

Hans-Wolfgang Hoefert (Hrsg.)

Führung und Management im Krankenhaus

2., vollständig überarbeitete Auflage

HOGREFE



Führung und Management im Krankenhaus

Organisation und Medizin

Führung und Management im Krankenhaus

hrsg. von Prof. Dr. Hans-Wolfgang Hoefert

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Hans-Wolfgang Hoefert, Prof. Dr. Uwe Flick,
Prof. Dr. Dr. Martin Härter

Führung und Management im Krankenhaus

herausgegeben von
Hans-Wolfgang Hoefert

2., vollständig überarbeitete Auflage



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN

Prof. Dr. phil. Hans-Wolfgang Hoefert, geb. 1945. Studium der Psychologie und Betriebswirtschaft in Berlin. 1978 Promotion. 1972-1976 Tätigkeit in der Industrie. Seit 1982 Hochschullehrer für Sozialpsychologie und Institutionsberatung an der ASFH Berlin und seit 1980 Fortbildung von Führungskräften im Gesundheitswesen.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© 1997, 2007 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag
Toronto · Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar
Druck: AZ Druck und Datentechnik, Kempten
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-2083-4

Vorwort der Reihenherausgeber

Als die Buchreihe „Organisation und Medizin“ Mitte der 90er Jahre eingerichtet wurde, stand im Vordergrund die Vorstellung, dass die jeweilige Institution (Industriebetrieb, Krankenhaus, Pflegeeinrichtung) und ihre jeweilige Organisation zu einem großen Teil die Gesundheit der Mitarbeiter bzw. Patienten mitbestimmen. Diese Vorstellung konnte in verschiedenen Bänden der Reihe erweitert und differenziert werden.

Im vorliegenden Fall gilt das Interesse wieder dem Krankenhaus, – vorausgegangen waren die Bände „Organisationsentwicklung im Krankenhaus“ (1996), „Führung und Management im Krankenhaus“ (1997), „Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege“ (1997), „Grundlagen guter Beratungspraxis im Krankenhaus“ (2001) und „Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus“ (2002). Neu in diesem Band ist die Betrachtung der Rehabilitationskliniken, welche sich gegenüber Krankenhäusern teilweise in einer Konkurrenzsituation (z. B. wenn Krankenhäuser eigene Reha-Abteilungen einrichten), teilweise in einer Abhängigkeitssituation (z. B. durch die Übernahme von Anschluss-Heilbehandlungen) befinden.

Die zweite, gründlich überarbeitete Auflage des Bandes „Führung und Management im Krankenhaus“ erscheint in einer Zeit von Reformen im Gesundheitssystem, an denen sich die Politik schon seit vielen Jahren versucht hat. Einige dieser Reformen befinden sich bereits in einem Stadium, in dem eine zusammenfassende Evaluation möglich ist (z. B. Fallpauschalen-System für Krankenhäuser), andere haben das Erprobungsstadium erreicht (z. B. neue Vernetzungsformen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung). Welche neuen Herausforderungen für das Management solcher intermediärer Einrichtungen entstehen, lässt sich gegenwärtig nur erahnen, – so sehr Einrichtungen dieser Art dem Anspruch an eine umfassende Patientenversorgung nahe zu kommen scheinen. „Umfassend“ soll in diesem Zusammenhang bedeuten, dass Patienten aus interdisziplinärer Perspektive betrachtet werden und dass abgestimmte Übergänge zwischen zeitlich aufeinander folgenden Versorgungsstadien möglich werden.

Eine andere Forderung an die Einrichtungen des Gesundheitssystems, nämlich die Herstellung und Sicherung von Versorgungsqualität sowie das Management der entsprechenden Maßnahmen, findet bislang ihre Konkretisierung in den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichten der Krankenhäuser und in der – freiwilligen – Zertifizierung nach einem Verfahren der freien Wahl. Man kann heute noch nicht abschließend einschätzen, wieweit sich in den Daten tatsächlich Qualität im Sinne eines krankheitsbildgerechten und humanen Umgangs mit dem Patienten abbildet bzw. inwieweit derartige Bemühungen überwiegend der Selbstdarstellung und dem Marketing dienen.

Sicher ist jedoch, dass der ökonomische Druck auf Krankenhäuser zugenommen hat, dass einige Krankenhäuser diesem Druck nur durch Rationalisierung oder Fusionierung mit weiteren Leistungsträgern begegnen können und einige andere Krankenhäuser ihren Betrieb in den nächsten Jahren aufgeben werden. Wenn der Ökonomisierungs-

druck und der Qualitätsdruck gleichzeitig zunehmen, und dies vor dem Hintergrund einer – politisch gewollten – Verschärfung des Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern einerseits und zwischen diesen und anderen Gesundheitseinrichtungen andererseits, dann sollte man meinen, eine Situation der Quadratur des Kreises sei geschaffen, das eine müsse also auf Kosten des anderen gehen.

Ungeachtet der Tatsache, dass sich in jedem Krankenhaus oder in jeder Rehabilitationsklinik gewisse Rationalisierungsreserven ausfindig machen lassen, deren Mobilisierung den Ökonomisierungsdruck abmildern und die Versorgungsqualität sogar verbessern könnte, stellt sich die Frage, wie der wichtigste Leistungsfaktor in einer Gesundheitseinrichtung – das ärztliche und pflegerische Personal – sich unter Druck verhält. Denkbar und verständlich wären nachlassende Motivation, Beschränkung auf das Wesentliche (wie bereits in der Altenpflege sichtbar), Häufung von stressbedingten Verhaltensweisen und Anstieg der Krankheitsraten, der jedoch nach aller Erfahrung erst in einer wieder einigermaßen sicheren Arbeitssituation einsetzt, oder Abwanderungen von qualifiziertem Personal (eine Tendenz, die bei Ärzten bereits erkennbar ist).

Die Leitung von Krankenhäusern kann sich heute nicht mehr darauf beschränken, allein die Innenverhältnisse zu gestalten und es nach außen hin bei einem gelegentlichen „Tag der offenen Tür“ oder bei der Pflege guter Beziehungen zur Kommunalpolitik und zur Presse bewenden zu lassen. Sie muss vielmehr, um die Existenz des Hauses zu sichern, unternehmerisch agieren auf einem Gesundheitsmarkt, dessen Bedarfe sie oft nicht genügend kennt, – ebenso wenig wie die Bedürfnisse ihrer bzw. potenzieller Patienten und deren Angehörigen sowie die Motive der jeweils einweisenden Ärzte. Nach innen hin muss sie eine Kultur schaffen, die durch Werte und nicht durch vordergründige Zwecke geprägt ist, muss erreichbare Ziele für Vorgesetzte und Mitarbeiter setzen und dabei Sicherheit in einem womöglich turbulenten Umfeld geben.

Dieses Buch kann dazu beitragen, dass Management- und Führungsprozesse neu überdacht werden, dass ggf. eine Rückbesinnung auf die eigenen Ideale und Ressourcen stattfindet und dass bei aller notwendigen Ökonomisierung nicht die eigentliche Aufgabe von Krankenhäusern – die Arbeit von Menschen an Menschen – und damit die „Personalpflege“, um einen alten Begriff zu bemühen, in den Hintergrund gerät.

Für die Reihenherausgeber

Prof. Dr. H.-W. Hoefert

Inhalt

Krankenhäuser in der Existenzkrise? Einleitung und Überblick <i>Hans-Wolfgang Hoefert</i>	9
--	---

Teil I: Personale Führung im Krankenhaus

Management und Führung <i>Hans-Wolfgang Hoefert</i>	31
Zur beruflichen Sozialisation von Ärzten, Pflegekräften und Verwaltungsangehörigen im Krankenhaus <i>Hans-Wolfgang Hoefert</i>	71
Konflikte zwischen Berufsgruppen im Krankenhaus <i>Hans-Wolfgang Hoefert</i>	91

Teil II: Orientierungskonzepte für das Krankenhaus-Management

Leitbilder und Corporate Identity in Krankenhäusern <i>Hans-Wolfgang Hoefert</i>	117
Ganzheitlichkeit, Humanität und Patientenorientierung – ethische Leitziele oder Marketingbegriffe? <i>Hans-Wolfgang Hoefert</i>	139

Teil III: Neue Steuerungsformen im Krankenhaus

Implementierung von Qualitätsmanagement in einem Großkrankenhaus <i>Klaus Rudolf, Anne Claussen, Peter Doelfs & Martin Härter</i>	165
Management von Vernetzungen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung <i>Hans-Joachim Conrad</i>	181
Vernetzung und Interdisziplinarität – am Beispiel der Behandlung der Adipositas <i>Christoph Klotter</i>	193

Teil IV: Management in Rehabilitationskliniken

Führung und Management in Rehabilitationskliniken <i>Hans-Wolfgang Hoefert</i>	205
Qualitätsmanagement in Rehabilitationskliniken <i>Erik Farin</i>	225

Teil V: Entwicklung der personellen Kompetenz

Zur Entwicklung von pflegerischen Schlüsselqualifikationen –
eine Herausforderung für das Krankenhaus-Management

Renate Schwarz-Govaers 251

Supervision – ein Beitrag zur Professionalisierung der Tätigkeiten
im Krankenhaus

Adelheid Kühne 269

Die Autorinnen und Autoren des Bandes 289

Stichwortverzeichnis 291

Krankenhäuser in der Existenzkrise?

Einleitung und Überblick

Hans-Wolfgang Hoefert

In der ersten Ausgabe dieses Buches (Hoefert 1997) hatten wir das damalige Einleitungskapitel unter die Überschrift „Krankenhäuser und Kliniken in der Legitimationsphase“ gestellt. Es war absehbar, dass alle Bemühungen um eine Reform des Gesundheitssystems auch die Krankenhäuser und insbesondere die Krankenhausfinanzierung nicht unberührt lassen würden. Die damals bereits erkennbare und sodann expansiv wachsende betriebswirtschaftliche Orientierung in der Leitung von Krankenhäusern erschien uns einer kritischen Betrachtung wert, weil wir darin eine Bedrohung der Qualitätsstandards in der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu sehen glaubten. Inzwischen scheinen trotz vielfacher Rationalisierungen und Kosteneinsparungen wesentliche Verluste in der Versorgungsqualität nicht eingetreten zu sein. Es geht heute vielmehr um die Frage, wie sich mit beschränkteren Ressourcen als früher weitere Potentiale nicht nur für eine Erhaltung der Qualitätsstandards, sondern sogar noch für deren Verbesserung erschließen lassen. In diesem Buch werden wohlwollend kritisch wie schon 1997 eine Reihe von Ansatzpunkten beschrieben, wie Krankenhäuser auch künftig in einer Wettbewerbssituation bestehen können.

1 Eine erste Annäherung an den Gegenstand „Krankenhaus“

„Krankenhäuser sind 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 gepflegt werden können.“ (Krankenhausfinanzierungsgesetz 1999, § 2).

Krankenhäuser lassen sich auf unterschiedliche Weise typologisieren, so zum Beispiel nach der Trägerschaft (öffentlich, freigemeinnützig und privat) oder nach der Größe bzw. den Bettenzahlen. In *wirtschaftlicher* Hinsicht sind diese Unterscheidungen insofern bedeutsam, als private und freigemeinnützige Träger personalpolitisch „freier“ und kostensparender agieren können als öffentliche Träger. Ebenso bedeutsam sind die Bettenzahlen, wobei sich im Vergleich zu zeigen scheint, dass kleinere Häuser mit bis zu 150 Betten und maximal drei Fachrichtungen ökonomisch gewinnbringender sind als Häuser mit 200 bis 400 Betten und einem allgemeinen Leistungsspektrum sowie Häusern mit 500 bis 700 und mehr Betten und einer Schwerpunkt- und Maximalversorgung (McKinsey 2006). Hinsichtlich der *Pflegeintensität* wird grob unterschieden zwischen Stationen mit wenig Pflegeaufwand (low care), Stationen, in denen Patienten per Monitor überwacht werden können (intermediate care) und Stationen mit intensivmedizinischer Betreuung (intensive care).

Aussagen über die medizinische Versorgungsqualität bzw. die Pflegequalität können mit solchen Unterscheidungen allerdings nicht getroffen werden. Zwar scheint sich nach neueren Umfragen die Versorgungsqualität in Krankenhäusern zu verbessern (BQS 2006), doch sind entsprechende Qualitätsreports für Laien und einweisende Ärzte nicht immer verständlich, müssen je nach betrachteter Prozess- oder Ergebnisqualität unterschiedlich interpretiert werden und erlauben derzeit aufgrund anonymisierter Ergebnisse auch keine gezielte Krankenhaus-Suche (vgl. dazu auch die Beiträge von Rudolf et al. und Farin in diesem Buch).

Krankenhäuser zählen mit ihren mehr als eine Million Beschäftigten zu den wichtigsten Arbeitgebern im Gesundheitswesen (alle Zahlen gelten für Deutschland). Tabelle 1 zeigt in Umrissen die Beschäftigungsstruktur. Dabei wird erstens der hohe Anteil von *Frauen* deutlich, – eine Tatsache, die nicht ohne Konsequenzen für die Mitarbeiterführung bleiben kann. Zweitens – und auch dies verdient berücksichtigt zu werden – stellt das *ärztliche* Personal nur rund ein Viertel des gesamten Gesundheitspersonals an Krankenhäusern, obwohl es zweifellos die Arbeitsweise und das Image am stärksten prägen dürfte.

Das deutsche Gesundheitssystem zeichnet sich u. a. im internationalen Vergleich durch eine hohe Dichte von Krankenhausbetten aus. Diesem objektiv hohen Versorgungsgrad stehen einige funktionale Mängel gegenüber, nämlich

- partielle Unterversorgung (z. B. gesundheitliche Versorgung in so genannten strukturschwachen Gebieten, Lücken im DRG-System, Fehlen altersangepasster Versorgungsangebote usw.),
- partielle Überversorgung (z. B. gesundheitliche Versorgung in Ballungsräumen/ Großstädten, Doppeldiagnostik im ambulanten und stationären Bereich, doppeltes Facharztsystem, Zahl der Medikamente usw.),
- Fehlallokation (z. B. überdurchschnittlicher Ressourceneinsatz im internationalen Vergleich, landespolitische und weniger betriebswirtschaftliche Orientierung im Krankenhausbetrieb, ungleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen öffentlich-rechtlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern usw., vgl. dazu Sachverständigenrat 2005, 35 f.).

Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre haben die Krankenhauswirklichkeit – bis auf die Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen ab 2002 – nur marginal verändert bzw. die oben genannten Mängel beseitigt: Die Gesundheitsreform 2000 sah u. a. die Stärkung von Patientenrechten, die Einführung integrierter Versorgungsformen sowie die Einführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung vor, die Gesundheitsreform 2004 forderte mehr Wettbewerb und mehr Qualität und sollte zu mehr Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem – also auch bei Krankenhäusern – beitragen. Die Gesundheitsreform 2006 brachte für die Krankenhäuser erweiterte Möglichkeiten zur ambulanten Leistungserbringung. Viele Krankenhäuser sind diesen Reformbemühungen in erster Linie durch die Herstellung *organisatorischer* Voraussetzungen (integrierte Versorgungsverträge nach § 140a SGB V und Beteiligung an Medizinischen Versorgungszentren) gefolgt, während sie im Bereich der Qualitätssicherung – von freiwilligen Zertifizierungen abgesehen – überwiegend durch ihre Berichtspflicht nach

Tabelle 1:

Beschäftigungsstruktur an deutschen Krankenhäusern basierend auf einer Auswahl aus der Institutionellen Gesundheitsstatistik 2004 (aus Statistisches Bundesamt Dez. 2005)

Gesundheitspersonal nach Einrichtungen		
	Gesundheitspersonal	
	insgesamt	davon Frauen
alle Einrichtungen	4.229.000	3.061.000
<i>stationäre und teilstat. Einrichtungen</i>	1.760.000	1.372.000
– Krankenhäuser	1.080.000	810.000
– Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	114.000	86.000
– stationäre/teilstat. Pflege	523.000	445.000
– berufliche/soziale Rehabilitation	42.000	31.000
<i>Verwaltung</i>	214.000	97.000
Gesundheitspersonal nach Berufen		
	Gesundheitspersonal	
	insgesamt	davon Frauen
alle Berufe	4.229.000	3.061.000
<i>Gesundheitsdienstberufe</i>	2.247.000	1.773.000
– Ärzte	306.000	118.000
<i>Übrige Gesundheitsdienstberufe</i>	1.822.000	1.595.000
– Helfer in der Krankenpflege	221.000	166.000
– Gesundheits- und Krankenpfleger	710.000	605.000
– Physiotherapeuten, Masseur, med. Bademeister	136.000	102.000
Zahl der Krankenhäuser		
Krankenhäuser gesamt	2.157 (= 100 %)	
– davon öffentlich-rechtliche	36 %	
– davon freigemeinnützige	38 %	
– davon private	26 %	
Ärztliches und nicht ärztliches Personal in Krankenhäusern (in Vollkräfte umgerechnet)		
Personal insgesamt	805.988	
<i>ärztliches Personal</i>	117.681	
<i>nicht ärztliches Personal</i>	688.307	
– davon Pflegedienst	309.510	
– davon med.-techn. Dienst	123.465	

§ 137 SGB V nachkommen (müssen). Hindernisse für konsequente Reformen im Krankenhausbereich scheinen in dem noch immer vorhandenen sektoralen Denken der Akteure, in der Skepsis gegenüber dem DRG-Konzept und in einer gewissen Wettbewerbsfeindlichkeit zu liegen, deren Abbau allerdings auch strukturelle Änderungen bzw. ein effizientes Management von Integrationsprozessen bei den Krankenkassen erfordern würde (vgl. Jacobs und Schulze 2004).

2 Eine zweite Annäherung an den Gegenstand „Krankenhaus“

Krankenhäuser sind ihrem Wesen nach Institutionen, die nicht nur einen Auftrag für die Gesundheit des „Volkes“ – einem Kollektiv – haben, sondern auch große Personal- und Patientenkollektive beschäftigen bzw. regulieren. Wie auch andere größere Institutionen (öffentliche Verwaltungen, Industriebetriebe) entwickeln sie ihre eigenen Traditionen und Regeln, die weder gesetzlich noch durch Einzelpersonen von heute auf morgen veränderbar sind. Nach wie vor wirkt die Geschichte des Krankenhauswesens oder die Tradition eines bestimmten Hauses fort, ohne deren Kenntnis das scheinbar unbewegliche Verhalten von Krankenhäusern nicht verständlich wäre. Ebenfalls nicht vollends verständlich würde die Institution Krankenhaus bleiben, wenn man ihren gesellschaftlichen Auftrag, der im Einzelfall mehr oder weniger expliziert sein mag, übersehen würde.

2.1 Historische Wurzeln

Es ist nicht einfach, „die“ Geschichte des Krankenhauswesens nachzuzeichnen, weil die in Frage kommenden Zeitperioden medizinhistorisch unterschiedlich gut untersucht sind¹ und unterschiedliche Thematiken (z. B. Sozialfürsorge, Pflege oder Krankenhausbau) fokussiert werden. Ansatzpunkte für eine *integrative* Betrachtung haben Jetter (1973) sowie Labisch und Spree (1996) geliefert. Man muss dabei berücksichtigen, dass die Krankenhausgeschichtsschreibung ihren Höhepunkt im ausgehenden 19. Jahrhundert – in einer Zeit der rasanten Neugründungen von Krankenhäusern (allein 3.300 in der Zeit von 1876 bis 1898 im Deutschen Reich) – hatte und sich ein Interesse an der bisherigen Geschichte vom Standpunkt der damals sich so verstehenden – „modernen Medizin“ entwickelte. Manche dieser Geschichtsbetrachtungen hatten sich als wenig ergiebig erwiesen (z. B. die Suche nach „Vorläufern“ moderner Krankenhäuser im Orient oder im antiken Griechenland), manche Themen wurden wieder aufgegeben (z. B. Rolle der Ärzte in mittelalterlichen Hospitälern) oder wurden nach dem 1. Weltkrieg abgelöst durch ökonomisch-statistische und sozialhygie-

1 Medizinhistorische Zugänge werden unter anderem in www.roeschner-online.de und – bezogen auf die mittelalterlichen Hospitäler – in http://mittelalter-hospitaeler.de/mag/3_mediz.html beschrieben. Die in Deutschland umfangreichste Materialsammlung findet man in den Publikationen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte bzw. in der Zeitschrift *Historia Hospitalium*.