

Krankenhaus- und Personalmanagement mit Zukunft

Prof. Bernd H. Mühlbauer

Leseprobe!

Konzepte – Perspektiven – Erfahrungen

Krankenhaus- und Personalmanagement mit Zukunft

Konzepte – Perspektiven – Erfahrungen

Prof. Bernd H. Mühlbauer

unter Mitarbeit von

Frank Altmeyer, Uta Borngräber, Martin Breitsprecher, Philipp Fornefeld,
Nadine Griggel, Joachim Jürgens, Fabian Kellerhoff und Beate Westermeier

1. Auflage 2009

© Baumann Fachverlage GmbH & Co. KG

E.-C.-Baumann-Straße 5

95326 Kulmbach

ku-gesundheitsmanagement.de

Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Vervielfältigung, Übersetzung und Verarbeitung ist unzulässig
und strafbar.

Gesamtherstellung:

Baumann Didaktische Medien GmbH & Co. KG

Druck: creo Druck & Medienservice GmbH, Bamberg

ISBN: 978-3-938610-73-2

Inhaltsverzeichnis

Vorwort Prof. Bernd H. Mühlbauer	11
Vorwort Ulrich Neumann	13
1. Krankenhausmanagement mit Zukunft	15
1.1 Einflussfaktoren	15
1.2 Erfolgsfaktoren zukunftsfähiger Krankenhäuser	17
2. Personalmanagement im Krankenhaus der Zukunft – „Stellen Sie sich vor, es gäbe Krankenhäuser und niemand ginge hin!“	19
3. Wen brauchen Krankenhäuser? – Die Zunft-Studie – Ergebnisse der Auswertung von Personalanzeigen aus Krankenhauszeitschriften	45
3.1 Der Krankenhausmanager der Zukunft	51
3.1.1 Geschäftsführung	51
3.1.2 Krankenhausdirektor	53
3.2 Verwaltungsleiter	55
3.3 Leitung Finanz- und Rechnungswesen	56
3.4 Leitung Personalwesen	58
3.5 Controlling	60
3.6 EDV	62
3.7 Assistenz der Geschäftsführung	64
3.8 Medizincontroller	65
3.9 Sonstige Berufsbilder und Funktionen	66
3.10 Krankenhausberater	66
3.11 Rationalisierungstypen und Fortschrittsfähigkeit im Spiegel der Stellenprofile von Krankenhausmanagern	68
4. Management bye-bye? – Soziale Führungsansätze zur Gewinnung von Zukunfts- und Fortschrittsfähigkeit in der Personalwirtschaft des Krankenhauses	74
4.1 Organisationskultur zwischen Ethik und Monetik – Ein Praxisbeispiel	74

4.2	Vertraue mir! – Von der Misstrauens- zur Vertrauenskultur für ein Krankenhaus mit Zukunft	84
4.2.1	Einführung	84
4.2.2	Wer Vertrauen hat, ist verletzlich!	85
4.2.3	Was ist Vertrauen?	86
4.2.4	Vertrauensmanagement	87
4.2.5	Vertrauen nicht leichtfertig verspielen!	88
4.2.6	Warum brauchen wir eine Vertrauenskultur im Changemanagement?	89
4.2.7	Die Zerstörung der Idee totaler Beherrschbarkeit von Organisationen	95
4.2.8	Einige Gebote zur Entwicklung von Krankenhäusern zu Vertrauensorganisationen	95
4.2.9	Vertrauenskultur und Schlüsselfaktoren	96
4.2.10	Leitmaximen im Veränderungsmanagement	97
5.	Personal, Vollkräfte oder Mitarbeiter? – Praxisbeispiele zum zukunftsfähigen Personalmanagement	98
5.1	Leben und Lernen aus Verbundenheit – Sektorübergreifende Personalentwicklung in der Gesundheitswirtschaft im Projekt „Fahrkunst“	98
5.2	Schwierigkeiten und Perspektiven einer Hochzeitsvorbereitung – Synergieeffekte in der Krankenhausverwaltung ausschöpfen	110
5.3	Hablas alemán? – Spanische Ärzte für deutsche Krankenhäusern als Antwort auf den Ärztemangel in Deutschland – Ergebnisse eines Pilotprojektes	122
5.4	Hätten Sie heut´ Zeit für mich? – Ergebnisse einer Befragung von Krankenhausmanagern zur Zeitarbeit	128
5.4.1	Einführung	128
5.4.2	Ergebnisse der Befragung	132
5.4.2.1	Allgemeine Daten	132
5.4.2.2	Personalwirtschaft der Zukunft	135
5.4.3	Zusammenfassung und Ausblick	146
5.5	Wenn die Zeit nicht reicht! – Neue Arbeitszeitmodelle und deren Kosten am Beispiel eines Krankenhauses	147
5.5.1	Einführung	147

5.5.2	Schematische Ist-Beschreibung der Ausgangsbedingungen	147
5.5.3	Arbeitszeitchronologie als Datenbestandteil.	148
5.5.4	Grenzwerte	149
5.5.5	Neue Arbeitszeitstrukturen und Modelle – ein Beispiel aus der Fachabteilung Innere Medizin ...	150
5.5.6	Zentrales Ergebnis der Prozessanalyse und weitere Perspektiven	160
5.6	Ich will so bleiben wie ich bin! – Du darfst? – Neue Instrumente des Personalmanagements und der Personalentwicklung im Krankenhaus	161
5.6.1	Der zwingende Blick auf den „Einsatzfaktor“ Mensch.	161
5.6.2	Neue Personalwirtschaft als Resultat unterschiedlicher Marktbedingungen im Gesundheits- und Sozialwesen.	161
5.6.3	Cafeteria-Systeme als Reaktion auf veränderte, individuelle Ansprüche der Mitarbeiter an die Personalwirtschaft.	165
5.6.4	Bewältigung zukünftiger Herausforderungen durch Beseitigung interner Schwachstellen	167
5.6.5	Strategisches Personalmanagement	168
5.6.6	Vom „Du darfst“ zum „Ich will“ – Einsicht in die Notwendigkeit qualitativer Personalentwicklung	171
5.6.7	Implementierungsstrategien für eine „neue“ Personalwirtschaft	172
5.7	Und wie soll das praktisch gehen? – Eine beispielhafte integrative und qualitätsorientierte Personalentwicklung im Krankenhaus	176
5.7.1	Einleitung	176
5.7.2	Problemfelder einer integrativen Personalentwicklung	178
5.7.3	Integrative Personalentwicklung als Lösungskonzept	179
5.8	„Dr. House, mir fehlt doch was, oder?“ – Moderne Personalsuche für die Gesundheitswirtschaft ..	191
6.	Literaturverzeichnis	203

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Aufbau des Buches	11
Abbildung 2:	Das „Magische Viereck“ im strategischen Krankenhausmanagement der Zukunft	16
Abbildung 3:	Erfolgsfaktoren der Krankenhäuser	17
Abbildung 4:	Beispiele für Anhaltszahlen im Personalbereich. ...	23
Abbildung 5:	Berechnung nach Anhaltszahlen	25
Abbildung 6:	Betrachtungsebenen von Mitarbeitern im Rahmen von Prozessen im Krankenhaus	29
Abbildung 7:	Strategische Positionierung eines Krankenhauses – Ableitung personalwirtschaftlicher Ziele	37
Abbildung 8:	Die neue Personalabteilung – ein Beispiel.	39
Abbildung 9:	Unterschiedliche Vorstellung über eine Organisations- struktur (Linien-, Matrix-, Netzwerkorganisation) ..	42
Abbildung 10:	Ausgewertete Stellenanzeigen aus den Jahren 1997 – 2007	45
Abbildung 11:	Veränderung der Schülerzahlen nach Bundesländern in Prozent 2002 gegenüber 2003	46
Abbildung 12:	Entwicklung der Studienberechtigten, Studienanfänger, Studierenden.	48
Abbildung 13:	Zukünftiger Arbeitgeber „Krankenhaus“ der gesuchten Führungskräfte	49
Abbildung 14:	Vergleich der Kompetenzprofile Geschäftsführer 1997 zu 2007	52
Abbildung 15:	Vergleich der Kompetenzprofile für die Position „Krankenhausdirektor“	53
Abbildung 16:	Vergleich der Kompetenzprofile für die Position „Verwaltungsleiter“	55
Abbildung 17:	Vergleich der Kompetenzprofile für die Position „Leiter Finanz- und Rechnungswesen“ ...	57

Abbildung 18:	Vergleich der Kompetenzprofile für die Position „Personalwesen“	59
Abbildung 19:	Vergleich der Kompetenzprofile für die Position „Controlling“	61
Abbildung 20:	Vergleich der Kompetenzprofile für die Position „EDV“	63
Abbildung 21:	Kompetenzprofil „Assistenz der Geschäftsführung“	64
Abbildung 22:	Kompetenzprofil Medizinercontroller“	65
Abbildung 23:	Kompetenzprofil Berater im Gesundheitswesen“ ..	67
Abbildung 24:	„Top Ten“ der Führungseigenschaften und -fähigkeiten 2007	69
Abbildung 25:	Fortschreitende Überlagerung von Rationalisierungsmuster	72
Abbildung 26:	Das Vertrauensdreieck	87
Abbildung 27:	Misstrauensorganisation versus Vertrauensorganisation	90
Abbildung 28:	Hemmnisbarrieren	92
Abbildung 29:	Pyramide der Hemmnisse	92
Abbildung 30:	Instrumente zur Erhöhung des Innovationspotentials.	94
Abbildung 31:	Fahrkunst® – virtuelle Akademie im Gesundheits- und Sozialwesen	101
Abbildung 32:	Aufteilung der Verwaltungsabteilungen auf die Standorte	113
Abbildung 33:	Personalbedarfsberechnung anhand von Anhaltzahlen für das Krankenhaus.	115
Abbildung 34:	Vergleich der Kompetenzprofile für die Position „Personalleiter“ mit allgemeinen Anforderungen an Führungskräfte im Personalwesen im Krankenhaus	119

Abbildung 35:	Einsparpotenziale bei Ausschöpfung der Synergieeffekte der Verwaltungsreorganisation	120
Abbildung 36:	Programmablauf für die Akquisition und die Betreuung spanischer Ärzte in Deutschland	123
Abbildung 37:	Entwicklung des Krankenhauspersonals nach Vollkräften von 1993 bis 2004	129
Abbildung 38:	Vier medizinferne Kostenarten pro Fall nach Bundesländern 2004	130
Abbildung 39:	Dauer der beruflichen Erfahrung im Gesundheitswesen	132
Abbildung 40:	Berufliche Position der Befragten	133
Abbildung 41:	Versorgungsstufe des Krankenhauses	134
Abbildung 42:	Ergebnisse der Frage 8 „Themen der Personalarbeit der Zukunft“ – Krankenhaussektor –	136
Abbildung 43:	Ergebnisse der Frage 8 „Themen der Personalarbeit der Zukunft“ – eigenes Haus –	139
Abbildung 44:	Zukünftiger Bedarf der Zeitarbeit	140
Abbildung 45:	Institutionen, in denen sich die Zeitarbeit besonders behaupten wird	140
Abbildung 46:	Situationen, in denen Zeitarbeitsunternehmen in Anspruch genommen wurden	141
Abbildung 47:	Vorteile der Zeitarbeit	142
Abbildung 48:	Einsatzgebiete von Zeitarbeitnehmern	143
Abbildung 49:	Bekanntheitsgrad des Referentensystems	144
Abbildung 50:	Bereits outgesourcte Bereiche	145
Abbildung 51:	Ausblick auf kommende Herausforderungen	145
Abbildung 52:	Inanspruchnahme der Assistenzärzte im Bereitschaftsdienst – werktags	150
Abbildung 53:	Neuer Vorschlag zur Arbeitszeitgestaltung einer Fachabteilung	152
Abbildung 54:	Hochrechnung Personalkosten Innere Medizin.	154

Abbildung 55:	Personalbedarfsberechnungen Innere Medizin.	157
Abbildung 56:	Cafeteria-Systeme im Krankenhaus.	165
Abbildung 57:	Vom Arbeitsproblem zum Bildungsbedarf.	167
Abbildung 58:	Weiterbildungsbedarf als Resultat von Qualifikationsveränderungen, Qualifikations- defiziten, Unternehmensressourcen und Entwicklungspotenzial des Mitarbeiters	168
Abbildung 59:	Komponenten der Qualifikation	170
Abbildung 60:	Zwei unterschiedliche „Denkrichtungen“ im Krankenhausmanagement.	176
Abbildung 61:	Die drei „integrativen Komponenten“ einer lernenden Krankenhausorgansiation durch Personalentwicklung	180
Abbildung 62:	Aufgaben der drei integrativen Komponenten in der Personalentwicklung.	181
Abbildung 63:	Personalentwicklungsbedarfe entlang von Befragungsergebnissen im EFQM Model	183
Abbildung 64:	Instrumente des Personalentwicklungskonzeptes	185
Abbildung 65:	Vorgehensweise im Direct Search	196
Abbildung 66:	Beispielhafter Ablauf eines Direct-Search-Projekts	197
Abbildung 67:	Typische Entscheidungskriterien für die Auswahl einer neuen Position aus Sicht eines Kandidaten.	199

1. Krankenhausmanagement mit Zukunft

1.1 Einflussfaktoren

Die Krankenhäuser in Deutschland stehen inmitten eines längerfristigen umfassenden Wandlungsprozesses. Ständige Reformbestrebungen des Gesetzgebers haben dazu geführt, dass dieser Wandel keine Ausnahmeerscheinung mehr ist. Krankenhäuser müssen sich dementsprechend geradezu täglich immer neuen Herausforderungen stellen. Changemanagement wird zur permanenten Führungs- und Managementaufgabe.

Vor 20 Jahren wurde beispielsweise noch nicht über Qualitätsmanagement, Marketing oder über Risikomanagement gesprochen. Krankenhäuser waren ferner eher monolithische Einrichtungen, die sich auf den Bereich der akuten Krankenhausversorgung konzentriert hatten, ohne den Blick beispielsweise in vor- oder nachstationäre Bereiche, in die ambulante Versorgung oder auch bis in die Rehabilitation und in die Altenversorgung hinein zu richten.

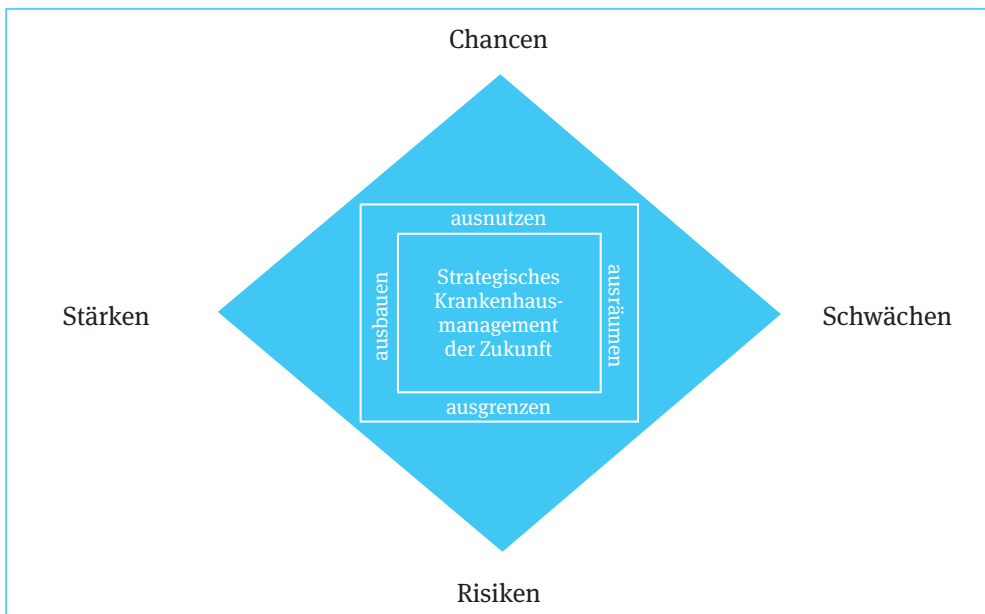
Heute entwickeln sich Krankenhäuser mehr zu Gesundheitszentren, in deren Mittelpunkt die Anforderung nach systematischer Vernetzung mit anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung steht. Manche Leistungsbereiche gehen so in anderen Angebotsformen auf, neue Leistungsbereiche entstehen und gerade kleinere Krankenhäuser vernetzen sich zunehmend auch mit anderen Krankenhäusern, um für den forcierten Wettbewerb besser gerüstet zu sein. Krankenhausmanagement ist komplizierter und komplexer geworden.

Ein Krankenhaus braucht bei steigender Komplexität und Kompliziertheit der externen Entwicklungen ein zukunftsfähiges Management. Eine Krankenhausverwaltung bürokratischer Prägung wird in den kommenden Jahren mehr und mehr durch ein schlagkräftiges und modernes Krankenhausmanagement ersetzt. Neue Betriebsformen (Holding, Konzerne) oder Rechtsformen (GmbH, AG, große Vereine) bilden heute bereits die Grundlage für viele horizontale und vertikale Zusammenschlüsse. Solche Zusammenschlüsse finden sich sogar zunehmend überregional als Verbundsystem unter der Regie von Schwestern- und Bruderschaften konfessioneller Prägung und nicht, wie vermutet werden könnte, nur im privat-wirtschaftlichen Bereich. Neben vereinzelten

Krankenhausschließungen und einem kontinuierlichen Bettenabbau werden vielmehr Krankenhauszusammenschlüsse (Krankenhausketten) registriert.

Für viele Entwicklungen in der stationären Versorgung wird die Einführung der DRG aus dem Jahr 2002 verantwortlich gemacht. Sicher hatte die Implementierung dieses neuen Vergütungssystems mindestens stimulierenden Charakter, die Krankenhäuser auf eine neue Management-Zukunft einzustellen. Für viele Krankenhäuser bringt dieses System besondere Anforderungen mit sich, die eigenen Erfolgspotenziale zu überprüfen und Erfolgsfaktoren zu entwickeln. Chancen im Markt der Gesundheitswirtschaft zu nutzen, Risiken zu erkennen, dabei die eigenen Schwächen auszumerzen und Stärken aufzubauen, stellt sich als „Magisches Viereck“ des zukunftsfähigen Krankenhausmanagements heute dar.

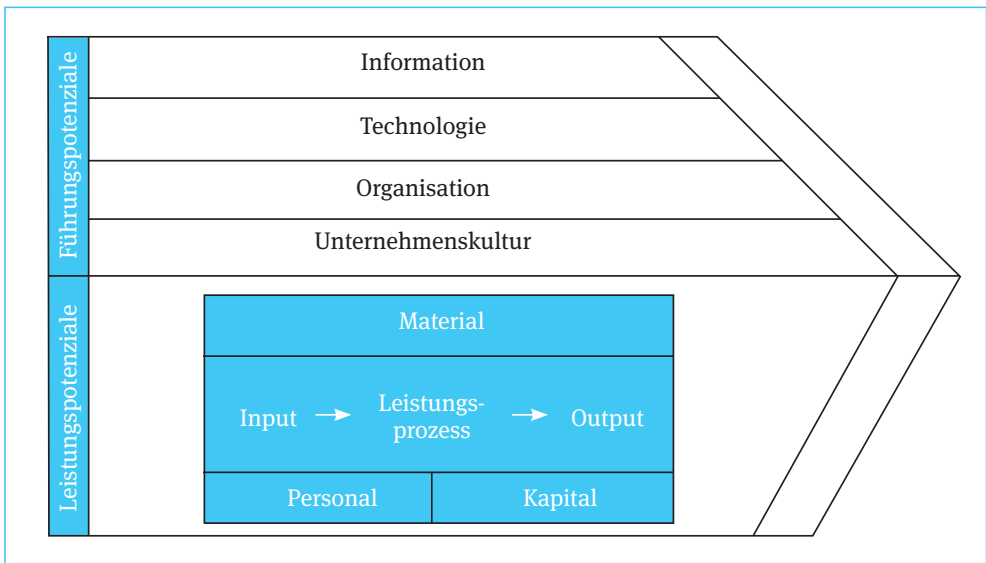
Abbildung 2: Das „Magische Viereck“ im strategischen Krankenhausmanagement der Zukunft



1.2 Erfolgsfaktoren zukunftsfähiger Krankenhäuser

Das magische Viereck gilt der Gestaltung der Erfolgsfaktoren, die allgemein in Abbildung 2 dargestellt sind.

Abbildung 3: Erfolgsfaktoren der Krankenhäuser



Neben strategischen Informationen über die Umfeld- und Umweltentwicklung (z. B. Einweiserzufriedenheit, epidemiologische Daten) benötigen Krankenhäuser viel mehr und viel genauere interne Informationen wie z. B. über die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, ihre Kosten und Leistungen, die Prozesse ihrer Leistungserbringung und deren Qualität. Die richtige Organisationskultur hilft den Krankenhäusern, die Ziele zu erreichen, die sie sich setzen. Nur mit einer Organisationskultur, die zu den spezifischen Anforderungen des Umfeldes passt, entfaltet eine Krankenhausorganisation Fortschrittsfähigkeit. Flache Hierarchien, interdisziplinäre Teamarbeit und flexible Netzwerkstrukturen zeichnen das zukunftsfähige Krankenhaus aus. Zusätzlich zu solchen Führungspotenzialen, die durch ein Management zu gestalten sind, benötigt ein Krankenhaus eine Rationalisierung und Optimierung der Leistungspotenziale. Wirtschaftliche und leistungsfähige Organisationsprozesse bilden heute bereits eine Medizin ab, in der stärker evidenzbasierte, standardisierte und zertifizierte Abläufe eine patientenzentrierte Kran-

kenversorgung verwirklicht ist. Der Verbesserung der Prozessorganisation gilt die gesamte Aufmerksamkeit des fortschrittlichen Krankenhausmanagements (vgl. hierzu Mühlbauer 2004).

Menschen schaffen Organisationen mit solchen Eigenschaften. Führungskräfte, denen das gelingt, werden als Krankenhausmanager am Arbeitsmarkt gesucht. Gerade solchen Führungskräften kommt die Aufgabe zu, Krankenhäuser in die Zukunft zu führen und dabei die Erfolgspotenziale systematisch zu gestalten und auszuschöpfen (Mühlbauer 2008).

2. Personalmanagement im Krankenhaus der Zukunft – „Stellen Sie sich vor, es gäbe Krankenhäuser und niemand ginge hin!“

Personal als Humankapital?

„Das Personal stellt das wichtigste Kapital im Krankenhaus dar!“ Solche und ähnliche Äußerungen könnten von vielen Autoren in das Zentrum ihrer Aussagen um die Personalwirtschaft im Krankenhaus gestellt werden. Dabei fällt bei einer empirischen Prüfung sehr schnell auf, dass hier mehrere Fehler in den vorausgesetzten Schlussfolgerungen gemacht wurden.

Höhe der Personalkosten = Stärke der Kostenverursachung?

Das Personal im Krankenhaus, das mit ca. 65% der Gesamtkosten einen großen Kostenblock darstellt, kann als bekannt vorausgesetzt werden. Personal ist ein Sammelbegriff für alle Mitarbeiter eines Krankenhauses. Diese werden unter den Personalkosten als solche auch erfasst und verbucht. Wenn andere z. B. Mitarbeiter von anderen Organisationen im Rahmen einer Dienstleistung im Krankenhaus tätig werden, sind ihre Leistungen als Sachkosten zu erfassen. „Mitarbeiter auf Zeit“, wie sie derzeit durch Managementgesellschaften einem Krankenhaus für den Fall zur Verfügung gestellt werden, dass sie das Management unterstützen, gelten als Personalkosten. Wenn das Personal demnach einen hohen Kostenanteil hat, müsste es für die Personalwirtschaft im Krankenhaus von besonderem Interesse sein, diesen Faktor genauer zu untersuchen. Doch das Gegenteil ist der Fall, wie wir im Folgenden nachzuweisen versuchen.

Kosten- oder leistungsverursachendes Personal?

Selbst der hohe Personalkostenanteil sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Personal nur mittelbar ein Kostenverursacher ist. Die Ausgaben für das Personal sind primär durch die Tarifabschlüsse, das Steuer- und Sozialversicherungssystem sowie teilweise weitergehender Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes, der Hygieneverordnung, technischer Regelwerke, Normen, Gesetze usw. bestimmt. Entlang solcher Primäranforderungen bestimmt ein Krankenhaus seine Personalstrukturen nach Menge, Qualifikation und Berufsgruppenzugehörigkeit. Der konkrete Auswahlprozess bestimmt dann die Vergütungshöhe, weil Er-

fahrung, Berufsjahre, Familienstand und andere Faktoren zumindest in konfessionellen Krankenhäusern auch heute noch für die Höhe der notwendigen Vergütung relevant sind.

Die Kosten für das Personal werden aber letztlich durch Leistungen ausgelöst, die wiederum das Resultat der Behandlungsprozesse sind. Behandlungsprozesse selbst sind aber wieder keine Kostenverursacher, denn, so könnte man meinen, sind es die Patienten mit ihrem Krankheits- und Behandlungsspektrum, die die Behandlungskosten auslösen. Die Qualität und Anerkennung der Arbeit sog. Vorleister zum Krankenhaus, z. B. niedergelassene Ärzte, Alten- und Pflegeheime, bestimmen die krankenhausesinternen Leistungsprozesse mit. Eigentlich sind dann die Entscheider auf den verschiedenen Ebenen und Bereichen für die Kostenverursachung verantwortlich. Ärzte nehmen Patienten auf, verordnen diagnostische und therapeutische Maßnahmen, bestimmen die Verweildauer und entlassen die Patienten. Sie sind es, die entlang ihrer Krankheitsdefinitionen, ihrer konkreten Differenzialdiagnostik, ihrer konkreten Behandlungs- und Betreuungsfähigkeiten die Güte der Krankenhausbehandlung bestimmen. Der Arzt geht in der konkreten Behandlungskaskade jeder anderen Berufsgruppe voraus und determiniert die Leistungserbringung anderer Berufsgruppen. Einen arztfreien Raum gibt es nur in der Verwaltung und in einigen Versorgungsbereichen des Krankenhauses. Das Krankenhausmanagement stellt die Ressourcen für die Ärzte bereit, die sie zur entsprechenden Leistungserbringung benötigen: Anderes Personal, Technologie, Organisation, Material – manchmal auch Informationen, die Ärzte brauchen.

Diese interessante Kette gilt es nun historisch zu analysieren.

Vor der Ablösung des Selbstkostendeckungsprinzips, bei dem die Krankenhäuser ex post ihre Gesamtkosten nach Verhandlung mit den Krankenkassen in Form von Pflegesätzen erstattet bekommen haben, hatten die Krankenhäuser keinen Überblick über ihr Behandlungsspektrum. Zwar wurden die Diagnosen der Patienten in einem dreistelligen Diagnosecode erfasst, eine Auswertung in Bezug auf die Krankheitsarten, die in den jeweiligen Abteilungen eines Krankenhauses behandelt wurden, jedoch nicht. Auch die Prozeduren, die die Mitarbeiter eines Krankenhauses in der Zusammenarbeit mit den Patienten erbrachten, wurden nur als Sekundärleistungen dokumentiert. Das heißt, dass ihre Anzahl und ihre Bezeichnung in den jeweiligen Behandlungseinheiten

nach ihrer Erbringung aufgezeichnet wurden. Besonders weit entwickelt war damals bereits die Dokumentation im Anästhesie-, OP- und Intensivmedizin-Bereich. Die Behandlungsergebnisse waren ebenfalls nicht systematisch erfasst. Die Art der Entlassung eines Patienten wurde eher gezählt, als der Zustand des Patienten bei der Entlassung gemessen. Eine Zusammenführung der verschiedenen Leistungsdaten mit den individuellen Daten eines Patienten wurde ebenfalls nicht in der Art vorgenommen, dass z. B. der Verlauf einer Behandlung eines Patienten von der Erfassung seines Aufnahmezustandes über die faktische Patientenaufnahme bis zur Entlassung mit dem erzielten Ergebnis aufgezeigt hätte. Somit war der Leistungsprozess eines Krankenhauses eine Darstellung von Einzelleistungen, deren Zusammenhang im Blick auf die Einzelbehandlung nur addierbar, aber nicht in Form eines Ursache-Wirkungs-Zusammenhanges erklärbar gewesen wäre. Was lediglich möglich war, stellt sich als Leistungsstatistik jedes einzelnen Bereiches im Krankenhaus dar: X EKGs, Y Operationen, Z Röntgenleistungen pro Periode.

Vor diesem Hintergrund wird allerdings auch deutlich, welche materielle Einstellung Krankenhäuser zu ihrem Personal entwickelten:

- Aus der volkswirtschaftlichen Theorie heraus wurde Personal neben den Faktoren Material und Kapital ein Produktionsfaktor genannt, dessen Anstellung allein Ausgaben verursachte.
- Personal galt als „Einsatzfaktor“, dessen personelle Leistungen nur in Relation zu einer Summe von erbrachten Leistungen gesetzt werden konnte.
- Personalleistung und Behandlungsleistung konnte somit nur als Relation zwischen Kopfzahl oder Vollkraft-Zahl und der Leistungszahl im jeweiligen Arbeitsbereich der Mitarbeiter ausgedrückt werden.

Wenn ein Krankenhaus also wegen der fehlenden Dokumentation von Patienten oder Mitarbeiter bezogenen Leistungen keine Möglichkeit hatte, das Verhältnis von Personalkosten und Leistungserbringung selbst zu bestimmen, brauchte es andere Kennzahlen, um zumindest eine tendenzielle Aussage über das wirtschaftliche Verhältnis von Personaleinsatz und Leistungserbringung zu generieren. Anhaltzahlen stellten solche Verhältniszahlen dar. Die ersten Anhaltzahlen stammten wohl aus Einzeluntersuchungen und wurden von Eichhorn in die Kranken-

hausdiskussion eingeführt. Die deutsche Krankenhausgesellschaft veröffentlichte in einer weitergehenden Zusammenstellung die sog. 69er und später dann die 74er Anhaltszahlen. Es ist einem verdienten Assessor Bölke speziell zu verdanken, dass er in den sechziger und siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts einmal die verfügbaren Anhaltszahlen aus der Praxis der Prüfung von Krankenhäusern sammelte und systematisierte.

Krankenhäuser wurden durch verschiedene Institutionen einer Prüfung unterzogen. Die Rechnungsprüfungsämter der Kommunen überprüften im Rahmen ihres Prüfungsauftrages auch die Krankenhäuser in eigener Trägerschaft. Wirtschaftsprüfungsgesellschaften prüften im Einzelauftrag der Krankenkassen die Krankenhäuser darauf, ob die von ihnen verursachten Kosten der Art und der Höhe nach gerechtfertigt waren. Solche Einzelfallprüfungen kamen allerdings erst dann in Betracht, wenn sich die Krankenkassen nicht mit dem jeweiligen Krankenhaus über die richtige Höhe der notwendigen Selbstkosten eines wirtschaftlichen, leistungsfähigen und sparsamen Krankenhauses vereinbaren konnte. Bölke sammelte nun diese Anhaltszahlen und stellte sie in zwei wichtigen Artikeln zusammen. Andere Institutionen, so z. B. der Bayerische Kommunale Prüfungsverband oder das Niedersächsische Sozialministeriums fassten ihrerseits ihre landesbezogenen Ergebnisse solcher Prüfungen als Richtwerte, Verhältniszahlen usw. zusammen. Die Krankenkassen konnten sich somit im Rahmen ihrer Pflegesatzverhandlungen auf einen Rahmen aus vermeintlich in der Praxis (der Prüfung) bewährten Anhaltszahlen stützen und somit die Kosten und Leistungen eines Krankenhauses in ein Verhältnis setzen.



Prof. Bernd H. Mühlbauer

Zu seinen Arbeitsgebieten zählen Organisations- und Personalentwicklung, Einführung von Qualitätszirkeln, Reorganisation von Pflegestationen und anderen Krankenhausbereichen, Total Quality Management im Krankenhaus und in Alten- und Pflegeheimen sowie Behinderteneinrichtungen, Entwicklung von Unternehmensleitlinien und Führungsgrundsätzen (Leitbildern), Ästhetisches Management, Arbeitszeitmanagement sowie Prozessanalysen im Krankenhaus.

- Herausgeber zahlreicher Bücher, Forschungsberichte und Fachartikel.
- 1995 Berufung zum Professor für Betriebswirtschaftslehre (C3) an der Fachhochschule Gelsenkirchen, Fachbereich Wirtschaft, Schwerpunkt „Management im Gesundheitswesen“
- 1989 Gründung der bh.m Prof. Bernd H. Mühlbauer Krankenhaus- und Unternehmensberatung GmbH mit Sitz in Lünen; seit 2007 Mitglied im Netzwerk der Kon.m-Unternehmensgruppe, Lünen

Kompetenzprofile des Krankenhausmanagements

Die Auswahl von Führungskräften ist für die Entwicklung der Krankenhäuser elementar. Nur die richtigen Leute am richtigen Platz werden die komplizierten Aufgaben bei der Führung und Positionierung der Klinikunternehmen bewältigen. Welche Qualifikationen brauchen sie? Stellenanzeigen sind ein guter Indikator der Veränderungen im Markt für Führungskräfte. Das vorliegende Werk bietet eine Analyse der Stellenanzeigen für das Management im Krankenhausbereich. Sie zeigt sehr deutlich sowohl die Veränderungen im Kompetenzprofil für die leitenden Mitarbeiter auf den verschiedenen Ebenen in den vergangenen zehn Jahren, als auch den aktuellen Stand der geforderten Qualifikation – differenziert nach den diversen Führungspositionen im Krankensektor.

Ergänzt wird die „Zunft“-Studie durch Handlungsempfehlungen zur Auswahl von Führungskräften.

