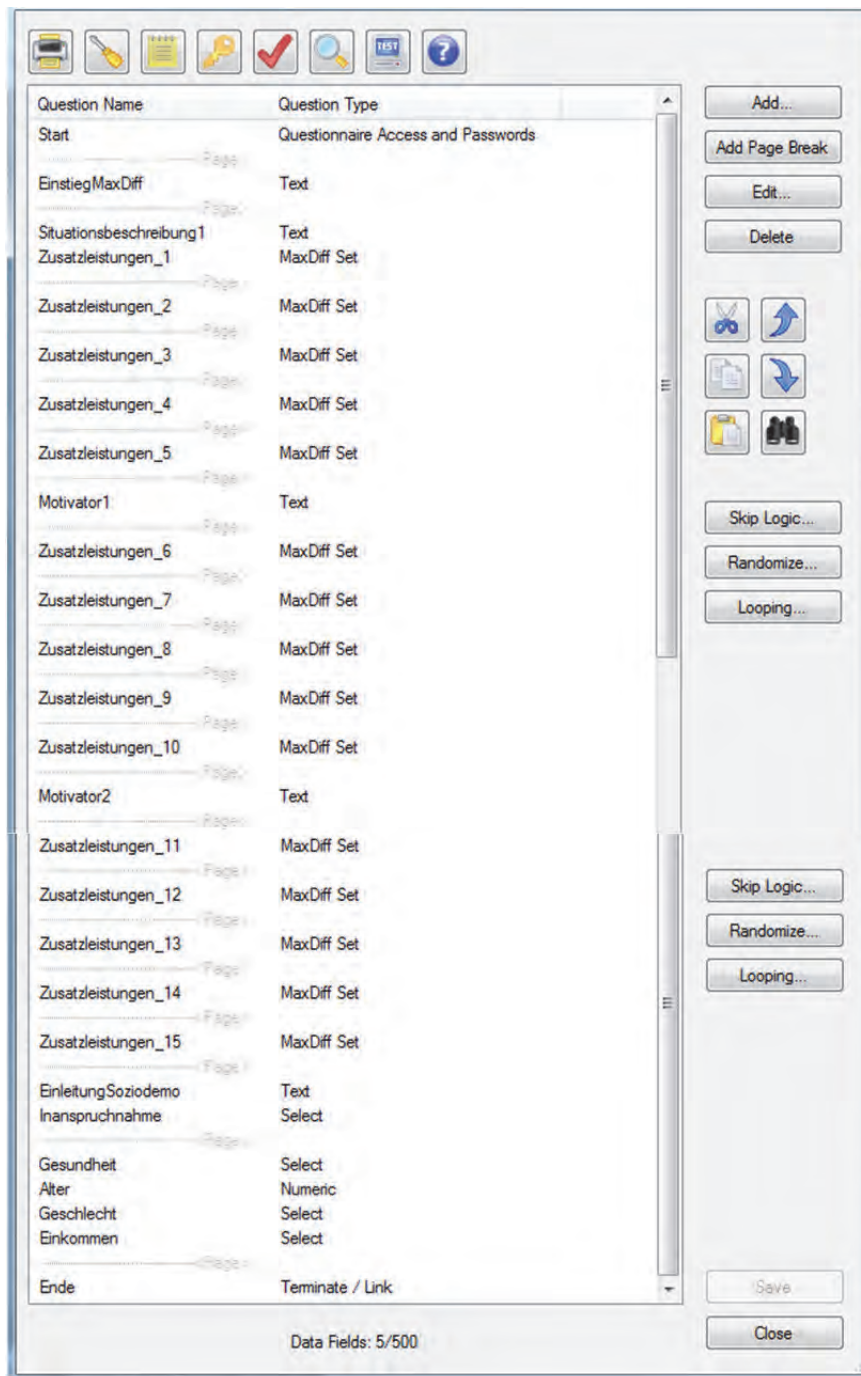


Abbildung 12: Sawtooth - Übersicht des Fragebogens¹⁹²

Neben dem bereits beschriebenen Teil des BWS enthält die Umfrage folglich einen Einführungsteil, der sowohl allgemeine Informationen zur Umfrage als auch hinführende Informationen zum Ab-

¹⁹² Eigene Darstellung.

schnitt des BWS enthält.¹⁹³ Darüber hinaus enthält der letzte Teil der Umfrage eine Abfrage von personenbezogenen und soziodemographischen Daten. Zusammenfassend betrachtet besteht die Umfrage damit aus 3 Teilbereichen.¹⁹⁴

5.2.2 Äußere Gestaltung der Erhebung

Im Rahmen der computergestützten Erstellung des Fragebogens ist das Design des Fragebogens ebenfalls zu berücksichtigen. Unter dem Menüpunkt ‚Survey Settings‘ erfolgt die Einstellung des Designs der Umfrage. Des Weiteren erfolgt sowohl die Aufnahme des Krankenkassen-Logos als auch die Einstellung einer Fortschrittsanzeige.¹⁹⁵ Im Bereich der Fehlermeldungen sind ebenfalls Anpassungen notwendig. Für die möglichen Fehler erfolgt jeweils die Eingabe des zu meldenden Fehler-textes.¹⁹⁶

Zuletzt ist im Hinblick auf die Seitengestaltung auf die hohe Relevanz von Seitenumbrüchen zu verweisen. Anhand der Umbrüche lassen sich thematische Trennungen als auch Bestimmungen zur Länge der Umfrageseite vornehmen.¹⁹⁷ Sowohl die Einleitungstexte, der Schlusstext als auch die 15 BWS-Fragen werden auf einzelnen Seiten angeordnet. Die personenbezogenen Fragen werden im Gegensatz dazu auf zwei Seiten verteilt.¹⁹⁸

5.2.3 Durchführung und Auswertung der Befragung

Nach Abschluss der Testläufe erfolgt durch den Sawtooth-Dienstleistungsservice der Upload der Umfrage auf den Webserver. Anhand des zur Verfügung gestellten Testlinks erfolgt die erneute Überprüfung der Umfrage. Im Anschluss daran wird der für die Umfrageteilnehmenden bestimmte Link an die Stichprobe versandt. Für die erhobenen Daten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgt die automatische Ablegung auf dem Server.¹⁹⁹

Mit dem Erreichen der gewünschten Bruttostichprobengröße kann die Umfrage geschlossen werden. Im Forschungsprojekt erfolgt die Schließung nach der Generierung von 261 vollständigen²⁰⁰ sowie von 93 unvollständigen Teilnahmen. Dadurch besteht das Potenzial, willkürlich beantwortete Fragebögen durch die zusätzlich erhobenen Daten zu ersetzen. Nach Vornahme des Datendownloads erfolgt der Datenexport.²⁰¹

¹⁹³ Vgl. Orme, B. (2013), S. 534 ff.

¹⁹⁴ Vgl. Anhang Anlage 4; vgl. Raithel, J. (2008), S. 75 f.

¹⁹⁵ Vgl. Orme, B. (2013) (2013), S. 546 f.; vgl. ebd., S. 103 ff.

¹⁹⁶ Vgl. ebd., S. 108 ff.

¹⁹⁷ Vgl. ebd., S. 546.

¹⁹⁸ Vgl. Anhang Anlage 4.

¹⁹⁹ Vgl. Orme, B. (2013), S. 2.

²⁰⁰ Die Vollständigkeit bezieht sich auf die Beantwortung der BWS-Fragen.

²⁰¹ Vgl. Orme, B. (2013), S. 272; Vgl. ebd., S. 288; vgl. Sawtooth Software (Hrsg.) (o.J.),

Zur Auswertung der erhobenen Daten des BWS erfolgt die Nutzung eines in der Software bereitgestellten Analyseverfahrens. Für die Datenanalyse wird in der Forschungsarbeit die empfohlene hierarchische bayesianische Schätzung (HB-Schätzung) angewandt. Infolge der Verfahrensanwendung erfolgt die Schätzung der individuellen Teilnutzwerte, die sich aus den individuellen Auswahlentscheidungen des Teilnehmers ergeben.²⁰² Im Vergleich zu den anderen zur Verfügung stehenden Analyseverfahren weist die HB-Schätzung in Bezug auf die Prognosevalidität Vorteile auf. Zur Präferenzerstellung beinhaltet die HB-Schätzung die Anwendung eines Iterationsverfahrens.²⁰³

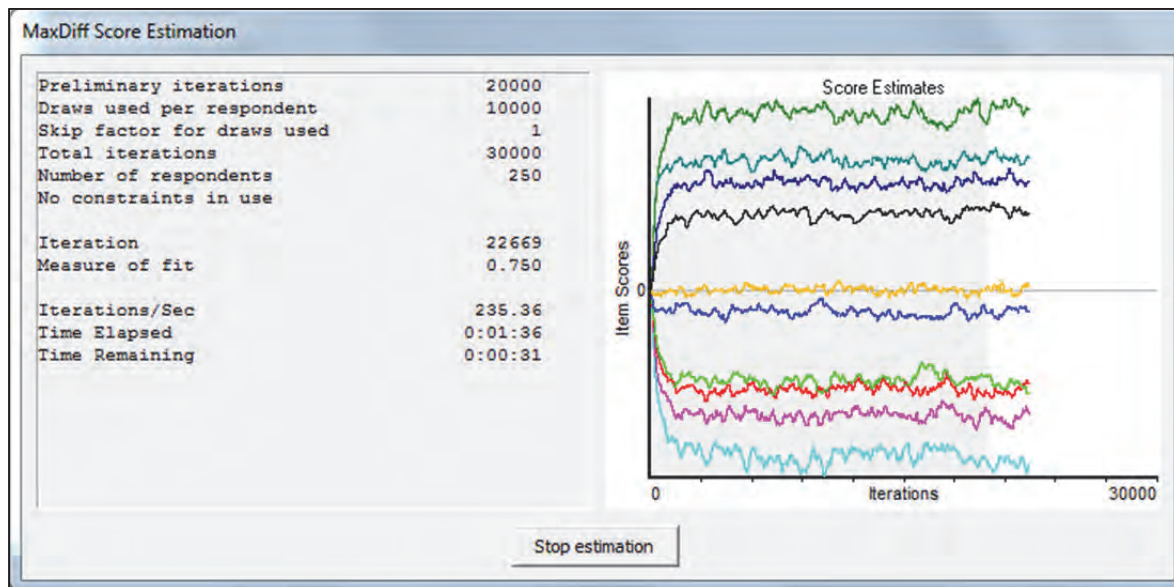


Abbildung 13: Sawtooth - HB-Schätzung²⁰⁴

Anhand der Abbildung lässt sich die schrittweise Stabilisierung der Schätzwerte sowie deren Annäherung an die Endwerte darstellen. Nach der Vollendung des beschriebenen Prozesses werden die Schätzwerte anhand eines abschließenden Datenberichts einsehbar. Neben den Rohdaten enthält der generierte Datenbericht auch einen neu skalierten Datensatz, der die Bildung von Verhältniswerten ermöglicht. Zudem werden neben den individuellen Schätzwerten Kenngrößen aufgestellt, anhand derer Teilnehmende mit einem willkürlichen Antwortverhalten identifiziert werden können.²⁰⁵ Zur Ergebnisauswertung und –darstellung der Daten werden darüber hinaus sowohl SPSS als auch Excel eingesetzt.

<http://www.sawtoothsoftware.com> (Stand: 09.05.2015).

²⁰² Vgl. Simon, A. (2010), S. 223; vgl. Giesecking, T. (2009), S. 76.

²⁰³ Vgl. Orme, B. (2013), S. 549 ff.; vgl. ebd., S. 570 ff.

²⁰⁴ Eigene Darstellung.

²⁰⁵ Vgl. Orme, B. (2013), S. 550 ff.; vgl. ebd., S. 573 ff.

5.3 Darstellung des Fragebogens

Da die Teilnehmenden durch Anklicken des versandten Links direkt auf die Umfrage gelangen, zeichnet sich die Umfrage durch eine geringe Eintrittsbarriere aus.²⁰⁶ Die erste aufgezeigte Seite leitet die Umfrage durch einen kurz gefassten und allgemein gehaltenen Informations- und Begrüßungstext ein. Demzufolge kann in der Umfrage sowohl ein hoher zeitlicher Leseaufwand als auch das Risiko der Beeinflussung der Teilnehmenden vermieden werden. Für die Verfassung des Textes dient der Aufbau eines Begleitschreibens als Orientierung. Infolgedessen wird sowohl die Krankenkasse als agierendes und kontaktierbares Unternehmen als auch der Untersuchungszweck der Erhebung erwähnt. Zudem wird die Anonymität der Teilnehmenden als auch der zeitliche Rahmen der Erhebung thematisiert. Darüber hinaus wird den Versicherten die Dankbarkeit für die Teilnahmebereitschaft vermittelt.²⁰⁷ Vor Beginn der Fragen, die der Methode des Best-Worst-Scalings angehören, wird den Umfrageteilnehmerinnen und -teilnehmern erneut ein Einleitungstext aufgezeigt. Dieser enthält eine kurze Einweisung in das BWS, die durch eine beispielhafte Demonstration abgerundet wird.²⁰⁸

Dem abgebildeten Einleitungstext folgen nacheinander die Fragen des BWS, die sich in den variierenden Antwortalternativen unterscheiden. Die aufgezeigten Antwortmöglichkeiten werden von den Teilnehmenden gegeneinander abgewogen, sodass die Wichtigkeiten einzelner Items dargestellt werden können.²⁰⁹ Daraus resultierend wird der Einsatz einer Verhältnisskala ermöglicht.²¹⁰ Zur Vermeidung von Redundanz unterscheidet sich die erste aufgezeigte BWS-Frage von allen darauf folgenden BWS-Fragen.²¹¹ Sowohl die bei Frage 1 aufgezeigte Situationsbeschreibung als auch der Hinweis, dass alle Antwortalternativen auf ein Jahr bezogen werden sollen, entfällt bei allen weiteren Fragen. Die Fragestellung sowie die kategorisierenden Überschriften berücksichtigen die Formulierungsempfehlungen von Sawtooth.²¹² Des Weiteren werden für alle in der Umfrage aufgezeigten Fragen die von Diekmann aufgestellten Grundregeln zur Frageformulierung berücksichtigt.²¹³ Die in das BWS eingefügten Zwischennachrichten motivieren den Teilnehmenden zur Fortführung der Um-

²⁰⁶ Da neben der gezielten Zusendung der Umfragelinks keine weitere Veröffentlichung erfolgte, ist davon auszugehen, dass nur angeschriebene Versicherte an der Umfrage teilnehmen. Daher wird auf die Vergabe von Passwörtern verzichtet. Die Mehrfachteilnahme kann somit nicht ausgeschlossen werden. Allerdings sind Mehrfachteilnahmen bei der Überprüfung erkennbar und damit austauschbar. Vgl. Post, S. (2009), S. 266; vgl. Bortz, J.; Döring, N. (2006), S. 261.

²⁰⁷ Vgl. Bortz, J.; Döring, N. (2006), S. 257; vgl. Richter, H. J. (1970), S. 148 f.; vgl. Jacob, R.; Heinz, A.; Décieux, J.P. (2013), S.176 f.

²⁰⁸ Vgl. Simon, A. (2010), S. 221.

²⁰⁹ Vgl. Orme, B. (2013), S. 524.

²¹⁰ Vgl. ebd., S. 552.

²¹¹ Vgl. ebd., S. 557.

²¹² Vgl. ebd., S. 556.

²¹³ Vgl. Diekmann, A. (2013), S. 479 ff.

frage und beinhalten zudem als Orientierungshilfe die Anzahl der noch zu beantwortenden Fragen.²¹⁴

Der letzte Befragungsteil enthält die soziodemographischen und personenbezogenen Fragen. Die gewählte Anordnung der Fragen ist anhand der im Fokus stehenden Forschungsfrage zu begründen. Da die Aufmerksamkeit der Teilnehmenden mit zunehmender Befragungsdauer sinkt, werden die als unverzichtbar angesehenen Fragen des BWS im vorderen Teil der Umfrage platziert. Zudem trägt die Positionierung dazu bei, das Risiko eines Ausstrahlungseffektes zu unterbinden, der durch vorangestellte Fragen entstehen kann.²¹⁵ Die Abfrage personenbezogener Daten wird aufgrund der hohen Sensitivität des Themas und der damit verbundenen Abbruchgefahr sowie aufgrund des geringen Interesses, das die Teilnehmenden aufweisen, an das Ende der Umfrage gestellt. Zur Beantwortung der Forschungsfrage weist die Abfrage der personenbezogenen Daten ebenfalls eine untergeordnete Bedeutung auf.

Neben der Überleitung beginnt der personenbezogene Teil der Befragung mit der Bitte, anhand der vorgegebenen Antwortalternativen alle Leistungen auszuwählen, die im Jahr 2014 in Anspruch genommen wurden. Daraus resultierend erfolgt die Anwendung einer geschlossenen Frage, bei der eine Nominalskala Anwendung findet.²¹⁶ Zur Vermeidung von Verzerrungen sind alle für das Forschungsprojekt relevanten Antworten vorzulegen. Demzufolge ist auch das Aufzeigen der *Keine Angabe/weiß nicht*-Kategorie von Relevanz.²¹⁷ Aus diesem Grund beinhalten auch alle weiteren Fragen des soziostatistischen Befragungsabschnitts diese zusätzliche Antwortoption. Im Anschluss an die Erhebung der Leistungsanspruchnahmen, werden die Teilnehmenden dazu aufgefordert, den individuellen Gesundheitszustand im Allgemeinen einzuschätzen und anzugeben. Sowohl die Frage als auch die vorgegebenen Antwortalternativen fundieren dabei auf den Darstellungen der WHO.²¹⁸ Folglich wird auch zur Abfrage des Gesundheitszustands eine geschlossene Frage eingesetzt, bei der ebenfalls eine Nominalskalierung vorliegt.²¹⁹

Nach der Thematisierung des Gesundheitszustands erfolgt die Erhebung des Alters der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Der Grund der Wahl einer offen gestellten Altersabfrage ist das damit einhergehende Entstehen einer Kardinalskala. Anhand der Kardinalskala können die Teilnehmenden bei der Ergebnisauswertung beliebig in Gruppen untergliedert werden. Alternativ dazu können Einzelbetrachtungen vorgenommen werden.²²⁰ Da die Teilnehmenden anhand der Option, die Zahl 999

²¹⁴ Vgl. Orme, B. (2013), S. 545; vgl. Simon, A. (2010), S. 169.

²¹⁵ Vgl. Raitchel, J. (2008), S. 75 f.; vgl. Klöckner, J.; Friedrichs, J. (2014), S. 676 ff.

²¹⁶ Vgl. Franzen, A. (2014), S. 705; vgl. Atteslander, P. (2010), S. 146.

²¹⁷ Vgl. Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 41; vgl. Atteslander, P. (2010), S. 146; vgl. Raitchel, J. (2008), S. 69 f.

²¹⁸ Vgl. de Bruin, A.; Picavet, H.S.J.; Nossikov, A. (1996), S. 52.

²¹⁹ Vgl. Atteslander, P. (2010), S. 146; vgl. ebd., S. 229 f.; vgl. Raitchel, J. (2008), S. 69 f.

²²⁰ Vgl. Atteslander, P. (2010), S. 229 ff.

anzugeben, freigestellt sind, über deren Alter Auskunft zu erteilen, wird das Entstehen von Verzerrungen unterbunden.²²¹

Im weiteren Befragungsablauf werden sowohl das Geschlecht der Teilnehmenden als auch die Höhe des Einkommens abgefragt. Um Kenntnis über das Geschlecht der Teilnehmenden zu erlangen, erfolgt die Abfrage unter Berücksichtigung der demographischen Standards anhand einer geschlossenen Frage.²²² Die Antwortoptionen implizieren zudem den Einsatz einer Nominalskala. Aufgrund der hohen Sensibilität, die mit der Frage nach dem Einkommen einhergeht, wird zur Vermeidung einer hohen Antwortverweigerung ebenfalls eine geschlossene Frage eingesetzt.²²³ Der Aufbau der Frage orientiert sich erneut an den soziodemographischen Standards des statistischen Bundesamts.²²⁴ Anhand der Kategorienbildung erhöht sich die Bereitschaft der Teilnehmenden, Auskunft über das Einkommen zu geben.²²⁵ Bei der Frage nach dem Einkommen liegt ein ordinales Skalenniveau vor.²²⁶ Abschließend wird in der Umfrage den Versicherten für die Teilnahme sowie für die dadurch entstehende Möglichkeit, das Leistungsangebot an die individuellen Bedürfnisse anpassen zu können, gedankt.²²⁷ Darüber hinaus wird den Teilnehmenden die Option dargelegt, bei Interesse eine Ergebnisrückmeldung anfordern zu können.²²⁸

Zusammenfassend finden in der Umfrage lediglich geschlossene Fragen Anwendung. Durch den Einsatz von vorgegebenen Antwortoptionen wird ein Antwortprozess angewandt, der einen positiven Einfluss auf die Vollständigkeit der Antworten hat. Im Gegensatz zu offenen Fragen wird bei geschlossenen Fragen eine höhere Objektivität generiert.²²⁹ Auf die Integration eines freien Eingabefeldes zur Meinungsäußerung wird in der Umfrage verzichtet. Grund dafür ist, dass zur Beantwortung der Forschungsfrage keine weiteren Angaben der Teilnehmenden notwendig sind. Des Weiteren können dadurch Meinungsäußerungen zu Themen, die nicht Forschungsgegenstand sind, umgangen werden.²³⁰ Der vollständige Fragebogen wird im Anhang der Arbeit abgebildet.²³¹

5.4 Pretest

Vor Beginn der Hauptuntersuchung erfolgt die Durchführung und Auswertung eines Pretests. Diese Voruntersuchung dient im Wesentlichen der Überprüfung der Verständlichkeit der einzelnen Fragen

²²¹ Vgl. ebd., S. 146; vgl. Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 41; vgl. Raithel, J. (2008), S.69 f.

²²² Vgl. Atteslander, P. (2010), S. 146 ff.; vgl. Hoffmeyer-Zlotnik, J. H. P. u.a. (2010), S. 30.

²²³ Vgl. Franzen, A. (2014), S. 704.

²²⁴ Vgl. Hoffmeyer-Zlotnik, J. H. P. u.a. (2010), S. 41.

²²⁵ Vgl. Franzen, A. (2014), S. 704.

²²⁶ Vgl. Atteslander, P. (2010), S. 229 ff.

²²⁷ Vgl. Schöneck, N.M.; Voß, W. (2013), S. 74.

²²⁸ Vgl. Diekmann, A. (2013), S. 487; vgl. Taddicken, M.; Batinic, B. (2014), S. 173.

²²⁹ Vgl. Bortz, J.; Döring, N. (2006), S. 254.

²³⁰ Vgl. Züll, C.; Menold, N. (2014), S. 713 ff.; vgl. Klöckner, J.; Friedrichs, J. (2014), S. 683.

²³¹ Vgl. Anhang Anlage 4.

als auch der Überprüfung der Gültigkeit und Zuverlässigkeit des Erhebungsinstruments. Darüber hinaus nimmt neben der Untersuchung der Eindeutigkeit der Beantwortungskategorien auch die Fokussierung von Erhebungsproblemen einen wesentlichen Stellenwert ein.²³²

Der Pretest der Versichertenumfrage erfolgte im Zeitraum vom 26. Februar 2015 bis zum 8. März 2015. Die Durchführung des Pretests erfolgte mit insgesamt 21 Personen und entspricht damit der empfohlenen Mindestgröße.²³³ Die ausgewählten Testpersonen lassen sich in zwei Gruppen unterteilen. Sowohl 14 in Krankenkassen tätige Personen als auch sieben themenfremde Personen werden beim Pretest einbezogen. Mit den einzelnen Testpersonen wird der Pretest unter Anwesenheit des Forschers in zwei Schritten durchgeführt. Im ersten Schritt erfolgt die Absolvierung der Onlinebefragung, die mit einer Aufnahme der Befragungsdauer und der Beobachtung der Teilnehmenden einhergeht. Zudem werden vom Teilnehmenden Auffälligkeiten aufgezeigt, die im zweiten Abschnitt des Pretests thematisiert werden. Der zweite Teil des Pretests umfasst eine Diskussion des Online-Fragebogens. Dazu werden zunächst alle Anmerkungen und beobachteten Auffälligkeiten, die aus dem ersten Teil des Pretests resultieren, aufgegriffen. Daraufhin werden dem Probanden unter Verwendung eines ständig weiterentwickelten und angepassten Pretest-Bogens²³⁴ gezielt Fragen gestellt, deren Thematik im Gesprächsverlauf noch nicht Gegenstand war.²³⁵

Auf Grundlage der durch die Durchführung und Auswertung des Pretests erhaltenen Informationen wurde eine Modifizierung des Fragebogens vorgenommen.²³⁶ Im Fragebogen wurde im Bereich des BWS, zur Erzielung einer besseren Verständlichkeit, der Einleitungstext vereinfachend überarbeitet als auch zur weiteren Erleichterung eine beispielhafte Demonstration eines MaxDiff-Sets beigefügt. Zudem wurden die Geldbeträge, die beim BWS bei den Items der Beitragssenkung zur Abwägung aufgezeigt wurden, neu kalkuliert.²³⁷ Ein weiteres Ergebnis des Pretests ist der ermittelte durchschnittliche Zeitbedarf von 8,5 Minuten, die auf 9 Minuten aufgerundet werden. Sowohl die Beobachtungen, die Aussagen der Teilnehmenden als auch der benötigte durchschnittliche Zeitbedarf lassen darauf schließen, dass die Belastungsgrenze der Teilnehmenden durch die Umfrage nicht übertreten wird.²³⁸

²³² Vgl. Atteslander, P. (2010), S. 295 ff.

²³³ Vgl. Porst, R. (2000), S. 68.

²³⁴ Vgl. Anhang Anlage 1.

²³⁵ Vgl. Häder, M (2015), S. 397 ff.

²³⁶ Vgl. Raithe, J. (2008), S. 63 f.

²³⁷ Die Kalkulation der Geldbeträge kann in 5.1.1 eingesehen werden. Für die Items der Beitragssenkung wurden zu Beginn die Geldbeträge 50 €, 80 € und 110 € verwendet, die aus einer Kalkulation mit überzogener Bezugsgröße der Kranken- und Pflegeversicherung sowie aus der vorgenommenen Aufrundung resultieren.

²³⁸ Vgl. Engel, U.; Schmidt, B. O. (2014), S. 336; vgl. Reinecke, J. (2014), S. 608; vgl. Raithe, J. (2008), S. 64.

5.5 Zeitliche Gestaltung & Durchführung der Befragung

Die Kontaktierung der im Rahmen der Stichprobengenerierung ausgewählten Versicherten wird über den E-Mail-Verkehr vorgenommen. Dazu erhalten die einzelnen Versicherten ein Anschreiben, das durch den integrierten Umfragelink eine unmittelbare Teilnahme ermöglicht.²³⁹ Grund der im Vergleich zu anderen Umfragen vorgenommenen beschränkten und unterdurchschnittlichen Kontaktierungshäufigkeit ist der von der Krankenkasse zu erbringende verantwortungsvolle Umgang mit den hochsensiblen Versichertendaten.²⁴⁰ Aus ebendiesem Grunde tritt zur Vermeidung von Misstrauen die Krankenkasse als befragungsverantwortlich in der Umfrage auf. Des Weiteren erfolgt im Rahmen der Umfrage die Einrichtung einer Mailadresse, die ausschließlich für den die Umfrage betreffenden Mailverkehr genutzt wird. Das weitere Anschreiben wird an dem von Richter empfohlenen Aufbau eines Begleitschreibens ausgerichtet.²⁴¹

Aus der Vorgehensweise resultierend geht der Start der Umfrage mit der Versendung der 2000 E-Mails einher. Der Beginn der Umfrage war auf den 16. März 2015 datiert. Zur Generierung der geplanten Nettostichprobe von 250 Personen wurde ein zweiwöchiger Befragungszeitraum angesetzt. Aufgrund des frühzeitigen Erreichens der angestrebten Zahl der Teilnehmenden erfolgte am 25. März 2015 die Schließung der Umfrage. Zudem wurde auf den Einsatz eines teilnahmefördernden Erinnerungsschreibens verzichtet.²⁴² Im Rahmen der Fokussierung der effektiven Stichprobe kann eine durchschnittliche Testdauer von zehn Minuten ermittelt werden. Allerdings muss der hohen Standardabweichung von 33 Minuten Beachtung beigemessen werden, die auf ein mögliches Pausieren von Teilnehmenden hinweist. Anhand des Medians wird die Dauer von 6 Minuten berechnet. Folglich liegen zwischen den Probanden in Bezug auf die Testdauer Unterschiede vor. Da die Testdauer unterhalb des maximalen Richtwerts von 15 Minuten liegt, kann eine zeitliche Überforderung der Teilnehmenden ausgeschlossen werden.²⁴³

Unter den abgebildeten Teilnahmen weisen die Abbrecher einen Anteil von ca. 22,5 Prozent auf. Die unvollständigen Fragebögen lassen sich nach deren realisierten Befragungsfortschritt differenzieren.²⁴⁴ Während sich der Beginn der Umfrage durch eine hohe Abbruchquote auszeichnet, reduziert sich die Anzahl der unvollständigen Fragebögen mit zunehmendem Befragungsfortschritt. Mit einem Anteil von über 60 Prozent wird die Umfrage auf der Seite, die den Befragungsteil des BWS einleitet, erklärt und veranschaulicht, beziehungsweise bei der Präsentation der ersten Frage des BWS abgebrochen. Demzufolge wird der Einstieg in das BWS als herausforderndster Teil der Umfrage ange-

²³⁹ Vgl. Bortz, J.; Döring, N. (2006), S. 261; vgl. Kotler, P u.a. (2011), S. 382.

²⁴⁰ Vgl. Diekmann, A. (2013), S. 486 f.; vgl. §§ 284-305 SGB V .

²⁴¹ Vgl. Richter, H. J. (1948), S. 148 f.; vgl. Anhang Anlage 2.

²⁴² Vgl. Bortz, J.; Döring, N. (2006), S. 258.

²⁴³ Vgl. Engel, U.; Schmidt, B. O. (2014), S. 336.

²⁴⁴ Vgl. Wagner, P.; Hering, L. (2014), S. 667.

sehen und ist möglicherweise das Resultat des Fehlens von Einstellungs- und Faktfragen, die der Einführung dienen.²⁴⁵ Nach Bewältigung dieser Hürde wird ein expliziter Rückgang der Abbruchhäufigkeiten erkennbar. Die Abbrüche verteilen sich auf die weiteren neun Fragen des Erhebungsteils des BWS.

5.6 Datenbereinigung

Von den insgesamt 2000 per E-Mail angeschriebenen und zur Teilnahme aufgeforderten Versicherten, konnten insgesamt 337 Probanden für die Umfrage gewonnen werden. Die generierte Rücklaufquote von 17 Prozent liegt damit im Erwartungsbereich.²⁴⁶ Aufgrund der lizenzbedingten Einschränkung, maximal 250 Teilnehmerdatensätze zur weiteren Datenbearbeitung nutzen zu können, bilden 250 Online-Fragebögen die effektive Stichprobe.²⁴⁷ Im Zuge der Generierung der effektiven Stichprobe erfolgt die Eliminierung abgebrochener Fragebögen als auch die Selektion der Fragebögen, die im zentralen Teilbereich des BWS Unvollständigkeit aufweisen. Infolge dieser Vorgehensweise werden 76 Fragebögen ausgeschlossen, sodass weitere 261 Fragebögen zur Generierung der effektiven Stichprobe berücksichtigt werden. Die Auswahl der 250 Fragebögen erfolgt durch den Vergleich der *Fit-Statistic-Werte*, anhand deren ein willkürliches Antwortverhalten identifiziert werden kann. Folglich werden Fragebögen, die schlechtere Werte aufweisen, ausgeschlossen.²⁴⁸ Darüber hinaus wird die Einbindung von Mehrfachteilnahmen ausgeschlossen.²⁴⁹ Die anhand der Datenbereinigung generierte Stichprobe von 250 Personen berechtigt zur Anwendung parametrischer Tests.²⁵⁰

5.7 Datenauswertung

Im Rahmen der deskriptiven Analyse erfolgt zur Auswertung der in der Umfrage verwendeten geschlossenen Fragen eine Untersuchung der Häufigkeitsverteilung der gegebenen Antworten. Unter Berücksichtigung des je Frage vorliegenden Skalenniveaus werden nach Möglichkeit und Bedarf neben dem arithmetischen Mittel auch der Median sowie die Standardabweichung berechnet. Die Präferenzurteile der Versicherten werden unter Angabe der zugehörigen Konfidenzintervalle präsentiert. Anhand dieser Vorgehensweise lassen sich sowohl ausreichend Informationen über die Stichprobe gewinnen als auch die Häufigkeiten angeben, wie oft die Versicherten die einzelnen Items in

²⁴⁵ Vgl. Wagner, P.; Hering, L. (2014), S. 676 f.; vgl. Schumann, S. (2012), S. 75.

²⁴⁶ Vgl. hierzu Kapitel 4.2.

²⁴⁷ Vgl. Sawtooth Software (Hrsg.) (o.J.), <http://www.sawtoothsoftware.com> (Stand: 09.05.2015).

²⁴⁸ Vgl. Orme, B. (2013), S. 576.

²⁴⁹ Vgl. Roessing, T.; Gnambs, T.; Strassnig, B. (2014); S. 411.

²⁵⁰ Vgl. Eckey, H.F.; Kosfeld, R.; Türck, M. (2005), S. 260; vgl. Rüter, B. (2002), S. 41.

den jeweiligen Fragesets als meist gewünschte oder als am wenigsten gewünschte Antwortalternative auswählen.²⁵¹

Ferner werden aus den gewonnenen Antworten die Wichtigkeiten der einzelnen Items berechnet.²⁵² Durch die Durchführung der HB-Schätzung werden den einzelnen Items Teilnutzenwerte zugewiesen. Indem mit den ermittelten individuellen Teilnutzenwerten der einzelnen Versicherten eine Mittelwertanalyse durchgeführt wird, kann ein Item-Ranking erstellt werden.²⁵³ Die Präferenzwerte, die im Mittel zu den einzelnen Items vorliegen, werden in der Arbeit im Rahmen einer deskriptiven Analyse betrachtet und miteinander verglichen.

Neben der Durchführung der deskriptiven Datenanalyse erfolgt des Weiteren, zur Beschreibung von Unterschieden zwischen einander gegenübergestellten Versichertengruppen, eine induktive Datenanalyse. Diese umfasst die Anwendung des Chi-Quadrat-Tests, der zur Gegenüberstellung von Gruppenpräferenzen im Hinblick auf die Merkmale Alter und Geschlecht genutzt wird. Anhand des Tests erfolgt jeweils die Überprüfung der aufgestellten Nullhypothese *„Zwischen den Vergleichsgruppen besteht kein Unterschied in Bezug auf das zu betrachtende Merkmal“* unter Berücksichtigung eines Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$. Zur Betrachtung der Größe der Abweichung erfolgt die Berechnung von Cramérs $V^{254, 255}$.

Zum Vergleich der Präferenzen von Versichertengruppen, die anhand diverser Kriterien innerhalb der Stichprobe gebildet werden, erfolgt die Durchführung des t-Tests. Den jeweiligen t-Tests wird erneut die Nullhypothese *„Zwischen den Vergleichsgruppen besteht kein Unterschied“* zu Grunde gelegt. Zudem wird für das Signifikanzniveau ebenfalls der Wert $\alpha =0,05$ festgelegt. Im Falle des Bestehens einer signifikanten Abweichung wird die Effektstärke anhand der Berechnung von Cohens d^{256} überprüft.²⁵⁷ Zur Identifikation eines bestehenden signifikanten Unterschieds in Bezug auf die vorliegenden Präferenzen wird für die gebildeten und einander gegenüber gestellten Einkommensgruppen der t-Test bei unabhängigen Stichproben angewandt. Sowohl für die gebildeten Alters- und Geschlechtsgruppen als auch bei den gebildeten Versichertengruppen, die sich in Bezug auf den Gesundheitszustand beziehungsweise die Leistungsanspruchnahme voneinander unterscheiden,

²⁵¹ Vgl. Natrop, J. (2015), S. 57 ff.; vgl. Raab, G.; Unger, A.; Unger F. (2004), S. 198 ff.; vgl. Backhaus, K.; Erichson, B.; Weiber, R. (2013), S. 215 f.

²⁵² Vgl. Backhaus, K.; Erichson, B.; Weiber, R. (2013), S. 174 ff.

²⁵³ Vgl. ebd., S. 213 ff.; Vgl. Orme, B. (2013), S. 570 ff.

²⁵⁴ Das Cramérs V ist eine Maßzahl, die bei Chi-Quadrat-Tests Anwendung findet und zur Messung der Stärke des Zusammenhangs zwischen den zu überprüfenden Variablen eingesetzt wird. Das Cramérs V nimmt Werte zwischen 0 und 1 an. Vgl. Raab, G.; Unger, A.; Unger F. (2004), S. 223 f.

²⁵⁵ Vgl. Raab, G.; Unger, A.; Unger F. (2004), S. 208 ff.

²⁵⁶ Das Cohens d kann zur Bemessung der Effektstärke nach Anwendung des t-Tests eingesetzt werden. Das Cohens d ist definiert für Werte von $-\infty$ bis $+\infty$. Für Werte bis zu $d=0,2$ wird die Effektstärke als niedrig eingestuft. Bei einem Wert von $d=0,5$ liegt eine mittlere Effektstärke vor und bei dem Wert $d=0,8$ wird die Effektstärke als hoch eingestuft. Vgl.

Cohen, S. H. (1988), S. 25.

²⁵⁷ Vgl. Cohen, S. H. (1988), S. 44.

erfolgt die identische Anwendung des t-Tests. Die t-Tests, die im Bereich der Item-Auswahlhäufigkeit Anwendung finden, sind Einstichproben t-Tests, da den Mittelwerten eine gegebene Größe gegenübergestellt wird. Der t-Test gepaarter Stichproben wird genutzt, um die von der Gesamtstichprobe vorliegenden Präferenzurteile auf signifikante Präferenzunterschiede, die zwischen den Itembereichen vorliegen, zu überprüfen.²⁵⁸

5.8 Güte der Erhebung

Des Weiteren bedarf es vor Beginn der Ableitung von Entscheidungen und Handlungen, die auf den Ergebnissen basieren, einer Überprüfung der Güte des Messmodells. Hintergrund der Überprüfung der Güte ist die dadurch resultierende Möglichkeit, Aussagen treffen zu können, ob die erhobenen Präferenzen bei den Versicherten in der Realität vorliegen.²⁵⁹ Zur Einordnung der Qualität des angewandten Messmodells wird dieses im Folgenden anhand der drei zentralen Gütekriterien *Objektivität*, *Reliabilität* und *Validität* beurteilt. Zudem findet der Mean-RLH als auch das Percent-Certainty-Kriterium Berücksichtigung. Die Objektivität eines Fragebogens wird dann als gegeben angesehen, wenn die Ergebnisse unabhängig von der durchführenden Instanz sind. Dazu muss sowohl die Durchführungs-, die Auswertungs- als auch die Interpretationsobjektivität gewährleistet werden.²⁶⁰ Da bei dem im Forschungsprojekt verwendeten Fragebogen aufgrund der standardisierten Testinstruktionen von Interaktionen zwischen den Teilnehmenden und dem Forscher abgesehen wird, weisen die Ergebnisse vom Forscher Unabhängigkeit auf. Demzufolge liegt die Durchführungsobjektivität des Fragebogens vor. Zur Generierung einer hohen Auswertungsobjektivität bedarf es einer eindeutigen Vorgabe zur Art der Aufgabenbeantwortung sowie zur Bewertung der Antworten.

Da infolge der Anwendung des BWS für die Art der Aufgabenbeantwortung als auch die für die Bewertung allgemeingültige Vorgaben vorliegen, ist auch die Auswertungsobjektivität gegeben. Aufgrund der vorgegebenen methodischen Vorgehensweise weisen die Ergebnisse von der auswertenden Person Unabhängigkeit auf. Darüber hinaus bedingt die Interpretationsobjektivität, dass Interpretationen unter Berücksichtigung von vorliegenden Normen vorgenommen werden. Da sich die Interpretation der Testwerte am Forschungsgegenstand orientiert, werden willkürliche Deutungen vermieden. Zusammenfassend betrachtet findet in der Erhebung ein objektiver Fragebogen Anwendung.²⁶¹

Anhand der Reliabilität lässt sich die Genauigkeit der Messung überprüfen. Die Reliabilität eines Messmodells liegt dann vor, wenn die wiederholte Messung zu den gleichen Ergebnissen führt. Im

²⁵⁸ Vgl. Janssen, J.; Laatz, W. (2013), S. 311 f.

²⁵⁹ Vgl. Helm, R.; Steiner, M. (2008), S. 289.

²⁶⁰ Vgl. Bortz, J.; Döring, N. (2006), S. 195.

²⁶¹ Vgl. ebd.

Gegensatz dazu handelt es sich bei der Validität um ein Gütekriterium, anhand dessen überprüft wird, ob das eingesetzte Messinstrument das bemisst, was in der Untersuchung gemessen werden soll.²⁶²

Bei Conjoint-Analysen ist darauf hinzuweisen, dass die Güte der Ergebnisse bezüglich der Validität und Reliabilität Abhängigkeit vom variabel gestaltbaren Erhebungsdesign aufweist.²⁶³ Dennoch weisen die Conjoint-Verfahren, darunter auch die conjoint-basierten Verfahren, im Allgemeinen infolge der Überprüfung der Reliabilität eine hohe Zuverlässigkeit auf.²⁶⁴ Im Vergleich zu den zur Präferenzmessung geläufigen Methoden des Rankings, des Rating sowie zur Methode der Allokation, wird anhand der ausgewählten Methode des BWS sowohl eine höhere Validität als auch eine höhere Reliabilität generiert.²⁶⁵ Davon ausgehend liegen auch in der Erhebung des Forschungsprojekts gute Reliabilitäts- und Validitätswerte vor. Die Güte der aus der HB-Schätzung resultierenden Ergebnisse wird in der vorliegenden Arbeit sowohl anhand des RLH-Wertes als auch mittels Percent-Certainty-Kriterium eingeschätzt.²⁶⁶ Auf Grundlage des Antwortverhaltens der einzelnen Teilnehmenden und der vorgenommenen Schätzungen wird der Mean-RLH als geometrisches Mittel der Likelihood-Berechnungen ermittelt.

In der Erhebung nimmt der Mean-RLH einen Wert von 0,745 an. Da den Teilnehmenden bei den Fragesets drei Antwortalternativen vorliegen, kann der Mean-RHL Werte zwischen 0,33 und 1 annehmen.²⁶⁷ Während der Wert von 1 Ausdruck einer perfekten Realitätsabbildung ist, entstehen die Ergebnisse bei dem Minimalwert von 0,33 zufallsbedingt. Den Ergebnissen der HB-Schätzung kann im Forschungsprojekt daher eine gute Modellgüte zugesprochen werden.²⁶⁸

Percent Certainty	Large Models	Small Models
0,0-0,2	Poor	Poor
0,2-0,3	Poor-Reasonable	Fair
0,3-0,5	Reasonable-Good	Good
0,5-0,8	Good-Excellent	Excellent
0,8-1,0	Excellent	Wow!

Tabelle 1: Gütemaße des Percent-Certainty-Kriteriums²⁶⁹

²⁶² Vgl. ebd., S. 196 ff.; vgl. Rebhorn, S.; Stark, B.; Döbler, T. (2001), S. 81 ff.

²⁶³ Vgl. Rebhorn, S.; Stark, B.; Döbler, T. (2001), S. 84 f.

²⁶⁴ Vgl. Euler, M. (2001), S. 46.

²⁶⁵ Vgl. Adamsen, J. M.; Rundle-Thiele, S.; Whitty, J. A. (2013), S. 11.

²⁶⁶ Vgl. Hauser, J. R. (1978), S. 408; vgl. Teichert, T. (2001), S.176 ff.

²⁶⁷ Das Minimum wird anhand der Formel $1 / \text{Anzahl der aufgezählten Antwortalternativen}$ errechnet.

²⁶⁸ Vgl. Teichert, T. (2001), S.178; vgl. Orme, B. (2013), S. 578; vgl. Orme, B. (2013), S. 419.

²⁶⁹ In Anlehnung an: Struhl, S. (1994), S. 7.

²⁶⁹ Vgl. Struhl, S. (1994), S. 7.

Das Percent-Certainty-Kriterium eignet sich dazu, anhand des sich ergebenden Wertes einschätzen zu können, an welcher Stelle die Schätzung zwischen Zufallsmodell und einer perfekten Realitätsabbildung eingeordnet werden kann. Die Werte können dabei Werte zwischen 0 und 1 annehmen und werden im vorliegenden Forschungsprojekt anhand der von Struhl entworfenen Tabelle interpretiert.²⁷⁰ In der vorgenommenen HB-Schätzung nimmt das Percent-Certainty-Kriterium einen Wert von 0,880 an. Die Tabelleneinordnung des Wertes führt zu der Erkenntnis, dass in der Erhebung ein ausgezeichneter Wert generiert werden konnte.²⁷¹ Die Betrachtung der Aussagen des RLH-Wertes sowie des Percent-Certainty-Kriteriums ergibt, dass die ermittelte Präferenzstruktur bei den Versicherten in der Realität vorliegt.

6 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

6.1 Stichprobe

Die Gegenüberstellung von effektiver Stichprobe und Grundgesamtheit erfolgt zunächst anhand der Merkmale *Alter* und *Geschlecht*. Zur Vereinfachung wird die Gegenüberstellung anhand der nachfolgenden Diagramme vorgenommen.

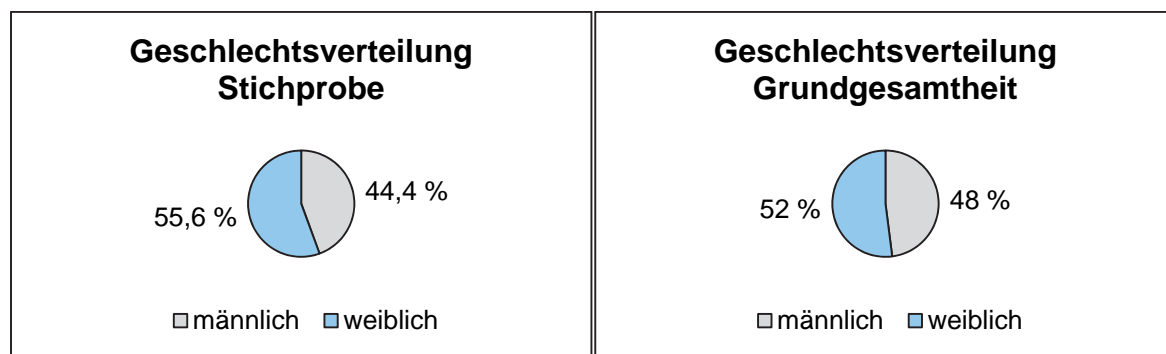


Abbildung 14: Geschlechtsverteilung der Stichprobe und der Grundgesamtheit²⁷²

²⁷⁰ Vgl. Teichert, T. (2001), S.178; vgl. Simon, A. (2010), S. 88; vgl. Struhl, S. (1994), S. 7.

²⁷¹ Vgl. Struhl, S. (1994), S. 7.

²⁷² Eigene Darstellung.

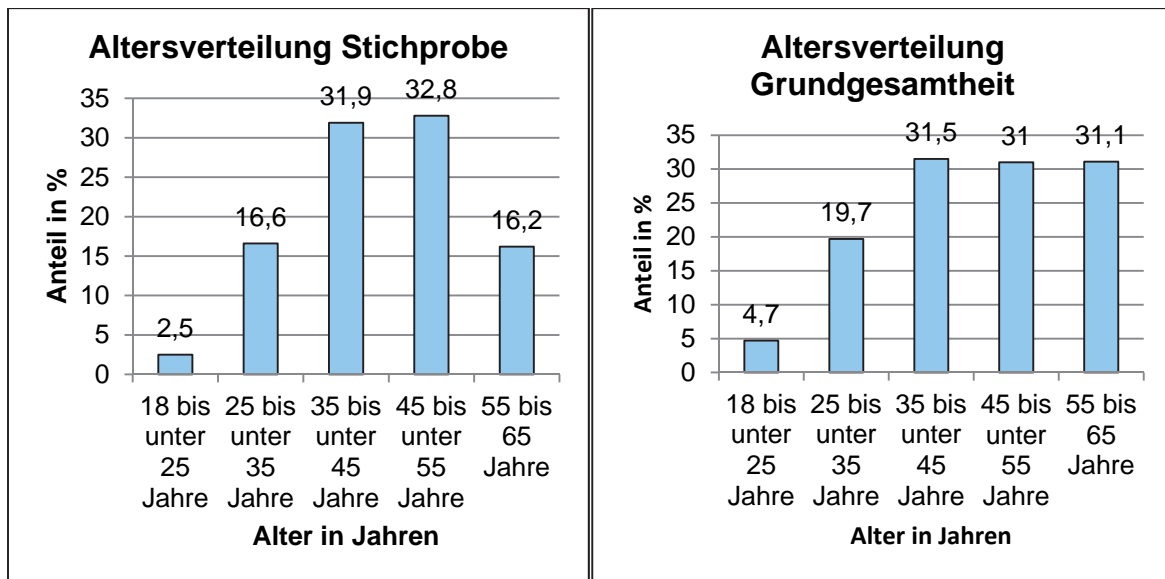


Abbildung 15: Altersverteilung der Stichprobe und der Grundgesamtheit²⁷³

Die effektive Stichprobe setzt sich mit einem Anteil von 44,4 Prozent aus Männern sowie aus einem Anteil von 55,6 Prozent aus Frauen zusammen.²⁷⁴ Im Vergleich dazu besteht die Grundgesamtheit zu etwa 48 Prozent aus Männern und zu 52 Prozent aus Frauen. Trotz der zwischen den verglichenen Personengruppen bestehenden Unterschiede, unterscheidet sich die Geschlechtsverteilung laut χ^2 -Test nicht signifikant von der Grundgesamtheit. ($\chi^2=1,248$; $p=0,2639$; Signifikanzniveau=0,05).

Die Verteilung des Alters der Versicherten der Stichprobe wird anhand Abbildung 15 ersichtlich. Sowohl der Median als auch der Mittelwert des Alters der Probanden beträgt etwa 44 Jahre. Die Standardabweichung weist einen Wert von 10,425 auf. Die Gegenüberstellung des Alters zwischen der Stichprobe und der Grundgesamtheit erweist sich aufgrund der gebildeten Altersgruppen als umfangreicher. Wie in Abbildung 15 aufgezeigt, sind auch bei der Altersverteilung zwischen der Stichprobe und der Grundgesamtheit Abweichungen erkennbar.²⁷⁵ Der χ^2 -Test ergibt, dass zwischen der Stichprobe und der Grundgesamtheit in Bezug auf die Altersgruppenverteilung ein signifikanter Unterschied besteht ($\chi^2=17,523$; $p=0,0015$; Signifikanzniveau=0,05). Für die Größe der Abweichung wurde anhand Cramér's V der Wert 0,0067 berechnet. Folglich liegt lediglich eine schwache Ausprägung des Unterschieds vor. Im Hinblick auf die gegenübergestellten Merkmale

²⁷³ Eigene Darstellung.

²⁷⁴ Die Geschlechtsverteilung beruht auf den Angaben von 96,4 Prozent der Versicherten der effektiven Stichprobe. Insgesamt liegen von 241 Personen Angaben zum Geschlecht vor.

²⁷⁵ Die Altersverteilung beruht auf den Angaben von 94 Prozent der Versicherten der effektiven Stichprobe. Insgesamt liegen von 235 Personen Angaben zum Geschlecht vor.

kann die Stichprobe demzufolge hinsichtlich des Geschlechts als repräsentativ erachtet werden. Demgegenüber wird die Stichprobe hinsichtlich des Alters nicht als repräsentativ erachtet.²⁷⁶

Neben den Merkmalen Geschlecht und Alter liegen von den Personen der Stichprobe auch Informationen zum Gesundheitszustand, zur Inanspruchnahme von Zusatzleistungen als auch zum Einkommen vor. Aufgrund des Mangels an Informationen zu den spezifischen Merkmalen der Grundgesamtheit, wird von einer Gegenüberstellung abgesehen. Die im weiteren Verlauf der Arbeit dargestellten Ergebnisse der HB-Schätzung sind, unter Berücksichtigung der im Folgenden dargestellten Merkmale, zu betrachten. Anhand von 241 Fragebögen lässt sich auf den Gesundheitszustand der Teilnehmenden mit nachfolgendem Ergebnis schließen:

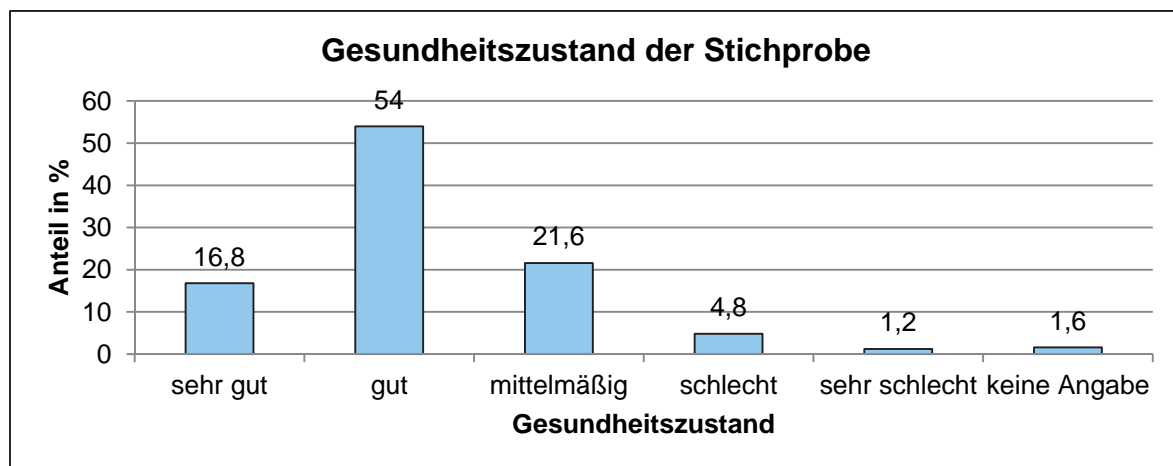


Abbildung 16: Gesundheitszustand der Stichprobe²⁷⁷

Aus der Darstellung der Abbildung 16 ist zu entnehmen, dass die Gesundheit von den Probanden, die Informationen über ihren allgemeinen Gesundheitszustand zur Verfügung stellen, von etwa 72 Prozent der Versicherten als *gut* oder *sehr gut* eingeschätzt wird. Demgegenüber wählen 28 Prozent der Teilnehmenden zur Bewertung des eigenen Gesundheitszustands die Ausprägungen *mittelmäßig* bis *sehr schlecht* aus. Für die Leistungsanspruchnahme, die sich auf das Jahr 2014 bezieht, ergibt sich aus den Antworten von 233 Personen, die einen Anteil von 93,2 Prozent der effektiven Stichprobe bilden, nachstehendes Bild:

²⁷⁶ Vgl. Janssen, J.; Laatz, W. (2013), S. 259 ff.

²⁷⁷ Eigene Darstellung.

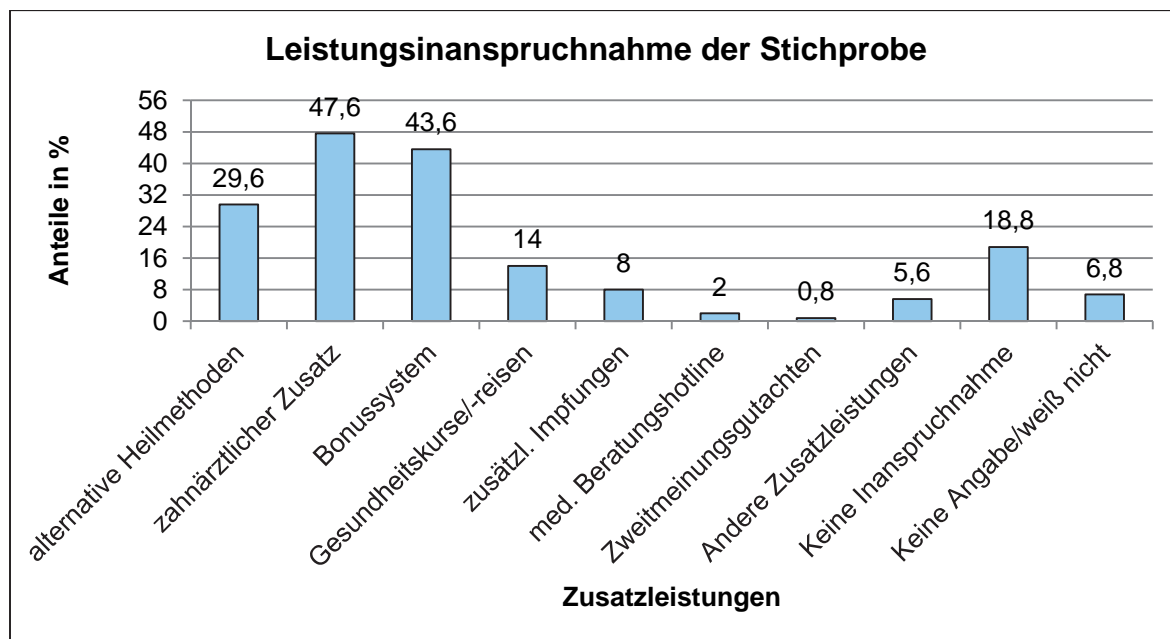


Abbildung 17: Leistungsanspruchnahme der Stichprobe²⁷⁸

Zusammenfassend betrachtet haben im Jahr 2014 über 81 Prozent der Versicherten der Stichprobe mindestens eine der in Abbildung 17 dargestellten Leistungen in Anspruch genommen. Bei den in Anspruch genommenen Leistungen handelt es sich bei etwa 94 Prozent um Bezuschussungs- und Bonusleistungen. Darüber hinaus sind die in Anspruch genommenen Leistungen zu 1,8 Prozent den Service- und Beratungsleistungen zuzuordnen. Leistungen, von deren expliziten Erwähnung in der Umfrage abgesehen wird, nehmen unter den Inanspruchnahmen einen Anteil von etwa 3,7 Prozent ein. Da die dargestellten Leistungen des Service- und Beratungsbereichs nur im Krankheitsfall in Anspruch genommen werden, bestätigt die seltene Inanspruchnahme, dass ein hoher Anteil der Probanden einen sehr guten bis guten Gesundheitszustand aufweist. Die häufige Inanspruchnahme von Bezuschussungs- und Bonusleistungen bestätigt ebenfalls den hohen Anteil der sehr guten bis guten Gesundheitszustände der Probandinnen und Probanden, da die Leistungen zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit eingesetzt werden. Die Gruppierung der Leistungen lehnt sich an die in Kapitel 5.1 definierte Untergliederung der Items an.

Im Allgemeinen wird unter allen zur Verfügung stehenden Antwortalternativen die Leistung *erweiterte zahnärztliche Behandlung* von 47,6 Prozent der Befragten ausgewählt und ist demzufolge die am häufigsten gewählte Antwort. Die Alternative *Zweitmeinungsgutachten ausgewählter Experten* wird im Vergleich dazu mit einer aufgewiesenen Wahlhäufigkeit von 0,8 Prozent am seltensten ausgewählt. Folglich wird der sehr gute bis gute Gesundheitszustand der Teilnehmenden erneut belegt. Die Informationen setzen sich aus Angaben von 233 Personen der effektiven Stichprobe zusammen.

²⁷⁸ Eigene Darstellung.

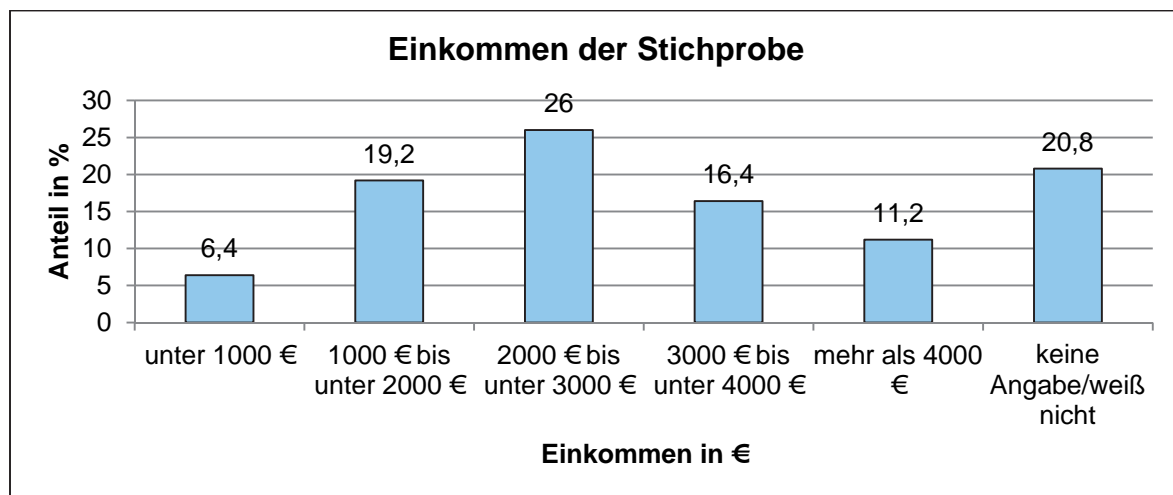


Abbildung 18: Einkommen der Stichprobe²⁷⁹

Infolge einer vergleichenden Betrachtung kann die Frage nach dem Einkommen als Themenbereich identifiziert werden, über den mit einem Anteil von 79,2 Prozent am wenigsten Probanden der effektiven Stichprobe Auskunft über die individuelle Situation erteilt haben. Von den Personen, die eine Einkommenskategorisierung vorgenommen haben, leben insgesamt etwa 32,3 Prozent mit einem Einkommen unter 2000 €. Demgegenüber verfügen etwa 76,4 Prozent der Personen über ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von mehr als 2000 €.

6.2 Ergebnisse der hierarchisch bayesianischen Schätzung

6.2.1 Präferenzstruktur der Stichprobe

Nach der Betrachtung der Stichprobe soll der Fokus nun auf die ermittelten Präferenzurteile der Versicherten gerichtet werden. Im Ergebnis der HB-Schätzung können für die elf berücksichtigten Items im Mittel die folgenden Präferenzwerte beziehungsweise Teilnutzenwerte erhoben werden:

²⁷⁹ Eigene Darstellung.

Krankenkassenangebot	Teilnutzen in %	95% Untergrenze in %	95% Obergrenze in %
Beitragssenkung um 35 € pro Jahr	11,77	10,90	12,64
Beitragssenkung um 70 € pro Jahr	7,45	6,52	8,37
Beitragssenkung um 100 € pro Jahr	5,28	4,44	6,11
Bezuschussung von alternativen Heilmethoden mit bis zu 250 €	3,97	3,15	4,79
Bezuschussung von erweiterten zahnärztlichen Behandlungen mit bis zu 60 €	3,65	2,99	4,31
Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (Bonussystem) mit bis zu 200 €	4,58	3,75	5,41
Bezuschussung von Gesundheitskursen/-reisen mit bis zu 240 €	9,18	8,18	10,17
Bezuschussung von zusätzlichen Impfungen mit bis zu 120 €	13,24	12,34	14,14
Kostenlose medizinische Beratungshotline	15,94	15,16	16,71
Kostenlose juristische Beratung bei Behandlungsfehlern	13,79	12,91	14,67
Kostenlose Zweitmeinungsgutachten ausgewählter Experten	11,17	10,23	12,10

Tabelle 2: Teilnutzenwerte der Krankenkassenangebote²⁸⁰

Wie in Tabelle 2 ersichtlich, weisen die einzelnen Items differente Teilnutzenwerte auf. Die einzelnen Krankenkassenangebote haben für die Versicherten folglich unterschiedliche Bedeutungen.

Neben den Teilnutzenwerten, die sich aus der Erhebung ergeben, sind in der Tabelle auch die Teilnutzenwerte des 95-prozentigen Konfidenzintervalls aufgeführt. Dadurch wird aufgezeigt, in welchem Wertebereich die Teilnutzenwerte bei einer erneuten Erhebung²⁸¹ zu 95 Prozent erwartet werden können. Beispielsweise wird der Teilnutzenwert der Beratungshotline bei einer erneuten Befragung mit einer 95-prozentigen Wahrscheinlichkeit einen Wert zwischen 15,16 und 16,71 annehmen.

Die dargestellten Teilnutzenwerte liegen in metrischer Form vor und können in Relation zu einem Gesamtnutzen von 100 gesetzt werden.²⁸² Demzufolge handelt es sich bei den Teilnutzenwerten in der Tabelle um relative Teilnutzwerte, für die eine Übertragung in Prozentwerte zulässig ist. Aus

²⁸⁰ Eigene Darstellung.

²⁸¹ Die wiederholte Erhebung ist mit dem gleichen Umfang aus der gleichen Grundgesamtheit durchzuführen.

²⁸² Vgl. Orme, B. (2013), S. 557; Vgl. ebd., S. 594.

diesem Grund besteht auch die Möglichkeit, die Items anhand der Größe der Teilnutzenwerte zu ranken und dadurch eine Item-Rangfolge zu bilden.²⁸³ Das nachfolgende Ranking beginnt mit dem Item, das nach den Präferenzurteilen der Versicherten am meisten präferiert wird und listet die Items nach deren aufgewiesenen Teilnutzwerte in absteigender Reihenfolge auf.

Rangplatz	Krankenkassenangebot
1	Kostenlose medizinische Beratungshotline
2	Kostenlose juristische Beratung bei Behandlungsfehlern
3	Bezuschussung von zusätzlichen Impfungen mit bis zu 120 €
4	Beitragssenkung um 35 € pro Jahr
5	Kostenlose Zweitmeinungsgutachten ausgewählter Experten
6	Bezuschussung von Gesundheitskursen/-reisen mit bis zu 240 €
7	Beitragssenkung um 70 € pro Jahr
8	Beitragssenkung um 100 € pro Jahr
9	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (Bonussystem) mit bis zu 200 €
10	Bezuschussung von alternativen Heilmethoden mit bis zu 250 €
11	Bezuschussung von erweiterten zahnärztlichen Behandlungen mit bis zu 60 €

Tabelle 3: Rangfolge der Krankenkassenangebote²⁸⁴

Um zu verdeutlichen, welche Items aus Versichertenperspektive von wesentlicher Bedeutung sind, kann der Mittelwert der elf Teilnutzenwerte als Orientierung dienen. Da der errechnete Mittelwert einen Teilnutzenwert von 9,09 annimmt, weisen die Items der Ranglistenplätze eins bis sechs überdurchschnittliche hohe Teilnutzenwerte auf. Durch die Bereitstellung dieser als am wichtigsten identifizierten Krankenkassenangebote können drei Viertel der Versichertenpräferenzen berücksichtigt und abgedeckt werden.

Über die Aufstellung der Präferenzrangfolge hinaus können die Teilnutzwerte zueinander in Relation gesetzt werden, wodurch Items in Bezug auf deren Nutzen miteinander verglichen werden. Infolgedessen wird beispielsweise der Nutzen der auf dem ersten Rangplatz befindlichen kostenlosen medizinischen Beratungshotline von den Versicherten als mehr als vier Mal so hoch eingeschätzt als der Nutzen einer bezuschussten erweiterten zahnärztlichen Behandlung, die auf dem letzten Platz positioniert ist.²⁸⁵

²⁸³ Vgl. Rebhorn, S.; Stark, B.; Döbler, T. (2001), S. 24; Vgl. Orme, B. (2013), S. 570 ff.

²⁸⁴ Eigene Darstellung.

²⁸⁵ Vgl. Orme, B. (2013), S. 574.

6.2.2 Bereichsabhängige Präferenzstruktur

Um die Bedeutung der einzelnen Bereiche zu verdeutlichen, denen die Items zugeordnet werden, werden die Items im Folgenden in Abhängigkeit nach deren Zugehörigkeit gekennzeichnet. Demzufolge werden beratende Leistungen von den Leistungen, die bezuschusst beziehungsweise bonifiziert werden, unterschieden und darüber hinaus von den Alternativen der Beitragssenkung separat betrachtet.

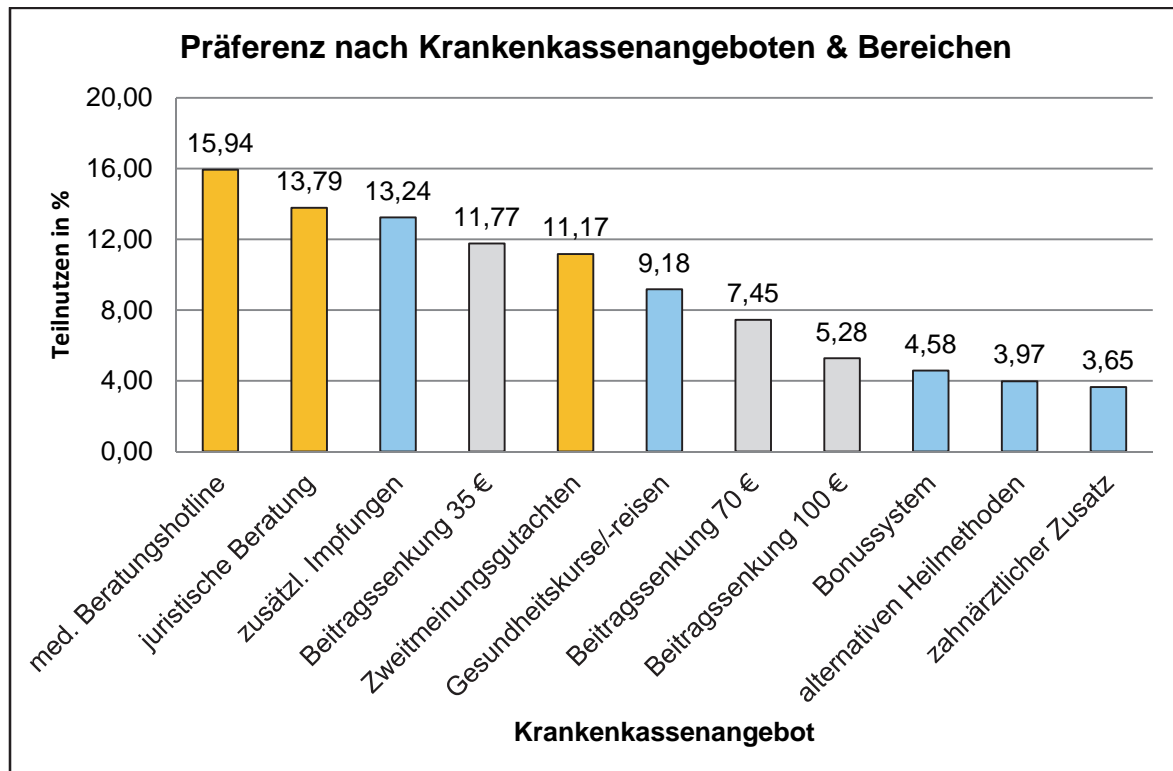


Abbildung 19: Präferenz nach Krankenkassenangeboten und Bereichen²⁸⁶

Unter Berücksichtigung der Rangfolge sowie der Teilnutzenwerte ergibt sich für die Darstellung der Bereichszuordnung Abbildung 19. Hohe Präferenz haben bei den Versicherten demzufolge Beratungsleistungen. Die Platzierung der Leistungen auf die Rangstellen eins, zwei und fünf weisen auf die hohe Relevanz des Bereichs hin. Im Hinblick auf die Teilnutzwerte wird für die Beratungsleistungen vom Gesamtnutzen insgesamt ein Anteil von etwa 40,9 Prozent ermittelt. Der Nutzen der Bezuschussungs- und Bonusleistungen wird von den Versicherten im Vergleich dazu insgesamt eher als gering bewertet. Die Mehrheit der dem Bereich zugehörigen Leistungen befindet sich daher auf den letzten Rangplätzen. Eine Ausnahme bilden die auf Rangplatz drei befindlichen bezuschussten Imp-

²⁸⁶ Eigene Darstellung.

fungen. Den bezuschussten Gesundheitsreisen und -kursen wird innerhalb des Leistungsbereiches ebenfalls ein hoher Nutzwert zugesprochen. Trotz der verhältnismäßig überhöhten Präsenz von Bezuschussungs- und Bonusleistungen, erreicht der Bereich lediglich einen Präferenz-Anteil von etwa 34,6 Prozent. Der Bereich, dem die Optionen der Beitragssenkung zugeordnet werden, verteilt sich über die mittleren Plätze der Rangfolge. Anhand von Beitragssenkungen werden insgesamt etwa 24,5 Prozent von Versichertenpräferenzen abgedeckt. Infolgedessen wünscht sich insgesamt fast jeder vierte Versicherte der Stichprobe eine Absenkung des Beitrags, beinahe jeder dritte Versicherte bezuschusste und bonifizierte Leistungsangebote sowie jede zweite bis dritte Person Service- und Beratungsleistungsangebote. Abbildung 20 fasst nochmals zur Übersicht die Präferenzverteilung über die in der Umfrage berücksichtigten Items zusammen:

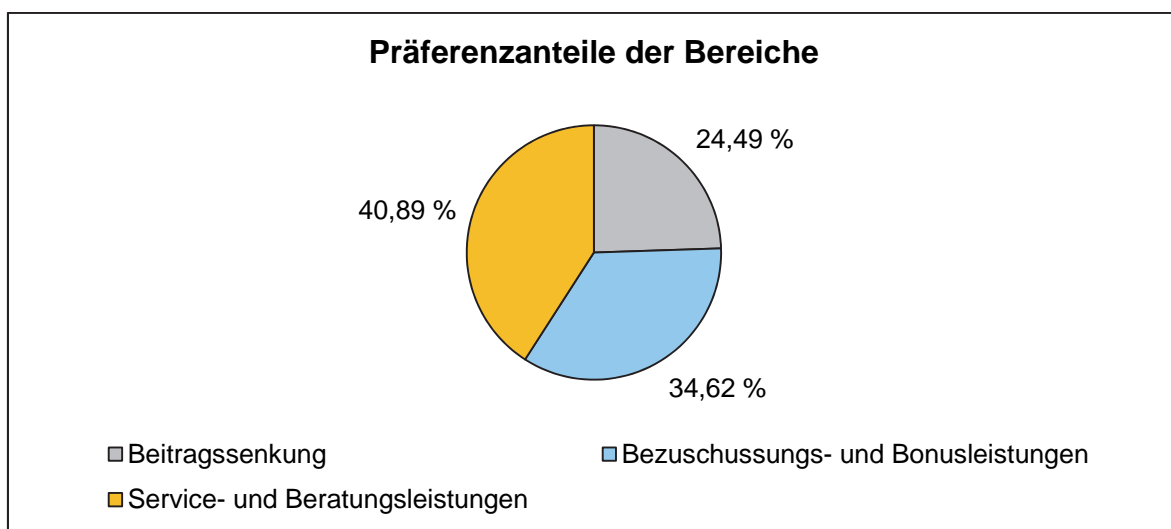


Abbildung 20: Präferenzanteile der Bereiche²⁸⁷

Im Hinblick auf die in Kapitel 2.2.3 aufgestellte Hypothese erfolgt die Gegenüberstellung der Items aus dem Bereich der Beitragssenkung mit den Items aus den Leistungsbereichen. Die Anwendung des gepaarten t-Tests ergibt, dass der zwischen den Bereichen feststellbare Unterschied Signifikanz aufweist ($t=-2,259$; $p=0,025$). Folglich liegt für das Leistungsangebot insgesamt eine höhere Präferenz vor.

Die Überprüfung der Effektstärke ergibt für das Cohens d den Wert $d=0,286$. Da bei den festgestellten Unterschieden die Cohens d Werte zwischen 0,2 und unter 0,5 auf eine kleine Effektstärke, Werte zwischen 0,5 und unter 0,8 auf eine mittlere Effektstärke, sowie Werte ab 0,8 auf eine große Effektstärke hinweisen, liegt im Rahmen der Gegenüberstellung eine niedrige Effektstärke vor. Folg-

²⁸⁷ Eigene Darstellung.

lich kann daraus geschlossen werden, dass der festgestellte Unterschied eine geringe Ausprägung aufweist.

Zum anderen erfolgt zur Beantwortung der in Kapitel 2.2.3 aufgestellten Frage, die Gegenüberstellung des Präferenzanteils der Service- und Beratungsleistungen mit dem Präferenzanteil der Bezuschussungs- und Bonusleistungen. Der t-Test weist auch für diese Konstellation einen bestehenden signifikanten Unterschied nach ($t=-16,501$; $p=0,00$). Im Ergebnis liegt eine höhere Präferenz für Service- und Beratungsleistungen als für die Bezuschussungs- und Bonusleistungen vor. Der Unterschied, der zwischen den Bereichen besteht, wird als hoch eingestuft ($d=1,611$). Infolgedessen geht daraus hervor, dass die Wünsche und Bedürfnisse der Versicherten von den Leistungsansprüchen der Versicherten in Bezug auf die gegenübergestellten Leistungsbereiche Unterschiede aufweisen. Da die geringe Häufigkeit der Inanspruchnahme der Service- und Beratungsleistungen, wie bereits erwähnt, auf den hohen Anteil der Probanden, die einen sehr guten bis guten Gesundheitszustand aufweisen, zurückgeführt werden kann, wird anhand der Präferenzstruktur ersichtlich, dass Service- und Beratungsleistungen dennoch eine hohe Relevanz aufweisen. Folglich haben die Versicherten ein hohes Anspruchsniveau, da für den Bedarfsfall die Service- und Beratungsleistungen bereitgestellt werden sollen.²⁸⁸

6.2.3 Wahlhäufigkeiten der Items

Neben der Betrachtung der Teilnutzenwerte können auch anhand einer Betrachtung der Wahlhäufigkeiten Informationen über die Präferenzurteile der Versicherten gewonnen werden. Dazu wird die Häufigkeit erfasst, mit der ein Item als wichtigste oder als unwichtigste Antwortalternative ausgewählt wird.²⁸⁹ Für die Erhebung ergeben sich die in Tabelle 4 abgebildeten Wahlhäufigkeiten.

²⁸⁸ Vgl. Abbildung 17 und Abbildung 20 (Inanspruchnahme und Präferenzanteile der Bereiche).

²⁸⁹ Vgl. Orme, B. (2013), S. 569.

Krankenkassenangebot	Auftrittshäufigkeit gesamt	Auswahlhäufigkeit ,am meisten ge- wünscht'	Auswahlhäufigkeit ,am wenigsten ge- wünscht'	Anteil ,am meisten ge- wünscht'	Anteil ,am wenigsten ge- wünscht'	Anteil Auswahlhäufigkeit ge- samt
Beitragssenkung um 35 € pro Jahr	1016	413	244	0,406	0,240	0,647
Beitragssenkung um 70 € pro Jahr	1014	278	393	0,274	0,388	0,662
Beitragssenkung um 100 € pro Jahr	1020	213	500	0,209	0,490	0,699
Bezuschussung von alternativen Heilmethoden mit bis zu 250 €	1027	157	583	0,153	0,568	0,721
Bezuschussung von erweiterten zahnärztlichen Behandlungen mit bis zu 60 €	1018	144	536	0,141	0,527	0,668
Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (Bonussystem) mit bis zu 200 €	1025	186	514	0,181	0,501	0,683
Bezuschussung der Teilnahme an Gesundheitskursen/-reisen mit bis zu 240 €	1025	363	353	0,354	0,344	0,699
Bezuschussung von zusätzlichen Impfungen mit bis zu 120 €	1028	473	159	0,460	0,155	0,615
Kostenlose medizinische Beratungshotline	1022	598	100	0,585	0,098	0,683
Kostenlose juristische Beratung bei Behandlungsfehlern	1032	519	153	0,503	0,148	0,651
Kostenlose Zweitmeinungsgutachten ausgewählter Experten	1023	406	215	0,397	0,210	0,607

Tabelle 4: Wahlhäufigkeiten und -anteile der Krankenkassenangebote²⁹⁰

Wie in Tabelle 4 aufgezeigt, wird neben der Häufigkeit, wie oft ein Item als wichtigste oder unwichtigste Antwortalternative ausgewählt wurde, auch die Anzahl aufgezeigt, wie oft das jeweilige Item den Versicherten insgesamt präsentiert wurde. Infolge einer Gegenüberstellung der Werte ergibt sich der in der letzten Spalte aufgelistete Anteil, mit dem ein Item als am wichtigsten oder am unwichtigsten beurteilt wird. Die Evaluation des sich ergebenden Anteilswertes erfolgt unter Heranziehung der Zahl 0,666. Die Zahl 0,666 zeigt die durchschnittliche Wahrscheinlichkeit auf, mit der ein Item bei jeweils drei aufgezeigten Antwortalternativen als wichtigste oder unwichtigste Antwortalternative ausgewählt wird. Liegt der in der letzten Spalte aufgeführte Wert über 0,666, erfolgt bei dem jeweiligen Item ein überdurchschnittlich häufiges aktives Positionieren durch die Versicherten. Demgegenüber entstehen Werte unter 0,666 durch ein vermehrt passives Positionieren, das durch

²⁹⁰ Eigene Darstellung.

die Wahl der alternativen Antwortoptionen impliziert wird. Aus der beschriebenen Vorgehensweise resultiert die folgende Einordnung der Items:

Krankenkassenangebot	Positionierung	t-Wert	p-Wert	Cohen's d
Beitragssenkung um 35 € pro Jahr	passiv	-1,334	0,183	x
Beitragssenkung um 70 € pro Jahr	passiv	-0,332	0,74	x
Beitragssenkung um 100 € pro Jahr	aktiv	2,252	0,025	0,071
Bezuschussung von alternativen Heilmethoden mit bis zu 250 €	aktiv	3,846	0	0,121
Bezuschussung von erweiterten zahnärztlichen Behandlungen mit bis zu 60 €	aktiv	0,089	0,929	x
Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (Bonussystem) mit bis zu 200 €	aktiv	1,118	0,264	x
Bezuschussung der Teilnahme an Gesundheitskursen/-reisen mit bis zu 240 €	aktiv	2,222	0,026	0,071
Bezuschussung von zusätzlichen Impfungen mit bis zu 120 €	passiv	-3,416	0,001	0,105
Kostenlose medizinische Beratungshotline	aktiv	1,12	0,263	x
Kostenlose juristische Beratung bei Behandlungsfehlern	passiv	-1,045	0,296	x
Kostenlose Zweitmeinungsgutachten ausgewählter Experten	passiv	-3,903	0	0,121

Tabelle 5: Positionierung der Versicherten bei den Krankenkassenangeboten²⁹¹

Auffällig ist vor allem der hohe Wert von 0,721, der bei der angebotenen Zuschussung von alternativen Heilmethoden generiert wird. Bei den Versicherten liegt demzufolge eine klare Meinung zu dem Krankenkassenangebot vor, die aktiv kommuniziert wird. Anhand des Ergebnisses eines Einstichproben-t-Tests kann ein signifikanter Unterschied zwischen der Häufigkeit der Itemauswahl und dem Erwartungswert 0,666 festgestellt werden. Unter Berücksichtigung der Tabelle 4 wird ersichtlich, dass sich die Mehrheit der Versicherten ablehnend positioniert.

Im Gegensatz dazu beruht die aktive Positionierung bei den bezuschussten Gesundheitskursen und -reisen auf geteilten Meinungen. Dennoch wird das Angebot von den Versicherten tendenziell eher als positiv bewertet. Die Anwendung des t-Tests ergibt, dass ein signifikanter Unterschied zwischen der Auswahlhäufigkeit und dem Erwartungswert vorliegt. Bei der in der Umfrage berücksichtigten Option einer Beitragssenkung um 100 € liegt ebenfalls eine aktive Positionierung vor.

²⁹¹ Eigene Darstellung.

Allerdings wird das Item überwiegend als unwichtigste Antwortalternative ausgewählt. Anhand des t-Tests lässt sich die Abweichung als signifikant einstufen. Des Weiteren erfolgt sowohl für bezuschusste erweiterte zahnärztliche Behandlungen als auch für das Bonusprogramm eine aktive Positionierung, die allerdings überwiegend aus negativen Einstufungen besteht. Laut t-Test unterscheiden sich die jeweiligen Auswahlverhalten allerdings nicht signifikant zum Wert 0,666. Für das Angebot einer kostenlosen medizinischen Beratungshotline liegt ein Wert von 0,683 vor. Im Vergleich zu den anderen Items erfolgt bei der Beratungshotline am häufigsten eine positive Einstufung. Allerdings ergibt die Überprüfung des t-Tests, dass kein signifikanter Unterschied zwischen der abgebildeten Häufigkeit der Itemauswahl und der durchschnittlichen Auswahlwahrscheinlichkeit besteht.

Im Gegensatz dazu äußern sich die Versicherten am seltensten aktiv zum kostenlosen Angebot, Zweitmeinungsgutachten von ausgewählten Experten erstellen zu lassen. Dennoch lässt sich durch das Antwortverhalten der Versicherten eine deutliche Tendenz erkennen, dass die Zusatzleistung überwiegend als wünschenswert eingestuft wird. Anhand des t-Tests lässt sich eine vorliegende signifikante Abweichung zum Erwartungswert nachweisen. Die weiteren Angebote, zu denen passive Positionierungen vorliegen, darunter die Beitragssenkung um 70 € sowie um 35 €, die Impfung und die juristische Beratung, werden bis auf die Beitragssenkung um 70 € überwiegend als positiv eingestuft. Die Anwendung des t-Tests weist lediglich für die bezuschussten Impfungen das Vorliegen eines signifikanten Unterschieds auf. Für alle weiteren Items können anhand des t-Tests keine signifikanten Abweichungen in Bezug auf die Positionierung zur durchschnittlichen Wahrscheinlichkeit identifiziert werden.

Zusammenfassend kann für fünf der elf Items ein signifikanter Unterschied zwischen dem jeweiligen Auswahlverhalten und dem Erwartungswert 0,666 festgestellt werden. Wie die in Tabelle 5 aufgeführten Cohens d-Werte aufzeigen, weisen alle erkannten signifikanten Unterschiede eine geringe Ausprägung auf.

6.2.4 Gruppenabhängige Präferenzstrukturen

Im Hinblick auf die in Kapitel 2.2.3 aufgestellten und zu beantwortenden Fragestellungen stehen die Informationspräferenzen einzelner Befragungsgruppen, die innerhalb der Stichprobe bestehen, im vorliegenden Kapitel im Fokus. Hintergrund der Betrachtung der einzelnen Gruppen ist die Aufdeckung signifikanter Abweichungen, die zwischen den Gruppen im Hinblick auf die Präferenzstruktur bestehen.

Altersgruppen	unter 44	über 44			
	Teilnutzen in %	Teilnutzen in %	t-Test	p-Wert	Cohens d
Beitragssenkung um 70 €	6,67	8,69	2,134	0,034	0,278
Beitragssenkung 100 €	4,48	6,53	2,381	0,018	0,311
zusätzl. Impfungen	12,30	14,17	2,083	0,038	0,272
Geschlechtsgruppen	männlich	weiblich			
	Teilnutzen in %	Teilnutzen in %	t-Test	p-Wert	Cohens d
Alternative Heilmethoden	6,18	2,33	4,459	0,000	0,578
Gesundheitskurse-/reisen	10,87	7,53	3,347	0,001	0,434
Impfungen	10,76	15,35	-5,12	0,000	0,664
Zweitmeinungsgutachten	9,77	12,45	-2,891	0,004	0,375
Einkommen	unter 2000 €	über 2000 €			
	Teilnutzen in %	Teilnutzen in %	t-Test	p-Wert	Cohens d
Gesundheitskurse-/reisen	6,78	9,91	2,732	0,007	0,415
Gesundheitszustand	gesunde Versicherte	kranke Versicherte			
	Teilnutzen in %	Teilnutzen in %	t-Test	p-Wert	Cohens d
erweiterte zahnärztliche Versorgung	3,82	2,58	2,096	0,038	0,297
Zweitmeinungsgutachten	11,84	9,75	2,13	0,035	0,302
Leistungsinanspruchnahme	keine Inanspruchnahme	Inanspruchnahme			
	Teilnutzen in %	Teilnutzen in %	t-Test	p-Wert	Cohens d
Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	7,34	3,52	-3,318	0,002	0,542
juristische Beratung	11,94	14,60	2,451	0,015	0,4

Tabelle 6: Krankenkassenangebote mit signifikanten Gruppenunterschieden²⁹²

Zunächst erfolgt die Gegenüberstellung der beiden aus der Stichprobe erstellten Altersgruppen. Die Gruppenzuteilung der Versicherten erfolgt in Abhängigkeit des aufgewiesenen Alters. Als Unterscheidungswert wird das Alter von 44 Jahren ausgewählt, das sowohl als Median als auch als Mittelwert in der Stichprobe vorliegt. Aus den durchgeführten t-Tests unabhängiger Stichproben sind bei insgesamt drei der elf Items signifikante Abweichungen zwischen der Präferenzstruktur der jüngeren Altersgruppe und der Präferenzstruktur der älteren Altersgruppe feststellbar. Sowohl bei den

²⁹² Eigene Darstellung. Für die vollständige Analyse der gruppenabhängigen Präferenzstruktur, vgl. Anhang Anlage 6.

zusätzlichen Impfungen als auch bei den Beitragssenkungen um 70 € und alternativ um 100 € weisen die Versicherten über 44 Jahre eine höhere Präferenz auf. Die zugehörigen Cohens d-Werte weisen allerdings darauf hin, dass die Unterschiede der Präferenzen in Bezug auf die drei Items geringe Bedeutung haben.

Des Weiteren erfolgt die Betrachtung der Präferenzstruktur unter Berücksichtigung einer nach Geschlecht untergliederten Stichprobe. Die Anwendung des t-Tests zeigt für vier der elf Items eine signifikante Abweichung auf. Demnach liegen bei den Männern höhere Präferenzen für alternative Heilmethoden sowie für Gesundheitsreisen und -kurse vor als bei den Frauen. Bei den Frauen liegen hingegen höhere Präferenzwerte zu den zusätzlichen Impfungen sowie zu den Zweitmeinungsgutachten ausgewählter Experten vor. Die jeweils zugehörigen Cohens d-Werte ergeben, dass die Unterschiede zwischen den betrachteten Geschlechtsgruppen bezüglich der Impfungen und der alternativen Heilmethoden eine mittelgroße Ausprägung aufweisen. Demgegenüber liegt bei den bezuschussten Gesundheitsreisen und -kursen sowie bei den Zweitmeinungsgutachten ein gering ausgeprägter Unterschied zwischen den Geschlechtsgruppen vor. Eine weitere Gruppenbildung wird in Bezug auf das Einkommen vorgenommen. Zur Aufdeckung einkommensabhängiger Präferenzstrukturen erfolgt die Gegenüberstellung von Versicherten der Stichprobe, deren monatliches Haushaltsnettoeinkommen unter 2000 € liegt, mit Probanden, denen monatlich mehr als 2000 € zur Verfügung stehen. Im Ergebnis der angewandten t-Tests kann zu einem Item eine signifikante Abweichung der Präferenz festgestellt werden. Demzufolge liegt in der Gruppe der besser verdienenden Versicherten eine höhere Präferenz zu den bezuschussten Gesundheitsreisen und -kursen vor. Der Unterschied weist allerdings lediglich eine geringe Ausprägung auf.

Die Versicherten der Stichprobe werden darüber hinaus auch nach deren allgemeinen Gesundheitszustand unterschieden. Während eine Gruppe aus Versicherten gebildet wird, die einen sehr guten bis guten Gesundheitszustand aufweisen, werden Versicherte mit einem mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheitszustand der gegenübergestellten Gruppe zugeordnet. Der t-Test weist für die betrachteten Gruppen eine bestehende signifikante Abweichung zwischen den Präferenzstrukturen für zwei der elf Items nach. Sowohl beim Angebot des Zweitmeinungsgutachtens als auch bei der erweiterten zahnärztlichen Untersuchung weisen gesunde Personen eine signifikant höhere Präferenz auf. Die Unterschiede sind nach Cohens d lediglich von geringer Bedeutung. Die letzte Unterteilung der Stichprobe liegt in Form einer Gruppenbildung bezüglich der Leistungsanspruchnahme des Jahres 2014 vor. Sowohl die Versicherten mit Leistungsanspruchnahme als auch die Versicherten ohne Leistungsanspruchnahme stellen zu betrachtende Gruppen dar. Aus den vorgenommenen t-Tests resultiert die Erkenntnis, dass für zwei der elf Items signifikante Präferenzunterschiede im Hinblick auf die gebildeten Gruppen vorliegen. Während bei den Bonusleistungen eine höhere Präferenz bei den Personen ohne bisherige Inanspruchnahme vorliegt, weisen die Inanspruchneh-

menden eine höhere Präferenz für die juristische Beratungsleistung auf. Die festgestellten Unterschiede werden in Bezug auf die Bonusleistungen als gering sowie in Bezug auf die juristische Beratung als mittelgroß eingestuft.

Zusammenfassend betrachtet weisen bei der Gegenüberstellung der aufgeführten Gruppen lediglich 12 von 55 überprüfte Items signifikante Unterschiede in den Präferenzen auf. Für den überwiegenden Anteil der Items liegen bei den im Fokus stehenden Gruppen keine signifikanten Unterschiede in den Präferenzen vor. Da aus den Gruppenegegenüberstellungen nicht uneingeschränkt plausible Präferenzunterschiede resultieren, bedürfen die gruppenabhängigen Präferenzstrukturen einer erneuten Überprüfung.²⁹³

6.3 Prüfung der Hypothesen und Fragestellungen

Die Überprüfung der zu Beginn der Arbeit aufgestellten Hypothese sowie der Forschungsfragen führt zusammenfassend zu folgenden Ergebnissen: Auf die zentrale Forschungsfrage der Arbeit ‚Welche Wichtigkeiten werden den einzelnen Zusatzleistungen/Beitragssenkungen von den Versicherten der ausgewählten Krankenkasse beigemessen?‘ kann anhand der nachfolgenden Auflistung Antwort gegeben werden. Die Krankenkassenangebote sind in der Darstellung nach abnehmender Wichtigkeit angeordnet.

Rangplatz	Teilnutzenwert in %	Krankenkassenangebot
1	15,94	Kostenlose medizinische Beratungshotline
2	13,79	Kostenlose juristische Beratung bei Behandlungsfehlern
3	13,24	Bezuschussung von zusätzlichen Impfungen mit bis zu 120 €
4	11,77	Beitragssenkung um 35 € pro Jahr
5	11,17	Kostenlose Zweitmeinungsgutachten ausgewählter Experten
6	9,18	Bezuschussung der Teilnahme an Gesundheitskursen/-reisen mit bis zu 240 €
7	7,45	Beitragssenkung um 70 € pro Jahr
8	5,28	Beitragssenkung um 100 € pro Jahr
9	4,58	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (Bonussystem) mit bis zu 200 €
10	3,97	Bezuschussung von alternativen Heilmethoden mit bis zu 250 €
11	3,65	Bezuschussung von erweiterten zahnärztlichen Behandlungen mit bis zu 60 €

Tabelle 7: Zusammenfassung des Ergebnisses der HB-Schätzung²⁹⁴

²⁹³ Beispiele: Bei den Versichertengruppen, die nach dem Geschlecht unterschieden werden, weisen Männer, entgegen der auf Studien basierenden Erwartung, den alternativen Heilmethoden einen höheren Nutzen zu als die Frauen. Vgl. Marstedt, G.; Moebus, S. (2002), S. 13 f. Darüber hinaus wird bei den Zweitmeinungsgutachten erwartet, dass kranke Personen eine höhere Präferenz aufweisen als gesunde Personen. Auch in den Einkommensgruppen sind die Präferenzwerte in Bezug auf die Gesundheitsreisen und –kurse unplausibel.

²⁹⁴ Eigene Darstellung.

Aus der Auflistung geht zugleich hervor, dass die zusätzlichen Leistungsangebote gegenüber einer Beitragssenkung präferiert werden. Aufgrund der vorliegenden Signifikanz kann folglich auch die zu Beginn aufgestellte Hypothese *„Die Versicherten der ausgewählten Krankenkasse weisen den Krankenkassenangeboten des Leistungsbereichs höhere Wichtigkeit zu als der Beitragssenkung“* im Rahmen der vorliegenden Arbeit angenommen werden. Darüber hinaus wird auch die Fragestellung *„Werden den zusätzlichen Service- und Beratungsleistungen von den Versicherten der ausgewählten Krankenkasse höhere Wichtigkeiten zugewiesen als den Zusatzleistungen“* beantwortet. Aus der Präferenzmessung geht hervor, dass die Versicherten tendenziell dazu neigen, den zusätzlichen Service- und Beratungsleistungen der Krankenkasse gegenüber den Zuschuss- und Bonusleistungen insgesamt höhere Wichtigkeit zuzuweisen. Der zwischen den Leistungsbereichen bestehende Unterschied kann als hoch signifikant eingestuft werden.

Ziel der Befragung ist es ebenfalls, bestehende Unterschiede zwischen Versichertengruppen, die in Bezug auf die Merkmale *Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, Einkommen* oder *Leistungsanspruchnahme* gebildet werden, aufzudecken. In der Forschungsarbeit lassen sich über alle überprüften Befragungsgruppen hinweg, für insgesamt 12 von 55 Überprüfungen signifikante Unterschiede feststellen, die sich über alle vorgenommenen Gruppenvergleiche verteilen. Da die identifizierten Unterschiede im Allgemeinen eine geringe Ausprägung aufweisen, liegt bei den Versicherten eine größtenteils übereinstimmende Präferenzstruktur vor. Damit können die Fragestellungen F2, F3, F4, F5 sowie F6 beantwortet werden.

7 Schlussbetrachtung

7.1 Schlussfolgerung und Handlungsempfehlungen für die Ausgestaltung des Krankenkassenangebots

Bei der Betrachtung der im Wettbewerb stehenden gesetzlichen Krankenkassen lässt sich eine Diversifikation bezüglich der Krankenkassenangebote feststellen.²⁹⁵ Anhand der individuellen Zusatzangebote sowie anhand individuell erhobener Beiträge verfolgen die Krankenkassen das Ziel, den Versicherten das optimale Angebot zu offerieren, das die jeweiligen Ressourcen der Krankenkasse zulassen. Die Ausrichtung des Angebots an den Präferenzen der Versicherten ist zur Generierung eines versichertenorientierten Angebots von wesentlicher Relevanz.²⁹⁶ Da das Gesundheitswesen als

²⁹⁵ Die Unterschiede der Krankenkassenangebote können auf dem Vergleichsportal für gesetzliche Krankenkassen unter <https://www.gesetzlichekrankenkassen.de> eingesehen werden.

²⁹⁶ Vgl. Oberender, P.O.; Ecker, T.; Zerth, P. O. (2005), S. 47 ff.

dynamisches System kategorisiert werden kann und sich infolgedessen durch einen steten Wandel auszeichnet, unterliegen dementsprechend auch die Präferenzen der Versicherten Veränderungen und bedürfen daher Überprüfungen.²⁹⁷ Die Reflexion führt letztendlich zu folgendem Resultat: Für den Erfolg und im weiteren auch für das wettbewerbliche Bestehen der Krankenkasse erweist sich die Berücksichtigung der Versichertenpräferenzen als essentiell.

Die anhand des vorliegenden Forschungsprojekts generierten Ergebnisse ermöglichen es der Krankenkasse, Einsicht in die Versichertenpräferenzen zu erhalten. Der sich daraus ergebende Erkenntnisgewinn legt damit die Basis, weiterführende Entscheidungen und Handlungen abzuleiten, die der Befriedigung der Wünsche und Bedürfnisse der Versicherten in Bezug auf das Krankenkassenangebot dienen. Aus der in Kapitel 6 dargestellten Präferenzstruktur der Versicherten geht hervor, dass für die allgemeine Zufriedenstellung ein breites Spektrum an Krankenkassenangeboten bestehen muss. Da die Vereinbarung aller geäußerten Bedürfnisse und Wünsche, darunter die Generierung eines niedrigen Beitrags bei einem breiten Leistungsspektrum, aufgrund der Ressourcenbegrenzung bezüglich der Umsetzung nicht realisierbar ist, bedarf es auf Grundlage der Präferenzwerte der Ableitung von Maßnahmen. Als richtungsweisend wird vor allem die Tatsache erachtet, dass etwa drei Viertel der Versicherten die ausgewählten Leistungen einer Beitragssenkung vorziehen. Folglich liegt bei den Versicherten eine hohe Bereitschaft vor, in eine vielfältige Leistungsbereitstellung zu investieren. Da im Ergebnis mehr als 75 Prozent der Versichertenwünsche und -bedürfnisse durch die in der Befragung berücksichtigten Leistungen abgedeckt werden können, ist deren Bereitstellung von hoher Relevanz und damit empfehlenswert. Damit einhergehend ist nach Möglichkeit von einer Reduktion des Umfangs des zusätzlichen Leistungsangebots abzusehen.

Nach der ermittelten Präferenzstruktur weist insgesamt beinahe jeder vierte Versicherte die Neigung auf, Beitragssenkungen gegenüber Leistungen zu präferieren. Damit besteht die Bereitschaft, für monetäre Vorteile auf Leistungen zu verzichten. Infolgedessen werden zur Erfüllung von Versichertenbedürfnissen Leistungsreduktionen dennoch in Betracht gezogen. Da die Umsetzung einer Absenkung des Zusatzbeitrags um 0,1 Prozent fast die Hälfte der Versicherten, die Beitragssenkungen gegenüber Leistungen präferieren, zufriedenstellen kann, ist dem nachzugehen und die Realisierung zu fördern. Um folglich die Höhe des Zusatzbeitrags aus Versichertenperspektive positiv zu beeinflussen, stellt die Verminderung der angebotenen Zuschuss- und Bonifizierungsbeträge eine Handlungsoption dar. Von einer über das notwendige Maß hinausgehenden Reduktion des Leistungsangebots, die zu Gunsten weiterer Beitragssenkungen vorgenommen wird, ist aufgrund der Präferenzstruktur allerdings abzusehen.

²⁹⁷ Vgl. Breyer, F.; Zweifel, P.; Kifmann, M. (2003), S. 472 ff.

Im Fokus der Krankenkasse sollen folglich dennoch Reflexionen stehen, die sich mit Verbesserungsmöglichkeiten und Modifikationsmöglichkeiten bezüglich des Leistungsangebots befassen. Besteht bei der Krankenkasse der Wunsch, Leistungen aus dem gegenwärtigen und überprüften Leistungsangebot zu reduzieren, ist die bei den Versicherten vorliegende signifikant höhere Präferenz für Service- und Beratungsleistungen gegenüber den Bezuschussungs- und Bonusleistungen zu berücksichtigen. Anhand der Präferenzstruktur können dazu spezifische Empfehlungen ausgesprochen werden: Da den in der Rangfolge letztplatzierten Leistungen die geringsten Wichtigkeiten zugewiesen werden, sind diese für Leistungsreduktionen auszuwählen. Wie in Kapitel 6.2.1 bereits dargestellt, entstammen die letztplatzierten Krankenkassenangebote dem Bereich der bezuschussten und bonifizierten Leistungen. Infolgedessen sind im Hinblick auf die Reduktion des Leistungskatalogs primär Bezuschussungs- und Bonifizierungsleistungen von Interesse. Sowohl das Angebot der bezuschussten alternativen Heilmethoden, als auch die Bezuschussung der professionellen Zahnreinigung generieren für die Probanden den geringsten Nutzen. Damit stellen die alternativen Heilmethoden sowie die professionelle Zahnreinigung Leistungen dar, deren Entnahme aus dem überprüften Krankenkassenangebot laut Präferenzstruktur aus Versichertenperspektive den geringsten Verlust aufweist.

Im Gegensatz dazu wird aufgrund der bei den Versicherten nachweislich vorliegenden deutlich höheren Präferenz für Service- und Beratungsleistungen als für Bezuschussungs- und Bonusleistungen, der Service- und Beratungsbereich als Gestaltungsraum erkannt, bei dem im Hinblick auf die Erzielung von positiven Effekten hohes Potenzial vorliegt. Besteht der Wunsch der Krankenkasse, einen Ausbau des Bereichs der Service- und Beratungsleistungen vorzunehmen, ist die Aufnahme des hypothetisch geprüften Angebots, kostenlos juristische Beratung bei Behandlungsfehlern zu offerieren, empfehlenswert. Begründung findet die ausgesprochene Empfehlung in der hohen Wichtigkeit der Leistung, die anhand der Ranglistenpositionierung ersichtlich wird.

Zusammenfassend hat die Krankenkasse für die allgemeine Versicherten-Zufriedenstellung auf ein ausgeglichenes Preis-Leistungsverhältnis zu achten. Sowohl monetäre als auch nichtmonetäre Aspekte haben bei Entscheidungen und Handlungen folglich eine hohe Bedeutung. Aus den Erkenntnissen über die Versicherteninteressen lassen sich darüber hinaus auch Handlungsempfehlungen für das Marketing der Krankenkasse ableiten.

Da sich das Marketing der Krankenkasse auf die Krankenkassenwahrnehmung auswirkt, könnten anhand einer Marketingkommunikation, die sich an den Präferenzen der Versicherten orientiert, Wettbewerbsvorteile erzielt werden. Infolge des aufgewiesenen hohen Interesses an den Zusatzleistungen empfiehlt es sich, detaillierte Informationen zu sämtlichen Zusatzleistungen bereitzustellen und zu kommunizieren. Von besonderer Relevanz ist dabei die Kommunikation der zusätzlichen Service- und Beratungsleistungen, für die ein hohes Interesse vorliegt. Von gruppenspezifischen

Kommunikationsstrategien ist dagegen im Generellen abzuraten. Als Grund dafür wird die Vernachlässigbarkeit der Präferenzunterschiede angeführt, die zwischen den betrachteten Gruppen vorliegen.

7.2 Kritische Reflexion der Untersuchungsmethode sowie der Ergebnisse

Zunächst ist hervorzuheben, dass es sich bei den dargestellten Präferenzwerten um die errechneten Mittelwerte handelt, die sich aus den Wünschen und Bedürfnissen der einzelnen Teilnehmer ermitteln lassen. Demzufolge können Individuen größere beziehungsweise kleinere Zahlungsbereitschaften oder vom Mittel abweichende Leistungswünsche aufweisen.²⁹⁸

Kritisch zu reflektieren ist ebenfalls die vorgenommene Einschränkung in Bezug auf die Stichprobe. Da lediglich die Wünsche und Bedürfnisse der Versicherten der ausgewählten Krankenkasse Berücksichtigung finden, wird dementsprechend ausschließlich deren Präferenzstruktur abgebildet. Richtet die Krankenkasse das Angebot folglich allein an der ermittelten Präferenzstruktur aus, besteht die Gefahr, dass die Präferenzstruktur Abweichungen bezüglich der Wünsche und Bedürfnisse von gesetzlichen Versicherten, die dem Kundenbestand der ausgewählten Krankenkasse nicht zugehörig sind, aufweist. Liegen Abweichungen vor, würde das an die Versichertenbedürfnisse angepasste Krankenkassenangebot wettbewerbliche Schwächen aufweisen. Zudem stellt auch die ausgewählte Altersbegrenzung eine Restriktion im Hinblick auf die Generalisierbarkeit der Forschungsergebnisse dar. Da die Interessen der unter 18-Jährigen sowie der über 65-Jährigen im Forschungsprojekt unberücksichtigt bleiben, stellt die Präferenzstruktur ein verzerrtes Abbild der Wünsche und Bedürfnisse der Versicherten der Krankenkasse dar. Des Weiteren hat die für die Befragung ausgewählte Grundgesamtheit, die sich aus dem Bestand verfügbarer E-Mailadressen ergibt, und damit einhergehend auch die Wahl, eine Onlinebefragung durchzuführen, eine einschränkende Auswirkung auf die Ergebnisse.²⁹⁹ Im Allgemeinen besteht daher die Möglichkeit, dass sich die Präferenzen der ausgewählten Grundgesamtheit von den Präferenzen der Versichertengesamtheit unterscheiden.

Kritisch zu betrachten ist darüber hinaus der erstellte BWS-Fragebogen. Um Entscheidungen der Versicherten herbeizuführen, wurde auf die Inklusion der Option, als Proband keine der dargestellten Alternativen auswählen zu müssen, verzichtet. Folglich müssen die Ergebnisse vor dem Hintergrund einer möglichen Antwortverzerrung betrachtet werden. Verbesserungspotenzial weist ebenfalls die in der Erhebung fehlende Relevanzeinordnung der zur Auswahl gestellten Alternativen auf, anhand der die Präferenzergebnisse präziser beurteilt werden können.³⁰⁰

²⁹⁸ Vgl. Kapitel 5.7.

²⁹⁹ Beispielsweise können Verzerrungen in Bezug auf das Alter, das Geschlecht, politische und religiöse Ansichten, Haushaltsgröße, Einkommen oder Bildung auftreten. Vgl. Wagner, P.; Hering, L. (2014), S. 664 f.

³⁰⁰ Vgl. Kapitel 3.3.

Ferner ist auf weitere Restriktionen hinzuweisen, die in den Grenzen des BWS begründet sind. Von hoher Bedeutung ist die Berücksichtigung der hypothetischen Vorgehensweise des BWS. Befinden sich Versicherte in der tatsächlichen Situation, Zusatzleistungen beurteilen zu müssen, beispielsweise bei der Vornahme eines Krankenkassenwechsels, besteht die Wahrscheinlichkeit, dass abweichende Beurteilungen vorgenommen werden.³⁰¹

Darüber hinaus muss beachtet werden, dass der Zusatzbeitrag von den Krankenkassen einkommensabhängig erhoben wird. Folglich stellen die den Versicherten präsentierten festgelegten Beitragssenkungsoptionen Summen dar, die lediglich der Orientierung dienen. Für Versicherte, deren Einkommen unterhalb der jährlichen Bezugsgröße der Kranken- und Pflegeversicherung eingeordnet wird, gelten in der Realität folglich geringere Beitragssenkungswerte.³⁰² Bei den Bezuschussungs- und Bonifizierungsleistungen stellen die den Probanden aufgezeigten Geldwerte überwiegend ebenfalls lediglich Richtwerte dar. Hintergrund davon ist, dass einzelne Leistungen durch festgelegte Geldsummen bezuschusst werden. Demzufolge stellen die in der Umfrage dargestellten Geldbeträge oftmals Summen dar, mit denen Leistungen aus einem bestimmten Bereich maximal unterstützt werden.³⁰³ Im Ergebnis stellt das BWS auch in Bezug auf die Geldbeträge lediglich eine hypothetische Betrachtung dar, sodass in der Realität abweichende Präferenzstrukturen vorliegen können.

Einer kritischen Betrachtung ist ebenfalls die formale Gestaltung des BWS zu unterziehen. Grund dafür sind die bestehenden Formulierungs- und Darstellungsunterschiede der in der Befragung aufgezeigten Leistungen und Beitragssenkungen. Der wesentliche Unterschied besteht dabei in der Darstellung der Leistungsitems. Während bei den Service- und Beratungsleistungen die ganzjährige *kostenlose* Inanspruchnahme präsentiert wird, werden die bezuschussten und bonifizierten Leistungen durch Geldbeträge begrenzt. Demzufolge resultiert die Annahme, dass die Generalisierbarkeit der Untersuchungsergebnisse eingeschränkt wird. Den vergleichenden Aussagen, die hinsichtlich der Leistungsbereiche aufgestellt werden, sind daher kritisch zu begegnen.³⁰⁴

Eine wesentliche Restriktion im Hinblick auf die Generalisierbarkeit der Untersuchungsergebnisse besteht auch infolge des Item-Auswahlverfahrens. Aufgrund der vorgenommenen Selektion kann lediglich die Erstellung einer zu den Items zugehörigen Präferenzstruktur vorgenommen werden. Da in der Realität bei der Bewertung des Krankenkassenangebotes alle vorhandenen Zusatzleistungen von Relevanz sind und damit in der Präferenzstruktur Berücksichtigung finden, unterliegt die ermit-

³⁰¹ Vgl. Kroeber-Riel, Weinberg (2003), S. 621 ff.

³⁰² Vgl. Kapitel 5.5.1.

³⁰³ Beispiel: Die Bonusleistungen werden mit bis zu 200 € im Kalenderjahr unterstützt. Um den Betrag von 200 € zu erhalten müssen allerdings 10 Leistungen, die zu je 20 € bonifiziert werden erfüllt werden. Vgl. Krankenkasse (Hrsg.) (2015), Homepage der Krankenkasse (Stand: 08.05.2015).

³⁰⁴ Vgl. Bortz, J.; Döring, N. (2006), S. 254 f.

telte Präferenzstruktur mit hoher Wahrscheinlichkeit Verzerrungen, die infolge der unterschiedlichen Präferenzurteile entstehen.

Ferner ergibt sich auf Grundlage des Rücklaufs eine weitere Restriktion bezüglich der Generalisierbarkeit der Forschungsergebnisse. Grund dafür ist die naheliegende Vermutung, primär Präferenzen von Versicherten erfasst zu haben, die hohes Interesse an der gesundheitlichen Versorgung aufweisen. Damit einhergehend ist auch die kurze Befragungsdauer von zehn Tagen kritisch zu beurteilen, da sich die zeitliche Befristung zusätzlich stichprobenverzerrend auswirken kann.³⁰⁵

Des Weiteren stellt auch die Zeitpunktbezogenheit der Forschungsergebnisse eine Restriktion in Bezug auf deren Generalisierbarkeit dar. Aufgrund der durchgeführten Querschnittsbetrachtung stellen die Ergebnisse der Erhebung lediglich ein Abbild der zum Befragungszeitpunkt vorliegenden Versichertenbedürfnisse und -wünsche dar. Da, wie bereits erwähnt, angenommen werden kann, dass die Präferenzen aufgrund der im Gesundheitswesen vorherrschenden Dynamik Veränderungen unterliegen, bedarf es einer regelmäßigen Überprüfung der Präferenzen sowie nach Möglichkeit und Bedarf der Vornahme von Anpassungen. Ein dauerhaft ideales zusätzliches Leistungsangebot der Krankenkasse kann infolgedessen anhand der Präferenzmessung nicht konstituiert werden.³⁰⁶

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass bei den generierten Ergebnissen nach logischem Ermessen das Vorliegen eines Systemfehlers nicht ausgeschlossen werden kann. Die Basis der aufgestellten Vermutung bildet der Vergleich der einzelnen Präferenzwerte der Beitragssenkungsoptionen. Entgegen der Erwartung werden geringere Beitragssenkungen den angebotenen höheren Beitragssenkungen vorgezogen.³⁰⁷ Aufgrund des Pretests erfolgt der Ausschluss, dass Verständnisprobleme als Ursache des Ergebnisses angeführt werden können. Eine mögliche Erklärung der Ergebnisse im Bereich der Beitragssenkung basiert auf der Annahme, dass sich eine der Erwartung entsprechenden Präferenzstruktur erst nach Überschreitung eines zum gegenwärtigen Zeitpunkt unbekanntem Schwellenwertes einstellt. Demzufolge weisen die festgelegten Geldwerte zu geringe Höhen auf, um die Positionierung der Versicherten mit Eindeutigkeit ermitteln zu können.

Aus den aufgeführten Restriktionen geht zusammenfassend hervor, dass aus den Befragungen nicht ohne Berücksichtigung der dargestellten kritischen Reflexion Entscheidungen und Handlungen abgeleitet werden dürfen. Generell sind die aus der Präferenzstruktur abgeleiteten und dargelegten Handlungsempfehlungen vor dem Hintergrund zu betrachten, dass die Informationen der Befragungen lediglich zur ersten Orientierung über das Präferenzverhalten der Versicherten der Krankenkasse dienen. Sollen Modifikationen des Krankenkassenangebots vorgenommen werden, bedarf es

³⁰⁵ Vgl. Bortz, J.; Döring, N. (2006), S. 259.

³⁰⁶ Vgl. Kapitel 7.1.

³⁰⁷ Vgl. Kapitel 6.2.1.

zuvor detaillierten Datenanalysen, die das gesamte über das gesetzliche Mindestmaß hinausgehende Krankenkassenangebot einbeziehen. Bei Entscheidungen, die Leistungsreduktionen betreffen, sind beispielsweise die Wünsche und Bedürfnisse mit den Inanspruchnahmen abzugleichen. Vorliegende Abweichungen werden bereits anhand der Arbeit erkennbar.³⁰⁸ Demzufolge dienen die Ergebnisse der Präferenzmessung lediglich der Abschätzung der wettbewerblichen Relevanz beziehungsweise der wettbewerblichen Bewährung der einzelnen Krankenkassenangebote.

7.3 Zusammenfassung und Ausblick

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Erfassung der Versichertenpräferenzen bezüglich ausgewählter Krankenkassenangebote. Von zentraler Bedeutung für die Krankenkasse ist es dabei, Aufschluss zu erhalten, welche Wichtigkeiten die Versicherten der ausgewählten Krankenkasse den Zusatzleistungen beziehungsweise den offerierten Beitragssenkungen beimessen. Der Grund der Untersuchung liegt in dem dadurch entstehenden Potenzial, anhand der Ergebnisse Anpassungen vornehmen zu können, die sich auf die Wettbewerbsposition der Krankenkasse positiv auswirkt. Anhand des gegenwärtigen Forschungsstands lassen sich zwar Erkenntnisse zu vorliegenden Bedürfnissen und Wünschen gesetzlich Krankenversicherter ableiten, dennoch entsprechen diese nur unzureichend den Anforderungen des Forschungsgegenstands der Arbeit. Zur Erfassung der Versichertenpräferenzen erfolgt daher die Konstitution eines Forschungsprojektes, das die Durchführung einer empirischen Erhebung einschließt.

Nach Abwägung der zur Auswahl stehenden Präferenzermittlungsmethoden wird das Best-Worst-Scaling schließlich als geeigneter Ansatz identifiziert, die Versichertenpräferenzen zu erfassen. Demzufolge basiert die für die empirische Erhebung erstellte Onlinebefragung auf der Methode des BWS. Infolge einer Selektion der Krankenkassenangebote werden schließlich insgesamt elf Items ausgewählt, die zur Realisierung des BWS eingesetzt werden. Die Befragung wird ausschließlich mit Versicherten der ausgewählten Krankenkasse durchgeführt.

Im Ergebnis kann eine Versichertenpräferenzstruktur aufgestellt werden, die die Wichtigkeiten der einzelnen Krankenkassenangebote aufzeigt. Zudem führt die Untersuchung der Forschungsarbeit zu der Erkenntnis, dass die Versicherten den ausgewählten Zusatzleistungen im Vergleich zu den Beitragssenkungen mehrheitlich einen höheren Nutzen zuweisen. Darüber hinaus kann festgestellt werden, dass die Service- und Beratungsleistungen gegenüber den Bezuschussungs- und Bonusleistungen tendenziell präferiert werden. Aus der Betrachtung der gruppenspezifischen Präferenzstrukturen ergeben sich hingegen keine relevanten Differenzen. Folglich liegt bei den Versicherten eine größtenteils übereinstimmende Präferenzstruktur vor.

³⁰⁸ Vgl. Kapitel 6.1.

Zusammenfassend betrachtet, wird die in der Arbeit angestrebte Präferenzermittlung durch die Methode des BWS erreicht. Trotz der Eignung des BWS, zur Lösung von gesundheitsökonomischen und versorgungsforschungsspezifischen Fragestellungen beizutragen, erfolgt dessen Nutzung im Vergleich zum Marketing und den Managementwissenschaften eher selten. Dennoch sind im Gesundheitswesen zunehmende Tendenzen in der Einsatzhäufigkeit des BWS festzustellen. Die sich abzeichnende Entwicklung führt zu der Vermutung, dass in Zukunft conjoint-basierte Verfahren wie das BWS mit zunehmender Häufigkeit anstelle direkter kompositioneller Präferenzermittlungsverfahren zur Erfassung von Versichertenpräferenzen angewandt werden.³⁰⁹

Für die Erkenntnis, anhand welcher Ausrichtungen positive Auswirkungen auf die wettbewerbliche Position der Krankenkasse erzielt werden können, bedarf es einer umfassenden Kenntnis der Versichertenpräferenzen. Aufgrund der durch das FOWG veränderten Wettbewerbssituation empfiehlt es sich daher, die Versichertenpräferenzen regelmäßig zu erheben und Entscheidungen und Handlungen der Krankenkasse daran auszurichten. Demzufolge sind zukünftige Ermittlungen nicht auf die in der vorliegenden Erhebung zusätzlichen Krankenkassenangebote und Beitragssenkungen zu beschränken.

Zur Generierung von generalisierbaren Ergebnissen empfiehlt es sich, zunächst erneut eine Erhebung mit gesetzlich Krankenversicherten durchzuführen, die nicht ausschließlich dem Kundenbestand der ausgewählten Krankenkasse zugehörig sind und die darüber hinaus alle Zusatzangebote der Krankenkasse umfasst.

Daraufhin kann die Präferenzermittlung auf zusätzliche Bereiche der Krankenkasse erweitert werden, für die Versichertenbeurteilungen Relevanz aufweisen. Die im Forschungsprojekt auf dem BWS basierende Erhebung dient bei der Realisation weiterer BWS-Experimente allerdings lediglich der Orientierung, da in Abhängigkeit an den jeweiligen Forschungsgegenstand Anpassungen vorzunehmen sind.

Resultat der Forschungsarbeit ist, dass bei den Entscheidungsfindungen der Krankenkasse infolge der Präferenzermittlung neben Expertenurteilen auch Wünsche und Bedürfnisse der Versicherten berücksichtigt werden können. Infolgedessen kann ein optimaler Einsatz der Ressourcen der Krankenkasse erreicht werden.

³⁰⁹ Vgl. Mühlbacher, A. C.; Kaczynski, A.; Zweifel, P. (2014), S. 114 f.

Anhang

Anlagenverzeichnis

Anlage 1: Pretest-Bogen	183
Anlage 2: E-Mail-Versichertenansreiben.....	184
Anlage 3: Auftrittsunterbindungen der Items	185
Anlage 4: Abbildung des Fragebogens.....	186
Anlage 5: BWS - Design Report	196
Anlage 6: Gruppenabhängige Präferenzstruktur	197
Anlage 7: Vorgehensweise	199

Anlage 1: Pretest-Bogen³¹⁰

Pretest	
Reaktionen des Befragten	
Rückfragen wegen Verständnisproblemen	
Frage auf Verlangen wiederholt/erklärt	
Länger überlegt/zögernde Beantwortung	
Antwortverweigerung	
Kommentare	
Sonstiges	
Anschließendes Gespräch	
Gibt es unverständliche Fragen/Begriffe/Anweisungen/Formulierungen? Wenn ja welche? Verbesserungsvorschläge?	
Soll bei Max-Diff die Situationsbeschreibung nur beim ersten Mal dargestellt werden?	
Sollen die Beispiele statt Mouseover lieber in den Text?	
Sollen zu allen Leistungen Definitionen aufgenommen werden? Gibt es unklare Leistungen? (z.B. def. Beitragssatz)	
Ist die Vorgehensweise verständlich? /Ist die Reihenfolge klar? Änderungen?	
Gibt es unangenehme/unangebrachte Fragen? Wenn ja welche?	
Fehlen Antwortmöglichkeiten/Fragen? Wenn ja welche?	
Wie leicht fiel Ihnen die Beantwortung der Fragen? Skala 1 - 4 (1 sehr leicht - 4 sehr schwer)	
War der Fragebogen ermüdend/interessant/zu umfangreich?	
Sind Sie mit dem Layout zufrieden? Verbesserungsvorschläge?	
Bei Schlussbemerkung: Nachfrage nach Wunschleistung?	
Weitere Anmerkungen/Vorschläge/Bemerkungen	
Testzeit:	

³¹⁰ Eigene Darstellung.

Anlage 2: E-Mail-Versichertenanschriften³¹¹

Online-Umfrage

Guten Tag,

Ihre Bedürfnisse sind uns wichtig – Aus diesem Grund führen wir eine **Online-Umfrage** durch, mit der Ihre Krankenkasse Ihre Wünsche zu den Zusatzleistungen erfassen möchte.

Die Umfrage ist anonym, Rückschlüsse auf einzelne Personen sind nicht möglich. Sie wurden zufällig aus dem Kundenbestand ausgewählt, um an der Umfrage teilzunehmen. Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Für die Beantwortung der Fragen benötigen Sie etwa **9 Minuten**.

Um teilzunehmen klicken Sie bitte diesen **Link** an: *Linkadresse*

Die Umfrage beginnt mit dem heutigen Tag und endet voraussichtlich am 30. März 2015.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der Beantwortung der Fragen und bedanken uns ganz herzlich für Ihre Teilnahme!

Wenn Sie Fragen haben wenden Sie sich bitte an: *Mailadresse*

Freundliche Grüße

Ihre Krankenkasse

Jana Schneider

³¹¹ Eigene Darstellung.

Anlage 3: Auftrittsunterbindungen der Items³¹²

Unterbindungen
Unterbindung eines gemeinsamen Auftretens
Beitragssatzsenkung um 35 € pro Jahr
Beitragssatzsenkung um 70 € pro Jahr
Beitragssatzsenkung um 100 € pro Jahr
Unterbindung des Auftretens des ersten Items mit den Items der Beitragssatzsenkung
Bezuschussung von erweiterten zahnärztliche Behandlungen mit bis zu 60 €
Beitragssatzsenkung um 70 € pro Jahr
Beitragssatzsenkung um 100 € pro Jahr
Keine Einschränkungen bei den folgenden Items
Bezuschussung von alternativen Heilmethoden mit bis zu 250 €
Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (Bonussystem) mit bis zu 200 €
Bezuschussung der Teilnahme an Gesundheitskurse/-reisen mit bis zu 240 €
Bezuschussung von zusätzlichen Impfungen mit bis zu 120 €
Kostenlose medizinische Beratungshotline
Kostenlose juristische Beratung bei Behandlungsfehlern
Kostenlose ärztliche Zweitmeinungsgutachten ausgewählter Experten
Fazit: 5 Unterbindungsbedingungen

³¹² Eigene Darstellung.

Anlage 4: Abbildung des Fragebogens³¹³

[Redacted] **Umfrage Zusatzleistungen**


Herzlich Willkommen!

Vielen Dank, dass Sie sich für die Umfrage Zeit nehmen und der [Redacted] damit helfen, die Zusatzleistungen auf Ihre Bedürfnisse abzustimmen.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Da die Umfrage völlig anonym ist, sind Rückschlüsse auf einzelne Personen nicht möglich. Die Beantwortung der Fragen nimmt etwa **9 Minuten** in Anspruch.

Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an: [Redacted]

Bitte klicken Sie auf den rechten Pfeil, um mit der Umfrage zu beginnen.



[Redacted] **Umfrage Zusatzleistungen**

Wir bitten Sie nun, sich zwischen verschiedenen Leistungen bzw. Beitragssenkungen zu entscheiden.


Wundern Sie sich nicht - Sie erhalten oft ähnliche Fragestellungen, damit wir herausfinden können, wie Sie die Alternativen gegeneinander abwägen. Alle Antwortmöglichkeiten werden mehrmals aufgezeigt.


Bitte geben Sie an, welche Alternative Sie sich **am meisten** und welche **am wenigsten** wünschen. Uns ist es wichtig, dass Sie sich möglichst spontan entscheiden. Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten.

Beispiel:

wünsche ich am wenigsten		wünsche ich am meisten
<input type="radio"/>	Alternative 1	<input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/>	Alternative 2	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Alternative 3	<input checked="" type="radio"/>

Bitte klicken Sie nach der Betrachtung des Beispiels auf den rechten Pfeil, um mit den Auswahlen zu beginnen.



0%  100%

³¹³ Eigene Darstellung (Sawtooth).

Umfrage Zusatzleistungen

Stellen Sie sich vor, dass Sie sich entscheiden müssen, welche Leistungen von Ihrer Krankenkasse bezuschusst werden sollen bzw. ob stattdessen eine Beitragssenkung erfolgen soll.

Die Angaben beziehen sich immer auf 1 Jahr.

Eine Definition der unterstrichenen Leistungen erhalten Sie, wenn Sie mit dem Mauszeiger kurze Zeit darüber verweilen.

Welche Alternative wünschen Sie sich am meisten und welche am wenigsten?

wünsche ich am wenigsten		wünsche ich am meisten
<input type="radio"/>	Kostenlose <u>Zweitmeinungsgutachten</u> ausgewählter Experten	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Kostenlose juristische Beratung bei <u>Behandlungsfehlern</u>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Beitragssenkung um 70 € pro Jahr	<input type="radio"/>



0%  100%


Umfrage Zusatzleistungen

Eine Definition der unterstrichenen Leistungen erhalten Sie, wenn Sie mit dem Mauszeiger kurze Zeit darüber verweilen.

Welche Alternative wünschen Sie sich am meisten und welche am wenigsten?

wünsche ich am wenigsten		wünsche ich am meisten
<input type="radio"/>	Kostenlose juristische Beratung bei <u>Behandlungsfehlern</u>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Bezuschussung von <u>zusätzlichen Impfungen</u> mit bis zu 120 €	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Beitragssenkung um 100 € pro Jahr	<input type="radio"/>



0%  100%

Umfrage Zusatzleistungen

Eine Definition der unterstrichenen Leistungen erhalten Sie, wenn Sie mit dem Mauszeiger kurze Zeit darüber verweilen.

Welche Alternative wünschen Sie sich **am meisten** und welche **am wenigsten**?

wünsche ich am wenigsten		wünsche ich am meisten
<input type="radio"/>	Beitragssenkung um 100 € pro Jahr	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Bonus für <u>gesundheitsbewusstes Verhalten (Bonussystem)</u> mit bis zu 200 €	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Kostenlose <u>medizinische Beratungshotline</u>	<input type="radio"/>



0%  100%

Umfrage Zusatzleistungen

Eine Definition der unterstrichenen Leistungen erhalten Sie, wenn Sie mit dem Mauszeiger kurze Zeit darüber verweilen.

Welche Alternative wünschen Sie sich **am meisten** und welche **am wenigsten**?

wünsche ich am wenigsten		wünsche ich am meisten
<input type="radio"/>	Kostenlose <u>medizinische Beratungshotline</u>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Beitragssenkung um 35 € pro Jahr	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Bezuschussung von <u>zusätzlichen Impfungen</u> mit bis zu 120 €	<input type="radio"/>



0%  100%

Umfrage Zusatzleistungen

Eine Definition der unterstrichenen Leistungen erhalten Sie, wenn Sie mit dem Mauszeiger kurze Zeit darüber verweilen.

Welche Alternative wünschen Sie sich **am meisten** und welche **am wenigsten**?

wünsche ich am wenigsten		wünsche ich am meisten
<input type="radio"/>	Beitragssenkung um 35 € pro Jahr	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Bezuschussung der Teilnahme an <u>Gesundheitskursen/-reisen</u> mit bis zu 240 €	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Kostenlose juristische Beratung bei <u>Behandlungsfehlern</u>	<input type="radio"/>



0%  100%

Umfrage Zusatzleistungen

Weiter so! Wir wissen, dass die Entscheidung an einigen Stellen nicht ganz einfach ist.

Damit wir erkennen können, welche Krankenkassenangebote für Sie welche Relevanz haben, benötigen wir noch zu 10 weiteren Fragen der gleichen Art Ihre Angaben.



0%  100%

Umfrage Zusatzleistungen

Eine Definition der unterstrichenen Leistungen erhalten Sie, wenn Sie mit dem Mauszeiger kurze Zeit darüber verweilen.

Welche Alternative wünschen Sie sich **am meisten** und welche **am wenigsten**?

wünsche ich am wenigsten		wünsche ich am meisten
<input type="radio"/>	Bezuschussung der Teilnahme an <u>Gesundheitskursen/-reisen</u> mit bis zu 240 €	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Kostenlose <u>Zweitmeinungsgutachten</u> ausgewählter Experten	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Bezuschussung von erweiterten <u>zahnärztlichen Behandlungen</u> mit bis zu 60 €	<input type="radio"/>



0%  100%

Umfrage Zusatzleistungen

Eine Definition der unterstrichenen Leistungen erhalten Sie, wenn Sie mit dem Mauszeiger kurze Zeit darüber verweilen.

Welche Alternative wünschen Sie sich **am meisten** und welche **am wenigsten**?

wünsche ich am wenigsten		wünsche ich am meisten
<input type="radio"/>	Bezuschussung von <u>alternativen Heilmethoden</u> mit bis zu 250 €	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Kostenlose <u>medizinische Beratungshotline</u>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Beitragssenkung um 35 € pro Jahr	<input type="radio"/>



0%  100%

Umfrage Zusatzleistungen

Eine Definition der unterstrichenen Leistungen erhalten Sie, wenn Sie mit dem Mauszeiger kurze Zeit darüber verweilen.

Welche Alternative wünschen Sie sich **am meisten** und welche **am wenigsten**?

wünsche ich am wenigsten		wünsche ich am meisten
<input type="radio"/>	Bezuschussung von <u>zusätzlichen Impfungen</u> mit bis zu 120 €	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Bezuschussung von <u>alternativen Heilmethoden</u> mit bis zu 250 €	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Beitragssenkung um 70 € pro Jahr	<input type="radio"/>



0%  100%

Umfrage Zusatzleistungen

Eine Definition der unterstrichenen Leistungen erhalten Sie, wenn Sie mit dem Mauszeiger kurze Zeit darüber verweilen.

Welche Alternative wünschen Sie sich **am meisten** und welche **am wenigsten**?

wünsche ich am wenigsten		wünsche ich am meisten
<input type="radio"/>	Beitragssenkung um 70 € pro Jahr	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Bezuschussung der Teilnahme an <u>Gesundheitskursen/-reisen</u> mit bis zu 240 €	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Bezuschussung von <u>alternativen Heilmethoden</u> mit bis zu 250 €	<input type="radio"/>



0% 100%

Umfrage Zusatzleistungen

Eine Definition der unterstrichenen Leistungen erhalten Sie, wenn Sie mit dem Mauszeiger kurze Zeit darüber verweilen.

Welche Alternative wünschen Sie sich **am meisten** und welche **am wenigsten**?

wünsche ich am wenigsten		wünsche ich am meisten
<input type="radio"/>	Beitragssenkung um 35 € pro Jahr	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Bezuschussung von erweiterten <u>zahnärztlichen Behandlungen</u> mit bis zu 60 €	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Kostenlose <u>Zweitmeinungsgutachten</u> ausgewählter Experten	<input type="radio"/>



0% 100%

Umfrage Zusatzleistungen

Sie haben es gleich geschafft!

Es folgen nur noch 5 weitere Fragen der gleichen Art.



0% 100%

Umfrage Zusatzleistungen

Eine Definition der unterstrichenen Leistungen erhalten Sie, wenn Sie mit dem Mauszeiger kurze Zeit darüber verweilen.

Welche Alternative wünschen Sie sich **am meisten** und welche **am wenigsten**?

wünsche ich am wenigsten		wünsche ich am meisten
<input type="radio"/>	Bonus für <u>gesundheitsbewusstes Verhalten (Bonussystem)</u> mit bis zu 200 €	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Beitragssenkung um 100 € pro Jahr	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Bezuschussung der Teilnahme an <u>Gesundheitskursen/-reisen</u> mit bis zu 240 €	<input type="radio"/>



0% 100%

Umfrage Zusatzleistungen

Eine Definition der unterstrichenen Leistungen erhalten Sie, wenn Sie mit dem Mauszeiger kurze Zeit darüber verweilen.

Welche Alternative wünschen Sie sich **am meisten** und welche **am wenigsten**?

wünsche ich am wenigsten		wünsche ich am meisten
<input type="radio"/>	Bezuschussung von erweiterten <u>zahnärztlichen Behandlungen</u> mit bis zu 60 €	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Bezuschussung von <u>zusätzlichen Impfungen</u> mit bis zu 120 €	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Bonus für <u>gesundheitsbewusstes Verhalten (Bonussystem)</u> mit bis zu 200 €	<input type="radio"/>



0% 100%

Umfrage Zusatzleistungen

Eine Definition der unterstrichenen Leistungen erhalten Sie, wenn Sie mit dem Mauszeiger kurze Zeit darüber verweilen.

Welche Alternative wünschen Sie sich **am meisten** und welche **am wenigsten**?

wünsche ich am wenigsten		wünsche ich am meisten
<input type="radio"/>	Kostenlose juristische Beratung bei <u>Behandlungsfehlern</u>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Beitragssenkung um 100 € pro Jahr	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Bezuschussung von <u>alternativen Heilmethoden</u> mit bis zu 250 €	<input type="radio"/>



0% 100%

Umfrage Zusatzleistungen

Eine Definition der unterstrichenen Leistungen erhalten Sie, wenn Sie mit dem Mauszeiger kurze Zeit darüber verweilen.

Welche Alternative wünschen Sie sich **am meisten** und welche **am wenigsten**?

wünsche ich am wenigsten		wünsche ich am meisten
<input type="radio"/>	Bonus für <u>gesundheitsbewusstes Verhalten (Bonussystem)</u> mit bis zu 200 €	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Beitragssenkung um 70 € pro Jahr	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Kostenlose juristische Beratung bei <u>Behandlungsfehlern</u>	<input type="radio"/>



0% 100%

Umfrage Zusatzleistungen

Eine Definition der unterstrichenen Leistungen erhalten Sie, wenn Sie mit dem Mauszeiger kurze Zeit darüber verweilen.

Welche Alternative wünschen Sie sich **am meisten** und welche **am wenigsten**?

wünsche ich am wenigsten		wünsche ich am meisten
<input type="radio"/>	Kostenlose <u>medizinische Beratungshotline</u>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Kostenlose <u>Zweitmeinungsgutachten</u> ausgewählter Experten	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Bezuschussung von erweiterten <u>zahnärztlichen Behandlungen</u> mit bis zu 60 €	<input type="radio"/>



0%  100%

Umfrage Zusatzleistungen

Abschließend bitten wir Sie, noch einigen Angaben zu Ihrer Person zu machen.

Haben Sie im Laufe des Jahres 2014 eine/mehrere Zusatzleistung/en in Anspruch genommen?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Alternative Heilmethoden
- Erweiterte zahnärztliche Behandlungen
- Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
- Gesundheitskurse/Gesundheitsreisen
- Zusätzliche Impfungen
- Medizinische Beratungshotline
- Zweitmeinungsgutachten ausgewählter Experten
- Andere Zusatzleistungen
- Keine Inanspruchnahme
- Keine Angabe/weiß nicht



0%  100%

Umfrage Zusatzleistungen

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- sehr gut
- gut
- mittelmäßig
- schlecht
- sehr schlecht
- keine Angabe

Wie alt sind Sie?

Alter in Jahre:

Fall Sie Ihr Alter nicht angeben möchten, geben Sie bitte die Zahl 999 ein.

Welches Geschlecht haben Sie?

- männlich
- weiblich
- keine Angabe

Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushaltes insgesamt?

- unter 1000 €
- 1000 € bis unter 2000 €
- 2000 € bis unter 3000 €
- 3000 € bis unter 4000 €
- mehr als 4000 €
- keine Angabe/weiß nicht



Eine genaue Angabe der zu berücksichtigenden Einkommen erhalten Sie, wenn Sie mit dem Mauszeiger kurze Zeit über den Wörtern "monatliches Nettoeinkommen" verweilen.



0%  100%

Umfrage Zusatzleistungen

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Durch Ihr entgegengebrachtes Interesse unterstützen Sie die  dabei, das Leistungsangebot an Ihre Bedürfnisse anpassen zu können. Bei Interesse können Sie die Ergebnisse der Umfrage gerne per E-Mail  anfordern.

Sie können nun das Browserfenster schließen.

0%  100%

Anlage 5: BWS - Design Report³¹⁴

Number of Items (Attributes): 11
 Number of Items per Set: 3
 Number of Sets per Respondent: 15
 Number of Versions: 50
 Number of Iterations: 200000
 Random Number Seed: 1
 Number of Prohibitions: 5
 Iteration 32978 was chosen

One Way Frequencies:

Item	Times Used
1	204
2	203
3	204
4	205
5	204
6	205
7	205
8	205
9	205
10	205
11	205

Mean = 204,54545
 Std Dev. = 0,65555

Two Way Frequencies:

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	204	0	0	48	68	49	48	48	49	50	48
2	0	203	0	57	0	57	58	58	58	59	59
3	0	0	204	58	0	58	59	59	59	58	57
4	48	57	58	205	32	33	32	33	33	33	34
5	68	0	0	50	204	49	47	49	48	48	49
6	49	57	58	32	49	205	33	33	33	33	33
7	48	58	59	33	47	33	205	34	32	33	33
8	48	58	59	32	49	33	34	205	33	31	33
9	49	58	59	33	48	33	32	33	205	33	32
10	50	59	58	33	48	33	33	31	33	205	32
11	48	59	57	34	49	33	33	33	32	32	205

Off Diagonal Non-prohibited Elements

Mean = 45
 Std Dev. = 11,22319

Positional Frequencies:

Item	Pos.	1	2	3
1	1	68	68	68
2	1	68	67	68
3	1	68	67	69
4	1	68	68	69
5	1	68	69	67
6	1	69	68	68
7	1	68	69	68
8	1	68	69	68
9	1	69	68	68
10	1	68	68	69
11	1	68	69	68

Mean = 68,18182
 Std Dev. = 0,57496

³¹⁴ Eigene Darstellung (Sawtooth).

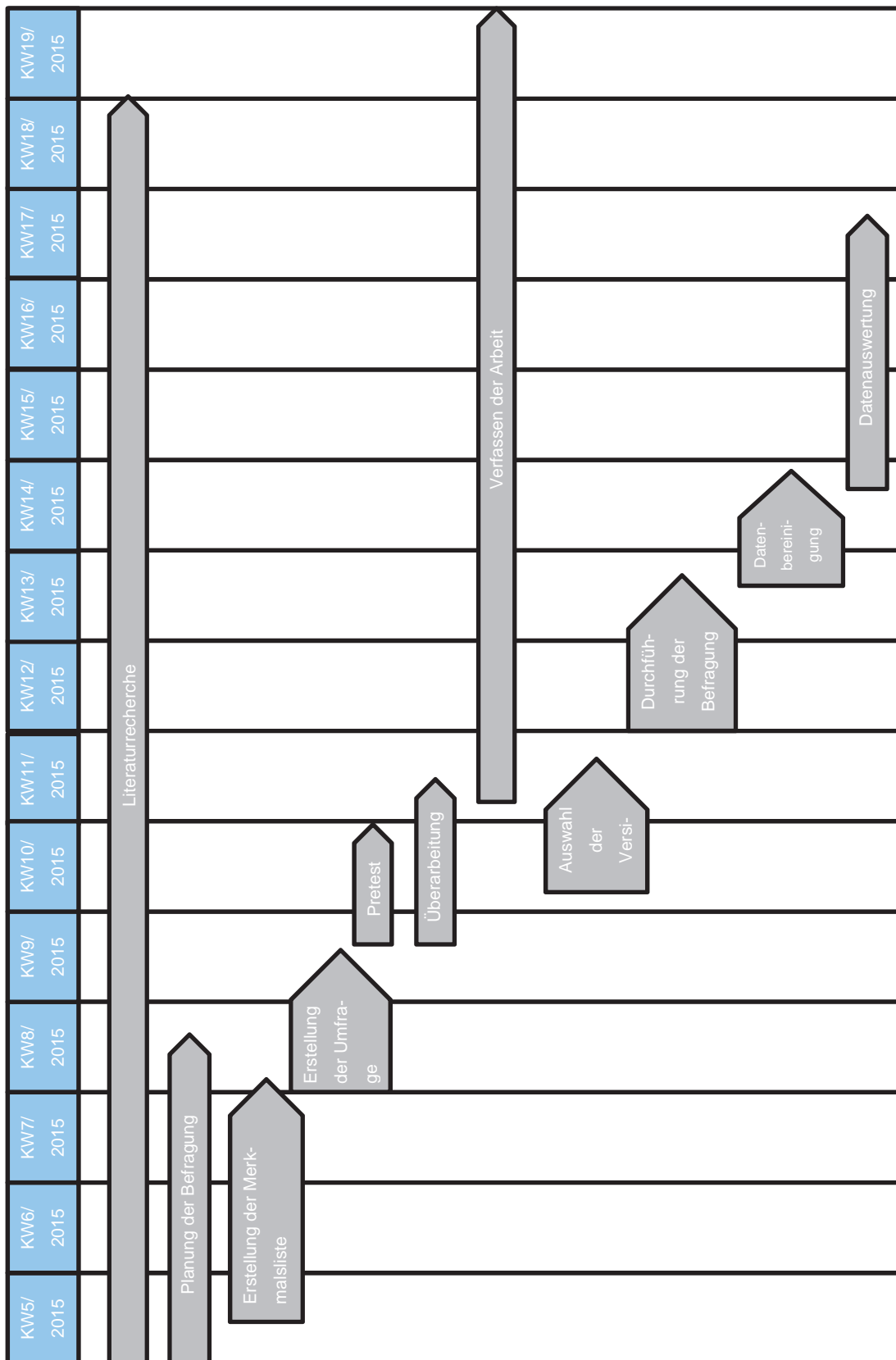
Anlage 6: Gruppenabhängige Präferenzstruktur³¹⁵

Altersgruppen	unter 44	über 44			
	Teilnutzen in %	Teilnutzen in %	t-Test	p-Wert	Cohen's d
Beitragssenkung um 35 €	11,50	12,45	1,076	0,283	x
Beitragssenkung um 70 €	6,67	8,69	2,134	0,034	0,278
Beitragssenkung 100 €	4,48	6,53	2,381	0,018	0,311
Alternativen Heilmethoden	4,47	3,75	-0,834	0,405	x
Erweiterten zahnärztliche Behandlungen	3,57	3,59	0,031	0,976	x
Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	4,94	3,47	-1,804	0,073	x
Gesundheitskurse-/reisen	9,17	8,70	-0,46	0,646	x
zusätzl. Impfungen	12,30	14,17	2,083	0,038	0,272
Beratungshotline	15,99	15,92	-0,093	0,926	x
juristische Beratung	14,55	13,07	-1,626	0,105	x
Zweitmeinungsgutachten	12,36	9,66	-2,855	0,005	x
Geschlechtsgruppen	männlich	weiblich			
	Teilnutzen in %	Teilnutzen in %	t-Test	p-Wert	Cohen's d
Beitragssenkung um 35 €	11,97	11,74	0,248	0,805	x
Beitragssenkung um 70 €	8,18	7,20	0,999	0,319	x
Beitragssenkung 100 €	5,93	5,086	0,942	0,347	x
Alternative Heilmethoden	6,18	2,33	4,459	0,000	0,578
Erweiterten zahnärztliche Behandlungen	3,13	3,95	-1,277	0,203	x
Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	4,95	3,83	1,357	0,176	x
Gesundheitskurse-/reisen	10,87	7,53	3,347	0,001	0,434
zusätzl. Impfungen	10,76	15,35	-5,12	0,000	0,664
Beratungshotline	15,21	16,34	-1,397	0,164	x
juristische Beratung	13,04	14,17	-1,241	0,216	x
Zweitmeinungsgutachten	9,77	12,45	-2,891	0,004	0,375
Einkommen	unter 2000 €	über 2000 €			
	Teilnutzen in %	Teilnutzen in %	t-Test	p-Wert	Cohen's d
Beitragssenkung um 35 €	11,54	12,29	0,706	0,481	x
Beitragssenkung um 70 €	8,33	7,76	-0,480	0,622	x
Beitragssenkung 100 €	6,26	5,38	-0,855	0,394	x
Alternative Heilmethoden	5,26	3,99	-1,187	0,238	x
Erweiterten zahnärztliche Behandlungen	4,22	3,13	-1,367	0,174	x

³¹⁵ Eigene Darstellung.

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	5,12	3,97	-1,183	0,238	x
Gesundheitskurse-/reisen	6,78	9,91	2,732	0,007	0,415
zusätzl. Impfungen	13,65	12,21	-1,301	0,195	x
Beratungshotline	15,00	15,96	1,035	0,302	x
juristische Beratung	13,25	14,21	0,913	0,362	x
Zweitmeinungsgutachten	10,60	11,19	0,522	0,602	x
Gesundheitszustand	gesunde Versicherte	krankte Versicherte			
	Teilnutzen in %	Teilnutzen in %	t-Test	p-Wert	Cohen's d
Beitragssenkung um 35 €	11,52	12,08	-0,580	0,562	x
Beitragssenkung um 70 €	7,16	8,24	-1,082	0,305	x
Beitragssenkung 100 €	5,01	6,02	-1,077	0,283	x
Alternative Heilmethoden	4,51	2,83	1,928	0,056	x
erweiterte zahnärztliche Versorgung	3,82	2,58	2,096	0,038	0,297
Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	4,30	5,18	-0,928	0,354	x
Gesundheitskurse-/reisen	9,22	9,21	0,012	0,991	x
zusätzl. Impfungen	12,91	13,78	-0,878	0,381	x
Beratungshotline	15,79	16,75	-1,293	0,198	x
juristische Beratung	13,92	13,58	0,341	0,733	x
Zweitmeinungsgutachten	11,84	9,75	2,13	0,035	0,302
Leistungsanspruchnahme	keine Inanspruchnahme	Inanspruchnahme			
	Teilnutzen in %	Teilnutzen in %	t-Test	p-Wert	Cohen's d
Beitragssenkung um 35 €	10,35	12,13	1,615	0,108	x
Beitragssenkung um 70 €	6,44	7,79	1,122	0,263	x
Beitragssenkung 100 €	3,81	5,56	1,945	0,055	x
Alternative Heilmethoden	5,17	3,46	-1,648	0,101	x
erweiterte zahnärztliche Versorgung	4,60	3,25	-1,448	0,153	x
Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	7,34	3,52	-3,318	0,002	0,542
Gesundheitskurse-/reisen	10,32	8,80	-1,183	0,238	x
zusätzl. Impfungen	13,58	13,35	-0,194	0,846	x
Beratungshotline	15,83	15,91	0,083	0,934	x
juristische Beratung	11,94	14,60	2,451	0,015	0,4
Zweitmeinungsgutachten	10,64	11,62	0,903	0,369	x

Anlage 7: Vorgehensweise³¹⁶



³¹⁶ Eigene Darstellung.

Literaturverzeichnis

- Adamsen, J. M.; Rundle-Thiele, S.; Whitty, J. A. (2013):** Best-Worst scaling...reflections on presentation, analysis, and lessons learnt from case 3 BWS experiments. In: Market & Social Research, Vol. 21, S. 9-27.
- Adolph, T.; Eislöffel, M. (2014):** Kurzstudie August 2014. Welche Leistungen suchen die Versicherten bei einer Gesetzlichen Krankenkasse wirklich. O.O.
- Altobelli, C. F.; Hoffmann, S. (2011):** Grundlagen der Marktforschung. Konstanz u.a.
- Atteslander, P. (2010):** Methoden der empirischen Sozialforschung. 13. neu bearbeitete und erweiterte Aufl., Berlin.
- Backhaus, K.; Erichson, B.; Plinke, W.; Weiber, R. (2011):** Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. 13. überarbeitete Aufl., Berlin u.a.
- Backhaus, K.; Erichson, B.; Weiber, R. (2013):** Fortgeschrittene Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl., Berlin u.a.
- Baier, D; Bruschi, M. (2009):** Erfassung von Kundenpräferenzen für Produkte und Dienstleistungen. In: Baier, D; Bruschi, M. (Hrsg.): Conjointanalyse. Methoden – Anwendungen – Praxisbeispiele. Berlin u.a., S. 3-17.
- BauInfoConsult (Hrsg.) (o.J.):** Stichprobenrechner, http://www.bauinfoconsult.de/Stichproben_Rechner.html (Stand: 10.05.2015).
- Becker, K.; Brändle, A.; Zweifel, P. (2007):** Das Discrete-Choice-Experiment. In: Böcken, J.; Janus, K.; Schwenk, U.; Zweifel, P. (Hrsg.): Neue Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen. Gütersloh, S. 38-151.
- Becker, K.; Zweifel, P. (2006):** Neue Formen der ambulanten Versorgung: Was wollen die Versicherten? Ein Discrete-Choice-Experiment. In: Böcken, J.; Braun, B.; Amhof, R.; Schnee, M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh, S. 272-303.
- Behrens-Potratz, A.; Zerres, M. (2013):** Kundenmanagement in Krankenversicherungen. In: Busse, R.; Schreyögg, J.; Stargardt, T. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen. 3. Aufl., Berlin u.a., S.169-184.

Binias, U.; Eckert, M.; Hoffmann, W.D.; Rieg, R.; Zwirner, C. (2014): Sozialrecht – aktuell. Rechengrößen in der Sozial- und Arbeitslosenversicherung ab 1. Januar 2015. In: BC. Zeitschrift für Bilanzierung, Rechnungswesen und Controlling, Heft 12, S. 497-498.

BKK Dachverband (Hrsg.) (2012): Leistungsausweitung statt Prämienausschüttung., <http://www.lifepr.de/pressemitteilung/bkk-bundesverband-berlin/BeschwerdefreiOE-Was-die-Bundesbuerger-zum-Gesundheitswesen-sagen-Von-der-Verwendung-der-GKV-Ueberschuesse-bis-zur-Telemedizin/boxid/347026> (Stand: 28.04.2015).

BKK Dachverband (Hrsg.) (2014): BKK Umfrage 2014. Reform der GKV-Finanzierung, http://www.bkk-bayern.de/uploads/media/BKK_Umfrage_2014_220514.pdf (Stand: 28.04.15).

Bloss, M.; Ernst, D.; Häcker, J.; Sörensen, D. (2015): Financial Engineering: Certified Financial Engineer. Berlin u.a.

Bortz, J.; Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation. 4. Aufl., Heidelberg.

Breyer, F.; Zweifel, P.; Kifmann, M. (2003): Gesundheitsökonomie. Berlin u.a.

Bruhn, M. (2014): Unternehmens- und Marketingkommunikation. Handbuch für ein integriertes Kommunikationsmanagement. 3. vollständig überarbeitete Aufl., München.

Brusch, M. (2009): Präsentation der Stimuli bei der Conjointanalyse. In: Baier, D; Bruschi, M. (Hrsg.): Conjointanalyse. Methoden – Anwendungen – Praxisbeispiele. Berlin u.a., S. 83-98.

Buchner, F.; Farrenkopf, N.; Matusiewicz, D.; Schillo, S.; Staudt, S.; Wasem, J. (2013): Gesetzliche Krankenversicherung. In: Wasem, J.; Staudt, S.; Matusiewicz, D. (Hrsg.): Medizinmanagement. Grundlagen und Praxis. Berlin, S.117-162.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2014): Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung, <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/finanzierung/finanzierungsgrundlagen-der-gesetzlichen-kranken-ver-sicherung.html> (Stand: 26.04.2015).

Chruscz, D. (2012): Morbi-RSA, Versorgungsmanagement und Wettbewerb der Krankenkassen. Strategische Ausrichtung von Betriebskrankenkassen im Versorgungsmarkt. Hamburg.

Chrzan, K.; Golovashkina, N. (2006): An empirical test of six stated importance measures. In: International Journal of Research in Marketing, Vol. 48, No. 6, S. 717-740.

Cohen, S.H. (1988): Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Hillsdale.

- Cohen, S. H. (2003):** Maximum Difference Scaling. Improved Measures of Importance and Preference for Segmentation. Sawtooth Software Research Paper Series. Sequim.
- De Bruin, A.; Picavet, H. S. J.; Nossikov, A. (1996):** Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. In: World Health Organization Regional Office for Europe; Statistics Netherlands Voorburg Netherlands Copenhagen (Hrsg.): WHO regional publications European series, No. 58, S. 49-109.
- Diekmann, A. (2013):** Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 7. Auf., Reinbek.
- Eckey, H. F.; Kosfeld, R.; Türck, M. (2005):** Wahrscheinlichkeitsrechnung und induktive Statistik. Grundlagen - Methoden – Beispiele. Wiesbaden.
- Engel, U.; Schmidt, B. O. (2014):** Unit- und Item-Nonresponse. In: Baur, N.; Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden, S. 331-348.
- Etgeton, S. (2009):** Wettbewerb der Kassen fair gestalten. In: Magazin für Soziales, Familie und Bildung, No. 76, S. 15-17.
- Euler, M. (2001):** Choice-Based-Conjoint-Analyse im Vergleich zum traditionellen Conjoint-Verfahren. Dipl., Hamburg.
- Fabian, S. (2005):** Wettbewerbsforschung und Conjoint-Analyse. Diss., Wiesbaden.
- Fleßa, S.; Greiner, W. (2013):** Grundlagen der Gesundheitsökonomie. Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken im Gesundheitswesen. 3. überarbeitete Aufl., Berlin u.a.
- Flynn, T. N.; Marley, A. A. J. (2007):** Best Worst Scaling: Theory and Methods. In: Hess, S.; Daly, A. (Hrsg.) Handbook of Choice Modelling. Cheltenham u.a., S. 178-201.
- Franzen, A. (2014):** Antwortskalen in standardisierten Befragungen. In: Baur, N.; Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden, S. 701-712.
- Fröck, M. (2004):** Die GKV im Wettbewerb. Eine Analyse ausgewählter Aktionsparameter. Diss., Berlin.
- Gablers Wirtschaftslexikon (2014):** s.v. Aktionsparameter, 18. aktualisierte und erweiterte Aufl. Wiesbaden.

Giesecking, T. (2009): Gewinnoptimale Preisbestimmung in werbefinanzierten Märkten. Eine conjoint-analytische Untersuchung eines Publikumszeitschriftenmarktes. Wiesbaden.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2015): Finanzierung, http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung_grundprinzipien/finanzierung/finanzierung.jsp (Stand: 26.04.2015).

Graf von der Schulenburg, J. M.; Lohse, U. (2014): Versicherungsökonomik. Ein Leitfadens für Studium und Praxis. Karlsruhe.

Gutsche, J. (1995): Produktpräferenzanalyse: ein modelltheoretisches und methodisches Konzept zur Marktsimulation mittels Präferenzermittlungsmodellen. Berlin.

Häder, M. (2015): Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Aufl., Wiesbaden.

Helm, R.; Steiner, M. (2008): Präferenzmessung. Methodengestützte Entwicklung zielgruppenspezifischer Produktinnovation. Stuttgart.

Hauser, J. R. (1978): Testing the Accuracy, Usefulness and Significance of Probabilistic Models: An Information Theoretic Approach. In: Operations Research, Vol. 26, No. 3, S. 406-421.

Hofmann, T. (2013): Das Konzept der preisorientierten Qualitätsbeurteilung. Eine produkt- und kulturübergreifende kausalanalytische Betrachtung. Diss., Wiesbaden.

Hoffmeyer-Zlotnik, J. H. P.; Glemser, A.; Heckel, C.; von der Heyde, C.; Quitt, H.; Hanefeld, U.; Herter-Eschweiler, R.; Mohr, S. (2010): Demographische Standards. Ausgabe 2010. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistik und Wissenschaft. 5. vollständig überarbeitete Aufl., Wiesbaden.

Hug, T.; Poscheschnik, G. (2015): Empirisch forschen. 2. überarbeitete Aufl., Wien.

Jacob, R.; Heinz, A.; Décieux, J.P. (2013): Umfrage. Einführung in die Methoden der Umfrageforschung. 3. überarbeitete Aufl., München.

Jacobs, K. (2013): Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten. In: Jacobs, K.; Schulze, S. (Hrsg.): Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin, S. 53-62.

Janssen, J.; Laatz, W. (2013): Statistische Datenanalyse mit SPSS. Eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul Exakte Tests. 8. Aufl., Berlin u.a.

- Kalckreuth, U. (2013):** Vermögensverteilung in Deutschland. Ergebnisse einer Studie zu den Finanzen privater Haushalte, http://www.bundesbank.de/Redaktion/DE/Downloads/Bundesbank/Geldmuseum/museumsabende_2013_10_16_praesentation.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 10.05.2015), S. 14.
- Klößner, J.; Friedrichs, J. (2014):** Gesamtgestaltung des Fragebogens. In: Vgl. Baur, N.; Blasisus, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden, S. 675-685.
- Kotler, P.; Armstrong, G.; Wong, V.; Saunders, J. (2011):** Grundlagen des Marketing. 5. aktualisierte Aufl., München.
- Krankenkasse (Hrsg.) (2015):** Satzung der Krankenkasse, Homepage der Krankenkasse (Stand: 08.05.2015).
- Kroeber-Riel, W. (2000):** Strategie und Technik der Werbung. 5. Aufl. München.
- Kübler, R. V. (i.E.):** Best/Worst-Scaling. In: Sönke, A.; Klapper, D.; Konradt, U.; Walter, A.; Wolf, J. (Hrsg.): Methodik der empirischen Forschung, 4. Aufl. (i.E.), http://macau.uni-kiel.de/servlets/MCRFileNodeServlet/dissertation_derivate_00004310/Kuebler%20Diss%20Lange%20Version%20Druck%20V2.pdf;jsessionid=DE5E4FE1C48DADE5E3CBD16BF7191ECF (Stand: 10.05.2015).
- Landmann, J. (2009):** Krankenkassenwettbewerb um Versicherte: Diesmal ohne Beitragssatz. In: Böcken, J.; Braun, B.; Landmann, J. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Gütersloh, S. 203-220.
- Lehmann, J. C. (2009):** Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen? Selektives Kontrahieren und die Zukunft der Krankenhausversorgung nach der Konvergenzphase 2009. Hamburg.
- Lehr, T.; Schickl, P.; Riepl, W.; Zimmer, S. (2009):** GKV Versichertenmonitor 2009 – Analysen der Präferenzen von Versicherten in Bezug auf Wahltarife der gesetzlichen Krankenversicherung. Essen.
- Marckmann, G. (2010):** Kann Rationierung im Gesundheitswesen ethisch vertretbar sein? In: GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft, Heft 1, S. 8-15.
- Marstedt, G.; Moebus, S. (2002):** Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 9.
- Mühlbacher, A. C., Bethge, S. (2013):** Potenziale der Präferenzmessung. In: Gesellschaftspolitische Kommentare, Vol. 54, No. 7, S. 36-40.

Mühlbacher, A. C.; Kaczynski, A.; Zweifel, P. (2014): Experimentelle Präferenzmessung im Gesundheitswesen mit Hilfe von Best-Worst Scaling (BWS). In: *PharmacoEconomics – German Research Articles*, S. 101-117.

Natrop, J. (2015): *Angewandte Deskriptive Statistik*. Berlin u.a.

NDR (Hrsg.) (2015): Behandlungsfehler: Wege zum Recht, <http://www.ndr.de/ratgeber/verbraucher/Behandlungsfehler-Wege-zum-Recht,arztfehler126.html> (Stand: 10.05.2015).

Neidhardt, K.; Wasmuth, T.; Schmid, A. (2012): Die Gewichtung multipler patientenrelevanter Endpunkte – Ein methodischer Vergleich von Conjoint Analyse und Analytic Hierarchy Process unter Berücksichtigung des Effizienzgrenzenkonzepts des IQWiG. *Wirtschaftswissenschaftliches Diskussionspapier*, Bayreuth.

Oberender, P. O.; Ecker, T.; Zerth, P. O. (2005): *Grundelemente der Gesundheitsökonomie*. 2. aktualisierte und überarbeitete Aufl., Bayreuth.

Oberender, P. O.; Zerth, J. (2009): Der Gesundheitsfonds und die Implikationen für den Kassennettbewerb. In: *Wirtschaftsdienst*, Vol. 89, No. 5, S. 329-333.

Orme, B. (1998): *Sample Size Issues for Conjoint Analysis Studies*. Sawtooth Software Research Paper Series. Orem.

Orme, B. (2013): *Software for Web Interviewing and Conjoint Analysis*. Orem.

Porst, R. (2000): *Praxis der Umfrageforschung. Erhebung und Auswertung sozialwissenschaftlicher Umfragedaten*. 2. überarbeitete Aufl., Wiesbaden.

Post, S. (2009): Speziell und hochengagiert — Eine Online-Befragung der deutschen Klimaforscher. In: *Jackob, N.; Schoen, H.; Zerback, T. (Hrsg.): Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung*. Wiesbaden, S. 261-272.

Raab, G.; Unger, A.; Unger F. (2004): *Methoden der Marketing-Forschung. Grundlagen und Praxisbeispiele*. Wiesbaden.

Raab, G.; Unger, A.; Unger, F. (2010): *Marktpsychologie. Grundlagen und Anwendung*. 3. überarbeitete Aufl. Wiesbaden.

Raithel, J. (2008): *Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs*. 2. Aufl., Wiesbaden.

- Rebhorn, S.; Stark, B.; Döbler, T. (2001):** Conjoint-Analyse. Eine beispielorientierte Einführung. Stuttgart.
- Reichertz, J. (2014):** Empirische Sozialforschung und soziologische Theorie. In: Baur, N.; Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden, S. 65-80.
- Reile, A. (2007):** Gestaltungsoptionen von Krankenkassen bei staatlichen Systemvorgaben. Eine theoriegeleitete Analyse der kasseneigenen Freiräume zur Einnahmen- und Ausgabengestaltung. Diss., Berlin.
- Reinecke, J. (2014):** Grundlagen der standardisierten Befragung. In: Baur, N.; Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden, S. 601-618.
- Richter, H. J. (1948):** Die Strategie schriftlicher Massenbefragungen: Ein verhaltenstheoretischer Beitrag zur Methodenforschung. Bad Harzburg.
- Roessing, T.; Gnambs, T.; Strassnig, B. (2014):** Online-Experimente. In: Welker, M.; Taddicken, M.; Schmidt, J.H.; Jakob, N. (Hrsg.): Handbuch Online-Forschung. Sozialwissenschaftliche Datengewinnung und -auswertung in digitalen Netzen. Köln, S. 402-423.
- Rüger, B. (2002):** Test- und Schätztheorie. Band II. Statistische Tests. München.
- Sawtooth Software (Hrsg.) (o.J.):** Academic Licences, <http://www.sawtoothsoftware.com/academics/academic-licenses> (Stand: 09.05.2015).
- Schöneck, N. M.; Voß, W. (2013):** Das Forschungsprojekt. Planung, Durchführung und Auswertung einer quantitativen Studie. 2. überarbeitete Aufl., Wiesbaden.
- Schumann, S. (2014):** Repräsentative Umfrage. Praxisorientierte Einführung in empirische Methoden und statistische Analyseverfahren. 6. Aufl., München.
- Simon, A. (2010):** Der Informationsbedarf von Patienten hinsichtlich der Qualität von Krankenhäusern. Eine empirische Untersuchung zur Messung des Involvements und der Informationspräferenzen. Diss., Marburg.
- Stegmaier, P. (2012):** Suche nach dem Maß des Gesamtnutzens. In: Monitor Versorgungsforschung, 5. Jg. , Heft 4, S. 12-16.
- Struhl, S. (1994):** Discrete choice modeling: Understanding a 'better conjoint than conjoint'. In: Quirk's Marketing Research, No. 86, S. 6-12.

- Taddicken, M.; Batinic, B. (2014):** Die standardisierte Online-Befragung. In: Welker, M.; Taddicken, M.; Schmidt, J.H.; Jakob, N. (Hrsg.): Handbuch Online-Forschung. Sozialwissenschaftliche Datengewinnung und -auswertung in digitalen Netzen. Köln, S. 151-175.
- Teichert, T. (2001):** Nutzenschätzung in Conjoint-Analysen. Theoretische Fundierung und empirische Aussagekraft. Wiesbaden.
- Teichert, T.; Shehu, E. (2009):** Diskussion der Conjointanalyse in der Forschung. In: Baier, D; Bruschi, M. (Hrsg.): Conjointanalyse. Methoden – Anwendungen – Praxisbeispiele. Berlin u.a., S.19-39.
- Voeth, M. (2000):** Nutzenmessung in der Kaufverhaltensforschung. Die Hierarchische Individualisierte Limit Conjoint-Analyse (HILCA). Wiesbaden.
- Voss, R. (2011):** Wissenschaftliches Arbeiten. 2. Aufl., München.
- Wagner, P.; Hering, L. (2014):** Online-Befragung. In: Baur, N.; Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden, S. 661-674.
- Wehn, R. (2000):** Versicherungsprodukt und rechtliche Rahmenbedingungen der Produktgestaltung. Wiesbaden.
- Weiber, R.; Mühlhaus, D. (2009):** Auswahl von Eigenschaften und Ausprägungen bei der Conjointanalyse. In: Baier, D; Bruschi, M. (Hrsg.): Conjointanalyse. Methoden – Anwendungen – Praxisbeispiele. Berlin u.a., S.43-58.
- Zok, K. (2009):** Erwartungen an die GKV nach Einführung des Gesundheitsfonds. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter 3.000 GKV-Versicherten. In: Wissenschaftliches Institut der AOK; AOK-Bundesverband (Hrsg.): WIdO-monitor. Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, No. 1, S. 1-8.
- Zok, K. (2013):** Wahrnehmung von Leistungs- und Tarifangeboten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ergebnisse aus zwei Umfragen unter GKV-Versicherten. In: Wissenschaftliches Institut der AOK; AOK-Bundesverband (Hrsg.): WIdO-monitor. Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, No. 2, S. 1-8.
- Züll, C.; Menold, N. (2014):** Offene Fragen. In: Baur, N.; Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden, S.