



Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre

Band 1

von

Prof. Dr. rer. pol. Steffen Fleßa

Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

3., aktualisierte Auflage

Oldenbourg Verlag München

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.

© 2013 Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH
Rosenheimer Straße 145, D-81671 München
Telefon: (089) 45051-0
www.oldenbourg-verlag.de

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

Lektorat: Thomas Ammon
Herstellung: Tina Bonertz
Titelbild: Hyde & Hyde, München
Einbandgestaltung: hauser lacour
Gesamtherstellung: freiburger grafische betriebe GmbH & Co. KG, Freiburg

Dieses Papier ist alterungsbeständig nach DIN/ISO 9706.

ISBN 978-3-486-72035-8
eISBN 978-3-486-73296-2

Inhalt

Vorworte	IX
1 Einleitung	1
1.1 Erkenntnisobjekt.....	1
1.1.1 Wissenschaftstheoretische Grundlagen.....	1
1.1.2 Allgemeine Systemtheorie.....	4
1.1.3 Effizienzbegriff.....	12
1.2 Erfahrungsobjekt.....	15
1.2.1 Krankenhausbetriebslehre als Branchenlehre.....	15
1.2.2 Betriebswirtschaftliches Modell des Krankenhauses.....	22
1.2.3 Krankenhäuser als Prototyp des Gesundheitsbetriebes.....	23
1.3 Ergebnisse.....	31
2 Umsystemanalyse	33
2.1 Rahmenmodell.....	33
2.2 Epidemiologische und demografische Grundlagen.....	36
2.2.1 Grundlegende Größen.....	36
2.2.2 Transitionsmodelle.....	39
2.2.3 Exkurs: Modellierung epidemiologischer Prozesse.....	44
2.3 Ökonomisches Umsystem.....	46
2.4 Struktur des deutschen Krankenhauswesens.....	50
2.4.1 Landeskrankenhausplanung.....	51
2.4.2 Einrichtungen.....	57
2.4.3 Institutionen und Organisationen.....	67
2.4.4 Entwicklungen.....	68
2.5 Ergebnisse.....	73
3 Werte- und Zielsystem	77
3.1 Grundlagen.....	77
3.2 Gesellschaftliches Wertesystem.....	79
3.3 Zielsystem öffentlicher Krankenhäuser.....	86
3.3.1 Wirksamkeit und Qualität.....	86

3.3.2	Nachhaltigkeit und Überlebensfähigkeit	87
3.3.3	Effizienz	89
3.4	Zielsystem privatwirtschaftlicher Krankenhäuser	90
3.5	Zielsystem freigemeinnütziger Krankenhäuser	94
3.6	Ergebnisse	98
4	Finanzierung	101
4.1	Grundlagen	102
4.1.1	Betriebliches Finanzmanagement	102
4.1.2	Leistungsarten	103
4.1.3	Finanzierungsoptionen	107
4.1.4	Exkurs: Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen	126
4.1.5	Exkurs: Finanzierung des ambulanten Bereichs	126
4.1.6	Exkurs: Finanzierung des Pflegebereichs	130
4.1.7	Exkurs: Finanzierung der Rehabilitation	131
4.2	Geschichte der Krankenhausfinanzierung	133
4.2.1	Krankenhausfinanzierung bis zur Gesundheitsreform 2000	133
4.2.2	Krankenhausfinanzierung seit der Gesundheitsreform 2000	138
4.2.3	Exkurs: Fehlbelegungsprüfung	143
4.3	Diagnosis Related Groups	144
4.3.1	Grundlagen des Klassifizierungssystems	144
4.3.2	Betriebswirtschaftliche Herausforderungen	163
4.3.3	Entgeltverhandlung und Budget	165
4.4	Fund Raising	170
4.5	Finanzierungssurrogate	172
4.6	Ergebnisse	177
5	Produktionsfaktoren	181
5.1	Menschliche Arbeitskraft	182
5.1.1	Determinanten der menschlichen Arbeitskraft	182
5.1.2	Berufsgruppen	195
5.1.3	Sozialpartnerschaft	202
5.2	Betriebsmittel	204
5.2.1	Krankenhausbau	204
5.2.2	Medizinische Geräte	215
5.3	Werkstoffe	225
5.4	Patienten als Produktionsfaktor	228

5.5	Exkurs: Öffentliche Leistungen und Steuern.....	231
5.6	Ergebnisse	235
6	Produktion	239
6.1	Produktionstheorie der Dienstleister	240
6.2	Qualitätsmanagement	245
6.2.1	Grundlagen	246
6.2.2	Ausgewählte Modelle im Überblick.....	255
6.2.3	Gesetzliche Grundlagen	265
6.3	Produktionsprogrammplanung	268
6.4	Prozessmanagement	274
6.4.1	Grundlagen	274
6.4.2	Modellierung stochastischer Prozesse.....	279
6.4.3	Datengewinnung.....	285
6.5	Ergebnisse	287
7	Outputfaktoren	293
7.1	Marketing der Hauptleistung.....	294
7.1.1	Grundlagen	294
7.1.2	Marketing-Mix	304
7.2	Nebenleistungen	317
7.3	Unerwünschte Outputs	319
7.3.1	Abfall.....	319
7.3.2	Tod und Sterben	321
7.4	Ergebnisse	324
	Ausblick	329
	Literatur	331
	Hilfsreiche Internetquellen	337
	Index	339

Vorwort zur dritten Auflage

Es ist sehr erfreulich, dass die Krankenhausbetriebslehre an immer mehr Hochschulen und Universitäten den ihr gebührenden Platz als Spezielle Betriebswirtschaftslehre einnimmt. Längst wurde erkannt, dass akademisch ausgebildete Führungskräfte von großer Bedeutung für die Zukunft der Krankenhäuser sind. Umso wichtiger ist es jedoch, ein fundiertes und systematisches Lehrbuch als Lehr- und Lerngrundlage zu haben, das den gesamten Krankenhausbetrieb umfasst. Diesem Ziel dienen die „Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre“.

Die nun vorliegende dritte Auflage ist eine Aktualisierung des bisherigen Lehrbuches „Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre“, das 2010 in zweiter Auflage erschienen. Es nimmt die veränderten gesetzlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen auf. So wurden die neueren Gesetze zur Krankenhausfinanzierung, die neue DIN-Norm und die veränderte Definition der Abfallkategorien eingearbeitet. Grundlegend bleibt jedoch die Struktur einer systemtheoretischen Einführung erhalten, da gerade die systematische Entwicklung des Gesamtkonzepts als organische Einheit das Denken in Komplexitäten und Dynamiken ermöglicht, das notwendig ist, um moderne Krankenhausbetriebe zu führen. So wichtig die Ergänzungen und Anpassungen auch sind, von größerer Bedeutung ist das grundlegende Herangehen an den Betriebstyp Krankenhaus, der sich als Leistungsersteller primär aus seinen Ergebnissen definiert. Dies ist das Ziel der dritten Auflage in Kontinuität der beiden vorherigen.

Die vorliegende Auflage erhält den Zusatz „Band I“, um sich von dem in Kürze erscheinenden Lehrbuch „Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre, Band II“ abzugrenzen, das die in diesem Band nicht enthaltenen Bereiche Management, Informationswirtschaft, Rechnungswesen und Strategie enthält. Tatsächlich wurden diese Aspekte in dem Lehrbuch „Grundzüge der Krankenhaussteuerung“ bereits bearbeitet. Der in Kürze vorliegende Band II stellt folglich eine Aktualisierung und Ergänzung der „Krankenhaussteuerung“ dar. Die Zusammenführung als Band I und II entspricht dem Wesen der Krankenhausbetriebslehre, die nicht zwischen Funktionskreisen und Steuerungssystemen trennt, sondern das Krankenhaus als Ganzes leiten möchte.

Ich möchte allen danken, die beigetragen haben, dass diese Neuauflage entstehen konnte. Mein besonderer Dank gilt meinen Mitarbeitern und Hilfskräften für die Korrekturen.

Greifswald im Februar 2013

Steffen Fleßa

Vorwort zur zweiten Auflage

Die Entwicklung des Gesundheitswesens und insbesondere der Krankenhausbranche ist ausgesprochen dynamisch. Seit dem Erscheinen der ersten Auflage der „Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre“ haben sich zahlreiche Änderungen ergeben, die eine Überarbeitung des vorliegenden Bandes für die zweite Auflage erforderlich machten. Dies betrifft insbesondere die Finanzierung der Krankenhäuser, da das DRG-System weiterentwickelt und laufend angepasst wurde. Zum anderen ergibt sich eine hohe Dynamik der Investitionsfinanzierung, da immer mehr Krankenhäuser alternative Finanzierungsquellen suchen und sogar eine Rückkehr zur Monistik angedacht ist.

Damit setzt sich eine Entwicklung fort, die bereits in der ersten Auflage skizziert wurde. Das Krankenhaus wird immer mehr zu einem „normalen“ Betrieb, der auf Konkurrenzmärkten Kundenbedürfnisse befriedigen, Finanzierungs- und Investitionsalternativen abwägen und Produktionstechnologien zielsystemkonform einsetzen muss. Umso wichtiger ist es, dass Führungskräfte dieser komplexen Unternehmen über eine solide Ausbildung in Allgemeiner Betriebswirtschaftslehre und Krankenhausmanagement verfügen, so dass sie ihre Unternehmen verstehen, gestalten und steuern können. Hierzu möchte der vorliegende Band einen Beitrag leisten.

Auch die zweite Auflage wäre nicht ohne die tatkräftige Hilfe von Studenten, Mitarbeitern und Kollegen möglich gewesen. Vor allem möchte ich allen Studierenden unseres Studienschwerpunktes Gesundheitsmanagement sowie des Masterstudiengangs Health Care Management danken, die mit Fragen, Seminar-, Diplom-, Master- und Doktorarbeiten wichtige Anregungen für die Überarbeitung gegeben haben. Vor allem danke ich Herrn Sven Lueke (MSc. HCM) und Herrn Timm Laslo (MSc. HCM) für die gewissenhafte Ergänzung und Durchsicht. Alle verbliebenen Fehler gehen selbstverständlich zu meinen Lasten.

Die zweite Auflage stellt einen weiteren Schritt zur Entwicklung einer akademischen Krankenhausbetriebslehre dar. Ich freue mich auf den weiteren Diskurs und die weiteren Schritte in diese Richtung.

Greifswald im April 2010

Steffen FleBa

Vorwort zur ersten Auflage

Nur wenige Bereiche der Betriebswirtschaftslehre haben in den letzten Jahren eine so turbulente Entwicklung genommen wie die Krankenhausbetriebslehre. Vor 15 Jahren war diese Branchenlehre in Deutschland praktisch nicht existent, da die Krankenhäuser nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert wurden. Eine Verwaltung nach geltendem Recht war notwendig, ein Denken in Wirtschaftlichkeit jedoch nicht nur unnötig, sondern geradezu töricht, da Effizienzverbesserungen stets zu einer „Bestrafung“ des Krankenhauses in den Folgejahren geführt haben. Die Krankenhausfinanzierung führte deshalb sowohl zu einem Desinteresse der Krankenhauspraxis an den Methoden der Betriebswirtschaftslehre als auch zu einer Vernachlässigung dieser Branche durch die ökonomische Wissenschaft.

Seit der Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) im Jahre 1993 und insbesondere durch die Implementierung pauschalierter Entgelte auf Basis der Diagnosis Related Groups (DRG) hat sich diese Situation grundlegend geändert. Krankenhäuser sind in einen schwierigen Transitionsprozess zu modernen Wirtschaftsbetrieben eingetreten, der nicht nur zu einem überwiegenden Austausch der Führungsspitze, sondern vor allem zur Anwendung moderner Methoden aus der Betriebswirtschaftslehre geführt hat. Qualitätsmanagement, Logistik, Marketing, Führung, Controlling etc. gehören heute zum Handwerkszeug jedes Krankenhausmanagers – oder sollten es zumindest. Denn noch immer gibt es zahlreiche Nischen in den Krankenhäusern, in denen sich eine unwirtschaftliche Verwaltungsmentalität hält.

Der wachsenden Nachfrage von Seiten der Krankenhäuser steht ein steigendes Interesse der akademischen Betriebswirtschaft gegenüber. In den letzten Jahren sind Lehrstühle für Gesundheits- und Krankenhausmanagement entstanden, Studiengänge oder Studienschwerpunkte wurden eingerichtet und zahlreiche Praxisprojekte durchgeführt. War noch vor wenigen Jahren die Betriebswirtschaftslehre primär die Lehre der industriellen, emissionsfähigen Großunternehmung, so hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten eine Zuwendung zur Dienstleistung ergeben, wobei wichtige Impulse von der Krankenhausbetriebslehre ausgegangen sind. Trotzdem ist es nach Ansicht des Autors noch immer nicht gelungen, eine konsequente, alle Teilaspekte der Allgemeinen Betriebswirtschaftslehre umfassende Krankenhausbetriebslehre zu entwickeln. Erfolgreich wurden bislang lediglich Einzelprobleme (z.B. Controlling, Marketing, ...) behandelt. Die Zusammenführung zu einem Gesamtsystem „Krankenhausbetrieb“ und die konsequente Behandlung des Themas aus Sicht der Effizienz als Proprium ökonomischer Wissenschaft stehen bislang aus.

Das vorliegende Buch möchte hierzu einen Beitrag leisten. Es entwickelt eine umfassende Krankenhausbetriebslehre aus der systemtheoretischen Sicht der Betriebswirtschaftslehre und leitet alle Teildisziplinen aus dem Systemmodell ab. Das gesamte Systemmodell, jedes Element, jeder Prozess und vor allem seine Funktion müssen dabei dem Anspruch der Effi-

izienz als grundlegende Eigenschaft betrieblichen Handelns genügen. Ziel dieser Schrift ist es folglich, ein umfassendes Systemmodell des Krankenhauses zu entwickeln und die Methoden und Erkenntnisse der Allgemeinen Betriebswirtschaftslehre daraufhin zu untersuchen, inwieweit sie einen Beitrag zur Verbesserung der Effizienz im Krankenhaus leisten können.

Aus dieser Konzeption ergibt sich die Gliederung. Nach einer Diskussion des Erkenntnis- und Erfahrungsobjekts (Einführung) erfolgt eine Analyse des demografischen, epidemiologischen, ökonomischen und sozialen Umsystems, in das der einzelne Krankenhausbetrieb eingebunden ist. Es folgt ein breites Kapitel zu Krankenhausfinanzierung. Hier weicht die Gliederung von klassischen Lehrbüchern der Allgemeinen Betriebswirtschaftslehre ab, da die Finanzierung im Krankenhaus mit ihren zahlreichen rechtlichen Regelungen und formalen Anforderungen von höchster Bedeutung für alle anderen Subdisziplinen ist. Anschließend folge ich der Tradition mit einem Kapitel zu Produktionsfaktoren, zur Produktion und zu Outputs. Mit einem Ausblick schließen die Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre.

In einem zweiten Band wird dieser Ausblick als „Grundzüge der Krankenhaussteuerung“ wieder aufgenommen. Ein Schwerpunkt bildet das Management der Krankenhäuser, wobei der Personalführung im Rahmen des personalintensiven Gesundheitsbetriebes eine herausragende Rolle zukommt. In weiteren Kapiteln der „Grundzüge der Krankenhaussteuerung“ werden die materiellen (Logistik) und informationellen (Krankenhausinformationssysteme) Relationen im Krankenhaus diskutiert. Zentral ist hierbei das Krankenhauscontrolling als Koordinationsmechanismus im modernen Krankenhaus. Die betriebswirtschaftliche Betrachtung schließt mit einer Analyse der Veränderungen des Krankenhausbetriebes in der Zeit (Betriebsgenetik). Ziel des hier vorliegenden ersten Bandes ist es, ein systemtheoretisches Verständnis der Elemente des Krankenhauses zu entwickeln, während der zweite Band konkrete Modelle der zielsystemkonformen Steuerung des Betriebs anbietet.

In jedem Kapitel werden grundlegende Inhalte und Methoden diskutiert und auf den Krankenhausbetrieb angewendet. Ich gehe davon aus, dass der Leser Basiskenntnisse der Allgemeinen Betriebs- und Volkswirtschaftslehre sowie des Krankenhauses mitbringt. Das Buch wendet sich deshalb an Betriebswirte, die erfahren möchten, wie sie ihre Wissenschaft im Krankenhaus anwenden können. Weiterhin wurde es für Ärzte und Pflegekräfte geschrieben, die ihre praktischen Erfahrungen im Management von Krankenhäusern auf Grundlage einer wissenschaftlichen Theorie der Betriebsführung reflektieren möchten. Ihnen sollen Anregungen zur Verbesserung der Effizienz sowie zum systemischen Denken gegeben werden. Ganz praktisch soll das Lehrbuch jedoch auch die Arbeitsunterlage für Studenten des Gesundheitsmanagements, der Krankenhausbetriebslehre oder des Pflegemanagements sein.

Methodisch ist das Vorgehen nur schwer einzuordnen. Jedes Teilproblem erfordert andere Methoden, so dass es sich um eine Fülle von Herangehensweisen handelt. So bedarf beispielsweise die Logistik mathematischer Methoden, die Betriebskybernetik hingegen eines Rückgriffs auf Erkenntnisse der Psychologie. Viele angewandte Wissenschaften werden in den Dienst genommen, um eine umfassende Krankenhausbetriebslehre zu entwickeln. Sie alle eint das Proprium der Ökonomik: Mathematik, Psychologie, Soziologie, Informatik, Medizin etc. sind kein Selbstzweck, sondern sollen unter Beachtung der Effizienz letztendlich dem klar zu definierenden Betriebszweck und -ziel dienen.

Dieses Buch wäre ohne die Hilfe von vielen Kollegen und Mitarbeitern nicht möglich gewesen. Ich möchte allen danken, die mich unterstützt haben, insbesondere Britta Ehmke, René Herrmann, Paul Marschall, Falko Milski und Ingrid Vogg für die kompetente Korrektur.

Es ist mein Selbstverständnis als Wissenschaftler, dass das vorliegende Werk nur ein erster Schritt in der Entwicklung einer Krankenhausbetriebslehre als Branchenlehre der Allgemeinen BWL sein kann. Verbesserungen, Erweiterungen und Anpassungen werden nötig sein. Auf diesen Diskurs freue ich mich. Und ich hoffe, einen Beitrag leisten zu können, der sich sowohl für Praktiker als auch für die Wissenschaft als wichtig erweist.

Greifswald im Mai 2007

Steffen Fleßa

1 Einleitung

Krankenhäuser sind sehr komplexe Organisationen. Ihre Aufgaben in der Gesellschaft, das Zusammenwirken ihrer Teilsysteme, die Steuerung der Prozesse sowie die Veränderungen sind so umfassend und dynamisch, dass sie durch einfache Beschreibung oder „Daumenregeln“ nicht mehr abgebildet werden können. Komplexität und Dynamik erfordern vielmehr eine wissenschaftliche Vorgehensweise, d.h. eine systematische Strukturierung, Definition und Abgrenzung, die auf Modellen oder Theorien aufbauen. Eine Sammlung von Erfahrungswerten, Anekdoten und Gebrauchsanweisungen genügt deshalb nicht mehr für die Krankenhausführung. Der kompetente Krankenhausmanager muss vielmehr seinen Betriebsalltag auf der Grundlage einer Wissenschaft der Betriebsführung reflektieren können.

Das erste Kapitel dieses Lehrbuches legt die Grundlagen zu diesem wissenschaftsbasierten Verständnis der Krankenhausbetriebsführung. Hierzu wird zuerst das Erkenntnisobjekt der Betriebswirtschaftslehre diskutiert. Anschließend wird das Krankenhaus als Erfahrungsobjekt der Krankenhausbetriebslehre definiert und in sein Umsystem eingebunden. Das erste Kapitel ist damit grundlegend für das Verständnis aller weiteren Ausführungen.

1.1 Erkenntnisobjekt

1.1.1 Wissenschaftstheoretische Grundlagen

Eine Wissenschaft strebt danach, auf methodisch kontrollierte Weise Erkenntnisse über ihr Forschungsobjekt zu gewinnen. Diese Erkenntnisse sollen intersubjektiv nachprüfbar sein, so dass das gewonnene Wissen Allgemeingültigkeit hat, bis es widerlegt wird. Die Betriebswirtschaftslehre ist eine Kulturwissenschaft, d.h., sie untersucht reale Phänomene der menschlichen Gesellschaft; hierbei hat sie jedoch zahlreiche Anknüpfungspunkte zu anderen Wissenschaften. Beispielsweise bedient sie sich oftmals der Sprache der Mathematik (einer Formalwissenschaft), der Technik aus der Naturwissenschaft (z.B. Computerwissenschaft) sowie im Rahmen der Wirtschafts- und Unternehmensethik einer metaphysischen Fundierung.

Die Krankenhausbetriebslehre als Branchenlehre der Allgemeinen Betriebswirtschaftslehre ist hierbei von großer Interdisziplinarität gekennzeichnet. Sie hat enge Beziehungen zu Medizin, Public Health, Epidemiologie, Volkswirtschaftslehre, Demografie, Soziologie, Psychologie, Mathematik, Informatik, Philosophie (Ethik), Theologie, Geographie, Anlagentechnik und Architektur, d.h. zu Bereichen, die eindeutig anderen Wissenschaftstraditionen zugeord-

net sind. Diese Interdisziplinarität stellt eine große Herausforderung für das Krankenhausmanagement dar.

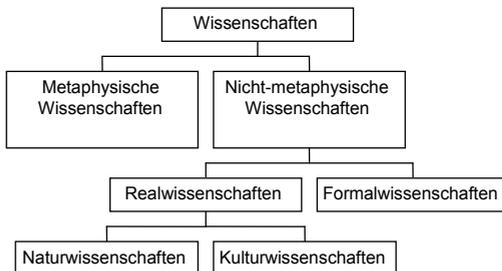


Abb. 1.1: System der Wissenschaften¹

Mehrere Wissenschaften können dasselbe Forschungsobjekt haben. So stellt ein Krankenhaus für einen Arzt einen Ort dar, an dem Menschen durch moderne Medizin geheilt werden. Für einen Ingenieur ist dasselbe Krankenhaus ein technisches Gebilde, für den Theologen ein Ort, an dem ihm Grenzerfahrungen und menschliches Leid begegnen. Der Soziologe sieht im Krankenhaus eine Organisation aus Individuen und Gruppen. Und der Betriebswirt?

Wir werden später noch ausführlicher das Erkenntnis- und Erfahrungsobjekt der Krankenhausbetriebslehre beschreiben. Für den Moment soll genügen, dass der Betriebswirt unter einem Krankenhaus eine Institution versteht, in der Produktionsfaktoren effizient eingesetzt werden, um Gesundheitsdienstleistungen zu produzieren. Das Effizienzkriterium als Erkenntnisobjekt unterscheidet ihn folglich von den anderen Wissenschaften, ohne deren Wert und Bedeutung damit zu schmälern. Wirtschaftswissenschaftler betrachten ihr Untersuchungsobjekt mit einer besonderen Brille, nämlich der Brille der Effizienz. Fehlt diese Sichtweise, handelt es sich nicht um eine betriebswirtschaftliche Herangehensweise.

Die Analyse kann auf fünf Ebenen erfolgen. Auf der Alltagsebene beschäftigt man sich mit Alltagsproblemen und deren praktischer Lösung, ohne Anspruch auf Allgemeingültigkeit, zeitliche Konstanz oder Reflexion. Ein typisches Problem wäre das korrekte Ausfüllen der Formulare für die Budgetverhandlung des Krankenhauses, zweifelsohne eine wichtige Aufgabe, aber keine wissenschaftliche Herausforderung, weshalb wir in diesem Lehrbuch auch kaum auf dieser Ebene arbeiten.

Auf der angewandt-praktischen Ebene finden sich Betriebsprobleme mit komplexer Struktur, die durchaus eine Herausforderung für den akademischen Krankenhausmanager darstellen. Beispielsweise sind bei der Entwicklung eines Krankenhausinformationssystems für ein bestimmtes Haus sehr viele Substrukturen und Interdependenzen zu berücksichtigen, so dass man sich für dieses konkrete Problem durchaus wissenschaftlicher Methoden bedienen muss.

¹ Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Chalmers 2007.

Wir werden immer wieder Beispiele für eine Krankenhausbetriebslehre auf dieser Ebene geben.

Die angewandt-wissenschaftliche Ebene beschäftigt sich mit konkreten Problemlösungen, die eine gewisse Verallgemeinerbarkeit beanspruchen können. Sie umfassen noch nicht alle Krankenhäuser, sind keine grundlegenden Modelle oder bahnbrechenden Theorien der Krankenhausführung. Ihre Abstraktionsstufe erlaubt jedoch trotzdem, bestimmte Fragestellungen und Lösungsansätze auf andere, ähnliche Krankenhäuser oder Teilprobleme zu übertragen. Ein Beispiel wäre die Bewertung der Vor- und Nachteile zentraler versus dezentraler DRG-Kodierung. Es wäre verwegen, hier von einer grundlegenden Theorie der Krankenhausbetriebslehre zu sprechen – trotzdem ist diese Ebene von großer Bedeutung für die Praxis und deshalb von Bedeutung für dieses Lehrbuch.

Die allgemeine Ebene der Wissenschaft werden wir hingegen nur ansatzweise behandeln. Aus unserer Sicht existiert tatsächlich noch keine umfassende Theorie der Krankenhausbetriebswirtschaftslehre, die sowohl abstrakt genug wäre, um einer wissenschaftstheoretischen Prüfung standzuhalten, als auch praktisch genug, um den Anforderungen des Berufsalltags zu genügen. Wir hoffen, mit unseren Grundlegungen hier einen Beitrag leisten zu können.

Die Metaebene der Wissenschaft erhebt sich über die einzelne Disziplin hinaus und bietet einen Rahmen für die Behandlung allgemeiner Phänomene. Die Systemtheorie ist eine derartige Grundlegung, die in fast allen Realwissenschaften große Verbreitung gefunden hat. Die Gliederung dieses Buches sowie das grundlegende Verständnis des Krankenhauses in der Gesellschaft entspringen diesem Denkansatz.

Die angewandt-wissenschaftliche Ebene stellt folglich einen gewissen Schwerpunkt in dieser Arbeit dar. Der Praktiker soll fundiertes Handwerkszeug erlernen, mit dem er Probleme lösen kann. Gleichzeitig sollen Reflexionsgrundlagen für ein verändertes Denken gelegt werden, das sich aus der Alltagsebene hebt und Strukturen und Prozesse neu überdenken hilft. Hierzu sind vier (sich ergänzende) Konzepte der Theoriebildung notwendig. Erstens wird im Rahmen einer deskriptiven Theorie das Phänomen Krankenhaus beschrieben. Diese Deskription kann durch verbale, grafische oder mathematische Modelle erfolgen. Stets impliziert diese Modellierung eine gewisse Strukturierungs- und Abstraktionsleistung, so dass Komplexität reduziert und Verhalten verständlicher wird.

Zweitens erklärt die positive Theorie die in der deskriptiven Theorie beschriebene Realität. Hier wurden in der Betriebswirtschaftslehre insbesondere Erklärungsansätze für das Verhältnis von Output- zu Inputgrößen (Produktionsfunktionen) diskutiert. Der spezielle Betriebstyp Krankenhaus verlangt jedoch auch eine Erklärung des Verhaltens von Mitarbeitern, Patienten und der Gesellschaft.

Drittens setzt die normative Theorie dieser Beschreibung und Erklärung des Istzustandes Sollzustände bestimmter Größen entgegen. Dies ist nur möglich auf Grundlage eines Werte- und Zielsystems, so dass eine normative Theorie der Krankenhausbetriebslehre über die Systemgrenzen hinaus auf gesellschaftliche Werte und Ziele der Träger schauen muss. Daraus leitet sich, viertens, eine präskriptive Theorie ab, d.h. konkrete Anweisungen, wie die Betriebsziele bestmöglich zu verwirklichen sind.

Die Krankenhausbetriebslehre kann sich nicht mit der Beschreibung, Erklärung oder Wunschvorstellung des Krankenhauses begnügen. Wir müssen vielmehr Lösungsvorschläge unterbreiten, wie die konkreten Probleme zu lösen sind. Die Natur der Probleme ist hierbei sehr unterschiedlich. Einige Probleme lassen sich durch eine ganz einfache Maßnahme, Rechnung oder Umstrukturierung lösen. Andere Probleme erfordern ein völlig neues Denken. Hierbei hat es sich erwiesen, dass ein systemisches Denken hilfreich ist, komplexe und dynamische Systeme zu erfassen und zu gestalten. Deshalb folgt eine kurze Einführung in die Allgemeine Systemtheorie.

1.1.2 Allgemeine Systemtheorie

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts hat sich die Systemtheorie als hilfreiches Instrument zur allgemeinen Darstellung der Forschungsobjekte unterschiedlichster Wissenschaften entwickelt. So verwendet der Biologe ähnliche Modelle wie der Informatiker oder der Betriebswirt. Die Systemtheorie bildet heute die allgemein anerkannte Metaebene der Realwissenschaften. Mit ihrer Hilfe können Systeme, wie z.B. der Betrieb, vollständig beschrieben und untersucht werden. Im Folgenden wird die statische Systemtheorie in groben Zügen dargestellt. Die Theorie dynamischer Systeme wird im zweiten Band (Grundzüge der Krankenhaussteuerung) angefügt.

Die systemische Sicht hat den Vorteil, dass Interdependenzen zwischen Teilsystemen bzw. zwischen dem System und seinem Umsystem erkannt und bewertet werden können. Ein systemisches Denken ist deshalb stets ein Denken in komplexen Interdependenzen und turbulenten Dynamiken, das dem Menschen fremd ist. Wir suchen tendenziell einfache oder vereinfachte Lösungen, die der Realität jedoch nicht gerecht werden. Deshalb soll der „Ausflug“ auf die Metaebene der Realwissenschaft primär ein neues Denken schulen. Als Nebeneffekt ergibt sich die Gliederung des weiteren Vorgehens.

Ein System ist eine geordnete Gesamtheit, bestehend aus einer Menge von Elementen und einer Menge von Relationen zwischen den Elementen der betrachteten Gesamtheit. Entscheidend ist, dass das System mehr ist als die Summe seiner Einzelteile, so wie z.B. der Mensch mehr ist als die Summe seiner Glieder und Organe.

Ein Element ist ein Teil einer betrachteten Gesamtheit, das auf Grund von Zweckmäßigkeitsgründen nicht weiter unterteilt werden soll. Hierbei ist zu bedenken, dass der jeweilige Untersuchungszweck darüber entscheidet, was ein Element ist. Will man z.B. den Körper eines Menschen beschreiben, kann man die Elemente Rumpf, Arme, Beine und Kopf nennen. Dies genügt. Für einen Arzt ist es jedoch sinnvoll, jedes dieser Elemente selbst wiederum als komplexes System zu betrachten, das selbst aus Einzelteilen besteht, die ebenfalls Elemente des Subsystems sind. So besteht der Kopf aus Ohren, Augen, Mund, Nase, Wangen usw. Sie lassen sich erneut aufteilen. Wie tief die Gliederung erfolgt, hängt vom Untersuchungszweck ab.

Die Menge und Art der Elemente sowie aller zwischen den Elementen herstellbaren materiellen und informationellen Relationen bezeichnen die Struktur eines Systems. Die Struktur muss zweckmäßig sein, d.h., mit Hilfe der Struktur werden die Elemente so einander zugeordnet, dass das System seine Funktion erfüllen kann. Bei offenen Systemen kann man die

Funktion allgemein als die Transformation von Input in Output beschreiben. So ist beispielsweise eine Kuh ein Tier, dessen Funktion es ist, aus Gras Milch zu produzieren. Sie transformiert Gras in Milch. Nur solange sie diese Funktion erfüllt, hat sie in den Augen des Landwirts eine Existenzberechtigung.

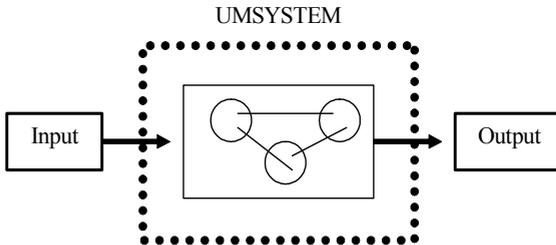


Abb. 1.2: Modell eines offenen Systems²

Die Wahrnehmung der Funktion setzt voraus, dass die Teile des Systems nicht nur existieren, sondern auch aktiv werden. Sie erfordert die raumzeitliche Realisierung der Aufgabe des Systems. Sie wird als Prozess bezeichnet. So können beispielsweise in einem Kraftfahrzeug alle Einzelteile (Elemente) richtig montiert sein (Struktur), aber trotzdem kann es nicht fahren (Prozess). Auch ein Betrieb kann die richtige Aufbauorganisation (Struktur) und ausreichend Produktionsfaktoren (Elemente) haben und trotzdem keine verkaufbaren Produkte (Funktion) erstellen. Der Prozess, d.h. das tatsächliche Handeln, ist nicht identisch mit Struktur und Elementen.

Das System ist in eine große Zahl von Sachverhalten eingebunden, die zwar nicht zum System selbst gehören, aber unmittelbaren Einfluss darauf ausüben. Diese Sachverhalte werden allgemein als Umsystem bezeichnet. So wird die Milchproduktion der Kuh durch die Qualität der Wiesen, die Niederschläge, Rinderkrankheiten und die Laune des Landwirts beeinflusst. Der Betrieb wird von den Preisen auf den Beschaffungs- und Absatzmärkten, den Gesetzen oder der Konjunktur beeinflusst. Diese Einflussfaktoren gehören nicht zum Betrieb, aber sie betreffen ihn. Sie gehören zu seinem Umsystem. Der Transformationsprozess selbst muss gesteuert werden. Zur Veranschaulichung der wichtigsten Komponenten kann ein allgemeines Regelkreismodell verwendet werden (vgl. Abbildung 1.3)

Die Krankenhausbetriebslehre als Branchenlehre der Allgemeinen Betriebswirtschaftslehre ist hierbei von großer Interdisziplinarität gekennzeichnet. Sie hat enge Beziehungen zu Medizin, Public Health, Epidemiologie, Volkswirtschaftslehre, Demografie, Soziologie, Psychologie, Mathematik, Informatik, Philosophie (Ethik), Theologie, Geographie, Anlagentechnik und Architektur, d.h. zu Bereichen, die eindeutig anderen Wissenschaftstraditionen zugeordnet sind. Diese Interdisziplinarität stellt eine große Herausforderung für das Krankenhausmanagement dar.

² Quelle: Fleßa 2003, S. 25.

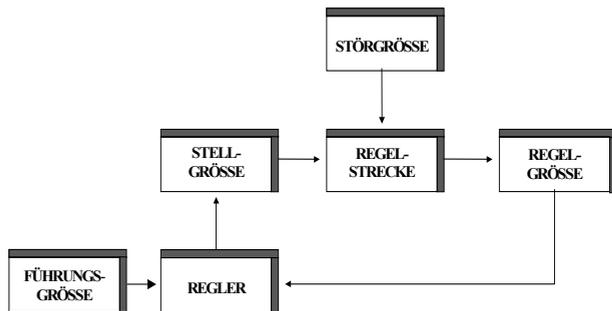


Abb. 1.3: Regelkreismodell³

Der Regler stellt die Variablen (Stellgrößen) innerhalb gegebener Strukturen ein. So ist ein Wasserhahn ein Regler. Mit seiner Hilfe wird warmes und kaltes Wasser in eine Badewanne gelassen (Regelstrecke). Das Ergebnis ist ein Badewasser mit einer bestimmten Temperatur (Regelgröße). Der Badende überprüft die Temperatur mit Hilfe eines Thermometers. Sollte sie zu warm oder zu kalt sein, verändert er die Stellung der Wasserhähne (kalt/warm), d.h., er gibt ein Feedback von der Regelgröße zum Regler.

In jedem Betrieb gibt es zahlreiche dieser Regelungssysteme. Nehmen wir als Beispiel die Pflege eines älteren Patienten in einem Krankenhaus. Er sollte so behandelt werden, dass er sich nicht wund liegt. Dieses Ziel wird erreicht, indem der Patient regelmäßig fachgerecht gelagert wird und die gefährdeten Stellen vorsorglich eingerieben werden. Sollte trotzdem eine Wunde Stelle auftreten, wird die Pflegekraft entsprechende Gegenmaßnahmen ergreifen, um das ursprüngliche Ziel zu erreichen. Sie passt also ihre Aktivitäten an.

Im Folgenden sollen diese grundsätzlichen systemtheoretischen Aussagen auf den Betrieb übertragen werden. Das Umsystem eines Betriebes umfasst unterschiedlichste Komponenten, wie z.B. die Rechts- und Wirtschaftsordnung, die Konjunktur und die Märkte. In Deutschland herrscht eine freiheitlich-demokratische Grundordnung. Institutionen, und somit auch Betriebe, müssen sich letztlich demokratisch legitimieren lassen. Gesetze, wie z.B. das Arbeitsrecht, sind ständige Nebenbedingungen betrieblichen Handelns, die die Aktivitäten des Betriebs einschränken. Nur innerhalb dieser vom Umsystem gegebenen Grenzen können Entscheidungen gemäß dem betrieblichen Zielsystem getroffen werden. Diese Rahmendaten sind Bedingungen, die akzeptiert werden müssen. Sie sind keine Probleme, die gelöst werden können.

Das Umsystem liefert die Inputs (Produktionsfaktoren) und nimmt die Produkte des Betriebes ab. Für das Umsystem hat der Betrieb nur eine Funktion bzw. einen Zweck: die Produktion von Problemlösungen. Dies geschieht durch Transformation von Produktionsfaktoren in Güter. Wenn ein Betrieb diese Funktion nicht mehr erfüllt, ist das Umsystem auch nicht mehr bereit, diesen Betrieb mit ausreichend Produktionsfaktoren zu versorgen. Der Betrieb geht in Konkurs.

³

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Schmalen & Pechtl 2009, S. 104.

Jeder Betrieb muss also seine Funktion im Umsystem erfüllen. In einer freiheitlichen Ordnung entscheidet nicht der Betrieb, ob er Produkte erzeugt, die ihre Einsatzfaktoren wert sind, sondern das Umsystem, d.h. die Abnehmer. Krankenhausmanager müssen hinnehmen, dass in unserem Wirtschaftssystem der Wert ihrer Arbeit am Absatzmarkt gemessen wird, auch wenn dies ihrer Überzeugung widersprechen sollte. Als Alternative bleibt nur, den Betrieb aufzulösen und aus dem Markt auszuschneiden.

Der Betrieb muss seine Funktion für das Umsystem erfüllen, unabhängig davon, welche Ziele der Unternehmer verfolgt. Anhand der Zielsetzung unterscheidet man zwischen Bedarfsdeckern und kommerziellen Unternehmen. Bedarfsdecker sind Betriebe, die der bestmöglichen Versorgung einer bestimmten, außerhalb des Betriebes stehenden Allgemeinheit dienen, deren Bedarfe sie decken. Sie können öffentliche (d.h. im Eigentum von Gebietskörperschaften stehende) Betriebe sein, die das Ziel verfolgen, durch Kollektivleistungen den Nutzen aller Bürger zu steigern. So möchten beispielsweise städtische Krankenhäuser die Bevölkerung der Stadt mit Krankenhausleistungen versorgen. Dies ist nicht nur ihre Funktion, sondern auch ihr oberstes Ziel (Identität von Funktion und Ziel).

Wie wir gesehen haben, müssen auch kommerzielle Unternehmen ihre Funktion erfüllen, denn sonst können sie ihre Leistungen nicht absetzen und werden nicht am Markt überleben. Die Produktion verkaufsfähiger Produkte ist jedoch nicht das oberste Ziel dieser Unternehmen. Die Produkte sind vielmehr eine Maßnahme, um ein anderes Ziel zu erreichen. Dies ist in der Regel die Maximierung des Gewinns. So ist es beispielsweise die Funktion der Haribo-Bären, Kinder (und Erwachsene) froh zu machen – zumindest sagt das die Werbung. Das Ziel der Unternehmensleitung ist jedoch oftmals sehr viel profaner: Es geht darum, die Verkaufszahlen zu steigern, damit am Ende ein Gewinn für die Aktionäre übrig bleibt.

Die Funktion des Betriebs besteht in der Transformation von Produktionsfaktoren in nachgefragte Güter. Abbildung 1.4 zeigt dies schematisch.

Die Inputfaktoren eines Betriebes werden je nach ihrer Beschaffenheit als Arbeit, Betriebsmittel oder Werkstoffe bezeichnet. Arbeit ist der Input an menschlicher Leistung, die sowohl planerisch, organisierend bzw. kontrollierend (dispositive Arbeit) als auch direkt am Produkt (ausführende Arbeit) geschehen kann. Betriebsmittel (z.B. Gebäude, Maschinen) sind notwendig zur Leistungserstellung, werden jedoch nicht bei der Produktion verbraucht. Werkstoffe hingegen werden bei der Produktion aufgebraucht und stehen für keine weiteren Prozesse zur Verfügung (z.B. Treibstoff, Rohstoffe). Die Beschaffung dieser Produktionsfaktoren wird als Einkauf (Betriebsmittel, Werkstoffe) bzw. Akquisition (Arbeit) bezeichnet. Die Rekombination der Produktionsfaktoren nennt man Produktion, wobei das Wort sowohl für Sachgüter als auch für Dienstleistungen verwendet wird. Die Verwertung der Leistung wird als Absatz bezeichnet. Somit ergibt sich der Fluss der Güter im Unternehmen grundsätzlich als Einkauf – Produktion – Absatz.

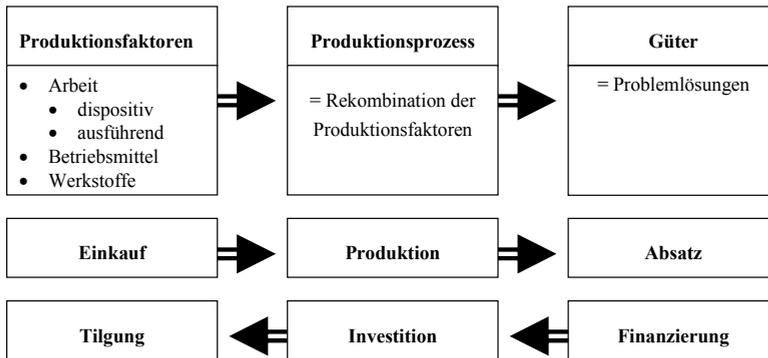


Abb. 1.4: Leistungs- und finanzwirtschaftlicher Funktionskreis⁴

Dem güterwirtschaftlichen Strom (Leistungswirtschaft) steht ein Geldstrom (Finanzwirtschaft) gegenüber. Wie ein Spiegelbild bzw. wie die andere Seite einer Münze ist das eine ohne das andere nicht vorstellbar. Beispielsweise führt der Verkauf von Produkten (Absatz) zu einem Zustrom an Geld. Der Fluss von Geld in den Betrieb wird als Finanzierung bezeichnet, wobei sie nicht nur durch den Absatz der Produkte, sondern auch durch die Aufnahme von Krediten erfolgen kann. Die Verwendung des Investitionsvolumens zum Produktionszweck ist eine Investition (im weiteren Sinne), die mit der Produktion im leistungswirtschaftlichen Funktionskreis korrespondiert. Schließlich müssen Schulden zurückbezahlt werden, die z.B. durch den Kauf von Produktionsfaktoren entstehen. Diese Rückzahlung ist die Tilgung und steht spiegelbildlich zum Einkauf. Leistungswirtschaftliche und finanzwirtschaftliche Sphäre sind folglich Spiegelbilder ein und derselben betrieblichen Realität.

Ein großes Problem der Leistungswirtschaft ist ihre Dokumentation. So wird beispielsweise in der Inventur genau erhoben, welche Betriebsmittel und Werkstoffe zu einem bestimmten Stichtag in einem Unternehmen vorhanden sind. Dies ergibt eine lange Liste unterschiedlichster Objekte mit ganz verschiedenen Skalen: Blech (qm), Tomaten (kg), Bier (Liter) und Gas (m³) müssten theoretisch aufaddiert werden, um ein Gesamtbild zu ergeben. Dies ist nicht möglich. Deshalb weicht man gerne auf die finanzwirtschaftliche Sphäre aus und erhebt mit Hilfe eines Gewichtungsfaktors den Wert dieser Güter. Der einheitliche Gewichtungsfaktor ist der Preis, so dass sich alle Güter in Geldeinheiten ausdrücken lassen. Das betriebliche Rechnungswesen ist folglich die Dokumentation der finanzwirtschaftlichen Sphäre und damit des ganzen Betriebsgeschehens. Damit erhält die Geldseite bzw. die monetäre Sphäre eine hohe Dominanz. Eigentlich geht es ja darum, in einem Betrieb Problemlösungen zu produzieren. Sachgüter und Dienstleistungen sollen für das Umsystem erstellt werden, aber aus Gründen der einfacheren Erfassung weicht die betriebliche Dokumentation oftmals auf die finanzwirtschaftliche Seite aus und stellt das Geld in den Mittelpunkt.

Zwischen den einzelnen betrieblichen Elementen herrschen bestimmte Beziehungen (Relationen), die einen wirtschaftlichen Einsatz überhaupt erst möglich machen. Sie können mate-

⁴ Quelle: Fleßa 2003, S. 29.

riell, informationell oder personell sein. Der Materialfluss vom Einkaufsmarkt, über die Lagerung und den internen Transport bis hin zum Absatzmarkt ist Untersuchungsgegenstand der Logistik. Die Informationswirtschaft ist bestrebt, die benötigten Informationen zeitnah und präzise zur Verfügung zu stellen. Sie ist häufig EDV-gestützt, um aus der großen Datenmenge die nötigen Informationen, d.h. Antworten auf konkrete Fragen, bereitzustellen.

Da – wie gezeigt wurde – alle betrieblichen Aktivitäten eine monetäre Sphäre betreffen, ist das betriebliche Rechnungswesen der wichtigste Informationslieferant. Das externe Rechnungswesen (z.B. Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung) liefert dabei auch Informationen an Dritte (z.B. das Finanzamt), während das interne Rechnungswesen (z.B. Kosten- und Leistungsrechnung, Betriebsstatistik) primär zur Information und Entscheidungsvorbereitung für die Betriebsmitglieder gedacht ist. Die Aufbauorganisation ist ein Ausdruck personeller Relationen, d.h. die Schaffung einer Hierarchie von Vorgesetzten und Untergebenen.

Die Steuerung des Betriebes wird als Unternehmensführung oder Betriebskybernetik bezeichnet. Oftmals wird sie mit dem Begriff Management als Teilgebiet der Betriebswirtschaftslehre gleichgesetzt. Wie im allgemeinen Systemmodell dargestellt, gehört hierzu die Festlegung von grundlegenden Werten und Zielen. Kein Betrieb kann dieses Zielsystem aus sich heraus entwickeln. Die Persönlichkeiten der Gründer bzw. der Eigentümer haben stets starken Einfluss darauf, welche Leistungen wo und wie erstellt werden.

Der Regelungsprozess erfolgt durch den dispositiven Faktor, d.h. die dispositive menschliche Arbeitsleistung. Sie umfasst die Planung, Organisation, Personalauswahl, Leitung und Kontrolle des Betriebsprozesses. Die Ausübung dieser Tätigkeiten besteht in einem Vorbereiten und Treffen von Entscheidungen unter Zuhilfenahme von Informationen, die sich aus den Beziehungen von menschlicher Arbeit, Betriebsmitteln und Werkstoffen zueinander ergeben.

Schließlich ist der Betrieb nicht statisch, sondern dynamisch in ein sich ständig änderndes Umsystem eingebunden. Auch der Betrieb muss sich deshalb ändern, was durch die so genannte Betriebsgenetik analysiert wird. So wird der Betrieb auf verändertes Nachfrageverhalten durch die Aufnahme neuer Produkte reagieren. Die Aufnahme von Neuerungen (Innovationen) sowie die Analyse von Produktlebenszyklen ist ein wichtiger Teilaspekt der Betriebsgenetik. Manchmal wird im Laufe eines Betriebslebens aber auch ein größerer Einschnitt nötig, so z.B. bei der Verlagerung eines Standortes, bei der Wahl einer anderen Rechtsform oder am künstlichen Lebensende eines Betriebes (Insolvenz).

Abbildung 1.5 gibt ein erweitertes Systemmodell wieder. Aufbauend auf der Mission, der Vision und den Oberzielen des Unternehmens ergeben sich Strategien, wie diese zu erreichen sind. Hierzu werden Strukturen (Elemente und Relationen) aufgebaut, innerhalb derer sich Individual- und Gruppenverhalten abspielen. Das Ergebnis des Produktionsprozesses, der Output, muss in einem möglichst guten Verhältnis zum Input stehen. Das Geschäftsergebnis (Output im Verhältnis zum Input; Output im Verhältnis zu den Zielen) dient dabei als Effizienzmaß.

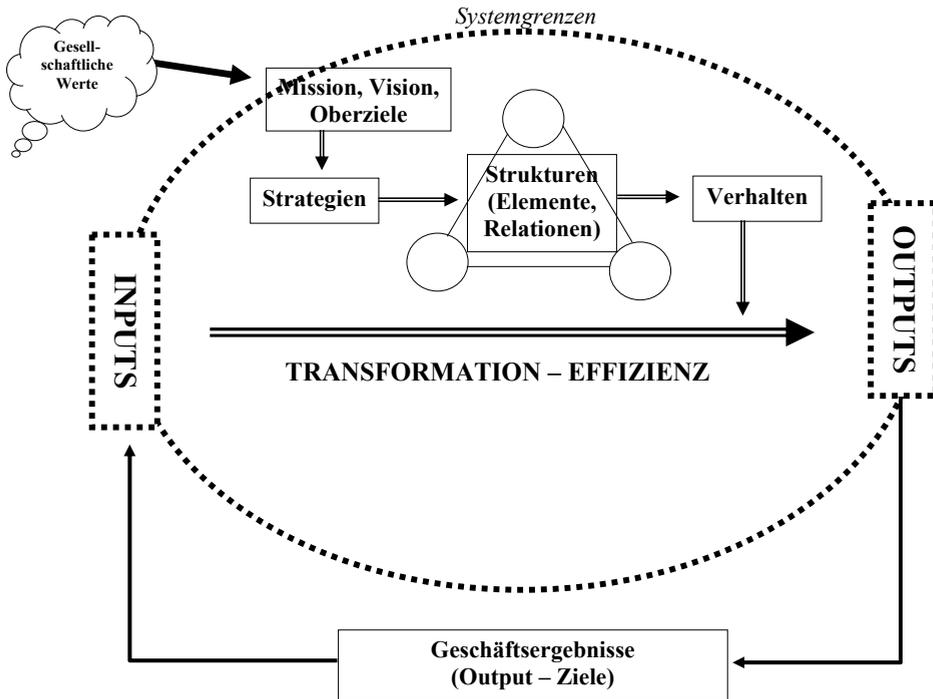


Abb. 1.5: Erweitertes Systemmodell⁵

In der Regel ist diese Effizienzdarstellung jedoch nicht ausreichend, um die Krankenhausrealität zu beschreiben. Der Output eines Krankenhauses, die Gesundheitsdienstleistung, hat vielmehr eine Auswirkung auf den Patienten (Gesundung, Linderung, etc.), die nicht mit dem Output des Krankenhauses gleichgesetzt werden kann. Diese Auswirkung auf den Patienten soll als Outcome bezeichnet werden. Gleichzeitig hat der Outcome Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft. Beispielsweise führt die Heilung eines Tuberkulosepatienten zu einer reduzierten Infektionswahrscheinlichkeit für alle Menschen, die mit ihm in Kontakt kommen. Die Heilung eines Patienten mit Leukämie wird ebenfalls Auswirkungen auf die Gesellschaft haben, da er seine Rolle als Familienvater,⁶ Mitarbeiter, Steuerzahler etc. wieder erfüllen kann. Diese weitergehenden Wirkungen auf die Gesellschaft seien als Impact bezeichnet.

⁵ Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Rieckmann 2000, S. 46.

⁶ Der Verfasser dieses Lehrbuches hat versucht, den Text möglichst schlank und leicht lesbar zu schreiben. Ausschließlich aus diesem Grund wird auf die Nennung weiblicher Bezeichnungen verzichtet. Der Verfasser ist sich natürlich der großen Bedeutung weiblicher Stakeholder (Mitarbeiter, Patienten etc.) im Gesundheitswesen bewusst.

Abbildung 1.6 zeigt das vollständige Systemmodell. Die Eigentümer bzw. Träger der Gesellschaft werden ständig die Geschäftsergebnisse im Blick haben müssen. Auf Dauer kann das Krankenhaus jedoch nur überleben, wenn es seine Funktion in seinem Umsystem erfüllt, d.h., es muss dazu beitragen, dass Menschen gesünder sind als ohne seinen Beitrag. Erfüllt es diesen Existenzgrund nicht, werden die Patienten (Kunden) auf Dauer nicht bereit sein, dieses Krankenhaus mit der Bereitstellung von Inputs zu unterstützen. Die Evaluierung der Funktionserfüllung ist damit eine wichtige Aufgabe der Krankenhausführung.

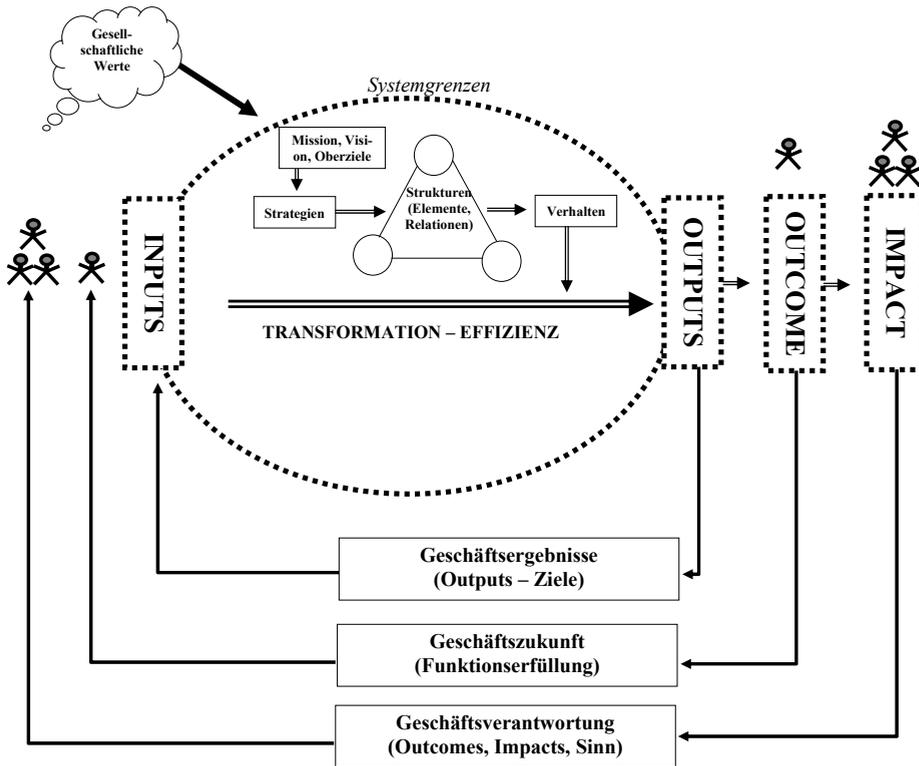


Abb. 1.6: Vollständiges Systemmodell⁷

Schließlich muss jedoch auch der Impact des Krankenhauses betrachtet werden. Eine Gesellschaft ist nur solange bereit, ein Teilelement zu tragen, wie dieses einen positiven Einfluss auf die Gesellschaft hat. Zwar ist die Funktion des Krankenhauses in der Gesellschaft relativ anerkannt, die Schließung von Krankenhäusern zeigt jedoch deutlich, dass die Gesellschaft

⁷ Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Rieckmann 2000, S. 46.

auf Dauer nicht bereit ist, Krankenhäuser zu erhalten, deren Impact in keinem verantwortbaren Verhältnis zum Input steht. Auch Krankenhäuser müssen folglich die „Sinnfrage“ stellen.

Damit kann ein Krankenhaus wie jeder andere Betrieb vollständig durch die Systemkomponenten beschrieben werden (Tabelle 1.1).

Tab. 1.1: Systemkomponenten⁸

System		Betrieb
Umsystem		Epidemiologie, Demografie, Rechtsordnung, Wirtschaftsordnung, Konkurrenz, Branche
Funktion	Input	Einkauf Finanzierung
	Output	Absatz Tilgung
	Transformation	Produktion Investition
	Funktionserfüllung	Effizienz
Elemente		Produktionsfaktoren
Relationen	Materiell	Materialfluss, Logistik
	Informationell	Informationswirtschaft, Kommunikation Externes Rechnungswesen Controlling
	Strukturell	Aufbauorganisation
Regelung	Führungsgröße	Normativer Rahmen, Ziele, Zielsysteme
	Lenkung	Planung, Organisation, Personalauswahl, Leitung, Kontrolle, Führungskonzeptionen
Genetik		Lebensphasen, Innovationen, Produktlebenszyklen

1.1.3 Effizienzbegriff

Abbildung 1.6 zeigt, dass der Transformationsprozess im Zentrum betrieblichen Handelns steht. Die Güte, mit der Inputfaktoren in Outputs, Outcomes oder Impacts verwandelt werden, determiniert, ob das Umsystem den Betrieb für sinnvoll erachtet und deshalb weiterhin mit Ressourcen (Inputs) versorgt. Nur wenn der Betrieb rational handelt, d.h. keine Ressourcen willentlich verschleudert, hat er eine Lebensberechtigung.

Das Rationalprinzip wurde oft unzulänglich verkürzt. Es kann somit nicht genug betont werden: Rationales Handeln heißt nicht, Gewinne zu maximieren. Es bedeutet auch nicht, möglichst viel Geld zu verdienen. Dies ist nur eine von vielen möglichen Ausprägungen des Rationalprinzips. Rationalität heißt vielmehr, das gegebene Ziel mit möglichst wenigen Res-

⁸ Quelle: Eigene Darstellung.

sources (Minimalprinzip) oder mit gegebenen Ressourcen das gewählte Ziel möglichst gut (Maximalprinzip) zu erreichen.

Ein Betrieb transformiert seine Inputs in Outputs. Rationalität in der Betriebswirtschaftslehre bedeutet, dass die Inputs möglichst gut ausgenutzt werden sollen. Dies lässt sich am einfachsten als Quotient ausdrücken. Die Rationalität ist deshalb nichts weiter als eine Optimierungsaufgabe, der Quotient aus Output und Input soll maximiert werden:

$$\frac{\text{Output}}{\text{Input}} \rightarrow \text{Max!}$$

Diesen einfachen Ausdruck bezeichnet man als Effizienz. Effizienz bedeutet, dass man einen gegebenen Output mit minimalem Input (Minimalprinzip) oder einen möglichst hohen Output mit gegebenem Input (Maximalprinzip) erreichen möchte. Eine Knappheitsüberwindung ist deshalb nur möglich, wenn rational gehandelt wird.

Das Gegenteil von Effizienz ist Verschwendung. Verschwendung ist auch ethisch problematisch, da die verschwendeten Ressourcen nicht mehr für andere zur Verfügung stehen. Wer hingegen das Beste aus seinen Ressourcen macht, gewinnt Freiräume, um anderen zu helfen.

Die Effizienz äußert sich in verschiedenen Ausprägungen. Traditionell interpretiert man Effizienz als Ergiebigkeit oder Produktivität. Man stelle sich eine Eisenbahn vor, die mit 100 kg Kohle 1000 Meter weit fährt. Ein Ingenieur verbessert diese Dampfmaschine, so dass sie mit 100 kg Kohle 1500 Meter weit fährt. Die Ergiebigkeit der Ressource (Kohle) hat sich erhöht, man könnte auch sagen: Die Produktivität hat sich erhöht. Wohl dem, der zwei Ähren wachsen lässt, wo vorher eine wuchs; wohl dem, der ein Auto bauen kann, das nur noch 3 Liter pro 100 km benötigt; wohl dem, der nur noch eine Stunde benötigt, um eine Operation durchzuführen, die vorher vier Stunden in Anspruch nahm: Stets erhöht sich die Produktivität.

Problematisch wird es, wenn nicht nur ein Output und ein Input berücksichtigt werden müssen. Im normalen betrieblichen Geschehen haben wir viele Outputs (verschiedene Produkte, Ausbildung der Mitarbeiter, Ansehen des Betriebes etc.) und viele Inputs (Arbeitskraft der Mitarbeiter, Grundstücke, Gebäude, Umwelt, Maschinen, Fahrzeuge, Geld, ...). Wie sollte man diese nun in eine gemeinsame Effizienzformel bringen?

$$\frac{\text{Alle möglichen Outputs}}{\text{Alle möglichen Inputs}} \rightarrow \text{Max!}$$

Die Addition von Produkten, Ausbildung, Ansehen, und Zukunftschancen zu einer einzigen Zahl dürfte genauso unmöglich sein wie die Addition der Maschinen, Fahrzeugen, Grundstücken, Arbeitskräften etc. Die Ermittlung der Gesamteffizienz eines Betriebes ist deshalb sehr schwierig. Sie verlangt, dass die einzelnen Einsatzfaktoren gewichtet werden, so dass einerseits die Prioritäten klar werden, andererseits ein einheitliches Skalenniveau entsteht, das eine Addition der Komponenten des Zählers oder des Nenners erlaubt.

$$\frac{\sum_{j=1}^m w_j * x_j}{\sum_{i=1}^n v_i * y_i} \rightarrow \text{Max!}, \text{ mit}$$

x_j	Output j, j=1..m
y_i	Input i, i=1..n
w_j	Gewicht des Outputs j
v_i	Gewicht des Inputs i
m	Zahl der Outputfaktoren
n	Zahl der Inputfaktoren

Es stellen sich folglich bei jeder Effizienzbetrachtung eine Reihe von Problemen: Erstens muss genau bestimmt werden, welche Inputs und welche Outputs wir für relevant halten. Für den einen Betrieb ist der Gewinn ein wichtiger Output (kommerzielle Unternehmen), für den anderen Betrieb ist er kaum relevant (Nonprofit Organisation). Für den einen stellt die Schonung der Umwelt einen wichtigen Output dar, für den anderen ist dies egal. Das zweite Problem ist die Messung der Inputs und Outputs. Einige Inputs und Outputs können in Kilogramm, Metern, Arbeitsstunden oder Euro ausgedrückt werden. Hier ist eine Messung einfach. In einigen Fällen wird jedoch eine exakte Erfassung unmöglich, z.B. wenn Liebe oder „Wohlfühlen“ als Output definiert werden. Drittens müssen die unterschiedlichen Inputs und Outputs der Effizienzfunktion gewichtet werden, wobei die Gewichte relativ subjektiv sind.

Aus diesem Grunde sind rationales Handeln und Effizienz komplex. Einfach ist die Effizienzberechnung nur, wenn die Inputs und Outputs ausschließlich in Geld bewertbar sind. Deshalb beschränken sich die meisten kommerziellen Unternehmen darauf, monetär messbare Größen aufzuzeichnen. Sie bewerten die Inputfaktoren mit ihren Kosten (Faktorpreise) und die Outputfaktoren mit ihren Erlösen (Verkaufspreise). In diesem Fall wird der Effizienzquotient als Wirtschaftlichkeit bezeichnet. Ein Unternehmen handelt wirtschaftlich, wenn es im Verhältnis zu seinen Kosten möglichst hohe Erlöse erhält. Damit reduziert sich das Effizienzproblem,

$$\frac{\sum_{j=1}^m p_j * x_j}{\sum_{i=1}^n c_i * y_i} \rightarrow \text{Max!},$$

da dieser Quotient auch durch die Differenz von Zähler und Nenner maximiert werden kann:

$$\sum_{j=1}^m p_j * x_j - \sum_{i=1}^n c_i * y_i \rightarrow \text{Max!}, \text{ mit}$$

x_j	Output j , $j=1..m$
y_i	Input i , $i=1..n$
p_j	Erlös pro Einheit von Output j [€]
c_i	Kosten pro Einheit von Input i [€]
m	Zahl der Outputfaktoren
n	Zahl der Inputfaktoren

Diese Differenz ist der Gewinn des Betriebs. Kommerzielle Unternehmen können ihre Effizienz ohne größere Schwierigkeiten ermitteln: Je höher ihr Gewinn ist, desto größer ist ihre Effizienz. Unternehmen, die auch nicht-monetär messbare Inputs und Outputs berücksichtigen, haben es immer schwerer, die Effizienz zu ermitteln. Damit ist es auch problematisch zu bestimmen, ob sie überhaupt effizient sind. Sie stehen damit ständig in der Gefahr, ineffizient zu sein.

Fassen wir zusammen: Das Erkenntnisobjekt der Betriebswirtschaftslehre ist das rationale Handeln im Betrieb. Dies bedeutet, dass bei allen Entscheidungen und Handlungen danach gefragt wird, ob die betrieblichen Ziele mit möglichst geringem Mitteleinsatz, bzw. ob mit gegebenem Mitteleinsatz die Ziele möglichst gut erreicht werden. Der Kern der Betriebswirtschaftslehre ist die Effizienz. Eine Krankenhausbetriebslehre muss deshalb für alle Teilsysteme des Betriebs fragen, ob sie effizient sind bzw. wie ihr Ertrag im Verhältnis zum Aufwand verbessert werden kann.

Damit ergibt sich aus dieser Einführung bereits die komplette Gliederung des vorliegenden Lehrbuches sowie die grundlegende Herangehensweise. Jedes Teilsystem wird beschrieben, erklärt und so gestaltet, dass es seine Aufgabe mit einem möglichst geringen Mittelaufwand erfüllen kann bzw. mit gegebenen Ressourcen eine möglichst hohe Performance erreicht. Dabei ist essentiell, dass das System mehr ist als die Summe seiner Einzelteile, d.h., bei allen Kapiteln und Teilsystemen müssen wir das Gesamtsystem und sein Verhalten im Umsystem stets in Erinnerung behalten.

1.2 Erfahrungsobjekt

Im folgenden Unterkapitel werden wir den Krankenhausbetrieb als Forschungsgegenstand der Krankenhausbetriebswirtschaftslehre eingehend beschreiben. Hierzu leiten wir die Krankenhausbetriebslehre als Branchenlehre der Allgemeinen BWL her und charakterisieren den Betriebstyp. Abschließend untersuchen wir die konkreten Erscheinungsformen des Krankenhausbetriebs.

1.2.1 Krankenhausbetriebslehre als Branchenlehre

Die Krankenhausbetriebslehre ist eine Branchenlehre der Allgemeinen Betriebswirtschaftslehre und versucht, Erkenntnisse des Mutterfaches im Krankenhausbetrieb zu verwenden. Dabei wäre es töricht, Theorien aus der Sachgüterindustrie unreflektiert auf das Krankenhaus zu übertragen, sowie es grundsätzlich problematisch ist, Aussagen aus der kommerziellen BWL auf den Nonprofit-Bereich zu transferieren. Ein Krankenhausmanager sollte deshalb

die Grundlagen der Allgemeinen BWL daraufhin untersuchen, welche Teilbereiche für ihn hilfreich sind.

Hierbei ist es zuerst wichtig festzustellen, dass es verschiedene Herangehensweisen an das Phänomen Betrieb gibt. Die Großväter der Betriebswirtschaftslehre waren überwiegend deskriptiv ausgerichtet, wovon die ältere Handelslehre mit ihren blumigen Beschreibungen fremder Länder und ihrer Wirtschaftsgüter zeugt. Schon mit dem Beginn des 20. Jahrhunderts wurde jedoch allgemein anerkannt, dass die Betriebswirtschaftslehre eine Handlungswissenschaft ist, d.h., die präskriptive Theoriebildung überwiegt. Die namhaften Vertreter unterscheiden sich höchstens noch in der Frage, ob die Ziele des Unternehmens als gegeben vorausgesetzt werden können (praktisch-normative BWL) oder ob sie ebenso Inhalt der betriebswirtschaftlichen Analyse sein können (idealistisch-normativ). Für eine junge Branchenlehre in einem Segment, das noch immer überwiegend von Nonprofit Organisationen geprägt ist, scheint eine grundlegende Analyse der Ziele und damit die Verfolgung einer idealistisch-normativen Betriebswirtschaftslehre deutlich wichtiger als beispielsweise in einer Betriebslehre der Automobilindustrie.

Die unterschiedlichen Konzepte sind in der Geschichte der BWL immer wieder aufgetreten. Unter den Vätern der Betriebswirtschaftslehre sind drei besonders prominent. Eugen Schmalenbach (1872–1955) analysierte das Problem der Wirtschaftlichkeit und forderte, dass das wirtschaftliche Handeln nicht allein auf die Gewinnerzielung ausgerichtet sein sollte. Betriebe sollten vielmehr einen Beitrag zur Bedarfsdeckung der Bevölkerung leisten. Hierzu entwickelte er die Instrumente des Rechnungswesens und der Finanzierung weiter – Bereiche also, die für alle Betriebstypen relevant sind und es auch karitativen Organisationen ermöglichen sollten, wirtschaftlich zu handeln.

Heinrich Nicklisch (1876–1946) stellte die Mitarbeiter in den Vordergrund. Er entwickelte Organisationsgesetze, die es den Mitarbeitern ermöglichen sollten, ihre Bedürfnisse (Erhaltung, Gestaltung, Freiheit) zu befriedigen. Für Nicklisch war die Betriebswirtschaftslehre ohne grundlegende Ethik undenkbar. In gewisser Weise entwickelte er eine Utopie gerechten und sozialen betrieblichen Handelns.

Abweichend davon konstruierte Wilhelm Rieger (1878–1971) eine realitätsnahe BWL kommerzieller Unternehmen. Für ihn waren der Gewinn bzw. die Rentabilität das Maß aller Dinge. Gerade darin war er prägend für Generationen von Betriebswirtschaftlern bis heute, denn die Nonprofit Organisationen wurden seit dem Zweiten Weltkrieg in der deutschsprachigen betriebswirtschaftlichen Forschung fast vollständig vernachlässigt. Trotzdem ist es bemerkenswert, dass zwei der namhaftesten Vertreter der deutschsprachigen Betriebswirtschaftslehre sowohl in ihrer ethischen Ausrichtung als auch in ihrem Betriebsbegriff dem Selbstverständnis vieler Krankenhäuser durchaus nahe kommen – obwohl man natürlich zugeben muss, dass der größte Teil der deutschsprachigen BWL die Krankenhausbetriebslehre überhaupt nicht beachtet hat.

Aus den Vorgängern und verschiedenen Denkschulen haben sich diverse Herangehensweisen der Betriebswirtschaftslehre entwickelt, die allgemein als faktortheoretischer, entscheidungstheoretischer, systemtheoretischer, arbeitsorientierter und verhaltensorientierter Ansatz be-

zeichnet werden. Die Kenntnis dieser Ansätze ist von großem Nutzen für Krankenhausmanager, da sie sich unterschiedlich gut für diesen Betriebstyp eignen.

Als Begründer des faktortheoretischen Ansatzes gilt Erich Gutenberg (1897–1984). Die obige Darstellung des Betriebs als Transformationsprozess von Inputs in Outputs entspricht seinem Gedankengang. Die Produktion (bei Gutenberg vor allem die Sachgüterproduktion) steht im Vordergrund, der Mensch ist ein Produktionsfaktor. Der faktortheoretische Ansatz besticht durch seine Geschlossenheit und seine Konzentration auf die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens. Er ist deshalb bis heute die Hauptlinie der deutschsprachigen Betriebswirtschaftslehre. Die meisten Lehrbücher folgen Gutenbergs Konzept, die meisten Seminare verwenden bewusst oder unbewusst seine Herangehensweise.

Krankenhäuser können viel von diesem Ansatz profitieren. Er erlaubt eine klare Ausrichtung auf Kunden, auf Produktionsengpässe und auf die Wertschöpfung. Die insbesondere in gemeinnützigen Betrieben anzutreffende Verschwendung knapper Ressourcen kann zumindest zum Teil darauf zurückgeführt werden, dass zu wenig faktortheoretisch gedacht wird. Auf der anderen Seite muss man sich dessen bewusst sein, dass Gutenberg von einem Sachgüterbetrieb ausgeht. In einem normalen Betrieb dieses Typs betragen die Personalkosten nur ungefähr 20% der Gesamtkosten, Material- und Anlagenkosten überwiegen. Gleichzeitig wird ein lagerbares, transportierbares und übertragbares Gut erstellt. Krankenhäuser hingegen sind menschenorientierter, müssen es auch sein, da bis zu 70% ihrer Kosten aus Personalaufwand bestehen und sie ihre Leistungen direkt am Menschen erbringen. Die Übertragung des faktortheoretischen Ansatzes auf die Dienstleistung ist bislang nur zum Teil gelungen.

Betrachtet man das Betriebsgeschehen aus einem anderen Blickwinkel, so kann man den Betriebsalltag als eine große Fülle von Handlungen und vorausgehenden Entscheidungen ansehen. Der von Edmund Heinen (1919–1996) entwickelte entscheidungstheoretische Ansatz stellt deshalb die betrieblichen Entscheidungsprozesse in den Mittelpunkt. Wichtig ist dabei, dass Heinen klar die Mittel und Ziele unterscheidet. Der Betrieb muss zuerst definieren, welche Ziele er wählt. Sein Ansatz stellt eine Kombination des ethischen Ideals von Nicklisch und des faktortheoretischen Ansatzes von Gutenberg dar und ist gleichzeitig ein Vorgriff auf die moderne Unternehmensethik. Aus den Werten der Stakeholder müssen sich konsistent Ziele ableiten lassen. Ist eine Entscheidung über die Ziele gefallen, müssen Maßnahmen ergriffen werden, wie diese Ziele im Betrieb erreicht werden können. Hauptaufgabe der Betriebswirtschaftslehre ist es dabei, Entscheidungsprozesse transparent zu gestalten und Instrumente zu entwickeln, wie zielsystemkonforme Entscheidungen getroffen werden können.

Eine Schule des entscheidungstheoretischen Ansatzes arbeitet sehr formal, insbesondere mathematisch. Obwohl die Arbeitsgruppe „Health Care Management“ der Gesellschaft für Operations Research seit 30 Jahren den Einsatz dieser quantitativen Methoden im Krankenhaus forciert, gibt es noch immer in der Praxis der Krankenhausführung erhebliche Vorbehalte gegen dieses formale Vorgehen. Wir werden in diesem Lehrbuch einige Beispiele aufzeigen, wie mathematische Modelle vorteilhaft eingesetzt werden können. Aber auch für die Kritiker ist es nicht zu leugnen, dass die grundsätzliche Herangehensweise des entscheidungstheoretischen Ansatzes von hoher Bedeutung für Krankenhäuser ist: Wir definieren

Ziele und entwickeln Strategien, wie diese Ziele bestmöglich erreicht werden können. Und jeder Manager wird bestätigen können, dass Entscheidungsvorbereitung und Entscheiden zu seinen wichtigsten Aufgaben gehören.

Etwa zeitgleich während der 60er Jahre entwickelte Hans Ulrich (1919–1997) den im sozialen Bereich sehr bekannten und geschätzten systemtheoretischen Ansatz. Die von uns oben gewählte Herangehensweise greift zum Teil auf diesen Ansatz zurück, in dem sie den Regelkreis als Abbild der Betriebsführung verwendet. Tatsächlich stehen die Systemtheorie bzw. die Kybernetik (als Lehre von der Steuerung dynamischer Systeme) im Mittelpunkt dieser Herangehensweise. Ulrich betrachtet die Steuerung eines Unternehmens als produktives und soziales System. Er fügt folglich zu dem Gutenbergschen Ansatz soziale Sachverhalte hinzu und betont den Regelungsbedarf. Ulrich verabschiedet sich bewusst von einem mechanistischen Menschenbild des Produktionsfaktors und sieht den Mitarbeiter als Teil eines sozialen Systems, das es zu regeln, zu lenken und zu leiten gilt.

Der Charme dieses Ansatzes für Krankenhäuser ist offensichtlich. Sie verstehen sich bewusst als soziale Organisationen und betonen die Persönlichkeit des Mitarbeiters wie des Kunden. Gleichzeitig führt der systemtheoretische Ansatz zu einer starken Einbeziehung des Umsystems, so dass in turbulenten Zeiten dieser Ansatz sinnvoll ist. Die starke Betonung der Führung ohne Berücksichtigung der technischen Transformationsprozesse lässt diesen Ansatz gerade für Führungskräfte ohne betriebswirtschaftlichen Background attraktiv erscheinen. Die Gefahr dieses Ansatzes besteht darin, dass Führung zum Selbstzweck wird. Im Gegensatz zu Gutenberg und Heinen stellt Ulrich nicht ausreichend den Betriebszweck dar. Das Unternehmen tendiert zu einem Konsumptivbetrieb, dessen Hauptzweck die Aufrechterhaltung eines gut entlohnten und nicht zu stressigen Arbeitsplatzes werden könnte. Kundenorientierung und Wirtschaftlichkeit gehen in diesem Denken leicht verloren.

Neben diesen Hauptschulen gibt es noch zwei kleinere Denkhaltungen. Als Gegenpol zu den genannten Ansätzen entwickelte der Deutsche Gewerkschaftsbund den arbeitsorientierten Ansatz. Wie zu erwarten, legt er besonderen Wert auf die Arbeitsbedingungen und die Verhaltensweisen der Mitarbeiter. Ziel der BWL solle es sein, die Mitarbeiter zu fördern, ihren Arbeitsplatz zu erhalten, ihr Einkommen zu sichern und zu einer „Humanisierung der Arbeitswelt“ beizutragen. Diesem Ansatz immanent ist die Forderung nach einer Veränderung der Wirtschaftsordnung. Seine Bedeutung blieb allerdings gering. Es gelang den Gewerkschaften nicht einmal in ihren eigenen Unternehmen (z.B. Wohnungsbaugenossenschaften, Konsumgenossenschaften), diese Gedanken umzusetzen. Ein wichtiges Ergebnis ist jedoch, dass der Mensch als soziales Wesen auch bei den Anhängern des faktortheoretischen Ansatzes stärker an Gewicht gewann.

Der verhaltensorientierte Ansatz schließlich greift dieses Motiv auf und untersucht das Verhalten des Menschen im Betrieb. Der Mitarbeiter ist nicht mehr der einfache Produktionsfaktor, der nur an seinem Lohn interessiert ist, sondern ein komplexer Bedürfnisbefriediger, der Freude daran hat, sich einzubringen, Ziele zu erreichen, einen Beitrag zu einem sinnvollen Ganzen zu leisten und in einer Gruppe eingebunden zu sein.

Die Kenntnis der unterschiedlichen Ansätze ist wichtig, um nicht einer einzelnen Denkschule zu folgen. Gerade für Krankenhausmanager ist die Kombination der Ansätze zielführend.

Die Wirtschaftlichkeitsbetrachtung und die klare Kundenorientierung folgen aus dem Dankengut von Gutenberg. Die Definition von Werten und Zielen sowie die konsistente Ableitung von Maßnahmen zur Zielerreichung im steten Entscheidungsprozess kann von Heinen gelernt werden. Die Dynamik der Umwelt und die Bedeutung der Führung im Leistungsprozess werden von Ulrich betont. Schließlich erfordert sowohl die Bedeutung des Produktionsfaktors menschliche Arbeit als auch die ethische Grundlage der meisten Krankenhäuser eine klare Zuwendung zum Mitarbeiter, was von verhaltensorientierten Ansätzen übernommen werden kann. Die Anhänger Ulrichs müssen also ebenso ihr Denken erweitern wie die klassischen Betriebswirte, die – bewusst oder unbewusst – auf Gutenberg geeicht wurden.

Die unterschiedlichen Ansätze führen auch zu divergierenden Vorstellungen von dem, was eigentlich ein Betrieb ist. Umgangssprachlich redet man vom Betrieb oftmals als technische Einheit, die von der Verwaltung abzugrenzen sei. Da aber das dispositive Element nicht von der operativen Arbeit zu trennen ist, ist diese Abgrenzung nicht zielführend. Dem Ansatz Riegers entspricht die Definition des Betriebs als kommerzielle Einheit, d.h. einer Organisation mit Gewinnerzielungsabsicht. Dies würde jedoch bedeuten, dass der große Sektor der Nonprofit Organisationen nicht subsumiert werden könnte – ein schwerwiegendes Problem, da in Deutschland derzeit weniger als 30% der Krankenhäuser eine Gewinnerzielungsabsicht haben.

Dem Ansatz von Gutenberg entspricht die Definition des Betriebs als Organisation zur Deckung von Fremdbedarfen. Ein Betrieb produziert nicht für seinen eigenen Konsum, sondern für seine Abnehmer. Haushalte (= Konsumptiveinheiten) würden hiernach nicht zu den Betrieben gehören.

In diesem Lehrbuch wollen wir die breiteste mögliche Definition verfolgen: Ein Betrieb ist der Zusammenschluss von Individuen zum arbeitsteiligen Vollzug von Problemlösungsaufgaben unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Der Zusammenschluss von Individuen kennzeichnet den Betrieb als Organisation, der Vollzug von Problemlösungsaufgaben als offenes, zweckorientiertes System, wobei die Probleme sowohl in der Bereitstellung von Leistungen für die Systemumwelt bestehen können als auch in der Eigenversorgung. Der Typ der Fremdleistungsbetriebe soll als Unternehmen bezeichnet werden, der Typ der Eigenleistungsbetriebe als Haushalte. Schließlich arbeiten Betriebe unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten, d.h., das oben beschriebene Effizienzprinzipium ist anzuwenden.

Auf Grundlage dieser Definition ist die Betriebswirtschaftslehre sehr allgemein die Lehre vom wirtschaftlichen Handeln im Betrieb. Diese sehr breite Definition umfasst Sachgüter wie Dienstleistungsbetriebe, Haushalte wie Unternehmen, kommerzielle und gemeinwirtschaftliche Betriebe. Damit offenbart sich aber auch ein Dilemma: Einerseits soll eine Wissenschaft allgemeingültige Aussagen treffen, andererseits ist das Erfahrungsobjekt so heterogen, dass die Allgemeingültigkeit wiederum eingeschränkt werden muss. Die Betriebswirtschaftslehre hilft sich hierbei durch die Entwicklung so genannter Branchenlehren. Die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre untersucht das Allgemeingültige für alle Betriebe, die Branchenlehre die Anwendbarkeit auf und die Besonderheit von Branchen, z.B. dem Krankenhauswesen. Leider ist die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, wie sie uns in Lehrbüchern begegnet, in der Regel nur eine BWL der emissionsfähigen industriellen Großunter-

nehmung, so dass sich die Branchenlehren relativ selbständig entwickelt haben. Die Übertragung einer Erkenntnis aus einer Branche in eine andere darf nie unreflektiert erfolgen. Es wäre völlig falsch, Erkenntnisse aus der Betriebswirtschaft des Haushaltes (z.B. des Staates) auf ein Unternehmen (z.B. ein Krankenhaus) zu übertragen. Ebenso dürfen Modelle der Sachgüterwirtschaft nicht ohne weiteres auf die Dienstleistungsbetriebe transferiert werden.

Es entspricht dem Wesen der Betriebswirtschaftslehre, den Betrieb von seinem Output her zu betrachten. Die Leistung, die er für andere (oder für sich selbst) erzeugt, bestimmt sein Wesen. So offensichtlich dies ist, so häufig ist jedoch gerade im Sozial- und Gesundheitsbereich eine abweichende Auffassung. Viele Krankenhäuser verstehen sich eher von ihrer Tradition, ihrer Trägerschaft oder ihrem Prozess her als von ihren Kunden. Hier ist eine Änderung des Denkens gefragt, der wir im Kapitel Outputs nachgehen wollen.

Betrachten wir nun noch einmal genauer, um welchen Betriebstyp es sich beim Krankenhaus handelt. Abbildung 1.7 zeigt eine Übersicht über Betriebstypen. Krankenhäuser sind Produktivbetriebe (= Unternehmen), die sowohl in privater als auch in staatlicher Trägerschaft stehen können. Sie erzeugen Dienstleistungen, wobei dieser Begriff einer ausführlicheren Erläuterung bedarf.

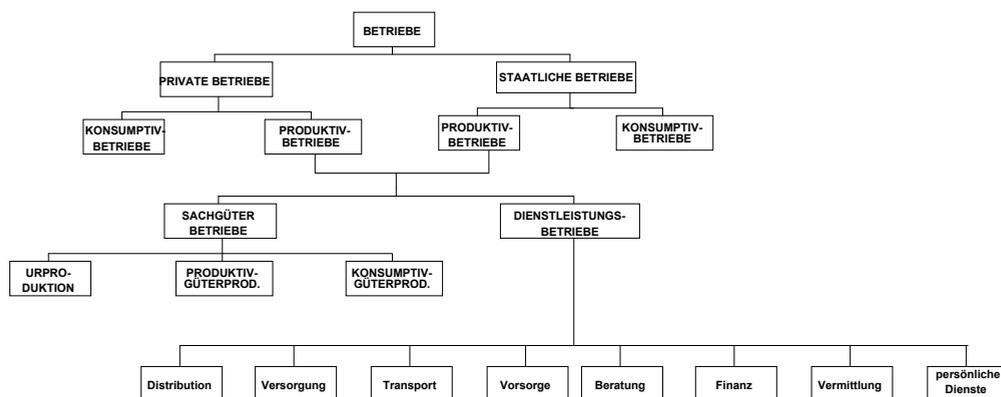


Abb. 1.7 Betriebstypologie⁹

Die Dienstleistungsbetriebswirtschaftslehre ist ein relativ junger und wenig erforschter Zweig der BWL, obwohl ungefähr 2/3 des Sozialprodukts Deutschlands in diesem Segment erzeugt werden. Dementsprechend ist auch die Definition dessen, was eine Dienstleistung ist, nicht vollständig ausgereift. Es gibt enumerative Definitionen, d.h., es wird eine Liste aller Betriebstypen zusammengestellt, die Dienstleistungen erstellen: Handel, Banken, Vermittlung, Pflege, etc. Alternativ kann die Dienstleistung auch durch eine Negativdefinition eingegrenzt werden: Dienstleistung ist das Gegenteil von einem Sachgut (und man geht davon aus, dass jeder weiß, was ein Sachgut ist).

⁹

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Eichhorn 2000, S. 97–106.