

Zwischenbericht

im Rahmen des Forschungsprojektes (**EBM+HBG**)

„**Evidence based Medicine: Anwendung auf HBG-Verfahren?**“

für den Projektzeitraum bis 30.11.2002



Institut für angewandtes
Management in der
Sozialwirtschaft

Fachhochschule Mainz
Fachbereich III: Wirtschaftswissenschaften

Bearbeiter:

Prof. Dr. Hans-Christoph Reiss

1. Sollkonzeption / Arbeitsschritte

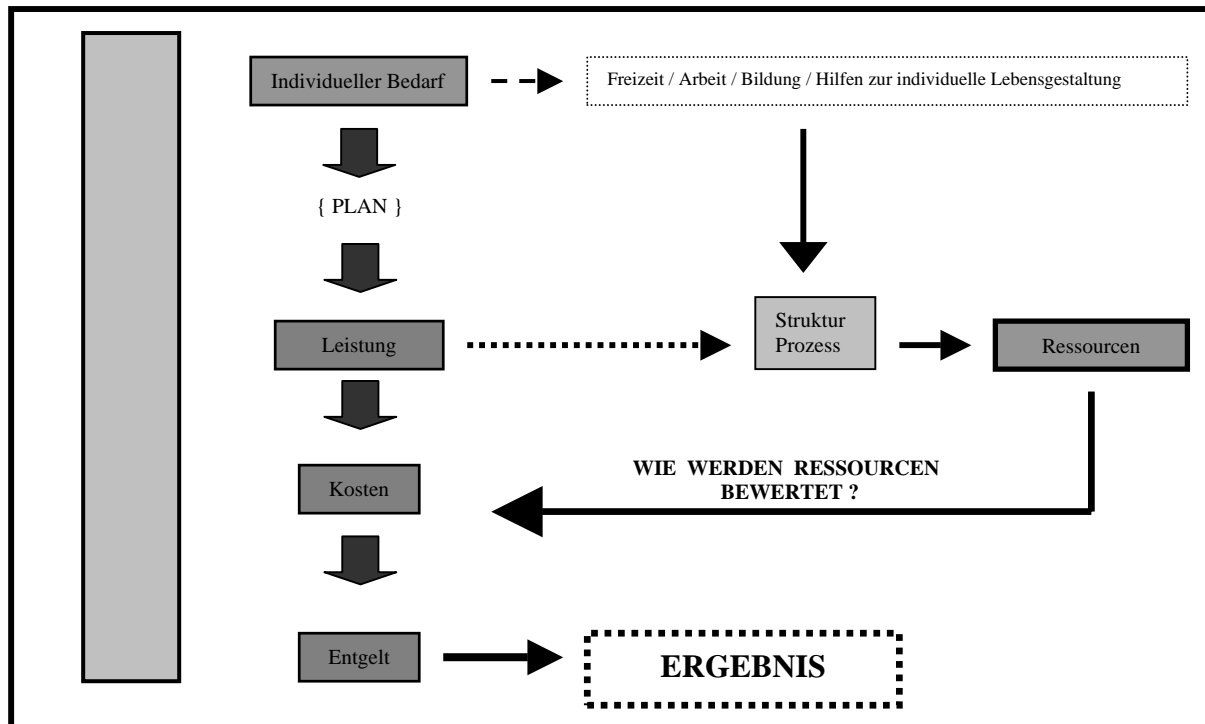
1.1. Das Kriterium der „Individualität“ in betriebswirtschaftlicher Betrachtung

In Anlehnung an die für erwerbswirtschaftliche Unternehmen formulierten Konzepte zur Kundenorientierung sind auch wesentliche Aspekte dieser aus dem Projekt PerLe zu übertragen. Einer dieser Ansätze zielt auf die Schaffung von Transparenz vor allem vor dem Hintergrund politisch gewollter, sich zukünftig verändernder bzw. entstehender Marktsituationen und eines neuen Verständnisses der behinderten Menschen mit einer zu stärkenden Selbstbestimmung i. S. des Begriffs der „Kundensouveränität“ (insbesondere §§ 1, 4, 9, 10 etc. SGB IX).

Behinderte Menschen sind gemäß diesem vom Gesetzgeber intendierten Verständnis als potenzielle Kunden die Produkte bzw. Leistungen konsumieren zu verstehen. Der individuelle Bedarf im kundenorientierten Prozess steht damit für eine betriebswirtschaftliche Betrachtung an erster Stelle. Der Wert einer Leistung in modernen Managementmodellen wird nicht mehr nur als das Ergebnis produktionstechnischer Vorgänge zur Erbringung einer kundenbezogenen Leistung (als einfache Differenz zwischen einem „Verkaufspreis“ und den rein leistungserstellungsbedingten Kosten), sondern wird vielmehr als das Ergebnis einer Aneinanderreihung von kundenbezogenen Tätigkeiten verstanden.

Die am Individualbedarf orientierten Aktivitäten, wie Freizeitgestaltung, Sport, Bildung und Hilfgewährung zur selbständigen Lebensgestaltung, sind als im Rahmen einer „Leistungs(erbringungs)kette“ verortet zu verstehen. Der in diesem Verständnis zu interpretierende „bezahlte Wert“ einer Leistung wird folglich bestimmt durch die Summe aller Tätigkeiten, die durch die Leistungsstruktur und die Prozessabläufe verursacht werden. Sie richten sich nach dem Bedarf der durch das Anbieten, Erstellen und Vollziehen entsteht. Leistungen bzw. Produkte bilden somit die Substanz mit der ein sozialwirtschaftliches Unternehmen kundenorientiert tätig werden kann. Um die infrastrukturelle Ausstattung einer Einrichtung zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung von Leistungsangeboten zu gewährleisten und einen reibungslosen Ablauf der Leistungserstellungsprozesse zu ermöglichen, werden die benötigten Ressourcen eingesetzt und mit ihren Beschaffungspreisen (Personal- und Sachkosten, Investitionsaufwendungen) bewertet. Die entstandenen Kosten der Leistungserbringung müssen mit dem vereinbarten oder vorgegebenen – ggf. vertraglich fixierten - Entgelt gedeckt werden. Auf alle Elemente dieser Leistungsketten haben die Einrichtungen nun ihre Leistungserfassungs- und -dokumentationsinstrumente auszurichten und ihre abrechnungstechnischen Instrumente hin zu gestalten.

Abbildung 1: Individuelle Betrachtung des Bedarfs von behinderten Menschen



1.2. Bewertung von Plankostenrechnungen als Basis für Kalkulationen

Mit Hilfe einer auf die Möglichkeiten zur Entscheidungsunterstützung ausgerichteten Form der Kostenrechnung - der Plankostenrechnung - wird es ermöglicht, neben Aussagen zur Höhe der von den Leistungsträgern akzeptierten Kosten für das Durchführen einer Hilfemaßnahme auch Leistungen von indirekt an der Leistungserbringung beteiligten Bereichen der Organisation mit in die Kalkulation einzubinden. So wird im Sinne einer Leistungskette ein genaueres Bild der Kostensituation der Leistungserbringung sichtbar, weil Kosten weniger pauschal verrechnet, denn auf der Basis echter Leistungsanspruchnahme erfasst wird. Die Plankostenrechnung plant die Gesamtkosten einer Einrichtung für eine bestimmte Planungsperiode, und zwar unterteilt nach Kostenarten, Kostenstellen und Kostenträgern. Plankosten definieren sich als Produkt aus geplanter Faktormenge und geplanten Faktorpreisen. Ziele dieser Methode sind es, Kostendaten für dispositive Zwecke betriebswirtschaftlicher und fachlicher Natur zu beschaffen sowie eine wirksame Kostenkontrolle im Hinblick auf die angestrebten bzw. vereinbarten Leistungen durchzuführen.

Es zeigt sich jedoch, dass diese Methode der Kostenkalkulation – der genannten Plankostenrechnungsverfahren – den heutigen Anforderungen nur teilweise gerecht werden können. Die Kritik, die man an diesem herkömmlichen Kostenrechnungssystemen übt, bezieht sich zum einen auf ihren späten Einsatzzeitpunkt.

Ein weitaus größeres Problem, das allerdings bei allen traditionellen Methoden der Kosten- und Leistungsrechnung auftaucht, ist die unzureichende Flexibilität in Bezug auf die Berechnung von individuellen Hilfeleistungen. Dieses wird vor allem sichtbar bei der Frage nach den

Kosten die bei der Krisenintervention eines behinderten Menschen entstehen. Die Systeme der Kostenrechnung können diese spontan zu erbringenden Leistungen kostenrechnerisch nicht exakt erfassen. Sie müssten mengen- und zeitmäßig vorbestimmbar (planbar) sein. Damit würden sie für zukünftige Ereignisse berechenbar. Ihre Anwendung wird jedoch erst nach Abschluss der Planungen zur Erbringung einer Leistung ermöglicht. Den traditionellen Zwecken der Rechnung – z. B. der Ermittlung der Selbstkosten, der Ermittlung von Preisen, der Preisgestaltung im Rahmen von Vertragsverhandlungen – zu genügen, kann unter dem Eindruck rasch steigender Gemeinkosten entweder kein oder nur noch ein Zweck unter vielen anderen, dringlicheren Entscheidungsproblemen, die durch Kostenrechnung zu stützen sind, sein (vgl. Horak, 1993, S. 346). Die Literatur zur Kostenplanung zeigt – und dies ist teilweise in der Unternehmenspraxis ebenso wie in der Routine der sozialen Arbeit berücksichtigt –, dass möglichst differenzierte Maßgrößen für die Kostenverursachung in den Kostenstellen die beste Möglichkeit für die Gemeinkostenplanung und –steuerung sind. Die Tatsache, dass dennoch die Gemeinkosten relativ zu den Einzelkosten weit stärker im Steigen begriffen sind, hat schließlich dazu geführt, Instrumente zu entwickeln, die sich zunächst nur mit Routinetätigkeiten in Gemeinkostenbereichen befassen.

1.3. Bewertung von Prozesskostenrechnungen als Basis für Kalkulationen

Dies bedeutet eine Abkehr vom traditionellen Denken in den einmal erlernten, vorgedachten Bahnen: Es geht um eine Verstärkung des Prozessdenkens durch die Schaffung von Transparenz in Abläufen und das Sichtbarmachen von sozial- und behindertenpolitischen Werten als Erfolgsfaktoren für eine klientenzentrierte, bedarfsorientierte Betreuung geistig behinderter Menschen (vgl. Reiss, 2001 (a), S. 230 f).

Die dazu notwendigen Informationsstrukturen sind zum einen durch traditionelle Steuerungsinstrumente (z. B. des Controllings) geprägt wie auch durch Weiter- bzw. Neuentwicklungen traditioneller Instrumente und die Einbeziehung von Evaluationsmaßnahmen. Einen besonders wichtigen Teil dieser Instrumentierung bezeichnet man als „Prozessmanagement“.

Im Rahmen des Prozessmanagements werden primär Aussagen zur innovativen organisatorischen Gestaltung von Prozessen formuliert, d. h. zum Einsatz von organisatorischen Kapazitäten im Hinblick auf eine definierte Leistung – und diese ist in einer sozialen, personenbezogenen Dienstleistungsproduktion als Outcome und nicht (oder zumindest weniger wahrscheinlich) als Output zu definieren (vgl. zur umfassenden Darstellung der Output- / Outcomeproblematik, Reis, 1997, S.320 ff). Ein ebenso bedeutsamer Gegenstand des Prozessmanagements ist die Schaffung von Voraussetzungen für die Formulierung von Aussagen zur tatsächlichen Ressourcenverwendung. In einer besonderen Form des Umgangs mit Kostenrechnungsinformationen im Hinblick auf die Kosten der (neu-) gestalteten Prozesse liegt ein Schlüssel zum Erfolg (vgl. bereits Reiss, 1992 (a), S. 240 f).

Das Instrument des Prozessmanagements ist hierbei die Prozesskostenrechnung. Bei diesem Instrument sollen die ggf. aufgabengebieten- und hierarchieübergreifend ablaufenden Prozesse und deren Kosten ermittelt werden. Auf dieser Basis können Rationalisierungspotenziale sichtbar, Leistungskalkulationen ausgearbeitet und Gemeinkosten mengenmäßig durchdacht werden. Die Prozesskostenrechnung basiert auf traditionellen Kostenrechnungen und ergänzt diese. Der Leitgedanke der Prozesskostenrechnung liegt darin, dass entstandene Kosten nicht bereichsweise kalkuliert, sondern sich am Verlauf der Prozesse orientieren und somit bereichs- bzw. kostenstellenübergreifend wirken. Bei der Prozesskostenrechnung wird der Ge-

samtprozess in Teilprozesse bzw. funktionsübergreifende Arbeitsschritte unterteilt und letztlich auf einzelne Tätigkeiten aufgeteilt. Durch die Prozesskostenrechnung identifizieren sich somit Aktivitäten, die in den Gemeinkostenbereichen ausgeführt werden.

Messbare – oder wenigstens mit Bezug zur Kostenentstehung beschreibbare - Arbeitsergebnisse definieren sich als „kostentreibende Faktoren“. Sie sind die Bezugsgrößen für die Planung der Leistungserstellung (, die durch den Umstand charakterisiert ist, dass die mit ihr korrespondierenden Kosten zum überwiegenden Teil Gemeinkostencharakter haben):

- In der Finanzbuchhaltung beispielsweise ist die Hauptaktivität das Buchen, so dass die Anzahl der Buchungen als kostentreibender Faktor für die Planung und Wirtschaftlichkeitskontrolle der Finanzbuchhaltung herangezogen werden kann.
- In der Leitstelle eines Behindertenfahrdienstes ist eine dieser Hauptaktivitäten die Planung der Touren, so dass die Anzahl der anzufahrenden Haltestellen als kostentreibender Faktor festgestellt werden kann (vgl. dazu das Fallbeispiel, auf das in Reiss, 1992 (b) verwiesen wird).
- In allen Betreuungs- und Beratungsprozessen sind jeweils unterschiedliche Hauptaktivitäten festzustellen, für die der jeweilige Zeiteinsatz des Personals als kostentreibender Faktor ermittelt werden kann.

Auf der Basis solcher kostentreibender Faktoren werden nun die vollen Kosten einer oder mehrerer Kostenstellen auf die Häufigkeit der Verrichtungen bzw. der Tätigkeiten innerhalb des betrachteten Prozesses bezogen. Der ermittelte Kostensatz wird Prozesskostensatz genannt und stellt einen Verrechnungssatz für die jeweilige Verrichtung / Tätigkeit dar. Innerhalb einer Abfolge von Aktivitäten lassen sich dann über verschiedene Ebenen Prozesshierarchieebenen definieren und kostenmäßig beschreiben. In der Kostenträgerrechnung werden schließlich die Gemeinkosten je nach Inanspruchnahme einzelner Aktivitäten oder Prozesse verrechnet. Dieses Prozedere ist – wie Erfahrungen in der Altenpflege, der Jugendhilfe und auch im Bereich der Sozialverwaltungen zeigen – sinnvoll einzusetzen.

Zur Sicherstellung der fachlichen Projektziele des PerLe-Projektes muss die Gesamtheit aller Maßnahmen, die in einer Einrichtung ergriffen werden, um eine personenbezogene Unterstützung und Absicherung bzw. Verbesserung der Lebensqualität geistig behinderter Menschen zu bewirken, in diese Prozessanalyse mit einbezogen sein. Ebenso sind die Kosten unter Berücksichtigung der gesamtbetrieblichen wirtschaftlichen Zielsetzung zu gestalten. Folglich sind neben der auf Routineprozesse sich beziehenden Komponente des Kostenmanagements zum Zweck der Kostenoptimierung in einer gegebenen Struktur auch die sich nicht auf Routineprozesse beziehende Komponenten notwendig. Zumal die Intensität der Leistungserbringung und die kommunikative Komponente des Pflagens und Betreuens ein weiteres nur schwerlich als Routineablauf zu klassifizierendes Element der gesamten Bedarfserfüllung darstellt.

Eine Einrichtung sollte in der Lage sein, Kundenanforderungen bei niedrigen Kosten zu erfüllen. Eine hohe Wettbewerbsintensität bei steigenden Kundenanforderungen bedeutet für eine Einrichtung eine gleichzeitige Optimierung von Qualität und Kosten zu betreiben. Diesbezüglich hat ein modernes Kostenmanagement die Kostenstruktur und die Preisgestaltung für eine Leistung an den Bedingungen des Marktes sowie den Bedürfnissen der Kunden auszurichten.

Dieser Aspekt des Kostenmanagements wird Eingang finden in die Diskussion um die „Ökonomisierung“ des sozialen und verwaltungstechnischen Handelns und der politischen Ziel-

vorgaben. Dementsprechend stellt sich im folgenden die Frage, ob prozessbezogene Kostenrechnungssysteme in der Lage sind, diesen Forderungen des heutigen Marktgeschehens der Behindertenarbeit und der Behindertenhilfe zu begleiten. Organisationsindividuelle Strategieentscheidungen wären auf deren Basis umzusetzen und Leistungen prozessübergreifend, kosten- und qualitätsorientiert zu steuern.

Das Erzielen und langfristige Sichern wirtschaftlicher Erfolge einer Einrichtung, hängt andererseits auch von der bereits erwähnten Markttransparenz (z. B. über die Transparenz der Leistungspreise) ab. Ein Instrument, das diese Inhalte – sowohl die organisationsinterne Fragestellung der Leistungserbringung wie auch der -bewertung als auch die Berücksichtigung der Fragestellung des Einbezugs transparenter Preisvergleichsdaten als ein Bestandteil der Markttransparenz – berücksichtigt, ist die Zielkostenrechnung bzw. das Zielkostenmanagement („Target Costing“).

1.4. Zielkostenmanagement als Ansatz für bedarfsgerechte Kalkulationen

1.4.1. Grundlagen des erwerbswirtschaftlichen Konzeptes

Die Grundidee der Zielkostenrechnung ist eine vom Markt ausgehende (retrograde) Vorgehensweise bzw. eine retrograde Kalkulation (Rückrechnung) der Produktkosten ausgehend vom Preis einer Leistung. Die Zielkostenrechnung wird durch drei Merkmale gekennzeichnet:

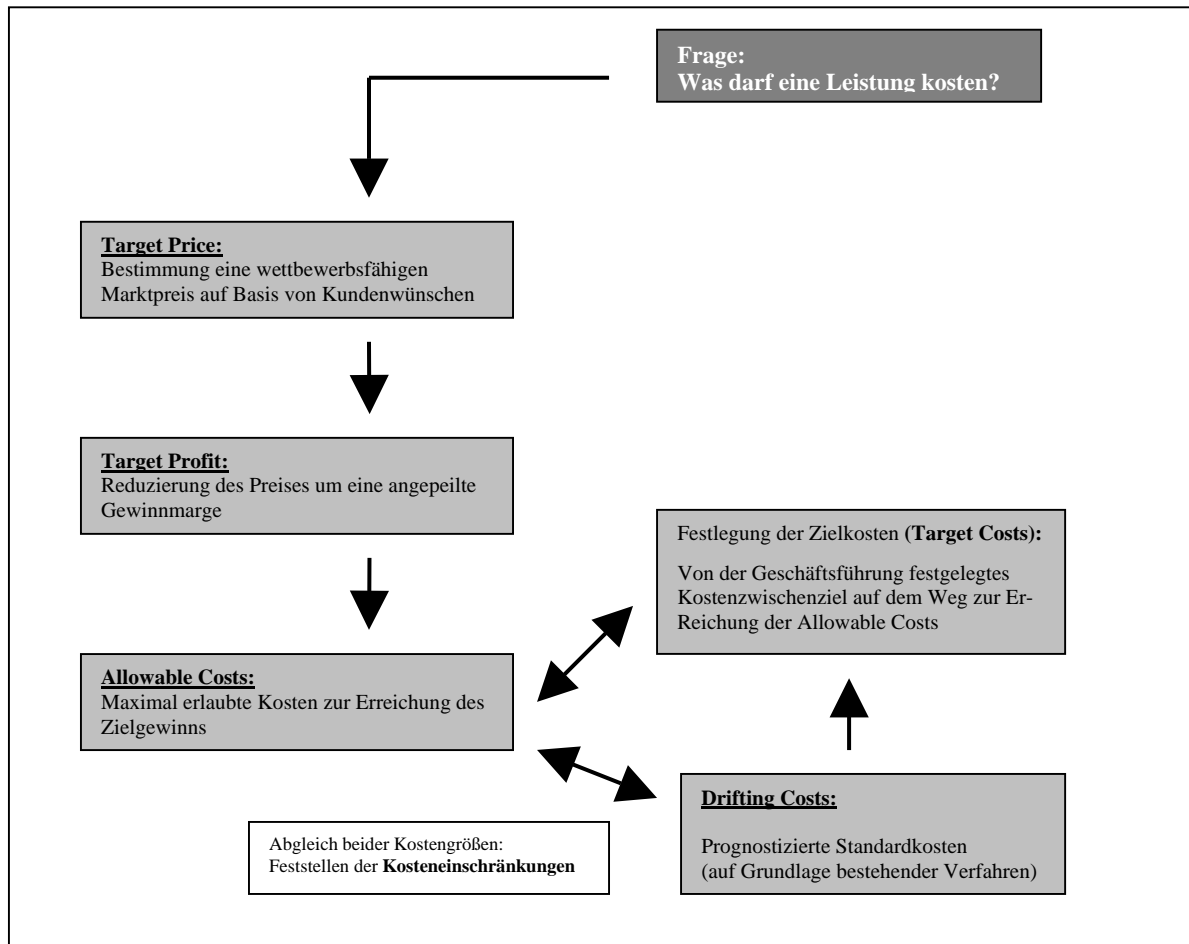
- die Bestimmung der Zielgröße (der Zielkosten) von außerhalb der Unternehmung als markt- oder wettbewerbsbestimmte Größe
- der ständigen Begleitung der Planung und Entwicklung von Produkten und Leistungen durch Kostenrechnungen (Ermittlung von Standardkosten) sowie
- die laufende Anpassung der Kosten während des gesamten Lebenszyklus einer Leistung bzw. Produktes aufgrund von Qualitätsänderungen und / oder zeitlichen Anpassungen

Vereinfacht spricht man von einem markt- bzw. kundenorientiertem Konzept der Kostenplanung, -steuerung und -kontrolle (Seidenschwarz, 1993). Evaluation und Controlling wirken hier beide zusammen in die gleiche Richtung und ergänzen sich dabei. Tatsächlich reichen die Wirkungen einer solchen Zielkostenrechnung weit über rein kostenrechnerische Zwecke hinaus, da sie sich auf eine Steuerung von Wert (sprich: Leistungs) - Kosten - Relationen im Hinblick auf vom Markt (von den Klienten) geforderte Leistungsfunktionen und -qualitäten bezieht. Bei Zugrundelegung einer rein betriebswirtschaftlichen Betrachtung sind Zielkosten wie folgt zu definieren:

Zielkosten sind an Kunden- bzw. Klientenanforderungen und Wettbewerberbedingungen ausgerichtete Plankosten in Abhängigkeit marktnotwendiger Anpassungen im Bereich der eingesetzten Techniken und Technologien sowie der Verfahren zur Leistungserstellung und der Marktentwicklung für ein Produkt (als Leistung) in einer vorgegebener Qualität (vgl. hierzu die Definition von Horváth / Seidenschwarz, 1992, S. 150).

Das Ziel der Zielkostenrechnung ist die Festsetzung der Herstellkosten einer geplanten Leistung, so dass diese in den Phasen des marktwirtschaftlichen Geschehens den gewünschten Gewinn erwirtschaftet. Eine weitere Aufgabe der Zielkostenrechnung ist die Ermittlung der genauen Kosten, die durch die Bereitstellung von Leistungen entstehen (Standardkosten).

Abbildung 7: Traditionelles Vorgehen zur Ermittlung der Zielkosten (Target Costs)



Das abgebildete Modell zeigt die traditionelle Vorgehensweise zur Ermittlung der Zielkosten (Target Costs) (vgl. Buggert / Wielpütz, 1995, S. 44): Vom Preis einer Leistung (Target Price), wird der geplante Gewinn (Target Profit) herausgerechnet, um somit die maximalen erlaubten Kosten zur Erbringung von Leistungen (Allowable Costs) zu erreichen. Diese dürfen bzw., können nicht überschritten werden, um den Markterfolg nicht zu gefährden. Des Weiteren werden Kalkulationen durchgeführt, um Plankosten als prognostizierte Standardkosten (Drifting Costs) zu ermitteln. Die Differenz zwischen Drifting Costs und Allowable Costs wird abschließend analysiert, um so ein internes Kostenziel festzulegen. Grundsätzlich gilt, je näher die Target Costs an die maximal erlaubten Kosten angenähert sind, desto größer müssen die Anstrengungen sein, die Ziellücke zwischen Drifting Costs und Allowable Costs zu schließen (vgl. Buggert/Wielpütz, 1995, S. 43 ff.).

Durch das Target Costing ist ein aktives Tun und Handeln im Sinne eines prospektiven Controllings möglich. Durch die frühzeitige Anpassung der Unternehmung an diese sich aus dem Marktgeschehen ergebenden Daten, hat das Target Costing den Charakter einer prospektiven Wertanalyse, u. a. mit ihrer Auswirkung auf die Mitarbeitermotivation. Das Personal ist demzufolge bemüht, ein an die Bedingungen des Marktes angepasstes, konstruiertes und optimal platziertes Funktionspaket zu erstellen (vgl. Buggert / Wielpütz, 1995, S. 45 ff.).

1.4.2. Übertragung des erwerbswirtschaftlichen Konzeptes auf soziale Dienstleistungsunternehmen

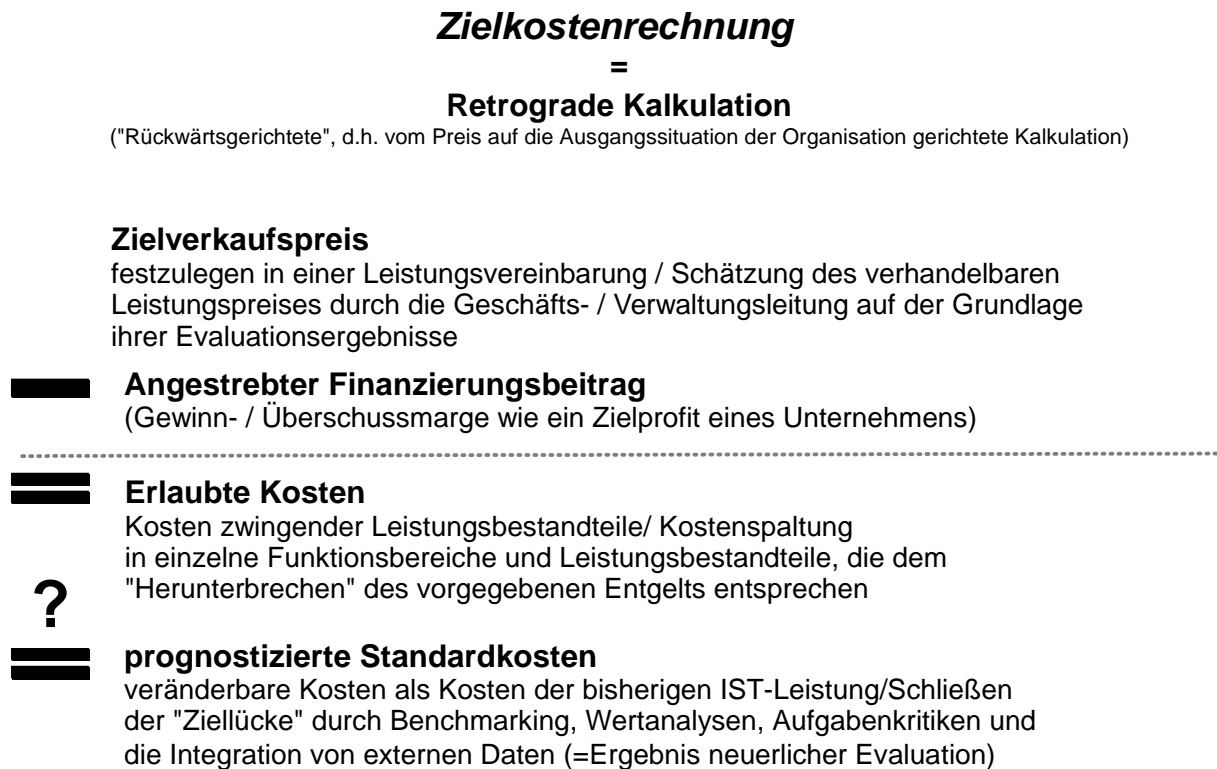
Zielkosten sollten in einer sozialwirtschaftlichen Organisation also wenigstens den durchschnittlich geplanten Selbstkosten für eine Leistungseinheit einer sozialen Dienstleistung entsprechen. Die von den Sozialunternehmen als Zwischenziel auf dem Weg zur Einhaltung der von den Finanzierern als Leistungsträgern geforderten prospektiven, dezentralen Zielbudgets (als Summe „zulässiger Kostenwerte“) angesetzten Kosten entsprechen dann den sogenannten „erlaubten Kosten“ (Allowable Costs).

Es ist zu erkennen, dass es mit diesem Rechnungsverfahren ermöglicht wird, den qualitativen Anforderungen und Vorstellungen der Leistungsträger (als Ergebnis von Fremdevaluation artverwandter Hilfeprozesse) und den organisationseigenen Qualitätsansprüchen (ermittelt z. B. durch Selbstevaluation der tatsächlichen Bedarfe, durch träger- oder verbandsspezifische Qualitätsaudits) gleichermaßen gerecht werden zu können. Die Grundidee ist jedoch eine von bisherigen Verfahrensweisen abweichende:

In Form einer retrograden Kalkulation der Leistungskosten geht man von einem vorgegebenem Leistungspreis (als Zielverkaufspreis) aus und versucht konsequent die Bedarfsorientierung umzusetzen:

Eine konsequente Kostenplanung ist notwendig, um in diesem System ausgehend von den politischen Anforderungen die als akzeptabel angesehenen Kosten einer Leistung zu ermitteln oder sich an die vorgegebenen (historischen) Werte (z. B. als Durchschnitt der Vorjahre) qualitativ anzunähern. Im System der Zielkostenrechnung ist – anders als bei der traditionellen Kostenrechnung („Welche Kosten sind einem Produkt / einer Leistung zurechenbar?“) – die Fragestellung von Interesse was ein Produkt bei bestimmten Eigenschaften kosten darf.

Abbildung 3: Übertragung der Grundidee der Zielkostenrechnung

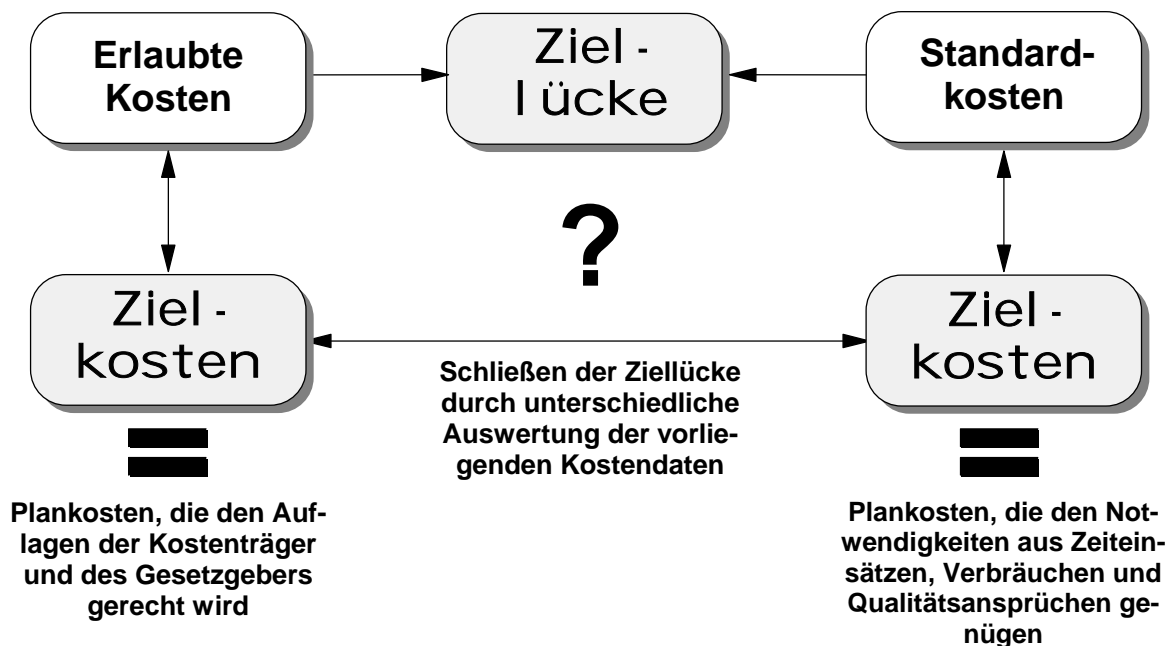


Der entscheidende Vorteil dieser Zielkostenrechnung für die Budgetierung besteht darin, dass bereits zu Beginn der eigentlichen Leistungserstellung für die MitarbeiterInnen bindende Kostenvorgaben mit steuerndem Charakter vorliegen können, die auf den Erfahrungen und Kenntnissen dieser MitarbeiterInnen aufbauen. Während bei Anwendung der traditionellen Kostenrechnung ein passives Rechnen ex post erfolgt, wird durch die Zielkostenrechnung ein aktives, handlungsbegleitendes Controlling im Sinne einer Feed-Forward-Steuerung möglich. Die MitarbeiterInnen werden motiviert, ein den Anforderungen des (politisch geförderten und gewollten) Marktes entsprechendes Leistungsbündel auf der Grundlage ihrer Evaluationsergebnisse zu finden, das den genannten politischen Restriktionen wie den Bedarfsanforderungen und schließlich den kaufmännischen Restriktionen gerecht wird (vgl. Buggert / Wielpütz, 1995, S. 40 ff).

Die auf beiden Ebenen – der der Evaluation des Bedarfs und der der betriebswirtschaftlichen Kostenzwänge – anknüpfende Analyse der Leistungsketten in den Bereichen der sozialen Arbeit überhaupt, bietet für die Einrichtungen und Dienste die Möglichkeit, Kostenentlastungen zu realisieren, ohne dabei die unterschiedlichen Bedarfslagen der verschiedensten Zielgruppen und / oder die Bearbeitungsbedingungen und -zuständigkeiten zu beeinträchtigen.

Abbildung 5: Zweigeteilte Auswertung der Kostenrechnungsdaten

Folge der Grundidee der Zielkostenrechnung: Zweigeteilte Auswertung der Kostenrechnungsdaten



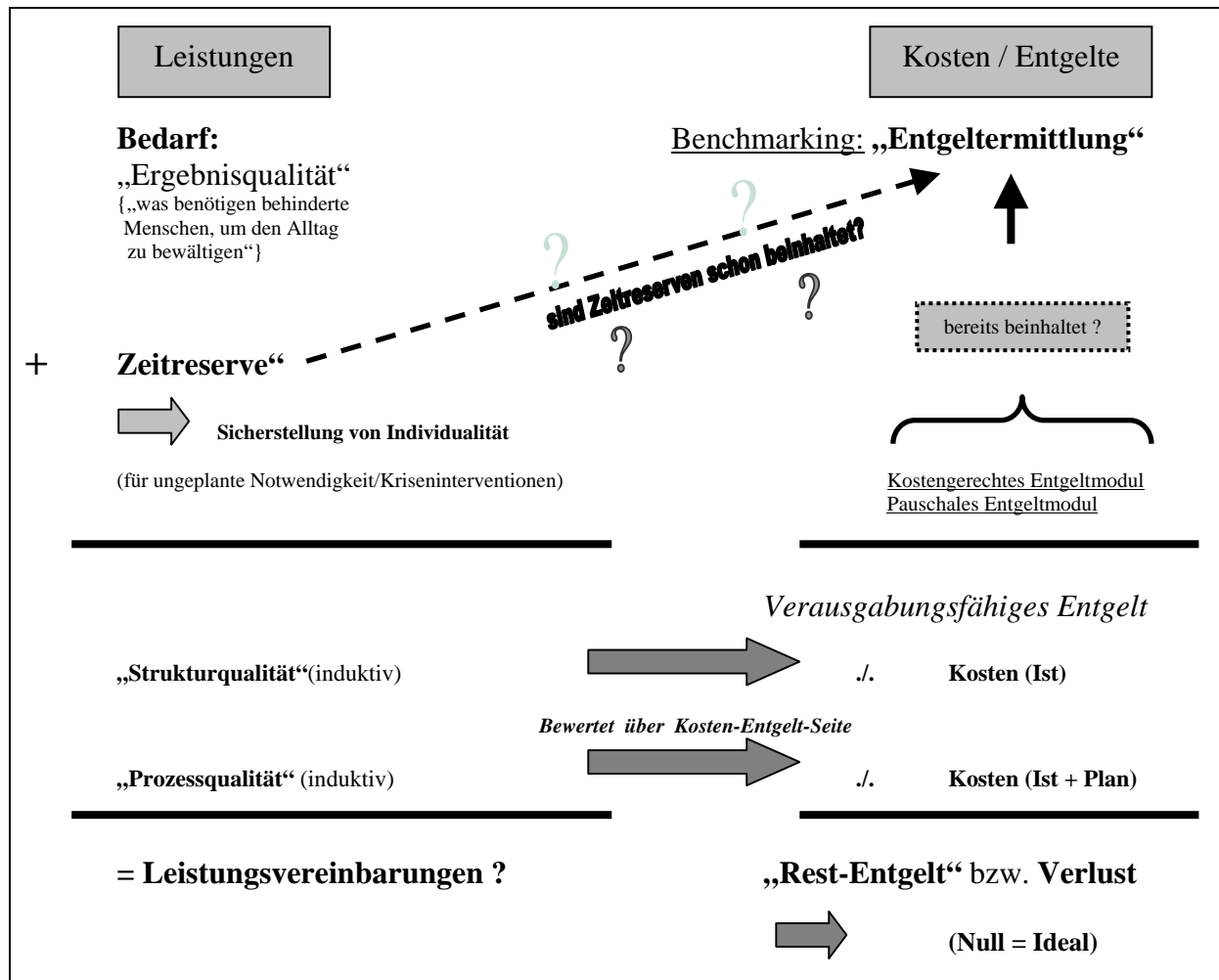
Dies Vorgehen ist – in enger Abstimmung mit Einrichtungen, deren VertreterInnen den Projektbeirat konstituieren– modellhaft zu erproben. Durch den Einbezug der MitarbeiterInnen, die sich bereits mit derartigen Arbeiten befasst haben, wird es möglich werden, festzustellen, inwieweit tatsächlich Klientengerechtigkeit im Leistungsangebot bereits verankert ist. Entsprechende Softwareprodukte existieren bereits. Ihr Nutzen wird sich allerdings nur durch die Integration der evaluierenden Tätigkeiten in den zukünftigen Projektablauf im notwendigen Umfang zeigen.

1.4.3. Anwendung des Zielkostenmanagements auf die Projektinhalte

Um die Verfahrenstechnik des Zielkostenmanagements im Zusammenhang mit dem Projekt konzeptionell umzusetzen, wurden die Zusammenhänge zwischen den Kosten eines Leistungserbringers, dem ihm zur Leistungserbringung zur Verfügung stehenden Entgeltes und den Leistungsanforderungen seitens des Bedarfs (der Bedarfe des Klientel) mit der Hypothese verbunden, dass das Leistungsentgelt über ein (regionales) Vergleichsverfahren bzgl. vergleichbarer Einrichtungen mit vergleichbarem Leistungsangeboten durch die Leistungsträger erfolgt.

Die Abbildung 6 zeigt die beiden zentralen Betrachtungsebenen: Zum einen werden im Zuge der Betreuung und Pflege geistig behinderter Menschen (dokumentierbare) Leistungen erbracht. Andererseits werden die dabei entstehenden Kosten dokumentiert bzw. Entgeltsätze verhandelt bzw. über ein noch näher zu bestimmendes Verfahren (z. B. über ein Benchmarkingprozess) ermittelt.

Abbildung 6: Zusammenhang zwischen Kosten und Leistungen unter Einbeziehung des Leistungsentgeltes



Anhand der Abbildung wird deutlich, dass beide Ebenen interdependent miteinander verknüpft sind. Betrachtet man zunächst die Ebene der Leistungserbringung, wird diese i. S. eines klassischen Dienstleistungsproduktionsprozesses (siehe dazu z. B. Reis, 1997) dadurch geprägt, dass Leistungspotenziale zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung von Leistungsbereitschaft gegeben sein müssen. Im Sinne des dienstleistungsspezifischen Qualitätsmodells von Donabedian (Donabedian, 1980) bezeichnet man diese als Strukturmerkmale einer Einrichtung („Structure“). Ebenso wie die Gesamtheit aller Aktivitäten, die im Verlauf der tatsächlichen Dienstleistungserstellung stattfinden („Process“) hat diese induktiven Charakter; d. h. beide Bestandteile stellen aufgrund der von Donabedian unterstellten linearen Abfolge im Qualitätsbildungsprozess die Prämisse für ein Leistungsergebnis („Outcome“) dar (Vgl. Meyer / Westerbarkey, 1995, S. 86).

Die Faktoren, die die Struktur- wie die Prozessdimension beschreiben, sind mit Kostengrößen zu bewerten. In der Struktur der Zielkostenrechnung werden die dieser Struktur- und Prozessdimension zuzuordnenden Istkosten als Standardkosten bezeichnet. Standardkosten sind Plankosten, die in einer Organisation unter Aufrechterhaltung der vorhandenen Leistungs- und

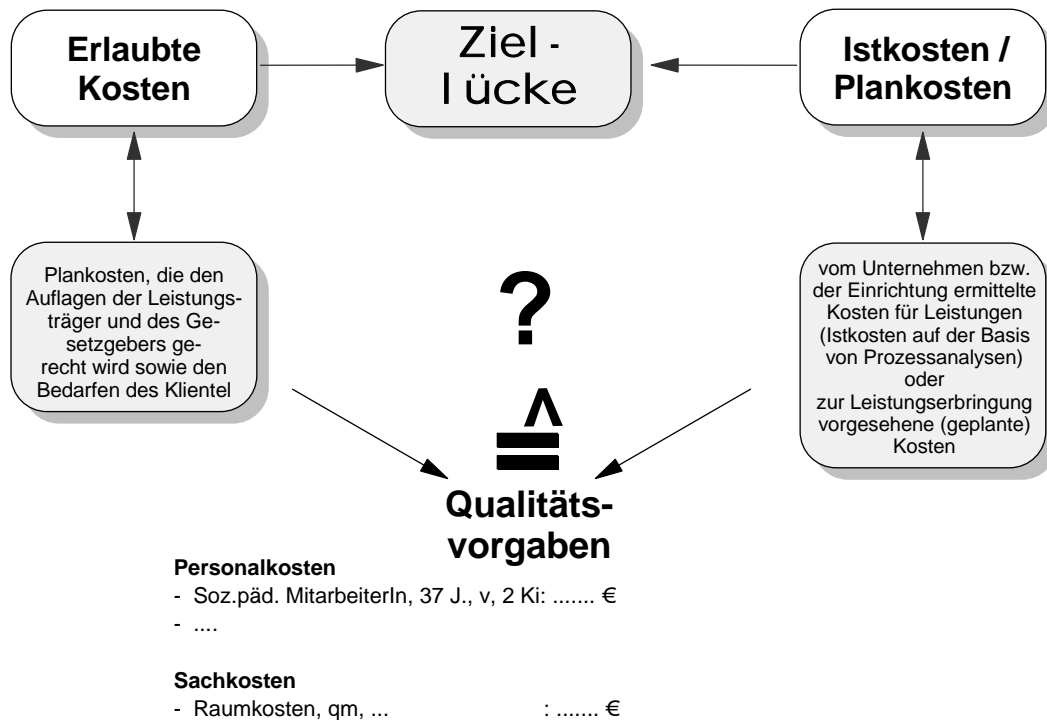
und Verfahrensstandards durchschnittlich in einer Abrechnungsperiode anfallen. Sie sind somit Kosten der bisherigen erbrachten Ist-Leistung.

Die Ergebnisqualität („Outcome“) beschreibt die Zufriedenheit des Klientel mit erbrachten Leistungen und steht somit für eine Änderung des gegenwärtigen oder zukünftigen Zustandes des Klienten, sofern sich diese Änderung auf die erstellte Leistung zurückführen lässt. In einer Plangröße spiegelt diese den Bedarf des behinderten Menschen wieder. Im Zusammenhang mit der Ergebnisqualität sehen wir eine „Zeitreserve“ zur Leistungserbringung vor. Anhand dieser soll die Individualität der Leistungserbringung sichergestellt werden (z. B. im Zusammenhang mit ungeplanten Leistungsnotwendigkeiten wie im Falle von Kriseninterventionen). Freilich wird es zwischen Leistungsträgern (Finanzierern) und Leistungserbringern immer strittig sein, ob eine solche „Zeitreserve“ in den ermittelten Vergleichsentgelten bereits enthalten ist oder nicht.

Aufschluss hierüber können die Ergebnisse der Sitzung mit den Ländern und Verbänden im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) in Bonn geben, die dort zum Thema „Abschluss von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach den §§ 93 ff. BSHG“ am 23. August 2001 diskutiert wurden. Von politischer Seite des BMA geht man davon aus, dass der Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nicht nur für das Sozialleistungssystem gemäß BSHG, sondern auch in anderen Sozialleistungssystemen sich bewährt (hat). Ein vervollständigtes Protokoll, welches auch die Stellungnahmen der bei der Sitzung nicht vertretenen Bundesländer mitumfasst, liegt noch nicht vor. In derartigen Leistungsvereinbarungen sind dann letztlich alle Leistungsbestandteile, gleich welcher der drei genannten Qualitätsdimension man sie zuordnet, beinhaltet.

Um eine einheitliche Vorstellung über Leistungen und Entgelte zu erhalten, wird auf das Verfahren des Benchmarking zurückgegriffen, welches es erlaubt, durch eine systematische Beobachtung des einrichtungsgebundenen Umfeldes die Effektivität und Effizienz der einzelnen Organisation zu verbessern. Benchmarking umfasst einen kontinuierlichen sowie systematischen Vergleich der eigenen Einrichtung mit anderen Einrichtungen innerhalb eines vergleichbaren Tätigkeitsfeldes. Benchmarking bedeutet, Kosten und Leistungen der eigenen Einrichtung mit den Maßstäben anderer erfolgreich arbeitender Organisationen zu vergleichen. Es bedeutet, sich an Festpunkten (den „Benchmarks“) zu messen. Ziel ist es, die eigenen Kosten und Leistungen permanent zu überprüfen und fortlaufend zu verbessern, um so die eigene Wettbewerbsposition zu verbessern – oder wie bei Betrachtung der Fragestellung der Entgeltbestimmung, fortlaufend über die Entgelthöhe anderer vergleichbarer Einrichtungen den Preis der eigenen Leistungen „budgetiert“ zu bekommen. Eine Kostenrechnung dient dann nicht mehr primär der (Vor- und Nach-) Kalkulation von Preisen, wie dies im Falle klassischer Vollkostenrechnungen der Fall ist.

Abbildung 7: Schließen der Ziellücke zwischen erlaubten Kosten und Standardkosten

Erweiterung der Auswertung speziell um Qualitätsaspekte:

Als Instrument der Kostenplanung versucht das Zielkostenmanagement mittels Zielkostenrechnung herauszufinden, was die eigentliche Leistung einer Einrichtung auf dem jeweiligen „Markt“ kosten darf bzw. was der Leistungsträger für eine bestimmte Leistung bezahlt. Die einrichtungsspezifische Frage lautet nun nicht mehr „Was wird eine Leistung kosten?“, sondern die Frage lautet in Zukunft „Was darf eine Leistung kosten?“

In diesem übertragenen Sinne können Entgelte als Basispreis angenommen werden. In der betrieblichen Praxis werden sie zwischen Leistungsträgern und leistungserbringenden Einrichtungen als Preis für die Hilfe- und Betreuungsleistungen ausgehandelt. Als Problem könnten sich in diesem Zusammenhang die uneinheitlich vereinbarten Entgeltleistungen in den einzelnen Bundesländern erweisen. Um bundeseinheitliche Leistungsvoraussetzungen für eine Entgeltbestimmung zu ermitteln, ist das Benchmarking von besonderer Bedeutung.

Ein über Benchmarking ermitteltes (durchschnittliches) Entgelt kann als wettbewerbsfähiger Marktpreis und innerbetrieblich als Zielkostengröße bezeichnet werden.

Nachdem das Entgelt festgestellt ist, ist es den einzelnen Einrichtungen möglich, einen angestrebten Finanzierungsbeitrag (vergleichbar der unternehmerischen Gewinnmarge) zu finden und zu errechnen. Voraussetzung hierfür ist ein Controlling- bzw. Kostenrechnungssystem das es ermöglicht, die erlaubten Kosten (Allowable Costs) als Kostenelemente, die zwingende Leistungsbestandteile umfassen, in die Rechnung mit einzubeziehen. Sie stellen die Plankosten dar, die nun mit den Standardkosten als Istkosten der Einrichtung verglichen werden können (Drifting Costs). Diese dürfen nicht unterschritten werden (langfristige Preisuntergrenze), um die Existenz der Organisation nicht zu gefährden.

1.5. Kalkulation der Maßnahmenpauschale auf der Basis der Weiterführung / Veränderung des sog. „Metzler“-Verfahrens

Als ein alternatives Verfahren zur Anwendung des Zielkostenmanagements erscheint uns die individuelle Ermittlung von Punktwerten anhand des sogenannten Metzler-Verfahrens.

Die nachfolgende Abbildung 8 zeigt den Ablauf einer solchen Berechnung des einzelnen Punktwertes. Vom grundsätzlichen Vorgehen des HMB-Verfahrens mit der Bildung von verschiedenen Hilfebedarfsgruppen soll dabei nicht abgewichen werden. Lediglich an eine Fähigkeitsspezifische individuelle Zuordnung von Punktwerten zu den einzelnen zu betreuenden Personen ist dabei gedacht.

Aus der Sichtweise einer Einrichtung wird aufgrund des HMB-Verfahrens die Hilfebedarfsstufe pro behindertem Klient bestimmt. Mit dieser Abfragestruktur wird der individuelle Hilfebedarf eines Klienten erfasst und über das Fähigkeitsraster festgelegt. Nachdem die Gruppen gebildet wurden, erfolgt die Addition der Punktwerte in den einzelnen Bedarfskategorien. Hierbei ergibt sich eine Gesamtpunktzahl je Aktivität, die von der behinderten Personen (oder für diese) in Folge der Bedarfsermittlung zu refinanzieren sind. Hieran schließt sich die Gesamtberechnung aller Punktwerte über alle Bedarfskategorien an, so dass sich ein Gesamtpunktwert pro Einrichtung ergibt. Da aufgrund des Punktwertes eine einzelne Person in eine Gruppe zugeteilt wird, erhält die Einrichtung ein vom Leistungsträger hilfebedarfsgruppenspezifisch festgelegtes Entgelt.

Aus der Sicht des einzelnen Klienten bedeutet die beschriebene Verfahrensweise, einen individuellen Bedarf durch individuelle Leistungsnachfrage zu befriedigen. Der Klient nimmt hier die mit einem Marktmodell implizierte Nachfragefunktion wahr. Im Procedere der Punktwertermittlung ergibt sich keine Änderung zum einrichtungsbezogenen Vorgehen. Lediglich das Vorgehen zur Punktebewertung kann – ggf. muss, je nach Differenziertheit der Betrachtung – variiert werden:

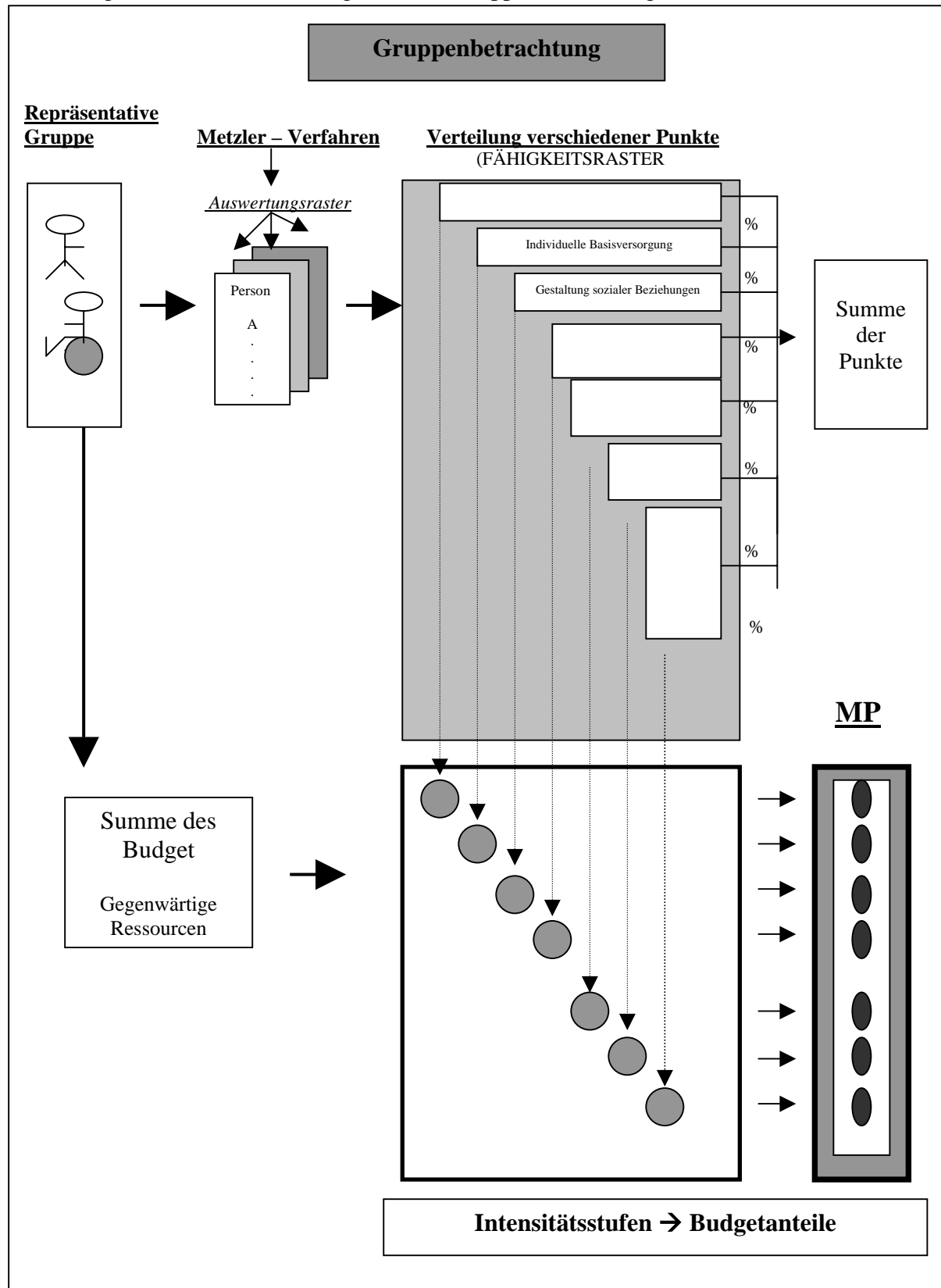
1. Ein Punkt kann mit einem Durchschnittswert bewertet werden, der sich hilfebedarfsgruppenspezifisch ergibt.
2. Die Punktebewertung kann auch unter Betrachtung der Bedarfskategorisierung gemäß des Fähigkeitsrasters (Allgemeine Lebensführung, Individuelle Basisversorgung etc.) erfolgen. So ist es möglich den spezifischen Bedarfen einzelner zu betreuender Personen potenziell besser gerecht werden, weil deren prospektive Bedarfe durch die Gruppenbildung innerhalb der Bedarfskategorie einen Ausgleich erfahren können.
3. Als theoretisch weitere Verfahrensweise sei die vollständig individualisierte Punktebewertung genannt. Diese setzt jedoch eine ebenso individualisierte Leistungserfassung voraus. Zudem ist diese rein vergangenheitsbezogen und schließt damit die Bewertung potenzieller Entwicklungsmöglichkeiten nahezu aus.

Durch die Punktvergabe erhält eine Einrichtung ein Gesamtbudget, welches insgesamt fünf verschiedene hilfebedarfspezifische Entgeltkomponenten beinhaltet. Somit erhält eine Einrichtung ein Budget von Entgelten, mit der die Leistungserbringung von individuellen Hilfebedarfen und die Refinanzierung der gegenwärtig strukturbestimmenden Ressourcen sichergestellt wird.

Um allerdings die genauen ausgabewirksamen Kosten der Leistungserstellung aufzudecken, muss ein Kostenrechnungs- und Controllingsystem derartige Informationen und Kennzahlen

liefern. Eine Einrichtung sollte hierfür insbesondere im Bereich der Personalkosten und im Bereich der Leistungserfassung (die entsprechenden Zeitangaben zur Leistungserbringung), detailliert erfassen, beschreiben und auswerten können.

Abbildung 8: Punktwertermittlung nach der Gruppenbetrachtung



Kundenwertorientierte Gestaltung betrieblicher Systeme

1.5.1. Klientenorientierung zur Leistungserbringung auf der Grundlage einer individuellen Bedarfslage

Entscheidend für ein zukunftsgerechtes Modell der Hilfebedarfserfassung und Hilfestellung wird dessen Fähigkeit sein, die Abstimmung einzelner Leistungsbereiche im Gesamtzusammenhang aufeinander zeitnah zu dokumentieren. Die Zielsetzung heisst „bedarfsgerechte Kalkulation des Persönlichen Budgets“ mit der Orientierung am „Kundenwert“ (zur Kundenwertorientierung siehe beispielsweise einige Beiträge in Hinterhuber / Matzler, 2000). Die aggregierten Leistungsprozesse werden dabei umfassender betrachtet und bewertet als bei klassischen Geschäftsprozessoptimierungen. Der Kundenwert gibt dabei ein komplexes Maß wieder, dass letztendlich unter fachlichen Gesichtspunkten die angestrebte Bedarfsgerechtigkeit und unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten eine Aussage zur Profitabilität und damit zur Rentabilität des Klientel in den jeweiligen Hilfebedarfsgruppen formuliert.

Der Kundenwert ist für soziale Dienstleistungsunternehmen allgemein so wichtig, weil er zum einen voraussetzt, dass man weiss, wen man als Kunden überhaupt betrachtet und zum anderen (vgl. Smidt, 1999, S. 31), weil der Kundenwert Aussagen darüber erlaubt

- wer als Kunde in Frage kommt (kommen soll) (Kundenfokussierung)
- wie intensiv Kunden betreut werden (markt- und marketinggerechte operative Steuerung der Ressourcen)
- wann kundenbezogene Maßnahmen gestartet werden müssen (Timing von strategischen Maßnahmen)

Kundenwertbezogenen Erfolgsfaktoren müssen kompatibel mit den behinderten- und rehabilitationspolitischen Zielen und Strategien gestaltet sein, um fachliche – i. S. e. Intervention notwendige – und betriebliche Reaktionszeiten geschäftsfeldspezifisch zu verringern (zum Erfolgsbegriff, vgl. Reiss 2001 (b), insbesondere S. 8 ff). Notwendig ist ein aktives, handlungsbegleitendes Controlling im Sinne prospektiver Steuerung, einer Feed-Forward-Steuerung: Es erlaubt die Unterstützung von Produktivitäts- und Rentabilitätsanalysen durch eine prospektive Wertanalyse:

Auf der Grundlage der mit Hilfebedarfsempfängern geplanten und vereinbarten Leistungen wird eine Hochrechnung der Kosten vorgenommen. Diese Rechnung mit Plangrößen wird einer fachlich-qualitativen Überprüfung wie einer betriebswirtschaftlichen Prüfung durch den leistungserbringenden Dienst unterzogen. Die Kontroll- bzw. Prüfgrößen sind die mit dem Finanzierungsträger vereinbarten oder von diesem festgelegten fachlichen Standards und Entgeltgrößen. Ergibt sich keine Übereinstimmung kann so bereits vor Beginn des Leistungsprozesses eine (neuerliche) Prozessanalyse mit dem Ziel der Bewirkung der Übereinstimmung oder dem Ziel der Veränderung der Planungsgrundlagen in gang gesetzt werden.

Erscheinen Kostenpotenziale als nicht beeinflussbar (wie z. B. im Personalkostenbereich), sind wenigstens die Einsätze und Produktivitäten der MitarbeiterInnen als Kostenpotenziale – diese sind integraler Bestandteil der Marktleistung – sinnvoll rationalisierbar. Die MitarbeiterInnen werden motiviert, ein den Anforderungen des (politisch geförderten und gewollten) Marktes entsprechendes Leistungsbündel auf der Grundlage ihrer Evaluationsergebnisse zu

beschreiben, dass auch den sozialen, politischen, verwaltungstechnischen und kaufmännischen Restriktionen gerecht wird.

Hier befinden wir uns im Stadium der Überlegung dazu, wie das Konzept der Kundenwertorientierung mit den Erfahrungen zur persönlichen Budgetierung in den Niederlanden und in Großbritannien zusammengeführt werden kann. Leider liegen uns keine detaillierten Unterlagen zur Kalkulation dieser Budgets bzw. einzelner Leistungen daraus aus den genannten Ländern vor.

1.5.2. Konzeption, Anwendbarkeit und Nutzbarkeit vorhandener Ansätze im sozialwirtschaftlichen Bereich

Kundenklassifikationssysteme, die in der Lage sind, den individuellen Bedarf, wie auch – auf übergeordneter Ebene – den gemeinsamen Bedarf der Kunden einer Einrichtung oder eines Versorgungsgebietes zu erfassen und dazu den jeweils tatsächlichen erforderlichen Betreuungsaufwand zu definieren, sind ein geeignetes Steuerungsinstrument sowohl für die Leistungsbemessung im Einzelfall (z. B. im Falle der Leistungserfassung und –dokumentation im Zuge der Kalkulation eines Persönlichen Budgets), wie auch für die Arbeitsablauforganisation in einer Einrichtung, die Versorgungsstrukturentwicklung einer Region oder auch die Vereinbarung von Vergütungen (vgl. Fuchs, 2002, S. 159).

Evidenzbasierte Betreuungsmanagement-Systeme stellen dabei eine Voraussetzung dar, um im differenzierten und – mindestens für den Leistungsempfänger – unübersichtlichen Gesundheits- / Leistungssystem, die individuell notwendigen Leistungen zu adäquaten Kosten und Qualitätsstandards für die Leistungsempfänger verfügbar zu machen. Durch die Möglichkeit mit einzelnen Leistungserbringern zu kontrahieren, kann sich ein Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit und Qualität entwickeln (vgl. N. N., 2002, S 295).

1.5.2.1.1. RUG III – System

Das RUG III – System (Resource Utilization Groups) (Vgl. bei Fuchs, 2002, S. 160) dient der Bildung von Fallpauschalen in der Rehabilitation, insbesondere im Bereich der Geriatrie und Psychiatrie und basiert auf der Anwendung der MDS RAI (Minimum Data Set des Resident Assessment Instruments). Es kann die Langzeitpflege und Geriatrie sowie die häusliche pflegerische Versorgung und das Qualitätsmanagement abdecken. Die RUGs stehen nicht nur für die stationäre, sondern auch für die ambulante Langzeitversorgung und für die Rehabilitation zur Verfügung.

Die Besonderheit dieses Systems besteht darin, dass für die Klassifikation und Berechnung der „Ressourcenverbrauchsgruppen“ Daten verwendet werden, die auch sonst bei der Therapieplanung, beim Case-Management und bei der Pflegeplanung, bei der Prozessevaluation und Messung der Outcome-Qualität genutzt werden können. Dies reduziert den Verwaltungsaufwand.

Die Daten (ca. 300 Punkte des MDS RAI) können bzw. müssen von den MitarbeiterInnen in einem normalen, alltäglichen Arbeitsprozess erhoben werden.

Auf der Grundlage eines MDS wird festgestellt, wie sich das jeweilige Patientenkollektiv einer Bedarfsgruppe zusammensetzt (Case-Mix) und welche Charakteristika es aufweist. Mit Hilfe der Kombination von Patientencharakteristika werden homogene Gruppen identifiziert, die im Hinblick auf den Ressourcenverbrauch – insbesondere den Zeit- und Qualifikationsaufwand – differieren. Erst dann werden Kostengrößen als Entscheidungsparameter mit hinzugezogen. Das Einbeziehen von Kosten erfolgt sowohl über die für die Kostendeckung zur Verfügung stehenden vereinbarten Leistungsentgeltsätze (der Finanzierer), als auch durch den tatsächlichen betrieblichen Aufwand (den Kosten) der leistungserbringenden Einrichtung bzw. Organisation.

Eine positive Eigenart dieses RUG III-Systems ist seine Unabhängigkeit. Der relative Ressourcenverbrauch der verschiedenen Gruppen bleibt ungeachtet der kulturellen Unterschiede der bisherigen Einsatzländer und ungeachtet der unterschiedlichen nationalen Versorgungssysteme konstant und stabil.

Parallel zur dem RUGs III-System wurden Qualitätsindikatoren entwickelt, die eine interne Qualitätskontrolle, aber auch ein Benchmarking und externe Qualitätskontrollen möglich machen.

1.5.2.1.2. Evidence Based Medicine (EBM)

Das Konzept der „Evidence Based Medicine“ kennzeichnet einen „Bottom-Up“-Ansatz in der klinischen Praxis, der die beste verfügbare externe Evidenz mit individueller klinischer Expertise und Patientenpräferenzen verbindet. Es dient damit der bedarfsgerechten Verteilung knapper bzw. knapper werdender Ressourcen (vgl. Raspe, 1996, S. 553).

Erklärte Absicht des EBM ist, in der Medizin nur auf das zu setzen, was sich empirisch bewährt hat. Als „bewährt“ gilt nach lehrmedizinischem Konzept nur, was unter wissenschaftlich kontrollierten Bedingungen zum Ziel geführt hat – bei einer zufälligen Zahl von Kranken oder Behandlungsepisoden (vgl. ebenda, S. 554). EBM hat jedoch auch für Probleme der Beschreibung und Klassifikation von Krankheiten, für die Diagnostik und Diagnoseerstellung, für Prävention und Rehabilitation, für Fragen des natürlichen Verlaufs und der Prognostik und für die Qualitätssicherung Bedeutung.

Evidence Based Medicine meint dabei im angloamerikanischen Sinne „beweisgestützte Medizin“; nicht das kontinentale Sprachverständnis im Sinne von „das, was keiner weiteren Herleitung und Verteidigung bedarf“; „ohne weiteres einleuchtend“ oder „unmittelbar überzeugend“ (vgl. ebenda, S. 556).

EBM wird dort Bedeutung bekommen, wo es um den „Einkauf“ von Leistungen geht. Konkret: Bedeutsam ist die Methodik insbesondere bei der Beantwortung der Frage, wofür es sich lohnt Geld auszugeben bzw. welche Aktivitäten nachrangig, weil von zweifelhafter Wirksamkeit ist (im Hinblick auf den Output wie den Outcome). EBM wird darüber hinaus der Qualitätssicherung eine Orientierung geben können. Beispielsweise werden heute in der medizinischen Rehabilitation mit aufwendigen Programmen die Qualität von Strukturen und Prozessen gesichert. Für deren Wirksamkeit existiert bisher jedoch wenig Evidenz (vgl. ebenda, S. 557).

EBM hat in der klinischen Praxis eine zunehmende Bedeutung für die Etablierung von Indikationsregeln und die fallweise Indikationsstellung. Mit Hilfe von EBM soll für einen ge-

benen Patienten die zur Zeit effizienteste Lösung für ein (klinisches) Problem gefunden werden. Vier Schritte sind hierzu vorgesehen (vgl. ebenda, S. 558):

1. Übersetzung eines klinischen Problems in beantwortbare Fragen.
2. Auffinden der besten wissenschaftlichen Evidenz aus externen Quellen (v. a. aus Zeitschriftenaufsätzen).
3. Kritische Beurteilung der Literatur kritisch nach ihrer Angemessenheit, Validität und Nützlichkeit.
4. Überprüfung der Anwendbarkeit der gewonnen Erkenntnisse auf den vorliegenden Fall.

5. Literaturhinweise

Buggert, Willi / Wielpütz, Axel: Target Costing: Grundlagen und Umsetzung des Zielkostenmanagements, München-Wien 1995

Donabedian, Avedis: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Explorations in Quality, Assessment and Monitoring, Vol. I, Ann Arbor, 1980

Fuchs, Harry: Rehabilitation vor Pflege; in: Soziale Sicherheit, 51. Jahrgang, 2002; Heft 5, S. 154 - 162

Horak, Christian: Controlling in Nonprofit-Organisationen, Wiesbaden 1993

Horváth, Péter / Seidenschwarz, Werner: Zielkostenmanagement, in: Controlling, 4. Jahrgang, 1992, Heft 3, S. 142 - 150

Hinterhuber, Hans H. / Matzler, Kurt (Hrsg.): Kundenorientierte Unternehmensführung, Wiesbaden 2000

Meyer, Anton / Westerbarkey, Peter: Bedeutung der Kundenbeteiligung für die Qualitätspolitik von Dienstleistungsunternehmen, in: Bruhn, Manfred / Stauss, Bernd (Hrsg.): Dienstleistungsqualität: Konzepte, Methoden, Erfahrungen, Wiesbaden 1995, S. 81 - 103

N. N.: Konzepte für die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens; in: Sozialrecht + Praxis, 2002, Heft 5; S 293 – 298

N.N.: Protokoll der Sitzung mit Ländern und Verbänden am 23. August 2001 im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in Bonn zum Thema: „Abschluss von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach den §§ 93 ff. BSHG“, Bonn 2001

Raspe, Heiner: Evidence based medicine: Modischer Unsinn, alter Wein in neuen Schläuchen oder aktuelle Notwendigkeit?; in: Zahnärztliche Fortbildung (ZaeF), 90. Jahrgang, 1996, S. 553 – 562

Reis, Claus: „New Public Management“ im Rahmen der Produktion von Dienstleistungen - das Konzept der „Leistungskette“ als Alternative zur „Produkt“orientierung, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 57. Jahrgang, 1997, Heft 10, S. 318 - 323

Reiss, Hans-Christoph: Im Wettbewerb bestehen. Über die Notwendigkeit und die Gestaltung von Controlling in sozialen Organisationen, in: Blätter der Wohlfahrtspflege - Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, 139. Jahrgang, 1992 (a), Nr. 9, S. 239 - 242

Reiss, Hans-Christoph: Unternehmens- und Verbandsmanagement: Entwicklungshilfe, in: SOCIALmanagement, 2. Jahrgang, 1992 (b), Heft 4, S. 44 - 47

Reiss, Hans-Christoph: Controlling, in: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit / Sozialpädagogik, Neuwied 2001 (a), S. 227 - 231

Reiss, Hans-Christoph: Ohne Ziele kein Erfolg., in: Diakonie, o. Jg., 2001 (b), Heft 5, S. 6 – 10

Reiss, Hans-Christoph / Vogel, Markus: Tätigkeitsbericht im Rahmen des Forschungsprojektes Personenbezogene Unterstützung und Lebensqualität (PerLe) für den Projektzeitraum vom 01.03.2001 bis 31.12.2001, (überarbeitete Fassung vom 29. Januar 2002), Mainz 2002

Seidenschwarz, Werner: Target Costing. Marktorientiertes Zielkostenmanagement, München 1993

Smidt, Wolfhart: Wenn durch die umsatzstärksten Kunden Geld verloren wird, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 1. März 1999, Nr. 50, S. 50

Vgl. Strünck, Christoph: Pflegeversicherung – Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung. Institutioneller Wandel, Machtbeziehungen und organisatorische Anpassungsprozesse, 2000