

1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation

Auf den drei Allokationsebenen des Gesundheitssystems – auf der Ebene des Gesamtsystems (= Makro-Ebene), der Ebene der Leistungserbringer (= Meso-Ebene) und auf der Ebene der Behandlung einzelner Patienten (= Mikro-Ebene) – waren bis vor etwa 20 Jahren Ziel- und Verteilungskonflikte eher selten und das Managen von Krankenhäusern deshalb noch vergleichsweise einfach. Die Gründe dafür:

Bis 1992 galt als Grundlage für die Finanzierung der durch das Krankenhaus verursachten Betriebskosten das Selbstkostendeckungsprinzip. Die Geschäftsführung¹ eines Krankenhauses konnte darauf vertrauen, dass diesem die Kosten, die durch den Betrieb des Krankenhauses entstehen, von den Krankenkassen – wirtschaftliche Betriebsführung vorausgesetzt – in vollem Umfang erstattet werden. Eventuell dennoch entstandene Defizite wurden nicht selten – das galt vor allem, aber nicht nur für die Krankenhäuser in öffent-

lich-rechtlicher und frei-gemeinnütziger Trägerschaft – durch den Träger ausgeglichen.

Ressourcen standen auf der Basis des Selbstkostendeckungsprinzips und angesichts der Situation auf dem Arbeitsmarkt und als Erfolg des vorübergehend notwendigen Anwerbens ausländischer Krankenpflegekräfte ausreichend zur Verfügung. Der Druck auf die Krankenhäuser mit dem Ziel der Verbesserung der Arbeitsbedingungen, der Produktivität des Personaleinsatzes und des Preis-Leistungs-Verhältnisses hielt sich in Grenzen.

Seit 1972 sind die Bundesländer gesetzlich dazu verpflichtet, den Krankenhäusern Fördermittel als Grundlage für die Finanzierung der notwendigen Investitionen zur Verfügung zu stellen (Behrends, S. 3). Die von den Krankenhäusern vorgehaltenen Behandlungskapazitäten waren als Folge dieses Investitions-Finanzierungsprinzips – wenngleich regional und für die medizinischen Fachgebiete unterschiedlich – ausreichend. Hinsichtlich des Zugangs zu den Krankenhäusern gab es Einschränkungen so gut wie nicht.

Die Belegung der Krankenhäuser war im Regelfall hoch genug, um die Fix-Kosten decken zu können – entweder durch eine ausreichend hohe Anzahl von Patienten, die die Aufnahme in die stationäre Behandlung begehrten, oder durch die

¹ Der Begriff „Geschäftsführung“ wird als Synonym für jede Art von Leitung eines Krankenhauses – wie zum Beispiel Vorstand oder Krankenhausleitung – verwendet.

Gestaltung der Zeit, die die Patienten im Krankenhaus verbringen mussten. Die Geschäftsführung musste sich also nicht um eine Steigerung der Behandlungs- und Servicequalität bemühen, um auf diese Weise Patienten gewinnen und die vorhandenen Kapazitäten voll auslasten und die Effizienz steigern zu können.

Der Bestand eines Krankenhauses war in der Vergangenheit auf der Grundlage von Landeskrankenhausplänen weitgehend gesichert.

Private, nach erwerbswirtschaftlichen Grundsätzen organisierte Krankenhäuser waren eher die Ausnahme.

Diese Zeiten sind unwiderruflich dahin:

- Zunehmend wird die staatliche Planung durch Wettbewerb als Ordnungsidee zur Sicherstellung eines ausreichend hohen Angebotes an medizinischen Leistungen abgelöst (Schellschmidt, S. XVII). Krankenhäuser müssen sich am Markt bewähren und sind einem hohen Insolvenzrisiko ausgesetzt; unternehmerisches Handeln ist gefragt (Eichhorn; Greiling, S. 31). Hinzu kommt: In dem Maße, wie die Autonomie der Krankenhäuser – aber auch anderer Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen – gestärkt wird, wie also die Möglichkeiten zunehmen, eigene Ziele zu verfolgen, wächst das Potenzial für Interessen- und Verteilungskonflikte (Suchanek, S. 8).
- Das Selbstkostendeckungsprinzip wurde im Jahre 1992 mittels des Gesundheitsstrukturgesetzes abgeschafft (Behrends, S. 8). Im Jahr 2000 entschied die Bundesregierung, ein pauschalierendes Entgeltsystem als Grundlage für die Vergütung der stationären Krankenhausleistungen einzuführen. Einheitliche, von der Art der Erkrankung abhängige Erlöse markieren künftig die Obergrenze für die Kostenverursachung und damit für den Ressourcen-Einsatz. In vielen Krankenhäusern wurden aber in der Vergangenheit und werden teilweise auch gegenwärtig noch Kosten in einer Höhe verursacht, die durch die künftig zu erwartenden Erlöse nicht gedeckt werden. Diesen Krankenhäusern droht, wenn die Schere zwischen Kosten und Erlösen nicht geschlossen wird, die Insolvenz (Augurzy et al., S. 13). Sie hören auf zu existieren (Hauff, S. 82); sie können einen Beitrag zum Allgemeinwohl nicht mehr leisten (Hinterhuber, S. 1), ihren Versorgungsauftrag nicht mehr erfüllen.
- Die Bundesländer kommen ihrer gesetzlich verankerten Verpflichtung, Investitionen zu finanzieren, nur noch ungenügend nach; so wurde der Betrag der den Krankenhäusern zur Verfügung gestellten Fördermittel in der Zeit von 1993 bis 2008 von ca. € 3,9 Mrd. auf ca. € 2,7 Mrd. reduziert (Malzahn; Wehner, S. 111) – mit weiter abnehmender Tendenz. Im Jahr 2007 wurden nur noch 64% der Investitionskosten durch Fördermittel aus öffentlichen Kassen gedeckt (Neubauer; Belvers, S. 8).
- Um der Insolvenz entgegen, die notwendigen Investitionen finanzieren, den Kapitaldienst bedienen, für die Kapitalgeber eine marktgerechte Verzinsung des eingesetzten Kapitals sicherstellen und um in dem schärfer werden den Wettbewerb mittels eines Behandlungs- und Serviceangebotes auf qualitativ hohem Niveau und mit einem für die „Kunden“ befriedigenden Preis-Leistungs-Verhältnisses bestehen zu können, muss nicht nur der Ressourcen-Einsatz, damit ist vor allem die Personalausstattung gemeint, und damit die Höhe der verursachten Kosten den Erlösen angepasst werden. Es müssen darüber hinaus Gewinne erzielt werden. Ziel- und Verteilungskonflikte sind die Folge.

Erstmals wird deutlich, dass die Geschäftsführung Verantwortung nicht nur gegenüber den Patienten², sondern auch gegenüber einer Vielzahl anderer Personen und Institutionen trägt – Verantwortung mit dem Ziel des Ausgleichs unterschiedlicher Interessen (Beispiele für die Adressaten der Verantwortung und deren Anliegen s. Tab. 1 – eine ausführlichere Zusammenstellung der für Krankenhäuser relevante Stakeholder ist der Tab. 4 zu entnehmen). Diese Verantwortung wurde durch das bisher geltende Finanzierungssystem, die bisherige Finanzierungspraxis und die staatliche Planung gewissermaßen kaschiert. Die Notwendigkeit, diese Verantwortung explizit wahrzunehmen, wurde nicht gesehen; Vorgehensmodelle als Grundlage für die Realisierung eines Managements der sozialen Verantwortung wurden nicht entwickelt.

2 In diesem Band werden soweit als möglich die geschlechtsneutralen Wortformen verwendet, die sowohl Frauen als auch Männer bezeichnen. Wenn dies nicht möglich ist, wird zu Gunsten der besseren Lesbarkeit nur eine Geschlechtsform benutzt; diese schließt die jeweils nicht verwendete Form mit ein.

Tab. 1 Adressaten und Inhalte der Verantwortung (Beispiele)

Adressat der Verantwortung	Anliegen der Adressaten
Patient	Der Patient erwartet, dass er unter Anwendung der Erkenntnisse einer evidence-based-medicine und unter Berücksichtigung seiner individuellen Situation behandelt wird. Er erwartet neben der medizinischen Kompetenz persönlich-menschliche Zuwendung (Dionisches Werk der EKD e.V., S. 11). Der Patient rechnet damit, dass die zum Erreichen des individuellen Behandlungsziels notwendigen Ressourcen ohne Einschränkung zur Verfügung gestellt werden.
Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses ¹	Diese vertraut auf den für den Bedarfsfall uneingeschränkten Zugang zu medizinischer Hilfe.
niedergelassene Ärzte	Die niedergelassenen Ärzte verlassen sich darauf, dass die von ihnen in das Krankenhaus eingewiesenen Patienten unverzüglich aufgenommen werden sowie auf der Grundlage der evidence-basierten Medizin behandelt werden und dass ihnen unverzüglich nach der Entlassung ein ausführlicher Arztbericht als Grundlage für die eventuell notwendige ambulante Weiterbehandlung zur Verfügung gestellt wird.
Mitarbeiter	Damit vorhandene Mitarbeiter an das Krankenhaus gebunden und neue gewonnen werden können, müssen die Arbeitsplätze so gestaltet werden, dass die Mitarbeiter, obwohl sie künftig – gemessen an den zu erbringenden Leistungen – weniger und im Durchschnitt älter sein werden, die von ihnen geforderten Arbeiten als zufrieden stellend, zumutbar, erträglich und ausführbar erleben ² (Naegler et al., S. 186 und die dort genannte Literatur).
Führungskräfte	Führungskräfte sind immer auch Mitarbeiter; sie haben deshalb dieselben Bedürfnisse wie alle anderen Mitarbeiter auch. Darüber hinaus bauen sie darauf, dass ihnen Führungsinstrumente zur Verfügung gestellt werden, die es ihnen ermöglichen, die von ihnen geforderten Führungsleistungen so zu erbringen, dass die Unternehmensziele erreicht werden können.
Krankenkassen	Im Interesse ihrer Versicherten und deren Arbeitgeber dringen die Krankenkassen auf eine weitere Verbesserung der Effizienz und der Qualität der Patientenbehandlung.
Eigentümer	Damit privates Kapital in ausreichendem Umfang gewonnen und an das Krankenhaus gebunden werden kann, erwarten die Kapitalgeber eine marktgerechte Rendite. Dies gilt sowohl für Gebietskörperschaften als Krankenhausträger als auch für freigemeinnützige und private Krankenhausträger.

¹ Je nach der Art der Erkrankung, die zu behandeln ist, ist unter dem Einzugsbereich die unmittelbare örtliche Umgebung des Krankenhauses zu verstehen. Bei nur selten vorkommenden Erkrankungen kann der Einzugsbereich die Bundesrepublik Deutschland sein.

² In einer von dem Statistischen Bundesamt veröffentlichten Studie wird darauf hingewiesen, dass die große Mehrzahl der Erwerbstätigen in Deutschland ihre Erwerbstätigkeit nicht als gesundheitliche Belastung erleben; jeder zehnte Erwerbstätige fühlt sich allerdings bei der Arbeit – wegen Zeitdruck und Arbeitsüberlastung – körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt (Grau, S. 4).

Verantwortung tragen bedeutet, dass die in der Tabelle 1 erwähnten Anliegen – soweit sie als legitim akzeptiert werden – bei unternehmerischen Entscheidungen³ berücksichtigt werden.

Diese Verantwortung wahrzunehmen ist für den Verantwortungsträger allerdings von besonderer Brisanz, weil die in Betracht zu ziehenden Anliegen möglicherweise in Konkurrenz zueinander stehen: So wird zum Beispiel von vielen Menschen befürchtet, dass die eingangs skizzierten Entwicklungen, vor allem der Zwang zur Gewinnerzielung, zu Lasten der Patienten und der Mitarbeiter gehen wird. Die Geschäftsführung muss deshalb – bevor die eigentliche unternehmerische

³ Als unternehmerische Entscheidung – mitunter auch nur als Entscheidung bezeichnet – werden alle Entscheidungen verstanden, die nicht die medizinische Behandlung im engeren Sinne betreffen.

Entscheidung gefällt werden kann – jeweils eine Vor-Entscheidung fällen: Sollen alle Anliegen und wenn nein, welche sollen nicht, und mit welchem Gewicht sollen die Anliegen Eingang in die unternehmerische Entscheidung finden?

Beispiel

Die Lösung des nachstehend skizzierten Zielkonflikts beschäftigt immer häufiger die Geschäftsführung eines Krankenhauses, und zwar unabhängig von der Art der Trägerschaft:

Der Krankenhaus-Eigentümer ist an einer angemessenen Verzinsung des von ihm zur Verfügung gestellten Kapitals interessiert. Er erwartet deshalb von der Geschäftsführung, dass diese – um einen möglichst hohen Gewinn der Erlöse über die Kosten realisieren zu können – die Behandlungs- und Supportprozesse so organisiert, dass der Ressourceneinsatz minimiert werden kann und/oder dass sie die Bedürfnisse der Mitarbeiter nach Arbeitsplatzsicherheit und einem auskömmlichen Einkommen einschränkt.

Wenn die Geschäftsführung dagegen die Interessen der Patienten nach Behandlungssicherheit und die der Mitarbeiter nach für diese befriedigenden Arbeitsbedingungen mit einem höheren Gewicht als die Erwartungen des Krankenhaus-Eigentümers berücksichtigt, muss Letzterer seine Erwartungen nach einer Rendite möglicherweise nach unten korrigieren.

Erstes Zwischenfazit

Das Krankenhausmanagement muss mit finanziell und demografisch bedingten Einschränkungen seiner Handlungsspielräume rechnen. Wegen der daraus zu ziehenden Konsequenzen kann den Anliegen der Patienten, der Mitarbeiter, der Bürger des Landes als potenzielle Patienten sowie denen der Krankenhaus-Eigentümer und anderer Stakeholder in dem bisher gewohnten Maße eventuell nicht mehr entsprochen werden. Ziel- und Verteilungskonflikte zeichnen sich ab.

Das Management in Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft kann sich angesichts der skizzierten Entwicklungen nicht mehr darauf verlassen, dass die entstehenden Probleme mittels adaptiver Entscheidungen und/oder habituellem Verhalten, also einem Entscheidungsverhalten, das in erster Linie die in der Vergangenheit gemachten Erfahrungen berücksichtigt, angemessen gelöst werden können. Innovative Entscheidungen sind gefragt – Entscheidungen vor allem, mit

denen sich die Geschäftsführung zu ihrer Verantwortung gegenüber den von den Entscheidungen betroffenen Stakeholdern explizit und nachvollziehbar bekennt.

Und noch etwas wird in der jüngsten Vergangenheit in Folge der sich abzeichnenden Entwicklungen mit zunehmendem Nachdruck thematisiert: Das Managen von Medizinbetrieben hat nicht nur eine ökonomische, sondern auch eine moralische Dimension. Moral und Ökonomie sind unvereinbare Kategorien, wird immer wieder behauptet: Einrichtungen des Gesundheitswesens, in denen moralische Normen – wie Freiheit, Solidarität, Autonomie der Patienten, Menschenwürde, Umweltschutz und Gerechtigkeit – unternehmerisches Handeln leiten, könnten im ökonomischen Sinne auf Dauer nicht erfolgreich sein, wie umgekehrt ein Primat der Gewinnerzielungsabsicht die Realisierung moralischer Normen ausschließe.

Die Lösung des Konflikts zwischen der Notwendigkeit zur Gewinnerzielung einerseits und der Berücksichtigung moralischer Ansprüche andererseits ist eine der großen Herausforderungen für die Geschäftsführung. Solange dieser Konflikt nicht gelöst ist, lähmt er ziel- und zukunftsbezogenes Handeln (Berkel; Herzog, S. 79). Um aus dieser Lähmung wieder herauszukommen, müssen Grundsatzentscheidungen gefällt werden, die vor der Gesellschaft begründet werden können. Dieser Neuanfang ist die Grundlage für die ausgewogene Berücksichtigung von Stakeholder-Anliegen und damit für die gesellschaftliche Legitimierung des Krankenhauses nicht nur durch die Anwendung medizinischen Wissens, um Krankheiten erkennen, heilen, ihre Verschlimmerung verhüten oder Krankheitsbeschwerden lindern (§ 27 Abs. 1 SGB V) sowie um Geburtshilfe leisten zu können.

Zweites Zwischenfazit

Die skizzierten Entwicklungen lassen deutlich werden: Die gesellschaftliche Akzeptanz eines Krankenhauses als Voraussetzung für die Realisierung des Versorgungsauftrages ist nicht nur Ergebnis einer hohen Behandlungs- und Servicequalität und eines guten Preis-Leistungs-Verhältnisses; das Erreichen dieser Ziele wird als selbstverständlich vorausgesetzt. Es bedarf darüber hinaus der Berücksichtigung einer großen Zahl von Stakeholder-Anliegen (Suchanek; Lin-Hi, S. 3). Es bedarf der

1.2 Warum ein Management der sozialen Verantwortung im Krankenhaus?

Übernahme von sozialer Verantwortung, die sich konkretisieren lässt in der Verpflichtung der Geschäftsführung (Eichhorn 2008, S. 128),

- *sich auf humanitäre und ökonomische Dimensionen zu konzentrieren und pluralistische gesellschaftliche Anliegen als Ausgangs- und Endpunkt allen Wirtschaftens zu berücksichtigen,*
- *einen Beitrag zur ökologischen Sanierung der Umwelt zu leisten,*
- *soziale Beiträge zum Gemeinwohl zu leisten und die diversen Ansprüche der Mitarbeiter zu befriedigen sowie*
- *stets zu prüfen, ob die Berücksichtigung der Partikularinteressen einzelner Gruppen an dem Krankenhaus nur diesen oder dem Krankenhaus und den mit diesem verbundenen Stakeholdern und damit dem Gemeinwesen dienen.*

1.2 Warum ein Management der sozialen Verantwortung im Krankenhaus?

1.2.1 Einführung

Es stellt sich also die Frage:

Benötigen Krankenhäuser und die Gesundheitswirtschaft insgesamt zur Überwindung der sich abzeichnenden Ziel- und Verteilungskonflikte ein neues, besseres Management-Konzept, ein Management, das den Verpflichtungen gegenüber diversen Stakeholdern, der Übernahme sozialer Verantwortung eine zentrale Rolle einräumt?

Oder: Reichen die Mechanismen des Marktes, des Rechts, des Solidar- und des Subsidiaritätsprinzips sowie das Handeln des Staates zur Überwindung der Ziel- und Verteilungskonflikte vielleicht doch aus?

Initiiert wurde die Diskussion um ein Management der sozialen Verantwortung nicht in Bezug auf das Managen von Krankenhäusern. Die Wurzeln der Entwicklung zum Befassen mit dem Thema „sozial verantwortetes unternehmerisches Handeln“ liegen vielmehr in anderen Wirtschaftszweigen. Eine Reihe von Missständen – Korruptionsaffären, Umweltskandale, die Missachtung der Menschenrechte in Entwicklungsländern oder Massenentlassungen durch Unternehmen, die ihren Gewinn gerade beträchtlich haben steigern können, und der Umgang diverser Bankmanager mit dem ihnen von ihren Kunden anvertrauten

Geld – waren der Anlass dafür, dass sich Politiker und Vertreter der Management-Praxis sowie der Wissenschaft in den letzten Jahren, und zwar zunächst in den Vereinigten Staaten von Amerika und dann auch in Europa, zunehmend und in der jüngsten Vergangenheit verstärkt mit Fragen der sozialen Verantwortung des Managements auseinandergesetzt haben.

Bei den erwähnten Erörterungen stand und steht die Frage im Vordergrund, ob und warum es in Unternehmen eines Managements der sozialen Verantwortung als neues Management-Konzept überhaupt bedarf und ob die Verwirklichung dieses Konzepts in der Lage ist, die skizzierten Defizite zu beseitigen.

Die Antworten darauf sind höchst unterschiedlich:

- Diejenigen, die die Implementation eines Managements der sozialen Verantwortung für entbehrlich halten, verweisen darauf, dass die richtige Anwendung der Erkenntnisse der Betriebswirtschaftslehre durch das Management sozial verantwortliches Handeln automatisch hervorbringt, dass also der Ausgleich der verschiedenen Interessen erfolgt. Ein Konflikt zwischen der erwerbswirtschaftlichen Ausrichtung des Unternehmens und dem damit verbundenen Gewinnprinzip auf der einen Seite und der Übernahme einer spezifischen Art von Verantwortung durch den Unternehmer auf der anderen Seite wird nicht gesehen (Albach, S. 819f.). Im Gegenteil: Die egoistische Verfolgung einzelwirtschaftlicher Ziele – so diejenigen, die ein Management der sozialen Verantwortung nicht für notwendig erachten – führt auf der Grundlage der Marktmechanismen zum Wohlstand für alle (Küpper, S. 194 und die dort angegebene Literatur).
- Die Befürworter eines Managements der sozialen Verantwortung argumentieren damit, dass das Recht und die Mechanismen des Marktes allein nicht ausreichend sind, die skizzierten Missstände zu verhindern (Steinmann; Oppenrieder, S. 170ff.); das Solidar- und das Subsidiaritätsprinzip seien zudem so weit ausgehöhlt, dass sie die Defizite hinsichtlich der Steuerungswirkungen des Marktes und des Rechts nicht ausgleichen können. Sie fordern, den Managementprozess so zu gestalten, dass Entscheidungen unter Berücksichtigung der Interessen derer, die von den Ergebnissen der Entscheidungen betroffen sind, gefällt werden können.

Die Beantwortung der Frage nach der Notwendigkeit der Implementation eines besseren Management-Konzepts hängt also maßgeblich davon ab, wie die Steuerungswirkungen des Rechts, des Marktes sowie die des Solidar- und des Subsidiaritätsprinzips und des staatlichen Handelns eingeschätzt werden. In den Kapitel 1.2.2 bis 1.2.6 wird untersucht, ob die derzeit zur Verfügung stehenden Steuerungsinstrumente geeignet sind, sozial verantwortliches Handeln wirksam werden zu lassen⁴.

1.2.2 Steuerungswirkung des Rechts

Der Schutz der Stakeholder-Interessen hat seinen Niederschlag in diversen Gesetzen gefunden – so zum Beispiel in den Mitspracherechten der Personalvertretungen bei Personalentscheidungen (§ 75 Bundespersonalvertretungsgesetz [BPersVG]), in der Bindung der Lohnfindung an Flächentarifverträge (§ 3 Abs. 3 Tarifvertragsgesetz) und in Gewinnverwendungsregeln (§§ 58ff. Aktiengesetz). Mittels einer Vielzahl von Regelungen, die Gegenstand des Sozialgesetzbuches (SGB) V und diverser darauf aufbauenden Verordnungen sind, will der Staat die wirtschaftliche Sicherstellung der Krankenhäuser dauerhaft gewährleisten. Der Staat hat Gesetze erlassen, mit deren Hilfe dafür gesorgt werden soll, dass alle Menschen uneingeschränkter Zugang zur medizinischen Versorgung haben und eine den neuesten medizinischen Erkenntnissen entsprechende Behandlung erhalten. Die Bürger der Bundesrepublik Deutschland und die Arbeitgeber sollen deshalb nicht mehr als unbedingt notwendig finanziell belastet werden.

Die Regelungsdichte, nicht nur im Gesundheitswesen, ist beträchtlich und dennoch entstehen immer wieder Steuerungs-Defizite (Steinmann; Oppenrieder, S. 177). Dies liegt zum einen daran, dass die Entscheidungsträger in Folge der zunehmenden Komplexität der Strukturen des Gesundheitswesens und anderer Wirtschaftszweige die Tragweite ihrer Handlungen in Hinblick auf gesetzliche Regelungen nicht mehr überblicken; sie spekulieren darauf, dass die nächsthöhere Ins-

tanz eine rechtsfehlerhafte Entscheidung bemerken und korrigieren wird. Die zunehmende Spezialisierung und die damit einhergehende Verlängerung der Entscheidungswege führen zur Anonymisierung der Entscheidungsträger und damit zu einem Abbau von Hemmschwellen gegenüber der Verpflichtung, rechtliche Regelungen einzuhalten. Die beiden skizzierten Entwicklungen führen auch dazu, dass sich die Entscheidungsträger moralisch entlasten (können).

Steuerungs-Defizite entstehen auch deshalb immer wieder aufs Neue, weil die durch den Gesetzgeber erlassenen Gesetze die Stakeholder-Anliegen vielfach nur unvollkommen abbilden. Vier Gründe lassen sich dafür nennen (Noll, S. 93f.; Steinmann; Oppenrieder, S. 177f.):

1. Der Gesetzgeber steht bei der Formulierung eines Gesetzes vor einem kaum zu beseitigenden Problem: Auf der einen Seite ist er bestrebt, mit einem Gesetz nur Rahmenrichtlinien zu erlassen, um die Spielräume für unternehmerische Entscheidungen nicht unangemessen einzuengen. Er riskiert allerdings damit, dass die Steuerungswirkung eines Gesetzes – wegen der notwendigerweise vielen unbestimmten Rechtsbegriffe – nur begrenzt ist; nicht gewünschtes unternehmerisches Verhalten kann die Folge sein. Formuliert der Gesetzgeber ein Gesetz dagegen zu eng, werden einzelne Sachverhalte möglicherweise von ihm nicht erfasst. Die Wirkung ist die gleiche wie die oben beschriebene.
2. Gesetze bilden den Rahmen für unternehmerisches Handeln im Regelfall nur unvollkommen ab, weil sich dieser Rahmen, die gesellschaftlichen Verhältnisse, ständig und mit zunehmender Geschwindigkeit verändert. Bis ein Handlungsbedarf festgestellt und durch die gesetzgebenden Institutionen akzeptiert worden ist und bis ein Gesetzentwurf die verschiedenen Stufen der vorgeschriebenen Prozedur durchlaufen hat, ist möglicherweise viel Zeit verstrichen – die Gesetzgebung hinkt der Wirklichkeit hinterher (Bernau, S. 18).
3. Gesetze bilden den Rahmen für unternehmerisches Handeln im Regelfall aber auch deshalb nur unvollkommen ab, weil der Gesetzgebungsprozess häufig durch starke Interessengruppen und deren Lobbyarbeit beeinflusst wird. Den Interessengruppen stehen hervorragend qualifizierte Experten in großer Zahl zur Verfügung. Diese stellen den Ge-

⁴ Die Frage nach der Begründung eines spezifischen Management-Konzepts „Managements der sozialen Verantwortung“ in einem Unternehmen wird in Kapitel 2.4 noch einmal aufgegriffen – dort unter mehr grundsätzlichen Gesichtspunkten.

1.2 Warum ein Management der sozialen Verantwortung im Krankenhaus?

setzgebungsorganen als Grundlage für deren Arbeit Gesetzes-Entwürfe und/oder Ergebnisse von Studien zur Verfügung, die durch die Interpretation der gesellschaftlichen Verhältnisse im Sinne ihrer Interessen geprägt sind. Die mit der Formulierung der Gesetze befassen Politiker akzeptieren diese Hilfe nicht selten gerne als Grundlage für die gesetzgeberische Arbeit. Defizite zwischen dem daraus entstehenden rechtlichen Instrumentarium und der gesellschaftlichen Wirklichkeit, das es eigentlich abbilden soll, bleiben nicht aus.

4. Zu den Schwachstellen des Rechts zählen auch diverse Vollzugsdefizite. Die Komplexität der gesellschaftlichen Verhältnisse führt dazu, dass Verstöße gegen das Recht vielfach nicht einer Person zugerechnet und somit nicht sanktioniert werden können.

Dass die Steuerungswirkungen, die der Staat mittels des Erlasses einer Vielzahl von Rechtsnormen beabsichtigt, in der Praxis nicht immer realisiert werden, lässt sich auch für den Bereich des Gesundheitswesens mit einem Beispiel aus der jüngeren Vergangenheit belegen:

- Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) von 2007 hat der Gesetzgeber den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich eingeführt. Das Ziel dieser Regeln ist, dass Krankenkassen für kostenintensive Behandlungsfälle höhere Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten und dass auf diese Weise die Krankenkassenbeiträge dorthin fließen, wo sie für die Behandlung schwer kranker Menschen am dringendsten benötigt werden. Ein bisher existierender Verteilungskonflikt wird somit nach dem Willen des Gesetzgebers überwunden. Für Behandlungsfälle in etwa 80 Krankheitsarten erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds einen von der Art der Erkrankung und einigen demografischen Faktoren abhängigen Zuschlag zu einer einheitlichen Grundpauschale, die die Krankenkasse für jeden Versicherten erhält.
- Die Höhe der Zuschläge entspricht – zumindest was die bisherige Ausgestaltung des Gesetzes anbelangt – nicht immer den Kosten, die den Krankenkassen tatsächlich von den Leistungserbringern in Rechnung gestellt werden; einige der Zuschläge sind höher, andere dagegen niedriger als die Kosten. Die Fol-

ge davon ist, dass die Krankenkassenbeiträge eben nicht dem Mittelbedarf folgen und damit möglicherweise Rückerstattungen und/oder Zusatzbeiträge auslösen, die sachlich nicht gerechtfertigt sind.

- Der durchaus vernünftige morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich beinhaltet Entscheidungsspielräume und Anreize, die, wenn sie falsch genutzt werden – was offensichtlich in Einzelfällen derzeit geschieht –, das Konzept ad absurdum führen kann. Das Ziel, Verteilungskonflikte mit Hilfe des GKV-WSG allein zu überwinden, wird zumindest vorerst nur teilweise erreicht.

1.2.3 Steuerungswirkung des Marktes

Die Befürworter eines Managements der sozialen Verantwortung verweisen darauf, dass es zahlreiche Gründe dafür gibt, dass der Markt, der Wettbewerb und das Preissystem eben nicht so funktionieren, wie einleitend skizziert. Die Unternehmen werden eben nicht so diszipliniert, dass Handlungsspielräume bleiben, die ein Verhalten im Sinne der Goldenen Regel erzwingt. Auf drei dieser Gründe sei hier verwiesen:

1. Die Marktteilnehmer sind nicht gleich gut informiert. Dies führt dazu, dass die schlechter Informierten Nachteile in Kauf nehmen müssen, indem sie als Konsument zum Beispiel über versteckte Eigenschaften eines Produkts nicht unterrichtet sind. Zwar wurden zum Schutz der Verbraucher Gesetze erlassen und Institutionen (Stiftung Warentest, Verbraucherschutzzentralen) eingerichtet. Aber auch diese werden von den weniger gut Informierten nicht erreicht, sodass ein gewisses Marktversagen wegen der Anbieterdominanz letztlich nicht verhindert werden kann.
2. Monopole sind in der Lage, die Marktpreise zu bestimmen. Sie bieten ihre Produkte zu Preisen an, die oberhalb der Grenzkosten liegen. Den Konsumenten bleibt in diesem Falle nur die Wahl, diese Preise zu akzeptieren oder auf den Kauf zu verzichten.
3. Marktversagen ist auch gegeben, wenn ein Marktteilnehmer sich durch seine Handlungen Vorteile zu Lasten Dritter verschafft, ohne dafür zahlen zu müssen.

Die genannten Argumente, vor allem die Asymmetrie der Information, für das Nicht-Funktio-

nieren eines Marktes treffen in besonderer Weise auch für den Gesundheits„markt“ zu:

- Der potenzielle Nachfrager nach Gesundheitsdienstleistungen kann seinen Gesundheitszustand nur unzureichend feststellen und damit den Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen nicht sachgerecht bestimmen.
- Er kennt die Behandlungsmöglichkeiten im Regelfall nicht.
- Hinzu kommt, dass der Mensch im Falle einer Erkrankung zu rationaler Entscheidung nicht fähig ist, er also als souveräner Kunde nicht auftreten kann (Wallner, S. 67f. und die dort angegebene Literatur) und deshalb in besonderem Maße auf die Hilfe der Experten angewiesen ist.
- Auch ist er nur schlecht informiert über die Qualität und die Preise der von den verschiedenen Medizinbetrieben angebotenen Produkte und kann diese deshalb als Grundlage für eine Auswahlentscheidung nicht bewerten.

Der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen – so zum Beispiel der niedergelassene Arzt oder der im Auftrag eines Krankenhauses handelnde Arzt – hilft dem Patienten bei der Überwindung der skizzierten Informationsdefizite. Die Folge ist: Die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen wird von dem Anbieter induziert.

Der Gesundheitsmarkt kann somit eine Verteilung der knappen Güter nicht in der Weise gewährleisten, dass kein Beteiligter besser gestellt werden kann, ohne einen anderen schlechter zu stellen (= pareto-optimales Gleichgewicht).

1.2.4 Steuerungswirkung des Solidar- und Subsidiaritätsprinzips

Die Entwicklung des Staates in den letzten Jahrzehnten zu einem Wohlfahrtsstaat (Noll, S. 68) und die systematische Überforderung des Staates als Sozialstaat (Huber, S. 5) haben dazu beigetragen, dass das Solidar- und das Subsidiaritätsprinzip immer mehr an Gewicht verlieren. Man kann deshalb nicht damit rechnen, dass Steuerungs-Defizite, die das Recht und der Markt hinterlassen, durch solidarische und subsidiäres Verhalten der in der Gesellschaft agierenden ausgeglichen werden.

Für das Erodieren der Solidarität und der Subsidiarität lassen sich unter anderem vier Gründe nennen:

1. Weil der Staat immer konsequenter die Rolle eines Versicherers wahrnimmt, der alle Indi-

viduen gegenüber möglichst allen Lebensrisiken abschirmt, werden die Mitglieder der Gesellschaft aus ihrer Pflicht entlassen, für sich selbst (= Subsidiaritätsprinzip), aber auch für andere (= Solidarprinzip) verantwortlich zu sein.

2. Die Bemühungen des Staates um Verteilungsgerechtigkeit und um Sicherstellung einer angemessenen Teilhabe aller Bürger an dem gesellschaftlichen Zusammenleben haben zu einer beträchtlichen, aber wenig effizienten Umverteilung des Volkseinkommens geführt. Die Belastung der Bürger mit Steuern und Sozialbeiträgen hat in einem Ausmaß zugenommen, das durch die Leistungen, die die Bürger als Gegenwert empfangen, von diesen vielfach als nicht gerechtfertigt angesehen wird. So kommt es, dass die Neigung der Bürger zunimmt, sich den Belastungen durch Steuerflucht, Schwarzarbeit und ähnlichem mehr zu entziehen.
3. Nun versucht der Staat, diese Entwicklungen durch das Verlangen von mehr Eigenverantwortung des Einzelnen aufzuhalten. Da zum Beispiel erwartet werden muss, dass die Höhe der Rente in nicht mehr allzu ferner Zukunft nicht mehr ausreichen wird, das Existenzminimum der Bürger in einem angemessenen Umfang zu decken, werden die Bürger aufgefordert, einen eigenen Beitrag zur Finanzierung ihres Alters zu leisten; entsprechende Anreize werden bereitgestellt. Zunehmend wird aber von den Betroffenen darauf hingewiesen, dass sie diesen eigenen Beitrag zusätzlich zu den ohnehin extrem hohen Abgaben nicht leisten können. Sie seien wegen der durch den Staat verursachten hohen Abgaben-Quote nicht in der Lage, die Verantwortung für die finanzielle Alterssicherung zu übernehmen.
4. Die Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland hat sich zu einer Gesellschaft von Individualisten entwickelt – von Individualisten, die nur noch für sich selbst, und dies auch nur sowohl in Bezug auf den zu erwartenden Nutzen als auch hinsichtlich der Leistungen, die vom Staat erhältlich sind, verantwortlich sind. Für ihre Nachbarn und für das Versichern aller Risiken ist die Gemeinschaft zuständig.

Im deutschen Krankenversicherungssystem werden weder die Risiko- noch die Einkommenssolidarität konsequent umgesetzt (Greß, S. 6ff.). Das

Krankenversicherungssystem in Deutschland besteht aus einer gesetzlichen und einer privaten Krankenversicherung mit unterschiedlichen Prinzipien für die Kalkulation ihrer Beiträge. Diese bevorteilen bei der privaten Krankenversicherung junge und gesunde Singles und führen deshalb zu einer Schwächung der Risikosolidarität, weil die „guten“ Risiken zu der privaten Krankenversicherung wechseln und der gesetzlichen Krankenversicherung die „schlechten“ Risiken – Familien und chronisch Kranke – erhalten bleiben. Die Einkommenssolidarität ist geschwächt, weil die Beitragsbemessungsgrenze der Tarife der gesetzlichen Krankenversicherung dazu führt, dass die Beiträge mit steigendem Einkommen regressiv sind. Die durch den Staat bewusst herbeigeführte Schwächung des Solidarprinzips führt zu einer Umverteilung der Lasten des Gesundheitssystems zu Ungunsten sozial schwächerer Gesellschaftsschichten und in deren Folge zu Ziel- und Verteilungskonflikten. Dabei ist noch nicht ausgemacht, wer bei dem Versuch, diese Konflikte zu lösen, Gewinner und Verlierer sein wird (Nagel, S. 16).

1.2.5 Steuerungswirkung des Staates

Die Befürworter einer sozialen Marktwirtschaft sind nicht sicher, ob die Mechanismen des Marktes und des Wettbewerbs zu mehr Verteilungsgerechtigkeit beitragen können. Sie fordern deshalb einen Staat, der den Ordnungsrahmen zur Verfügung stellt, der für die Sicherung sozialer Gerechtigkeit und einer angemessenen Teilhabe aller Bürger am gesellschaftlichen Leben erforderlich ist, der eine Ordnung der Wirtschaft schafft, die den Wettbewerb sichert und stärkt und damit Macht kontrolliert (Huber, S. 3). Viele Beispiele zeigen jedoch, dass die den Staat tragenden Parteien mittels einschlägiger Gesetze einzelne Gruppen begünstigen und damit bestehende Ungleichheiten eher noch verstärken.

Es gibt aber auch Beispiele, die zeigen, wie der Staat in zunächst guter Absicht (von dem Ziel der regierenden Parteien, Wähler gewinnen bzw. binden zu wollen, sei einmal abgesehen) den Abbau einer extrem ungleichen Vermögensverteilung erreichen wollte und dann am Ende zu einer beträchtlichen Gefährdung des Finanz- und Wirtschaftssystems beigetragen hat. Gemeint ist die Politik der Regierung der Vereinigten Staaten von Amerika, die möglichst jedem Bürger der USA zu Hausbesitz verhelfen wollte. Um dieses Ziel errei-

chen zu können, wurde eine Wirtschaftspolitik niedriger Hypothekenzinsen betrieben. Das Ergebnis ist bekannt.

Staatsversagen ist auch im Gesundheitswesen zu beobachten:

Der Staat sagt den Krankenhäusern deren wirtschaftliche Sicherung dadurch zu (§ 4 KHG in der Fassung vom 17.3.2009), dass

- ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung durch die Bundesländer übernommen werden und dass
- sie leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten – damit sind im Wesentlichen die Kosten für die Wiederbeschaffung von Gebrauchsgütern, das sind Wirtschaftsgüter mit einer Nutzungsdauer bis zu drei Jahren, gemeint (Behrends, S. 43) – enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.

Obwohl die Bundesländer das KHG beschlossen haben, kommen sie den daraus resultierenden Verpflichtungen zur Deckung der Investitionskosten durch die Bereitstellung von Fördermitteln immer weniger nach. Der Staat zwingt damit die Krankenhäuser, die Betriebskosten zu reduzieren und Gewinne zu erwirtschaften, mit denen das Fehlen der Fördermittel ausgeglichen werden kann – Gewinne, die in den einschlägigen Gesetzen nicht vorgesehen sind und deren Erwirtschaftung – wegen der notwendigen Reduzierung des Ressourceneinsatzes – dazu führen kann, dass Patienten dringend erforderliche medizinische Leistungen vorenthalten werden müssen und/oder die Bedürfnisse der Mitarbeiter nach Arbeitsplatzsicherheit und einer angemessenen Entlohnung ihrer Tätigkeit nur noch eingeschränkt befriedigt werden können. Der Staat lässt es sogar zu, dass entgegen den Bestimmungen des § 17 Abs. 4 KHG Anteile der DRG-Fallpauschalen zur Deckung der Investitionskosten, und zwar nicht nur zur Finanzierung der im letzten Absatz genannten Investitionen, verwendet werden.

1.2.6 Zusammenfassung

Es gibt also genügend Gründe für die Annahme, dass die Steuerungswirkungen des ordnungspolitischen Rahmens, des Marktes, des Solidar- und des Subsidiaritätsprinzips sowie des Staats-

Handelns in Hinblick auf sozial verantwortliches Handeln defizitär sind, dass sie zur Überwindung der sich abzeichnenden Ziel- und Verteilungskonflikte nicht ausreichend sind und/oder sogar neue provozieren können. Das gilt – wie einige einschlägige Beispiele gezeigt haben – auch für die Gesundheitswirtschaft.

Wenn aber damit gerechnet werden muss, dass die skizzierten Mechanismen sozial verantwortliches Handeln nicht wirksam werden lassen, dann bedarf es in den Unternehmen – gewissermaßen als Ergänzung – eines personellen und institutionellen Rahmens, der

- sozial verantwortliches Handeln verlangt,
- die Führungskräfte und Mitarbeiter motiviert, diesem Verlangen zu entsprechen, und
- die Voraussetzungen dafür schafft, dass die Führungskräfte und Mitarbeiter imstande sind, sozial verantwortliches Handeln zu praktizieren.

Dabei muss darauf geachtet werden, dass das Konzept eines Managements der sozialen Verantwortung wirtschaftsverträglich gestaltet wird, damit es von dem Unternehmen dauerhaft akzeptiert werden kann (Huber, S. 2).

1.3 Zielsetzung der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung geht nicht von der Vorstellung aus, die Lösung der erwähnten Probleme sei allein im Sinne einer moralischen Selbstverpflichtung der Geschäftsführung und aller übrigen Krankenhaus-Akteure möglich. Es wird nicht unterstellt, die Verantwortlichen seien in der Lage, die sich abzeichnenden Entwicklungen nur durch den Einsatz ihrer Moral in die richtige Richtung zu lenken. Die weiteren Überlegungen basieren deshalb auf dem „Stakeholderansatz“ (Freemann, S. 31), der Verantwortung im Sinne der Goldenen Regel begreift und fordert, in die Bedingungen der Zusammenarbeit mit den Stakeholdern zum gegenseitigen Vorteil zu investieren (Suchanek, S. 79).

Die Frage, welche Voraussetzungen in einem Krankenhaus – sowohl auf der individuellen als auch auf der institutionellen Ebene – geschaffen werden müssen, um die Entscheidungsträger für diese Form der Zusammenarbeit mit den Krankenhaus-Stakeholdern sensibilisieren und der Goldenen Regel zur Wirksamkeit verhelfen zu können, steht im Mittelpunkt der weiteren

Ausführungen. Es werden – gewissermaßen als Orientierungshilfen für die Geschäftsführung – Strategien und Instrumente vor- und zur Diskussion gestellt, anhand derer

- eine dem Management der sozialen Verantwortung verpflichtete Unternehmensstrategie entwickelt, implementiert und im Krankenhaus institutionell verankert sowie
- festgestellt werden kann, ob die Strategie erfolgreich, das heißt im Sinne der Idee des Managements der sozialen Verantwortung, realisiert werden kann und wird,
- die aufgabenrelevanten Stakeholder feststellt sowie deren Bedürfnisse identifiziert, analysiert und bewertet werden können sowie
- ermittelt werden kann, welche Bedeutung die Geschäftsführung und die Krankenhaus-Akteure dem Praktizieren der Goldenen Regel beimessen.

Von dem Management der sozialen Verantwortung muss erwartet werden, dass es nicht nur erfolgreich implementiert wird und zur Befriedigung der als legitim akzeptierten Bedürfnisse der für das Krankenhaus als bedeutsamen erachteten Stakeholder beiträgt. Es muss vor allem einen Beitrag leisten zur Realisierung der Unternehmensziele, also vor allem zur Sicherung der Existenz des Krankenhauses und der darin vorgehaltenen Arbeitsplätze sowie zur weiteren Verbesserung der Qualität und der Effizienz der Patientenbehandlung.

Von der gesamten Wirkungskette des neu gestalteten Managementprozesses (s. Abb. 1), die sich erstreckt

- von der Identifizierung und Charakterisierung der Stakeholder sowie der Analyse und Bewertung der Stakeholder-Anliegen als Voraussetzung für deren Berücksichtigung bei unternehmerischen Entscheidungen (= Umweltanalyse) und
- der Beantwortung der Frage, ob die für dessen dauerhafte Realisierung notwendigen personellen und strukturellen Voraussetzung gegeben sind (= Unternehmensanalyse), bis hin
- zu den Auswirkungen dieser Entscheidungen auf die Realisierung der Unternehmensziele und der Befriedigung der Stakeholder-Bedürfnisse,

wird in der vorliegenden Untersuchung nur der Teil 1 behandelt. Dieser Teil des Managementprozesses – die Analyse und die Entwicklung der Strategien und Instrumente des Managements der so-

1.3 Zielsetzung der Untersuchung

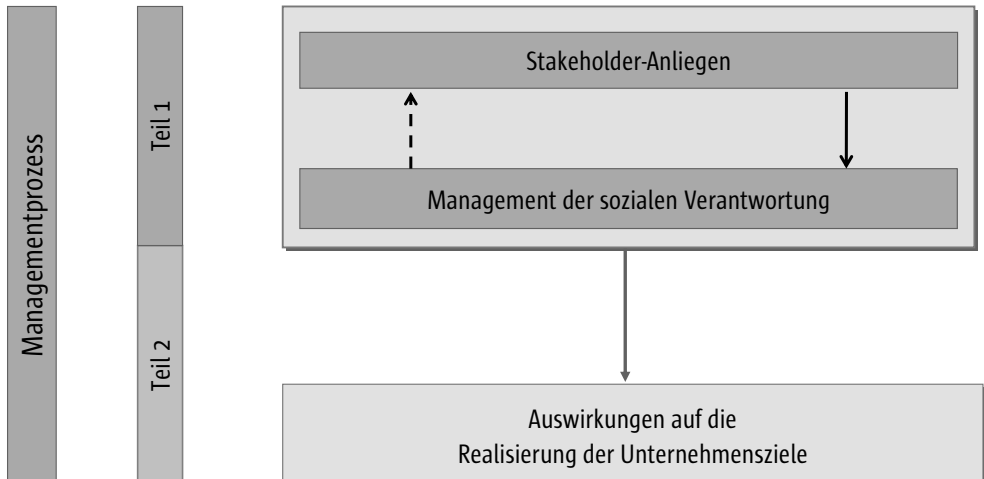
zialen Verantwortung sowie deren Implementierung in die Krankenhausroutine – ist bisher noch wenig untersucht worden und bedarf deshalb besonderer Aufmerksamkeit.

Das Management der sozialen Verantwortung kann seinen Beitrag zur Realisierung der Unternehmensziele nur dann leisten, wenn bestimmte Voraussetzungen geschaffen werden (s. Abb. 2).

- Es bedarf einer Geschäftsführung, die das neue Management-Konzept initiiert, seine Entwicklung und Implementierung aktiv begleitet sowie dauerhaft und für die Führungskräfte und Mitarbeiter erlebbar praktiziert. Das Management der sozialen Verantwortung ist „Chefsache“.
- Die Geschäftsführung teilt den Führungskräften und Mitarbeitern mit, was von diesen im Sinne des Praktizierens der Goldenen Regel erwartet wird und was künftig nicht gewünscht wird. Sie überzeugt alle Verantwortungsträger im Krankenhaus von der Vorteilhaftigkeit sozial verantwortlichen Handelns und schafft die Voraussetzungen dafür, dass dieses praktiziert werden kann.
- Sie baut eventuell bestehende organisationale Barrieren ab, die die Wahrnehmung von Verantwortung möglicherweise behindern.

Die Zielsetzung der weiteren Betrachtungen ist es, einen Ansatz zu prüfen (Ulrich, S. 147), der die Anforderungen sozial fundierten Handelns mit ökonomischer Rationalität wirksam werden lassen kann und der zum anderen nicht nur in der Instrumentalisierung der Grundideen des Managements der sozialen Verantwortung für ökonomisches Handeln besteht. Mit der vorliegenden Arbeit werden Instrumente vorgestellt, mit deren Hilfe die notwendige ökonomische Orientierung der Krankenhäuser mit dem der Verantwortung gegenüber einer Vielzahl von Stakeholdern – an deren Spitze die Patienten – geschuldeten unternehmerischen Handeln versöhnt werden kann.

Mit Hilfe der hiermit vorgelegten Untersuchung soll eine Diskussion angestoßen werden, die helfen könnte, einen sich abzeichnenden Konflikt, der insbesondere die an dem Behandlungsprozess unmittelbar beteiligten Berufsgruppen – Ärzte, Pflegende, Therapeuten – zunehmend belastet, zu lösen – einen Konflikt, der durch eine im Gesundheitswesen aus der Sicht der Mitglieder der therapeutischen Teams unverkennbar gewordene Tendenz ausgelöst wurde, nach der die für die Patienten unwesentlichen Parameter zur Hauptsache erklärt werden: DRG-Kodierung,



- Geltendmachung der Stakeholder-Anliegen
 - - - - -→ Befriedigung der Stakeholder-Anliegen

Abb. 1 Erfolgsorientierung des Managements der sozialen Verantwortung

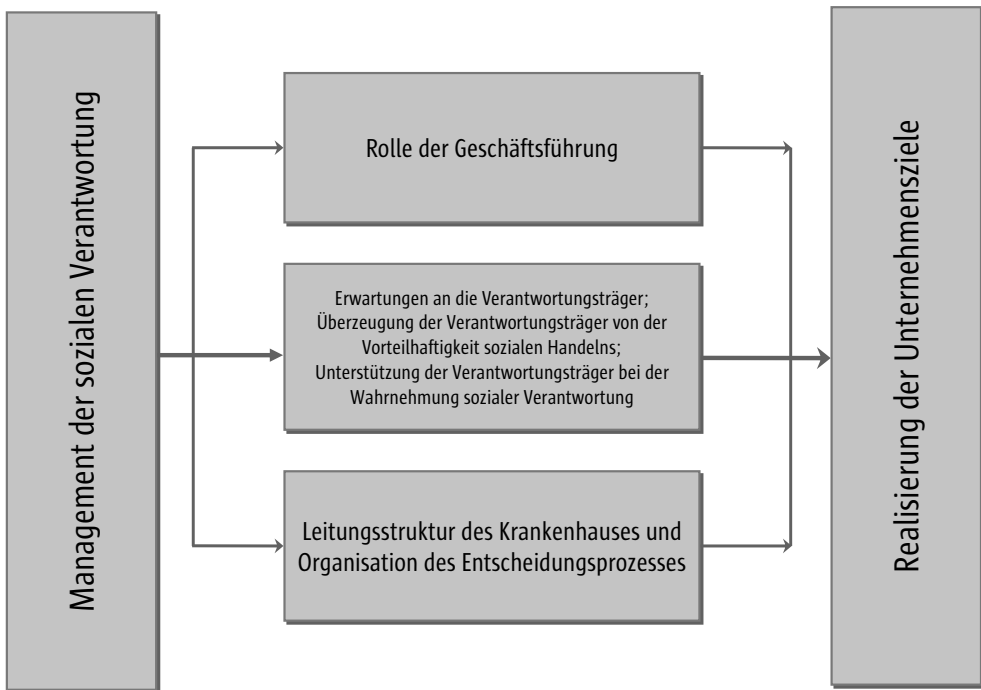


Abb. 2 Wirkungszusammenhang zwischen der Praxis des Managements der sozialen Verantwortung und der Realisierung der Unternehmensziele (in Anlehnung an Andersen, S. 24)

Controlling, Standardisierung u.ä.m. Nicht von Fürsorge, Nächstenliebe, Linderung oder Heilung wird im Krankenhausalltag vor allem gesprochen, sondern von Qualitäts- und Effizienzsteigerung und von der Verbesserung des Preis-Leistungs-Verhältnisses (Storm, S. 2003). Wirtschaftliches Handeln muss nicht nur, aber vor allem auch in Krankenhäusern so ausgerichtet werden, dass es mit den grundlegenden Werteentscheidungen, die das Zusammenleben in unserer Gesellschaft prägen – unter anderem Vertrauenswürdigkeit, Ehrlichkeit und Rücksichtnahme auf Schwächere – vereinbar bleibt (Huber, S. 3).

Die weiteren Betrachtungen gehen davon aus, dass im Regelfall in jedem Krankenhaus für die Gestaltung der Unternehmensstruktur Freiräume gegeben sind, die Erwägungen im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung überhaupt zulassen, und dass die Geschäftsführung den Willen hat, sich dieser Freiräume einschlägig zu bedienen. Ob und wie diese Freiräume schließlich genutzt werden, ist nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

Im Sinne der Zielsetzung dieser Arbeit ist es, nicht nur die neuesten Erkenntnisse zum Thema grundsätzlicher Art vorzulegen. Dem Leser soll das Umsetzen der theoretischen Ansätze in konkrete Handlungsanweisungen dadurch erleichtert werden, dass die theoretischen Ausführungen mit einer größeren Zahl von praktischen Beispielen und Hinweisen unterlegt werden.

1.4 Vorgehensweise

Bevor dargelegt werden kann, wie ein Konzept des Managements der sozialen Verantwortung und die strukturellen und personellen Voraussetzungen für dessen Realisieren unter den besonderen Bedingungen eines Krankenhauses gestaltet sein könnten, bedarf es der Verständigung darüber, was unter „sozial“ und unter „Verantwortung“ verstanden werden soll, welches die Ziele der sozialen Verantwortung sind und wo die Grenzen eines Konzepts der sozialen Verantwortung liegen könnten. Dieses Thema wird zunächst im Allge-

meinen und ohne Bezug auf die spezifischen Produktions- und kulturellen sowie sonstigen Bedingungen der Leitungarbeit in einem Krankenhaus erörtert (s. Kap. 2 und 3).

Das für ein konkretes Krankenhaus geeignete Konzept des Managements der sozialen Verantwortung gibt es nicht von der Stange (Eiff, von 2000, S. 68). Es muss von innen heraus zusammen mit den Betroffenen entwickelt werden, und zwar so, dass die spezifischen Bedingungen für die Leitung eines Krankenhauses, die sich im Zeitablauf möglicherweise verändern, Berücksichtigung finden können. Die vorliegende Untersuchung beschreibt deshalb – als Anregung für die Analyse im konkreten Entwicklungs- und Implementierungsfall dienende – eine für Krankenhäuser typische Handlungssituation (s. Kap. 4).

Ein zentrales Element der Handlungssituation sind die Anliegen der verschiedenen Stakeholder. Sie werden deshalb in Kapitel 4 erstmals im Rahmen dieses Buches ausführlich dargestellt. Dabei wird immer wieder danach gefragt, wie die verschiedenen Stakeholder möglicherweise reagieren werden, wenn sich die Handlungssituation des Krankenhausmanagements verändert und die Geschäftsführung mit unternehmerischen Entscheidungen darauf antworten muss.

In diesem ersten Teil der Untersuchung kommt es vor allem darauf an, dem Krankenhaus-Management – aufbauend auf den Phasen des strategischen Managementprozesses (s. Abb. 3) – eine Hilfe zu geben, wenn es darum geht, die Voraussetzungen für das Realisieren eines neuen Management-Konzepts zu analysieren.

Ohne zu wissen, wer von den unternehmerischen Entscheidungen betroffen ist und welche Anliegen die Betroffenen an das Krankenhaus haben (s. Abb. 4 – Umweltanalyse auf Stakeholderbasis), und ohne zu wissen, wie das Krankenhaus mit den Stakeholder-Bedürfnissen umgehen will und kann (s. Abb. 5 – Unternehmensanalyse), sind sozial verantwortliche Entscheidungen nicht zu fällen. Die hier verwendeten Schemata zur Darstellung des strategischen Managementprozesses werden in den folgenden Kapiteln – dem jeweiligen Untersuchungsgegenstand entsprechend – konkretisiert und gegebenenfalls angepasst.

Im Mittelpunkt des Kapitel 5 steht – aufbauend auf den Aussagen in den Kapiteln 2 und 3 – die Beschreibung der verschiedenen Verantwortungsträger- und Stakeholder-Rollen und eines Rahmenkonzepts für das Management der sozialen Verantwortung (Göbel 1992, S. 28). Dabei wird

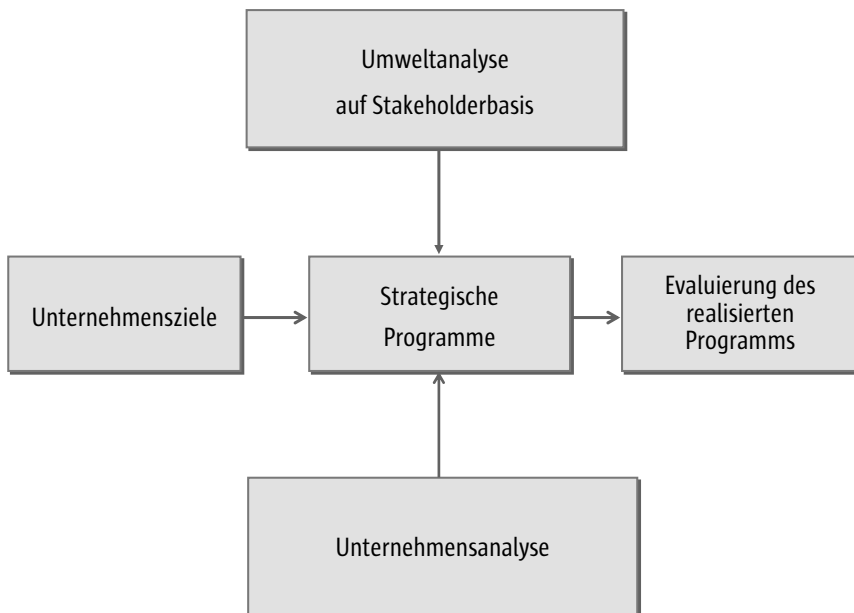


Abb. 3 Strategische Analyse und soziale Verantwortung – die Grundstruktur des Managementprozesses

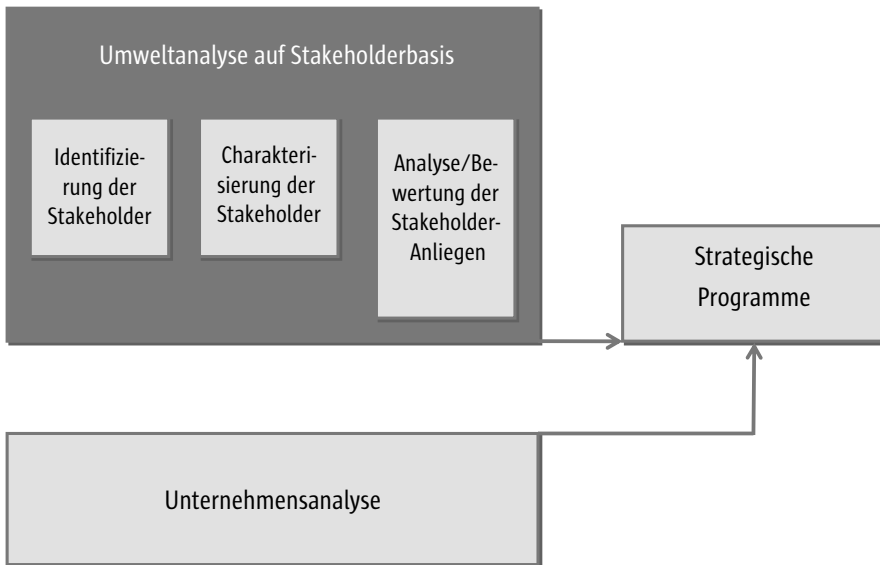


Abb. 4 Strategische Analyse und soziale Verantwortung – Umweltanalyse auf Stakeholderbasis

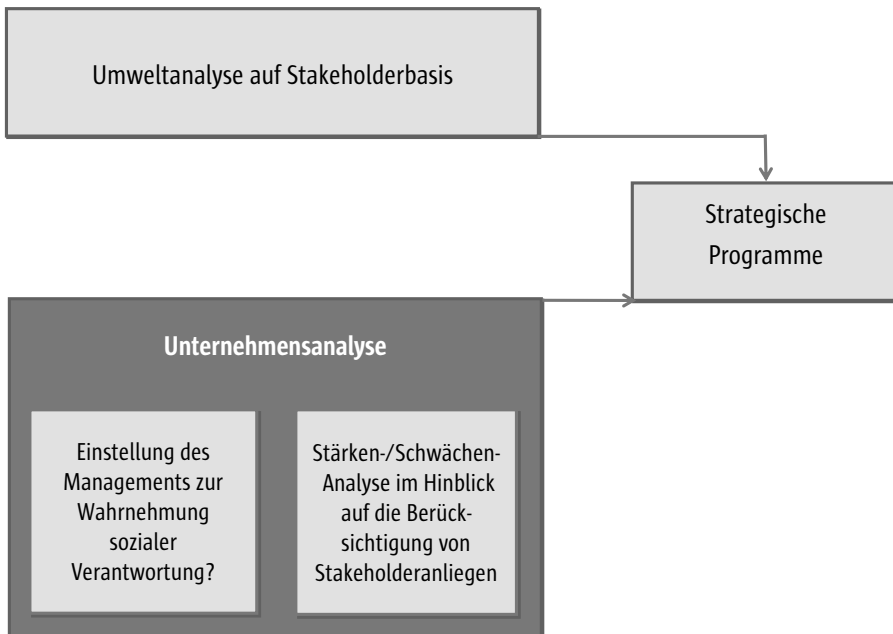


Abb. 5 Strategische Analyse und soziale Verantwortung – Unternehmensanalyse

sich zeigen, dass verschiedene Funktionen – Führungskräfte, Mitarbeiter und der Krankenhaus-Eigentümer – nicht nur Stakeholder in dem bisher verwendeten Sinne, also Betroffene von Entscheidungen anderer Funktionen sind, sondern selbst Entscheidungen fällen, von denen andere betroffen sind (Führungskräfte, Mitarbeiter), oder Instanzen sind, vor denen sich diejenigen, die Entscheidungen fällen, zu verantworten haben (Führungskräfte, Eigentümer).

Die Voraussetzungen für die Realisierung und die institutionelle Verankerung des Managements der sozialen Verantwortung im Krankenhaus sind nach der allgemeinen Beschreibung des strategischen Managementprozesses Gegenstand der Kapitel 6 und 7:

In Kapitel 6 – der institutionelle Rahmen für die Wahrnehmung von Verantwortung – wird gezeigt, welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, um die bessere Unternehmensstrategie implementieren zu können, nämlich welche Rolle die Geschäftsführung spielen und wie die Unternehmensstruktur beschaffen sein muss, damit den Führungskräften und allen Mitarbeitern verantwortliches Handeln entsprechend der Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung dauerhaft ermöglicht wird. Die spezifische Gestaltung der für dieses Thema relevanten Teilfunktionen betrieblicher Leitungstätigkeit und die des Entscheidungsprozesses sind in diesem Zusammenhang von

besonderem Interesse. Die Anforderungen an die Gestaltung werden einerseits aus der Sicht der Verantwortungsträger formuliert – welche organisatorischen Barrieren müssen abgebaut/vermieden werden, um Verantwortung umsetzen zu können? Zum anderen geht es um die Sicht der Stakeholder und deren Bedürfnisse – welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden, um die relevanten Stakeholder-Anliegen angemessen berücksichtigen zu können?

Die Nachhaltigkeit des implementierten Konzepts eines Managements der sozialen Verantwortung setzt voraus, dass dieses in der Krankenhausorganisation fest verankert ist. Dazu bedarf es einer klaren Ansage der Geschäftsführung, was sie von den Führungskräften und den Mitarbeitern im Sinne des neuen Management-Konzepts erwartet. Die Führungskräfte und die Mitarbeiter müssen von dem Nutzen des Konzepts überzeugt und in die Lage versetzt werden, dieses auch zu praktizieren (s. Kap. 7).

Während in den Kapiteln 5, 6 und 7 die Bausteine eines Konzepts des Managements der sozialen Verantwortung beschrieben werden, sind Gegenstand des zweiten Teil der Arbeit abschließenden Kapitel 8 Empfehlungen für die Implementierung dieses Konzepts in die Praxis.

Die Arbeit wird abgerundet (s. Kap. 9) mit der Präsentation eines Beispiels für die gelungene Realisierung des Managements der sozialen Verantwortung.