

Die Dimensionen des Wandels im Gesundheits- und Sozialwesen und dessen Auswirkungen auf die Führungsaufgaben

Kennzeichen des Wandels

Die Bereiche des Sozial- und Gesundheitswesens befinden sich in einem Wandel, der u.a. durch die folgenden Aspekte gekennzeichnet ist:¹

- **Abbau von Überkapazitäten** in der Versorgung: (Bsp. Krankenhäuser)
- Die Leistungen werden beschrieben und definiert, um Transparenz und Vergleichbarkeit herzustellen. Auf der Basis der Vergleichbarkeit der Leistungen wurde bzw. wird ein **Kostenwettbewerb** eingeführt. Die Kostenträger finanzieren nicht mehr den Träger der Leistungserbringung, sondern die einzelnen Dienstleistungen etc. ➔ **Druck zur Effizienzsteigerung**
- Paradigmenwechsel: Vom **Klient zum Kunden**. Am deutlichsten manifestiert sich dieser Paradigmenwechsel im Bereich des persönlichen Budgets, das die Auftraggeber und Klient/Patientbeziehung neu ordnet.
- **Ambulant vor Stationär**
- **Abbau von Marktzutrittsbeschränkungen**, die in Deutschland regional verankerte, häufig gemeinnützige Dienstleister durch Zuwendungen bzw. Bevorzugung bei der Zuweisung abgesichert haben,
- **Ausschreibungspflicht** für öffentliche Aufträge im Versorgungs- und Betreuungsbereich
- **Rückzug der direkten staatlichen fachlichen Steuerung**, hin zur Einführung von Managementsystemen zum Beispiel im Bereich des Qualitätsmanagements. Diese Entwicklung ist seit mehreren Jahren im Gang. In nahezu allen Bereichen des Gesundheitswesens sind im Rahmen des Qualitätsmanagements Leitbilder etabliert, es gibt Aufbau- und Ablaufstrukturen und Prozessbeschreibungen etc.
- In vielen Bereichen, vor allem im Krankenhausbereich haben darüber hinaus tiefgreifende Veränderungen in der Organisationsform etc. stattgefunden. In nicht unerheblichem

¹ vgl. von Eiff/Stachel, S. 2ff

Umfang fanden **Trägerwechsel** statt und wurden Krankenhäuser privatisiert, Personal abgebaut, Häuser fusioniert etc.

Dieses sind Aspekte des Wandels, die nach den Kategorien von BATERSON/WIMMER einen Wandel der 2. Ordnung beschreiben, da mehrere Ebenen betroffen sind und erhebliche Auswirkungen auch auf der Ebene der Unternehmenskultur mit sich bringen.

Für den Krankenhausbereich wird dieses in der Literatur durch zahllose Beispiele belegt, von denen hier nur zwei aufgeführt werden sollen:

„Die nachhaltige Zukunftsfähigkeit bei einem Krankenhaus der Zukunft hängt ab von der eigenen Umbaufähigkeit der Aufbau- und Ablauforganisation zu „industrieller“ hocheffizienter Ablauforganisation.“²

„Ähnlich wie in verschiedenen Branchen der Industrie und des Handels, z.B. im Maschinenbau, in der Automobilindustrie oder der Glas-Porzellan-Keramik-Branche hat sich auch im Gesundheitswesen eine „Neue Marktdynamik“ entwickelt, die die typischen Merkmale eines Verdrängungswettbewerbs aufweist.“³

Inwiefern es sich um in den genannten Kategorien nach BATERSON/WIMMER um eine “Notoperation” bzw. um “Prävention” handelt, hängt von den Marktbedingungen ebenso ab wie von den strukturellen Voraussetzungen.

Die Führungskräfte sind in jedem Fall gefordert, aktiv die adäquate Gestaltung der notwendigen Veränderungen zu übernehmen.

2 Wedel, S. 264

3 von Eiff/Stachel, S. 2

Auswirkungen des Wandels auf die Führungsaufgaben

Traditionelle Fachorientierung und Anbieterorientierung

War es auf der Grundlage des traditionellen Aufgabenzuschnitts selbstverständlich, einen Fachexperten als Leitungskraft anzutreffen, so ist dies im Rahmen des modernen Aufgabenzuschnitts nicht zwingend notwendig und ggf. sogar hinderlich.

Die Steuerung in der traditionellen Form bestand darin, dass Fachleute aus dem Bereich der staatlichen Gesundheitsplanung (Krankenhausbedarfsplanung etc.), den Bedarf festgestellt hatten nachdem vorher die Politik für die öffentliche Verwaltung die entsprechenden Rahmenbedingungen festgelegt hatte. Anbieter reichten eine Konzeption für die Deckung des Bedarfs ein und errechneten auf dieser Grundlage die entstehenden Kosten. Die entstehenden Kosten für die Versorgung bzw. Betreuung waren dabei eine „natürliche“ Folge der fachlichen Entscheidungen und mussten verwaltet werden, im Sinne einer korrekten Abrechnung. Es gab keine Notwendigkeit zur vorausschauenden langfristigen Ressourcenplanung etc. Ausgabenbegrenzung bzw. Ausgabenverantwortung lag nicht bei den Dienstleistern bzw. Anbietern, die erbrachten Leistungen wurden vergütet. Ausgabenbegrenzungen wurden nur insofern wirksam, als die Dienstleistungsmengen kontingentiert wurden, d.h. dass für die einzelnen Anbieter Obergrenzen festgeschrieben wurden. Diese Form der Ausgabenbegrenzung ist besser bekannt unter dem Begriff der Budgetierung. Die Steuerungsmöglichkeit und –chance auf Anbieterseite lag darin, möglichst das gesetzte Budget nicht zu überschreiten und möglichst viel Sonderleistungen bzw. Privatleistungen zu „verkaufen“. Es gab darüber hinaus keine Notwendigkeit für strategische Planung und vorausschauendes Veränderungsmanagement. Die staatliche Gesundheitspolitik war eine gestaltende Gesundheitspolitik, die den Dienstleistern einen klar definierten Handlungsrahmen zuwies.

Geschäftsführung bzw. „Management“ in diesem Sinne hatte in den Unternehmen eher den Charakter von Verwaltung und war stets der Fachlichkeit zu bzw. untergeordnet.

Moderne Kunden- und Wettbewerbsorientierung

Die Gesundheitsreformen der letzten Dekaden gingen alle Stück für Stück in die Richtung einer Stärkung des Marktprinzips kombiniert mit einem Rückzug staatlich direkt steuernder Gesundheitspolitik.

„Die gesundheitspolitische Hinwendung zu „mehr Markt“, als Lösung für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit, lässt sich über unterschiedliche Regierungskoalitionen hinweg verfolgen, die ab 1993 schrittweise mehr Wettbewerb im System zulassen.“⁴

Die staatliche Steuerung wird zunehmend durch Vorgaben zur Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen sowie durch Standardisierung, Expertenstandards, Pathway Konzepten etc. ersetzt. Die Anbieter werden gezwungen, ihre Leistungen transparent zu beschreiben und vergleichbare Qualitätsstandards einzuhalten. Dadurch stehen sie in einem Wettbewerb mit anderen Anbietern, die diese vergleichbaren Leistungen ebenfalls anbieten können. Durch Veröffentlichungspflicht von Qualitätsberichten etc. wird die Basis geschaffen für Anbietervergleiche und einem daraus resultierenden Wettbewerb der Gesundheitsdienstleister.

Diese Entwicklungen greifen nicht nur dort, wo unmittelbar die Gesundheits- und Pflegereformen (SGB V und SGB XI) ihre Wirkung entfalten, sondern sind von en Grundprinzipien übertragbar auch auf andere Bereiche der Rehabilitation oder Behindertenhilfe.

Stichworte wie das persönliche Budget etc. seien hier beispielhaft verkürzt angeführt.

Die Herausforderungen der Zukunft liegen darin, hocheffiziente und integrierte kundenorientierte Prozesse sicherzustellen, die synergetisch komplementär gesteuert und nicht additiv verwaltet werden müssen.

Damit Gesundheitsdienstleister diesen Herausforderungen gewachsen sind, muss die Führung Fachgrenzen überwinden und explizit aus Patienten- bzw. Kundenperspektive in integrierten Versorgungspfaden denken, steuern und evaluieren.

⁴ Hellmann/Baumann/Bienert/Wichelhaus, S. 15

An die Stelle der staatlich steuernden Gesundheitspolitik tritt eine betriebswirtschaftliche Steuerung (General Management), die die vorhandenen Fachdisziplinen und Einrichtungen im Sinne von Markteffektivität und Ressourceneffizienz lenkt.

Dieses stellt eine Situation dar, in der die Träger der Gesundheitsunternehmen eine strategische Weichstellung bezüglich ihrer Führungsstruktur vornehmen müssen.

Optionen zur Gestaltung der Führungsstruktur

Eine Option besteht darin, General Management und Fachlichkeit zu trennen. Fachliche Leitung und Qualitätssicherung des operativen Geschäftes wird ergänzt durch ein General Management, das in der Regel Betriebswirtschaftlich ausgerichtet ist und die Steuerung des Unternehmens übernimmt und die wirtschaftlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen setzt. Dieses Management gilt es dann entweder selbst zu implementieren oder sich alternativ mit den eigenen Einrichtungen unter das Dach eines anderen (größeren) Trägers zu begeben, der durch ein General Management gesteuert wird. Diese Tendenz ist auf breiter Front zu beobachten, indem z.B. öffentliche bzw. gemeinnützige Krankenhäuser in großem Umfang von großen privaten Krankenhausgesellschaften übernommen werden.

Dieser Trend setzt sich auch in weiteren stationären und ambulanten Bereichen der Gesundheitswirtschaft fort.

Eine zweite strategische Option besteht in der sukzessiven Erneuerung bzw. in der Reform der vorhandenen Strukturen. Ein großer Teil der Gesundheitsdienstleister sind kleinere und mittlere Unternehmen, deren Trägergesellschaften häufig gemeinnützige Vereine, Stiftungen, Kirchengemeinden etc. sind. Diese Organisationen sind neben betriebswirtschaftlicher Effizienz und Markteffektivität auch ideellen Zielen verpflichtet, die sie in ihrer Arbeit leiten.

Einen „General Management Apparat“ zu implementieren scheitert in diesen Fällen häufig auf Grund der nicht vorhandenen Größe. Eine Fusion bzw. eine Übernahme durch ein anderes Unternehmen ist häufig auf Grund der ideellen Orientierung bzw. Identifikation schwierig bzw. nicht erstrebenswert.

Da diese Organisationen jedoch den selben marktwirtschaftlichen Rahmenbedingungen ausgesetzt sind und es keine staatlich steuernde Gesundheitspolitik mehr gibt, die einen Anbieterproporz oder ähnliches sicherstellt, müssen sich auch diese Organisationen in ihrer Führungsstruktur und in ihren Führungskräften erneuern. Diese Veränderung bzw. Erneuerung muss allerdings mit den und durch die vorhandenen Führungskräften gesteuert werden.

In der Regel haben die Führungskräfte im Gesundheitswesen einen fachlichen Hintergrund. Häufig existieren gesetzliche Vorgaben, die eine bestimmte fachliche Qualifikation bei Führungskräften voraussetzen. Dieses gilt für die medizinischen Bereiche ebenso wie für Pflege, pädagogische Betreuung etc.. Zumeist übernehmen diese fachlichen Führungskräfte bei Gesundheitsdienstleistern auch die Funktion der Gesamtführung und wirtschaftlichen Steuerung.

Wenn man wie oben skizziert unterstellt, dass die Unternehmen einen Wandel 2. Ordnung bewältigen müssen, d.h. erhebliche Anstrengungen unternehmen und diese zielgerichtet steuern müssen, bedeutet dieses als logische Konsequenz, dass das Veränderungsmanagement bei den verantwortlichen Führungskräften einen zunehmenden Anteil ihres Aufgabenprofils ausmachen.

Die folgende Grafik verdeutlicht diesen Zusammenhang:⁵

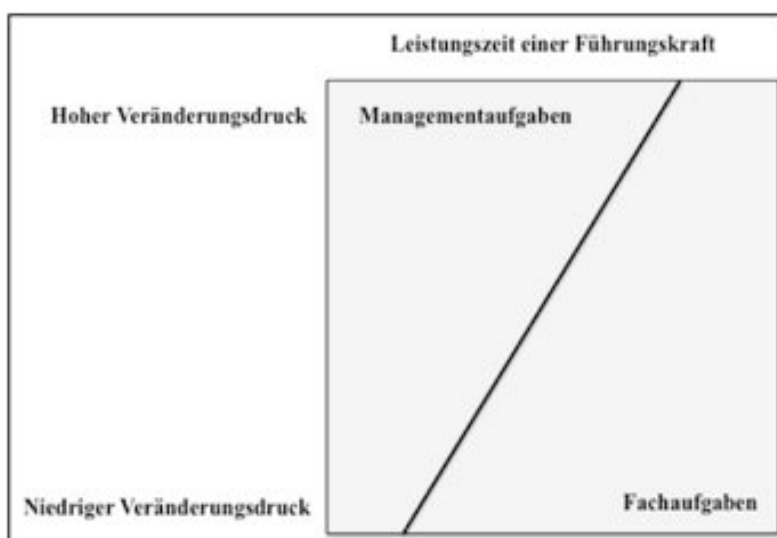


Abb. 4: Angemessene Leistungszeit einer Führungskraft

⁵ vgl. Hausdorf/Polzer S. 23ff

Gelingt es einer Führungskraft nicht, ihren Aufgabenzuschnitt durch entsprechende Prioritätensetzung und Delegation den Anforderungen entsprechend anzupassen, kann es zu Fehlentwicklungen kommen, die entweder in einer Vernachlässigung der Managementaufgaben resultieren bzw. zu einer Überforderung führen (siehe Grafik unten).

Führungskräfteentwicklung zur Bewältigung der Veränderungsnotwendigkeiten setzt an der Vermittlung und Klärung der Führungsaufgaben und der damit verbundenen Führungsrolle (Training) sowie an der Bewältigung von Konflikten bzw. Problemen zwischen der auszufüllenden Führungsrolle und den persönlichen Voraussetzungen und Zielen (Coaching) an.

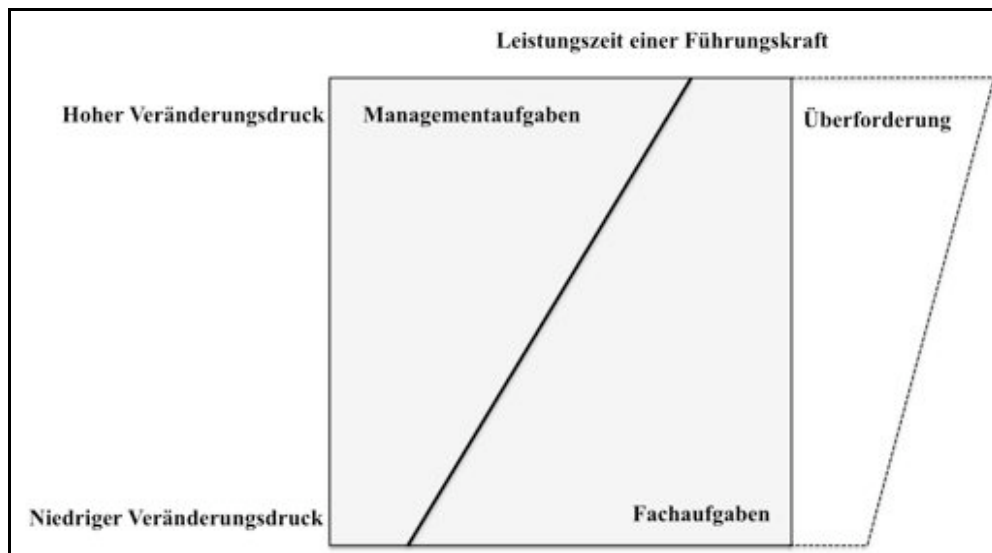


Abb. 5: Nicht ausreichende Leistungszeit einer Führungskraft

Literaturhinweise

HAUSDORF, Michael; POLZER, Erich (2004): Die Führungskraft als Coach. Trainingsbausteine zur Gestaltung von 2- bis 3-tägigen Seminaren. Bonn.

HELLMANN, Wolfgang; BAUMANN, Holger; BIENERT, Michael L.; WICHELHAUS, Daniel (Hrsg) (2008): Krankenhausmanagement für Leitende Ärzte. Heidelberg.

VON EIFF, Wilfried; STACHEL, Kerstin (2006): Unternehmenskultur im Krankenhaus. Gütersloh

WEDEL, Stefan (2008): Investitionsfinanzierungen im Krankenhauswesen. In: Hellmann, Wolfgang; Baumann, Holger; Bienert, Michael L.; Wichelhaus, Daniel (Hrsg) (2008): Krankenhausmanagement für Leitende Ärzte. Heidelberg, S. 264-292.