

# Krankenhausmanagement

Seminar im FB 11 Univ. Bremen  
Dr. Hans-Georg Güse, Bremen

Sommersemester 2008

## Literatur

- Breinlinger-O-Reilly u.a. Controlling für das Krankenhaus  
Neuwied 1998
- Breinlinger-O-Reilly u.a. Das Krankenhaus-Handbuch  
Neuwied 1997
- Deyhle,A  
Eichhorn u.a. Controller-Praxis, mehrere Bände in immer neuen Auflagen  
Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel  
Stuttg. 1995
- Gälweiler,A  
Strategische Unternehmensführung  
Ffm, 2005
- Greulich u.a. Prozessmanagement im Krankenhaus  
Heidelberg 1997
- Kieser u.a. Organisation  
Stuttg. 2003
- Kieser, Ebers  
Kirchner/ Kirchner Organisationstheorien 2006  
Change-Management im Krankenhaus  
Stuttg. 2001
- Klauber u.a. Krankenhaus-Report 2003, 2004, 2005, 2006  
Stuttg. 2003, 2004, 2005, 2006
- Leuzinger u.a. Mitarbeiterführung im Krankenhaus  
Bern 1994
- Malik, F. Systemisches Management, Evolution, Selbstorganisation  
Bern 2003

## Was soll in diesem Semester im Seminar „Krankenhausmanagement“ behandelt werden?

1. Was ist Management
2. Was ist eine Organisation - Grundbegriffe
3. Klassische Organisationstheorien  
Wie haben sich Organisationen differenziert, was sind die Einflussfaktoren  
Gibt es eine „richtige“ Organisationsform? -Funktionale und divisionale Organisationen
4. Das Mintzberg-Modell und die Analyse der Krankenhausorganisation
5. Wo liegen die Probleme der Krankenhausorganisation
  
6. Womit beschäftigt sich der Krankenhausmanager
7. Das ökonomische Management  
Kostenstellen – Kostenarten – Kostenträger  
Bilanz / GuV  
Kennziffern  
Portfolio-Analyse
8. Controlling- Planung, Steuerung und Kontrolle
9. Prozessmanagement
10. Personalmanagement

## Was ist Management?

**Management** (von lat. *manum agere* = „an der Hand führen“) bezeichnet:  
eine Tätigkeit, einen Vorgang oder Prozess,  
bei dem durch aktives Handeln unter Nutzung von **Ressourcen**  
erwünschte oder geplante **Ergebnisse** erzielt werden (sollen).

Der Managementprozess besteht aus den 5 Phasen

- Zielsetzung
  - Planung
  - Entscheidung
  - Ausführung / Umsetzung
  - Kontrolle
- 
- Entspricht dem  
PDCA-Cyclus des QM  
Managements*

Jede Phase verlangt spezifische Informationen,  
sowie eine umfassende Kommunikation zwischen den Beteiligten.

Vgl. Wikipedia.de

### Warum wird ein Management benötigt?

- Jede einzelne Person hat Ziele und auf Ziele gerichtete Tätigkeiten, die sie mit bestimmten Ressourcen und Methoden plant und zu einem Ergebnis führt („managed“).
- Organisationen verfolgen ebenfalls Ziele, die durch die Leitung / Führung möglichst koordiniert zu einem erfolgreich erreicht werden (sollen). Dies verlangt ein Management.
- Jeder Teil der *Organisation* verfolgt seine eigenen Ziele im Rahmen der gemeinsamen Ziele der Gesamtorganisation. Daher benötigen auch die Teile der *Organisation* ein eigenes Management.
- Entsprechend gibt es die unterschiedlichen „Managements“, z.B.:
  - Qualitätsmanagement
  - Personalmanagement
  - Prozessmanagement
  - Erlösmanagement
  - Kostenmanagement (Kalkulation)
  - Informationsmanagement
  - Einkaufs- und Beschaffungsmanagement
  - Ressourcenmanagement
  - Risikomanagement
  - Verkaufsmanagement /Marketing
  - Changemanagement

### Was sind Organisationen?

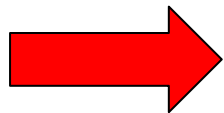
- **soziale Gebilde**

- mit

- **Zielen, Aufgaben, Interessen, Produkten**
- **formaler Struktur (Hierarchie/ Macht, Funktionen, Arbeitsteilung)**
- **Arbeitsweisen (Technologien, Verfahren, Arbeitsmitteln, Qualifikationen)**
- **Mitgliedern (formale Zugehörigkeit, Persönlichkeiten)**
- **internen Interaktionen (formale und informelle Regeln, Codex, Verhalten)**
- **Beziehungen zur Umwelt (Legitimität, Funktion, Aktivitäten)**
- **Tradition, Geschichte, org. Selbstbewußtsein, Identifikation, Leitfiguren**
- **Entwicklungsstand**
- **eindeutiger Tendenz zur Selbsterhaltung**

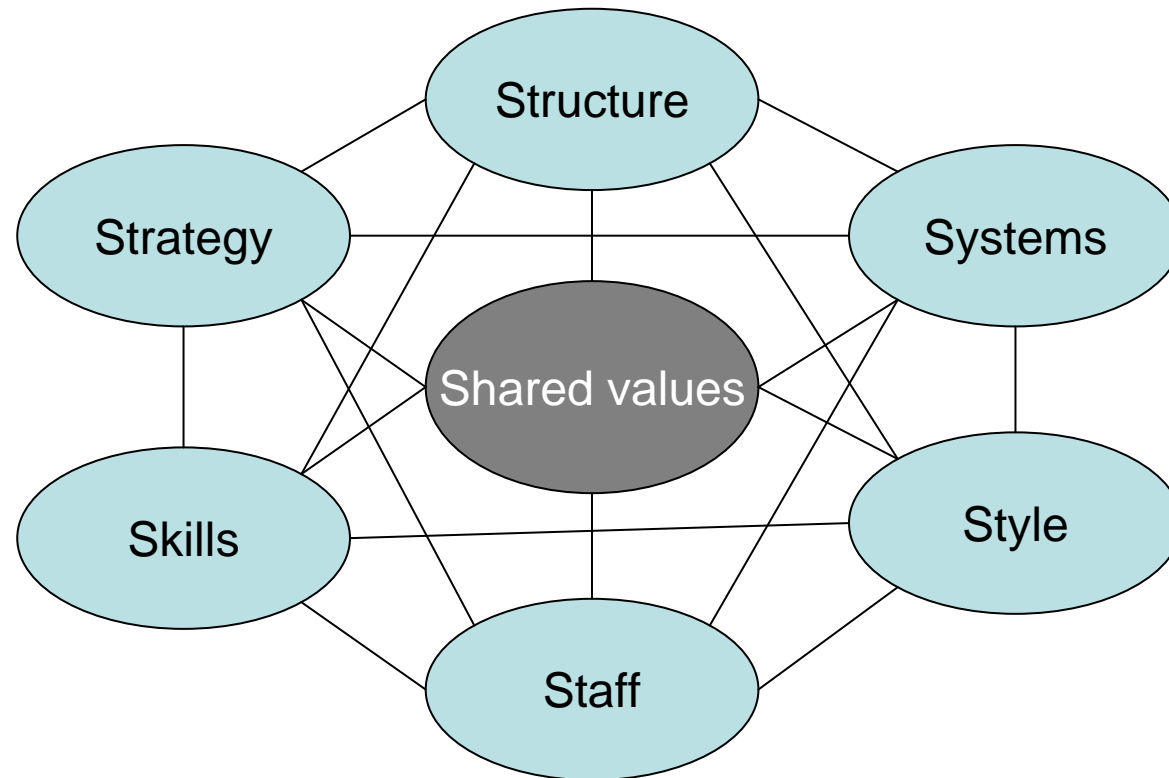
### Differenzierung von Organisationen – „spontaner Ordnungsversuch“

- Nach Größe (VW, Handwerksbetrieb, Werder Bremen)
- Nach Alter (Katholische Kirche – Telecom)
- Nach Zweck (Dt. Bank – DRK)
- Nach Arbeitsteilung (Behörde, Hobby Band)
- Nach Zugangsmöglichkeit/ Öffentlichkeit (Bertelsmann Buchclub – Rotary)
- Nach Legitimierung (Ärztekammer, Freiwillige Feuerwehr, Militär, Polizei)
- Nach Image, Attraktivität (Mafia – Kinderhilfswerk, Greenpeace)
- Nach Produkten (Pen-Centrum - Nestlé)
- Nach Hierarchie (Militär - Hewlett-Packard)
- Nach Formalisierung und Verrechtlichung („Die Tafel“ – Kassenärztliche Vereinigg.)
- Nach der Entstehung (verordnet, freiwillig, spontan, Reaktion auf Markt u.a.)
- usw.



- Auswirkungen auf die Organisation, ihre Struktur
- Auswirkungen auf Organisationstheorien

**Org.-Analyse nach dem 7 S-Modell** (1978, Pascale, Athos, Peters, Waterman)

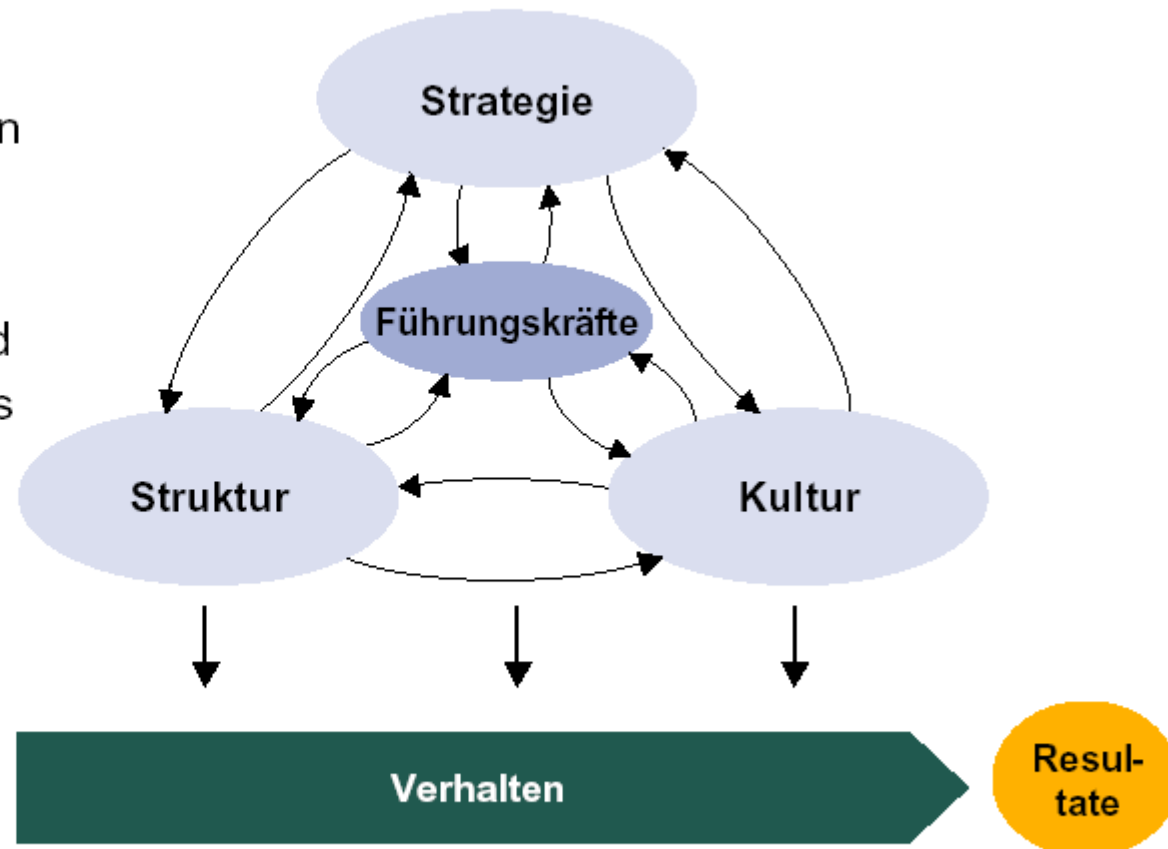


- Diagnosewerkzeug für Organisationen, die erfolglos/ erfolgreich sind
- Anleitung für Veränderungen
- Kombination von harten und weichen Elementen der Analyse
- Hinweis auf die Zusammenhänge aller Elemente
- Aber: Ist das alles? (z.B. wie ist das Verhältnis zur Umwelt?)



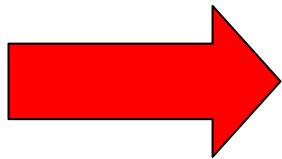
## St. Galler Management Modell

- Management als das Gestalten, Steuern und Entwickeln von produktiven sozialen Systemen.
- Durch das Management von Strategie, Struktur und Kultur beeinflussen wir das Verhalten von Systemen und Individuen.
- Im Zentrum steht die Erzielung von Resultaten, welche die langfristige Lebensfähigkeit des Unternehmens sicherstellen.



### Die Charakteristik/ Entwicklung von Organisationen wird offensichtlich beeinflusst durch

- Alter – Tradition
- Struktur (Aufbau- und Ablauforganisation)
- Produkte (Dienstleistung - materielle Waren)
- Technisierung (Herstellungsweise, Merkmale der Produkte)
- Umwelt/ Marktposition (Dynamik, Wettbewerb - Monopol)
- Wirtschaftlichkeit (Überschüsse - Defizite)
- Mitarbeiter (Struktur - einfache, komplexe Qualifikation)
- Reife der MA (Selbständigkeit, Eigeninitiative)
- Kultur - C.I. – interne Kommunikation - Motivation
- Strategie – Zukunftsplanung - Visionen
- Führung/ Leitung/ Führungsstil



- hohe Komplexität
- keine Organisation gleicht der anderen.... (?)
- kann man überhaupt Gesetzmäßigkeiten formulieren?

**= Versuche der Identifikation von Org.-Methoden**

Erste umfassende Systematik durch **Henry Fayol 1841 – 1925**

(französischer Bergbauingenieur, Begründer der (französischen) Management- bzw. Verwaltungslehre)

ordnet dem Management folgende Funktionen zu:

- **Vorschau und Planung (prévoir)**
- **Organisation (organiser)**
- **Leitung (commander)**
- **Koordination (coordonner)**
- **Kontrolle (contrôler)**

**Fayol** entwickelte **vierzehn Managementprinzipien** als Richtlinien zur Unternehmensführung(1919).

**1. Arbeitsteilung:** ( Produktivitätssteigerung , Spezialisierung der Funktionen ,Trennung der Gewalten.

**2. Autorität und Verantwortlichkeit:**

Autorität kann nicht ohne Verantwortung gedacht werden (Kongruenzprinzip).

**3. Disziplin:** Regeln, fähige Leiter, klare Dienstordnungen, gerechte Sanktionen.

**4. Einheit der Auftragserteilung:** nur von einem Leiter Befehle empfangen

**5. Einheit der Leitung:** nur einen Leiter und einen Plan geben.

**6.Unterordnung des Sonderinteresses unter das Interesse der Gesamtheit:**

**7. Entlohnung des Personals:** möglichst angemessen aber nicht übermäßig entlohnen.

**8. Zentralisation:** Zentralisation oder Dezentralisation ist einfach eine Frage des Maßes. Je höher qualifiziert das Personal ist, desto stärker dezentral

**9. Rangordnung:** Rangordnung von der höchsten Autorität bis zum untersten Arbeitnehmer.

Der Dienstweg entlang dieser Reihe ist zu langsam. Die sogenannte Fayolsche Brücke kürzt dies durch laterale Kommunikation ab.

**10.Ordnung:** für Sachen (materiell) wie für Personen (sozial).

**11.Gleichheit:** Vereinigung von Wohlwollen und Gerechtigkeit gegenüber dem Personal. Hingabe und Loyalität verlangen freundliche Behandlung

**12. Stabilität des Personals:** Personalwechsel ist Grund und Folge schlechten Geschäftsgangs.

**13. Initiative:** "Einen Plan zu ersinnen und ihn erfolgreich auszuführen, ist eine der lebhaftesten Befriedigungen, die ein kluger Mensch empfinden kann und zugleich einer der kräftigsten Anreize."

**14. Gemeinschaftsgeist** (esprit de corps): Einigkeit macht stark. Mündliche Kommunikation ist schneller, klarer und persönlicher als Schriftverkehr und darum vorzuziehen.

## Der Taylorismus oder das Scientific Management (1911)

### Frederick W. Taylor, (1856-1915)

ab 1890 Generaldirektor von Papiermühlen der Manufacturing Investment Co.

ab 1893 Unternehmensberater. Ab 1898 Beratender Ingenieur bei Bethlehem Steel.

*„Arbeiter gehorchen ähnlichen Gesetzen wie Teile einer Maschine“.*

T. versuchte, die Betriebsabläufe aufgrund rein rationaler Überlegungen neu zu strukturieren und zu „verwissenschaftlichen“. Experimente und Umsetzung seiner Prinzipien in den

### Grundprinzipien des Taylorismus (ab 1885):

- Trennung von Kopf- und Handarbeit
- Strenge, kleinteilige Arbeitsteilung
- Präzise Anleitungen (der „beste Weg“)
- Auslese und Anpassung der Arbeiter
- Leistungsvorgaben und Geld als Anreiz (Prämienlöhne, Akkordarbeit)

### Effekte:

- Fordismus – Hohe Produktivitätssteigerungen in der Autoindustrie
- Fließband und maschinelle Ausrichtung des Arbeitsprozesses (1913)
- Refa (Reichsausschuss für Arbeitszeitermittlung ab 1924) IN-Normen (ab 1917)
- Benchmarking

**Human-Relations-Bewegung** („was sind die wirklichen Bedürfnisse der Arbeiter“) ab 1930

- Arbeiten und Wirtschaften als soziales Handeln
- Sicht auf die Gruppe im Betrieb - Interaktion
- Sicht auf Führung (Rollen und Interaktion)
- Produzent als „social man“

Auslöser:

„**Hawthorne-Experimente**“ in den Werken der Western Electric Company (1924-32, Roethlisberger / Dickson, 1939)

Einfluss äußerer Verhältnisse (Licht, Kommunikation) auf die Arbeitsleistung!

Erhebliche Produktivitätssteigerungen, wenn die weichen Umfeldfaktoren beachtet werden

Fortan Diskussion über:

- Gruppe und Individuum
- Psychische Faktoren (Bedürfnisse, Ansprache, Wertschätzung)
- Motivation (Maslow 1934 - 43)
- Rolle der Führung/Leitung im Betrieb
- Relativität der Lohnanreize

Kritik:

- Keine Wissenschaftlichkeit, Effekte nicht nachgewiesen,
- Einfluss der sozialen, wirtschaftlichen Umfeldbedingungen nicht beachtet

**Bürokratietheorie (Max Weber, 1864- 1920, Prof. in Freiburg, Heidelbg., München)**

Begründer der Soziologie, Themen: Wirtschaft u. Gesellschaft, Herrschaft, Legitimation v. Herrschaft, Verantwortungsethik, Politik, Organisationslehre,

Thesen:

Auf der Basis formaler Organisationen und dem Prozess der Rationalisierung (Laizismus) werden Formen legaler Herrschaft gefunden (Regeln, Gesetze)  
: Kennzeichen kapitalistischer, rationaler Organisationen ist die Bürokratie

Kennzeichen der Bürokratie sind:

Präzision, Eindeutigkeit, Einheitlichkeit, Wiederholbarkeit, Standardisierung, Stabilität  
Entscheidung nach Zuständigkeit, gleichen Regeln, Akten, ohne Ansehen der Person,  
formaler Gehorsam, Sachorientierung, Reproduzierbarkeit, Kalkulierbarkeit, Rollenkohärenz,  
Arbeitsteilung, Rationalität,

Effekte dieser Theorie:

Beschreibung der Gesetzmäßigkeiten der „Bürokratie“ als wichtige Erscheinungsform der  
Organisation:

Kritik:

Starres Modell, das zwar einen Typus beschreibt, aber der Vielfalt von Organisationen und  
ihren Veränderungen nicht gerecht wird.

## Verhaltenswissenschaftliche Entscheidungstheorie ab 1960 (March, Simon, Olsen)

### Thesen:

- Einflussfaktoren auf und in Organisationen sind so komplex, dass es keine *richtigen* Entscheidungen gibt.
- Individuen sind grundsätzlich in der Verantwortung überfordert, da sie nur begrenzt Informationen bekommen und verarbeiten können („begrenzte Rationalität“)
- „Lösung“: Formalisierung der Strukturen, Hierarchie, Verteilung der Verantwortung, Delegation, Arbeitsteilung, Standardisierung der Prozesse, Berichtswesen, Indoktrination, Organisationskultur (Bildung einer Corporate Identity (CI) zwecks emotionaler Bindung der Mitarbeiter)

### Effekte dieser Theorie:

- Hinweis auf die Wichtigkeit der Umwelt von Organisationen
- Komplexität und Versuche, diese durch Struktur und Information zu reduzieren
- Relativierung des *einzigsten, besten Wegs* für Entscheidungen
- Hinweis auf die Wichtigkeit von interner Kommunikation - Konfliktregelungen
- Hinweis auf das Problem der Entscheidungsfindung in Organisationen
- Wichtigkeit der CI zur Personalbindung

### Kritik:

- Beschreibung von Phänomenen, keine Wissenschaftlichkeit, keine Prognosefähigkeit
- Strukturen werden etwas naiv als Lösung gesehen (Beratertheorien in konkreten Krisen?)



**Der situative Ansatz** ab 1970 (Pugh, Ulich, Mintzberg u.a.)

Zentrale Fragestellung: (i.R. einer empirischen Beschreibung)

- Beschreibg. v. Unterschieden von Organisationen und die erklärenden, situativen Einflussfaktoren
- Welche Konstellationen haben welche Auswirkungen auf die (Effektivität der) Org.

Thesen:

- Der Weber'sche Bürokratieansatz wird aufgenommen
- Organisationen unterscheiden sich situativ nach den Faktoren von Folie 9
- Struktur einer Organisation und das technische System hat auf das Verhalten der Mitglieder und auf das soziale System Einfluss - und umgekehrt

Effekte dieser Theorie:

- Aufnahme einer Vielzahl von Faktoren,
- Darstellung der Unkalkulierbarkeit der Entwicklung v. Org.
- Hervorheben der Wichtigkeit der Umwelt, der Technologie und der Produktart

Kritik:

- Empirie beschränkt sich auf Fallstudien, keine Gesetzmäßigkeiten gefunden,
- in diesem System ist alles an Erklärungen möglich,
- methodische Mängel: die Situation einer Organisation schlägt nicht immer auf die Struktur durch, der Ansatz ist tendenziell beliebig und manipulierbar.

### **Die Neoinstitutionalistische Organisationstheorie** ab 1990 (Tolbert, Zucker, Scott u.a.)

#### Zentrale Fragestellung:

Legitimität von Organisationen und ihrer Strukturen

#### Thesen:

- Der Weber'sche Bürokratieansatz wird aufgenommen
- Umwelt der Org. besteht aus Kultursystemen, die die Struktur der Org. wesentlich beeinflussen
- Org. müssen, um ihre Legitimität zu beweisen, den Anforderungen der Umwelt nachkommen z.B. allgemein geforderte, aber nicht bewiesene Strukturen übernehmen („Rationalitätsmythen“: QM, Börsengang, TOP-DOWN, Lean Management, Outsourcing usw.)
- Daraus können sich Konflikte zw. Effizienz und Legitimitätsanspruch ergeben.

#### Effekte dieser Theorie:

- Offenlegung der Irrationalität vieler org. Strukturen – Darstellung von Etikettenschwindel
- Kritik am Begriff Rationalität i. Zusammenhang mit Org.-strukturen
- Erklärung vieler Konflikte in Org.

#### Kritik:

- Org. sind in dieser Theorie Opfer und nicht Täter
- Wissenschaftlichkeit oder nur Tatsachenbeschreibung?

## Institutionenökonomische Organisationstheorien

### Zentrale Fragestellung:

Wer agiert wie, wann und warum in Organisationen

### Thesen:

- Es gibt Auftraggeber (Kapital) und Agenten (Geschäftsführer), die in einem bestimmten Interesse und Verhältnis zueinander stehen. Dies prägt die gesamte Kultur und Struktur einer Organisation.
- Aktivitäten werden von kurzfristigen Erwägungen gesteuert (Anreize, Verträge, Transaktionskosten, Marktpreise, sonstige Austauschprozesse)

### Effekte dieser Theorie:

- Hinweis auf die spezifischen „Rationalitäten“ von Führung u. Leitung
- Hinweis auf die Rolle einzelner Persönlichkeiten für Unternehmensentscheidungen
- Hinweis auf die Umwelteinflüsse für Org.-Entscheidungen
- Hinweis auf die Rolle ökonomischer Anreize in Führungsetagen

### Kritik:

Phänomenologie, Tatsachenbeschreibung, Betonung eines Aspekts!

### **Spiele-Konzept** (Crozier / Friedberg, 1980)

#### Zentrale Fragestellung:

Woraus entwickelt sich das Bild einer Org. ?

Wie steht das Individuum zur Organisation?

#### Thesen:

- Einzelne Personen haben in Organisationen Macht und üben diese aus.
- Quellen der Macht (=Herrschaft über Ungewissheitszonen):
  - Expertentum, funktionale Spezialisierung
  - spezifische Verbindungen zu wichtigen Umweltfaktoren (Personen, Org. Verbänden)
  - Kontrolle von Information und Kommunikation (Schalt- u. Schnittstellen)
  - Herrschaft über Regeln oder deren Auslegung
- Individuen versuchen, mit diesen Instrumenten ihre eigenen Spielräume zu erweitern. Daraus resultieren neue Strukturen, besondere Entscheidungen, Strategien.

#### Effekte dieser Theorie:

- Hinweis: Strukturen in Org. sind zu einem erheblichen Anteil Resultat individ. Machtstrukturen.
- Regeln in Org. entwickeln sich in einem komplizierten Spiel von individ. Konflikten.
- Org. geben sich zwar Regeln, die Individ. verfügen aber über Handlungsspielräume.

#### Kritik:

Betonung nur eines (wichtigen) Aspekts!

**Konstruktivistische Ansätze** (ab 1980, Turner, Mead, Berger, March, Walgenbach u.a.)

### Zentrale Fragestellung:

- Wie ist das Beharrungsvermögen einer Org. zu erklären?
- Wie kommt es zu Veränderungen in der Struktur einer Org.?

### Thesen:

- Die Struktur einer Org. (Ziele, Aufgaben, Zuständigkeiten, Hierarchie, Praxis usw.) wird nicht so sehr durch Statuten und Anweisungen sondern durch die Vorstellungen und Erwartungen (Kopfgeburten) der Org.-Mitglieder geprägt. Sie konstruieren die Org. in ihren Köpfen immer wieder und tradieren sie.
- Die ungeschriebene Kultur ist prägend und schafft soziale Wirklichkeit.
- Schriftliche Unterlagen sind nur Anhaltspunkte, Info.-Träger. Die Organisation ist subjektiv.
- Veränderungen fangen in den Köpfen der Org.-Mitglieder an

### Effekte dieser Theorie:

- Hinweis auf die Bedeutung der Kommunikation, Kultur, Routinen, Tradition
- Hinweis auf die Bedeutung von Leitbildern, Visionen, Selbstdeutungen einer Org.
- Bewußte Org.-Veränderungen müssen den subjektiven Faktor einkalkulieren.

### Kritik:

Erneut (richtige) Betonung nur eines Bestimmungsfaktors

### Zusammenfassung:

- Keine der Theorien bildet umfassend die Realität von Organisationen ab
- Keine der Theorien gestattet eine Ableitung von Gesetzmäßigkeiten oder gar Prognosen
- Viele Org.-Theorien sind nur schwach empirisch abgeleitet (Mangel an vereinbarten Messinstrumenten, z.T. werden diese sogar abgelehnt)
- Organisationen in ihrer sozialen und ökonomischen Realität sind offensichtlich zu komplex und differenziert, um sie zu typisieren oder zu standardisieren.
- Einige Theorien wollen gestalten und bieten Anleitungen zu Handeln an
- Andere Theorien sind reine Beschreibungen
- Deutlich wird auch, dass es keinen „besten Weg“ für die Gestaltung einer Org. gibt.

### Dennoch:

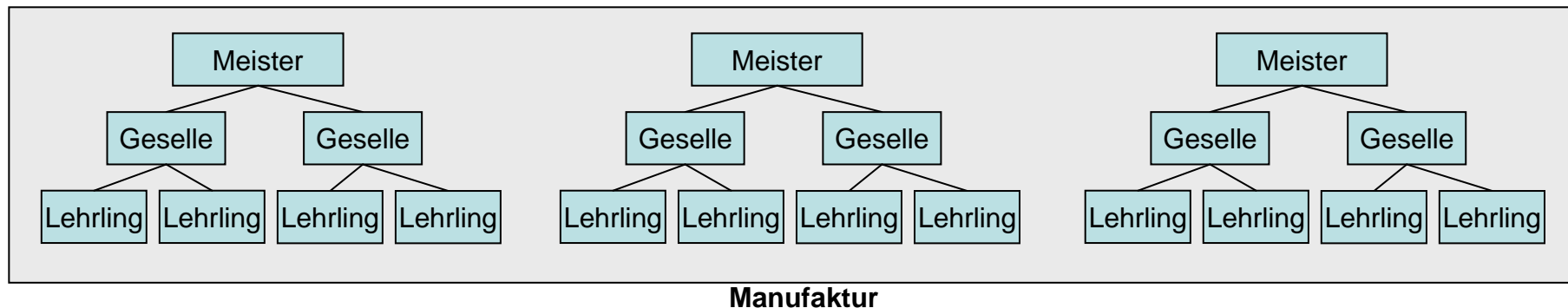
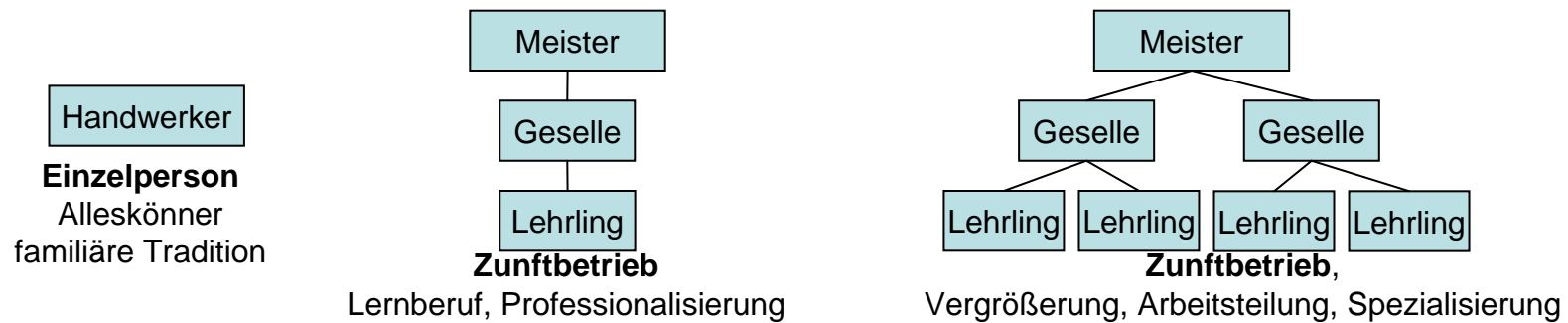
- Wir sollten Organisationen und ihre Aktivitäten / Interaktionen verstehen lernen, grundsätzlich und im Einzelnen (z.B. - was unterscheidet ein Krankenhaus von einem Industriebetrieb
  - gibt es spezifische Bedingungen für Aufbauorg. und Ablauforg., für Führung und Leitung, für Fortbestand, Untergang und Veränderung?)
  - gibt es gute und weniger gute Strukturen in Organisationen
  - warum gerät eine Organisation in die Krise und wie kommt sie wieder heraus.
- Nur dann können wir auch etwas über die Angemessenheit und Qualität von Management und Managementtechniken sagen.

**Organisationsstrukturen** bilden sich heraus  
mit der Entwicklung von Produktion, und Produktivkräften,  
Entwicklungen von Forschung u. Technik, Bevölkerung, Kultur und Konsum.

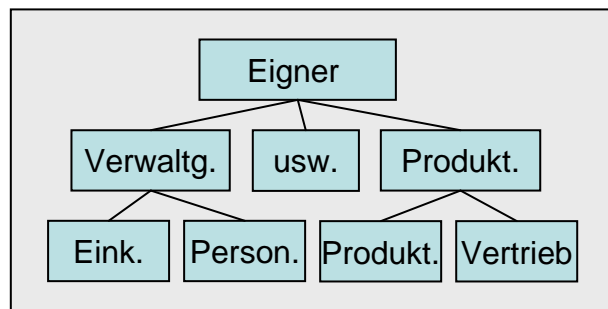
Org.-Strukturen entwickeln sich durch:

1. **Arbeitsteilung / Spezialisierung** (für Verrichtungen oder Produkte)  
später folgend: **Professionalisierung**
2. daraus resultiert die Notwendigkeit der **Koordination**
3. daraus resultiert ein **Leitungssystem (Konfiguration)**\_(Aufbauorganisation)
4. mit **Entscheidungsdelegation** (Weisung/ Verantwortung) oder/ und der  
Ausbildung einer **Hierarchie**
5. sowie einer Standardisierung der Abläufe und Entscheidungen (**Formalisierung**)

# KH-Management – Grundbegriffe - Entwicklung von Org.-Strukturen- histor. Entwickl.

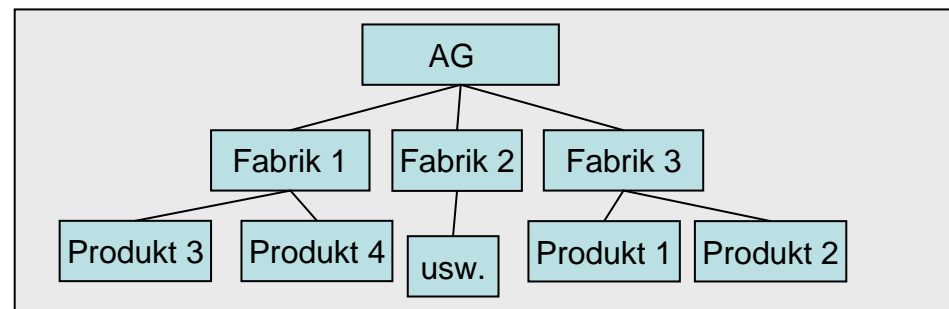


Zusammenschluss durch Technol.: Spezialisierte, selbständige Handwerker arbeiten unter einem Dach an gemeins. Produkten  
Langsam entwickeln sich Abstimmung, Organisation, Leitungsfunktionen, Verwaltung, gemeinsamer Einkauf und Absatz



**Fabrik**

Aneignung der Manufaktur und Umstrukturierung  
Arbeitsteilung, Leitg., Koordination, Formalisierung usw.



**Konzern**

Zusammenschluss mehrerer Firmen  
vertikale und/oder horizontale Gliederung



### ***Arbeitsteilung***

**a. horizontal** Aufteilung ähnlicher Prozesse in ähnliche Abteilungen

**b. vertikal** Aufteilung des Prozesses in Teilprozesse und Neuordnung der Zuständigkeit

#### Abhängig von

- Größe der Org.
- Produktvielfalt
- Produktionstiefe (von Forschung bis Vertrieb und Kundenbetreuung – Outsourcing)
- Anforderungen an Qualität und Kundenbetreuung incl. Verwaltung
- Spezialisierungsgrad (vom Einzelhandwerker bis zur Holding-Struktur)
- Produktionstechniken (Einsatz einfacher oder komplizierter Techniken)
- Standort (einer oder mehrere Standorte)
- Wettbewerb / Umwelt / gesetzliche Auflagen
- usw.

#### Professionalisierung

Resultiert aus der Spezialisierung und der Herausbildung von spez. Ausbildungsgängen mit Effekten auf die Org.-Struktur (eigene Abteilungen, eigene Hierarchien, neue Schnittstellen)

**Arbeitsteilung** ↔ **Koordination**

**Koordination ist notwendig** u.a. zur

Bereitstellung von Ressourcen, Festlegung v. Budgets  
Überschussverteilung, Quersubventionierung, Finanzplanung, Zukunftsfragen  
Planung und Entwicklung von Produkten  
Ablauforganisation  
Entwicklung von Regeln, Veränderungen, Anpassungen,

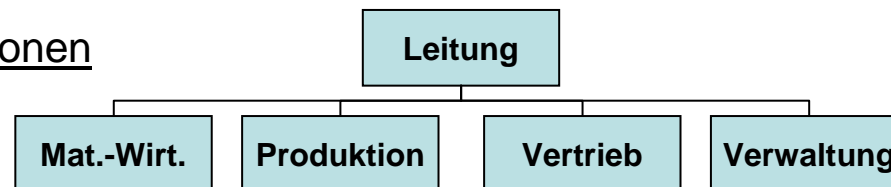
**Wie wird koordiniert?**

- a. gegenseitige Abstimmung  
(kurzer Weg, Spontaneität, informelle Koordination - *Hawthorne*)
- b. persönliche Weisung (Hierarchie, Militär, Autorität - *Fayol*)
- c. Standardisierung der Prozesse  
(Planung, Technik, Bürokratie - *Weber*, „Scientific Management“ - *Taylor*)
- d. Standardisierung der Produkte (Massenprod., Bandarbeit)
- e. Standardisierung der Qualifikationen
- f. interne Märkte (Profit-Center)
- g. interne Org., Kultur (intern kommuniz. Werte haben koord. Wirkung)

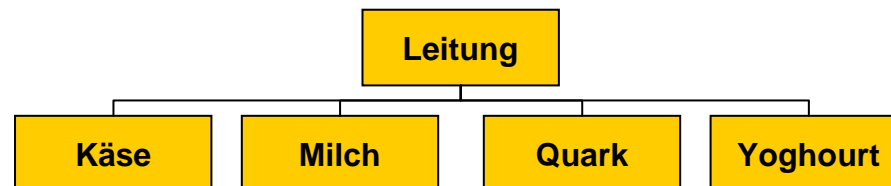
***Je komplexer eine Org. entwickelt ist, um so tiefer geht die Koordination (von a) nach e))  
Je weniger standardisiert werden kann, umso mehr muss auf a) zurückgegriffen werden.***

## Möglichkeiten der Konfiguration (zwecks Koordination) einer Organisation

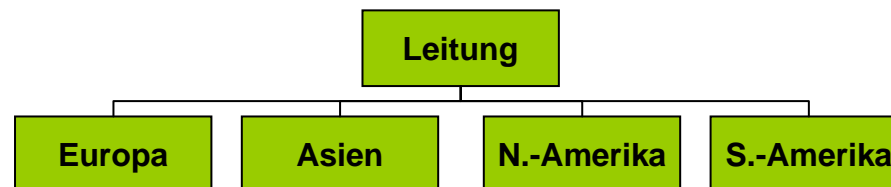
Untergliederung nach Verrichtungen/ Funktionen



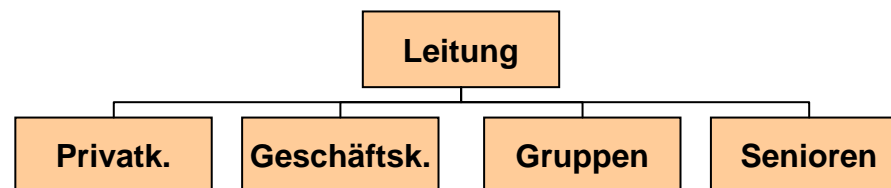
Untergliederung nach Produkten



Untergliederung nach Absatzgebieten



Untergliederung nach Kundengruppen



u. Mischsysteme

### **Möglichkeiten der Konfiguration (zwecks Koordination) einer Organisation** (Weisungsrecht, Verantwortung, Kompetenz, Fachlichkeit)

#### Nach welche Prinzipien verläuft diese Untergliederung?

- Entwicklung der Organisation (stürmisch, langsam)
- Größe (Teilungsrate der Abteilungen)
- Produktionsweise (Technikeinsatz, Handwerk, Manufakturbetrieb, Grad der Arbeitsteilung)
- Art und Verbreitung der Produkte (regional, national, international)
- Art der Produkte (zusammengesetzte, spezielle Produkte, komplexe Produkte)
- Tradition der Organisation (Wahrnehmung der Kunden)
- Professionalisierung der Mitarbeiter (Abteilungszuordnung, Ausbildung, Spezialisierung)
- Reife der Mitarbeiter (selbständig, qualifiziert, Länge der Zugehörigkeit zur Org.)
- Unternehmensgrundsätze (Selbständigkeit, Autonomie der Mitarbeiter, flache oder steile Hierarchie, Leiter ist zugleich Eigner ?)

## Möglichkeiten der Konfiguration (zwecks Koordination) einer Organisation

### Grundsätzlich 2 Strukturprinzipien:

**funktionale Gliederung** (Verrichtungsbezug je nach Qualifikation)

#### Kennzeichen (idealisiert):

hohe Arbeitsteilung, Spezialisierung, eingeengte Qualifikation, hohe Produktivität  
wenig Veränderung, Stabilität, Standardisierung, Weisung, Formalisierung, Vorschriften  
Koordination in der Leitung, steile Hierarchie (mehrere Zwischenstufen)

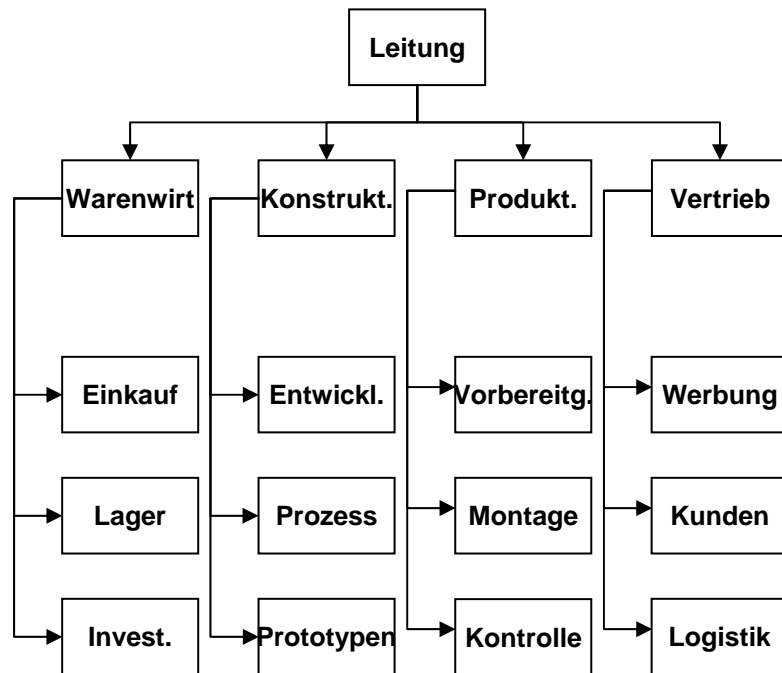
**divisionale Gliederung/ Spartenorg.** (Produktbezug)  
(= ganzheitliche Beschäftigung mit dem Produkt)

#### Kennzeichen (idealisiert):

Zusammenführung von fachlicher Kompetenz und ökonom. Verantwortlichkeit (Profit Center),  
Orientierung am Kunden, Autonomie, Instabilität,  
weniger Vorgaben, geringere Standardisierung durch Vorschriften, flache Hierarchie  
Ganzheitliche Betrachtung des Produkts  
(Entwicklung, Einkauf, Marketing, Produktion Personalmanagement, Verwaltung,,  
Vertrieb und Kundenbetreuung, Preisverhandlungen usw.)

Möglichkeiten der Konfiguration (zwecks Koordination) einer Organisation

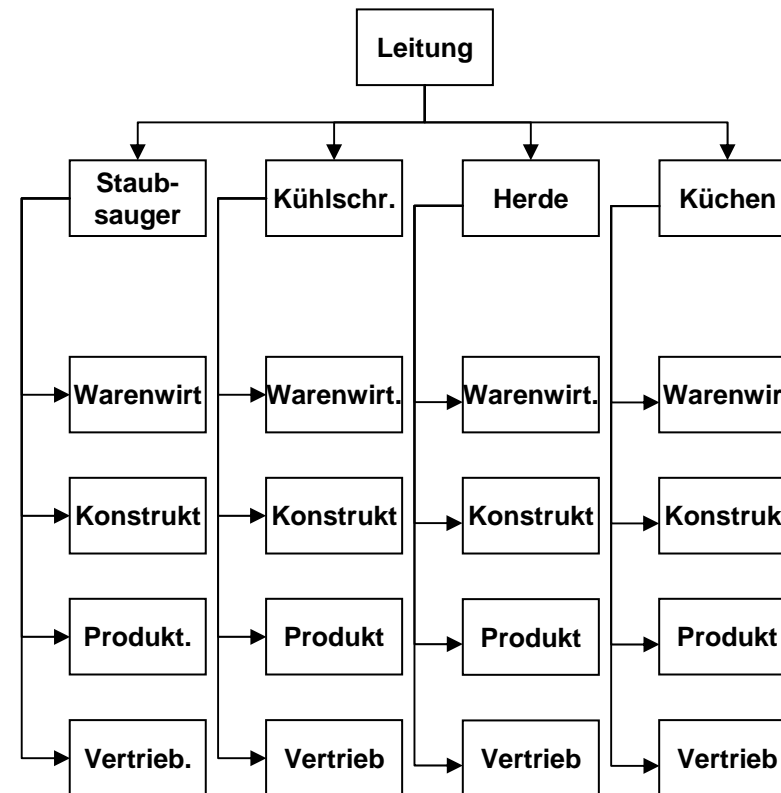
1. Funktionale Gliederung



Jeweils für Staubsauger, Kühlschränke, Herde und Küchen gemeinsam.

Spezialistentum, Professionalisierung  
Funktionsorientierung, betriebliche Hierarchie

2. Divisionale Gliederung/ Spartenorg.  
z.B. nach Produkten

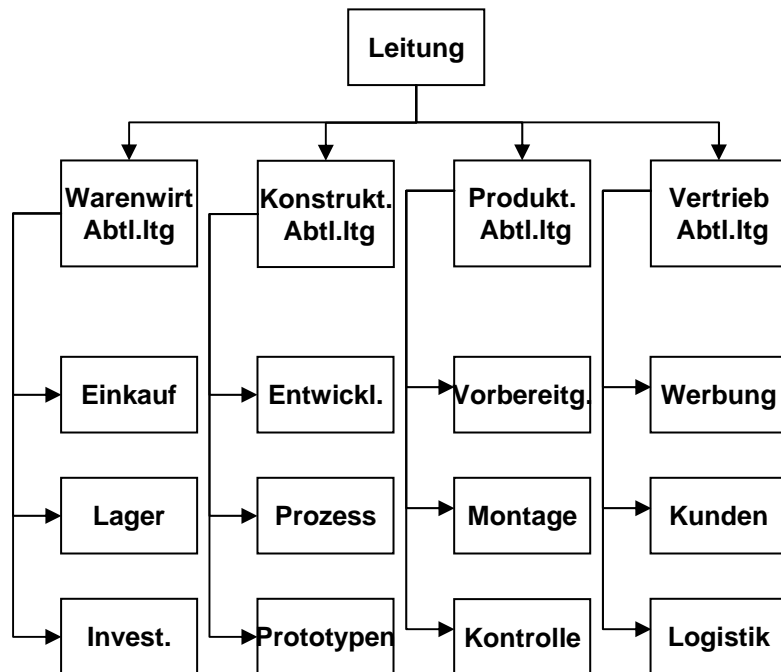


Gesamter Prozess für ein Produkt in einer Prozesskette im Blick.  
Prozessorientierung, Produkt- und Kundenorientierung, Generalisten, Teamarbeit, dezentrale Gesamtverantwortlichkeit  
Modell DuPont

Möglichkeiten der Konfiguration (zwecks Koordination) einer Organisation

1. Funktionale Gliederung

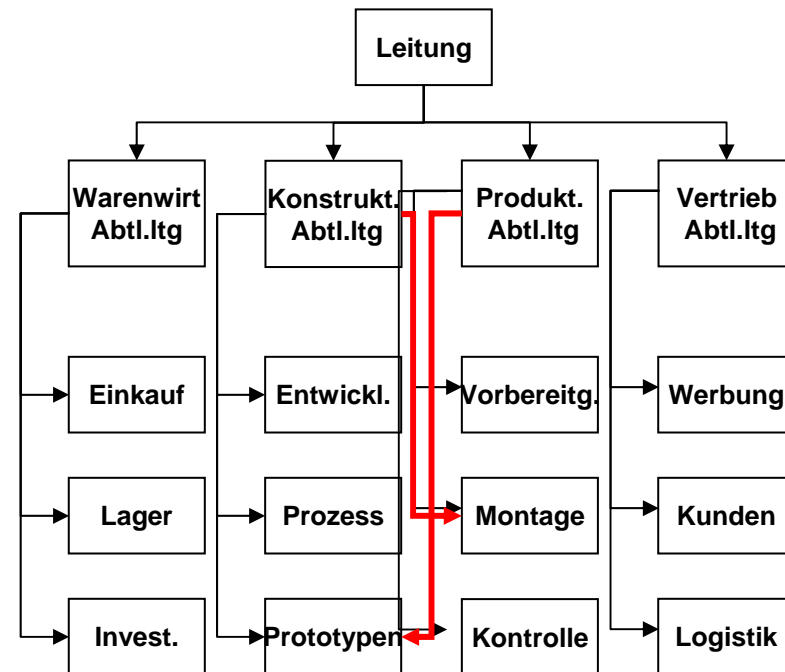
1. Einliniensystem



1a. Mehrliniensystem

z.T. doppeltes Bezugssystem: diszipl. u. fachlich.

Dieses Mehrliniensystem basiert auf dem von F.W. Taylor geprägten „Funktionsmeistersystem“. Hierbei wird ein Universalmeister von sog. Funktionsmeistern ersetzt. Diese sind Spezialisten auf ihrem Gebiet und geben nur ihren Fachbereich betreffende Anweisungen.



z.B. Krankenhaus:

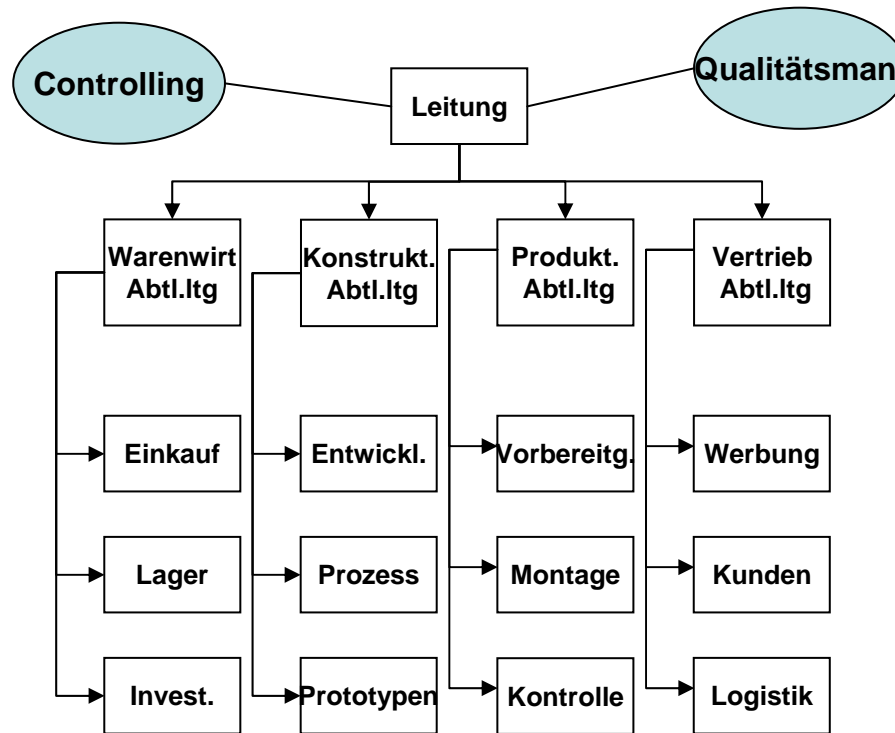
Teilung der Verantwortung in disziplinarische und fachliche Zuständigkeit

Möglichkeiten der Konfiguration (zwecks Koordination) einer Organisation

1. Funktionale Gliederung

1.b. Linienorg. mit Stabsstellen

(Leitungshilfsstellen ohne Entscheidungsbefugnisse)

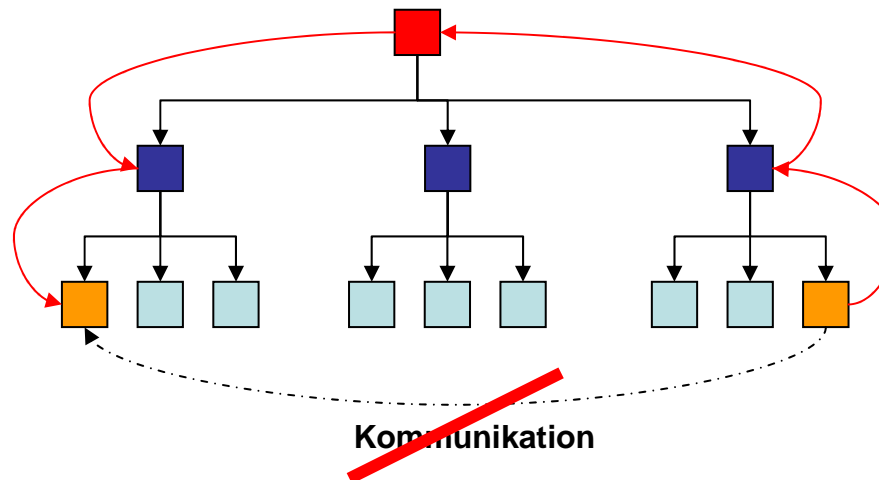




Möglichkeiten der Konfiguration (zwecks Koordination) einer Organisation

1. Funktionale Gliederung

1.c. Linien- und Mehrlinienorganisation



**Probleme der funktionalen Gliederung**

Kommunikation über den Dienstweg – kein Bypass erlaubt (Ausweg: „Fayolsche Brücke“)

Gute Kontrolle über alle Abläufe

Formalisierte Abläufe u. Kommunikation

Umfassende Information der Leitung - damit sie über alles Bescheid weiß

Nachvollziehbarkeit

Rechtskonformität

Sicherheit

Langsam und starr

**Bürokratie !**

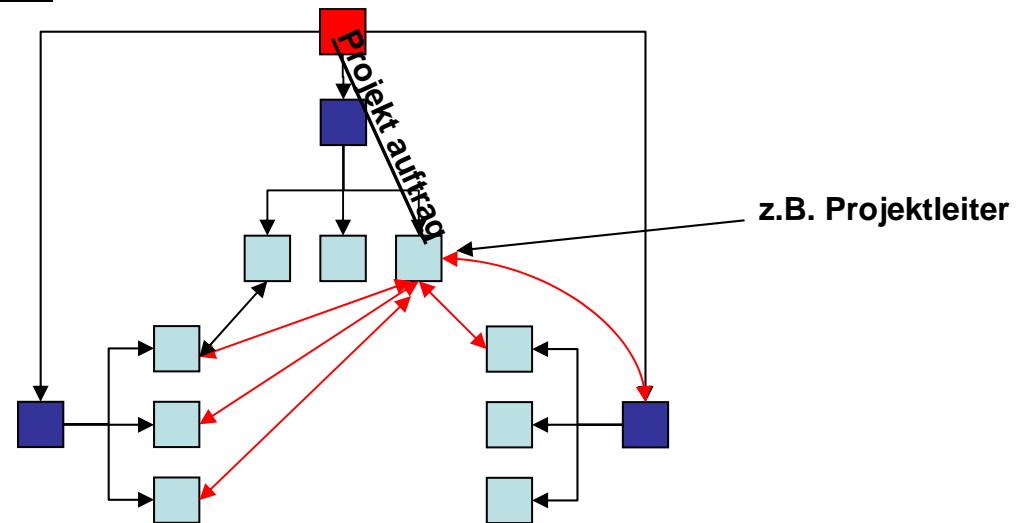
Möglichkeiten der Konfiguration (zwecks Koordination) einer Organisation

2. Divisionale Gliederung/ Spartenorg.

2.a **Sondermodelle:**

- **Matrixorganisation**
- **Projektorganisation**
- **Produktmanagement**

*(Projektorg. kann episodisch oder ständig eingerichtet sein!)*



**Kommunikation** nach Sachlage und Projektauftrag!

**Probleme der divisionalen Gliederung / Matrixorg.:**

Geringere zentrale Kontrolle

Häufig informelle Kommunikation

Höhere Unsicherheit (evtl. ungeklärte Berichtspflicht)

Konfliktreich (viele Schnittstellen und Überschneidung von Zuständigkeiten)

Schneller aber hoher Kommunikationsbedarf, dafür flexibler

(aber evtl. auch ineffektiv – je nach Stärke der Projektleitung)

## Möglichkeiten der Konfiguration (zwecks Koordination) einer Organisation

### 3. Linien- , Matrixorganisation und Mischsysteme

**Prinzipien:**

Je höher der Kontrollbedarf  
die Formalisierung  
die Sicherheit

je stabiler der Wettbewerb  
je einfacher die Produkte  
je feindlicher die Umwelt  
je geringer das Qualifikationsniveau der MA

umso mehr „Linie“

Je dynamischer die Umwelt  
je komplexer die Produkte  
je höher die Rate der Produktveränderung  
je höher das Qualifikationsniveau der MA  
je geringer der Kontrollbedarf  
die Formalisierung  
das Sicherheitsbedürfnis

umso mehr „Matrix“

Es gibt immer „Linie“ - Zentrale Führungs- und Verantwortungsstruktur

Es gibt immer „Matrix“ - Projektorganisation/ Entwicklung neuer Produkte ,  
 Klärung von Fragen, Krisenbewältigung

Faktoren für “Entscheidungsdelegation“

- Aufbau einer Organisation: zentral oder dezentral, u.U. an mehreren Orten  
strategische und operative Funktionen - Abgrenzung  
Rolle des Eigners, der GF und der Aufsichtsgremien
- Leitungsspanne und Hierarchiestufen (Zahl der Ebenen und deren Befugnisse)
- Delegation und Verantwortung (wer ist wofür tatsächlich verantwortlich  
und wie wurde die Verantwortung „delegiert“)
- Geschäftsverteilungsplan und Prokura
- Entscheidungsgremien und deren Arbeit –  
Grad der Formalisierung der Entscheidungen

*Der situative Ansatz ist für unsere Fragestellungen*

- *Wie beeinflusst eine Situation die Organisation (Krankenhaus)*
- *.... auch im Vergleich zu anderen Organisationen,*
- *Suche nach einem der Situation angemessenen Managementsystem,*
- *Wann passen Anforderungen an Org.-Struktur,  
und Managementsystem nicht mehr zusammen,*

*wahrscheinlich der fruchtbarste Ansatz.*

*Daher soll er hier verfolgt werden.*

**Besonders kennzeichnend für die „Situation“ einer Organisation sind:**

- **Technologie** (Aufgaben, Variabilität der Produkte, Standards, Routinen, Technik, Skills)
- **Umwelt** (Produktveränderungen, Rechtliche Bedingungen, Eingriffe der Umwelt auf die Produktion)
- **Bedürfnisstruktur der Org.-Mitglieder** (Anreizmöglichkeiten, professionelles u. organisationelles Selbstverständnis, Bestreben nach Autonomie, )

**Situationsvarianten mit sinnvollen „wenn – dann“ – Beziehungen (bewährte Muster)**  
**(Einschränkung: Organisationsgestalter arbeiten mit einer „begrenzten Rationalität“, v.a. wenn sie selbst beteiligt sind)**

**Technologie** (Aufgaben, Variabilität der Produkte, Standards, Routinen, Technik, Skills)

- Je größer die Produktvielfalt – um so mehr muss standardisiert und geplant werden  
um so schwieriger wird die Koordination
- Je höher die Komplexität der Produkte ist – um so mehr zentr. Koordination / Abstimmung = nötig
- Je schneller ein Produktwechsel stattfindet – um so mehr dezent. Koordination / Delegation = nötig

**Umwelt** (Produktveränderungen, Rechtliche Bedingungen, Eingriffe der Umwelt auf die Produktion)

- Je dynamischer die Umwelt der Org.  
(Änderungen, Ungewißheiten) - Struktur mit Anpassungsmöglichkeiten erforderlich  
um so mehr wird geplant, abgestimmt, geändert

**Bedürfnisstruktur der Org.-Mitglieder** (Anreizmöglichkeiten, professionelles u.  
organisationelles Selbstverständnis, Bestreben nach Autonomie)

- Je professioneller die Org.-Mitgl. sind - um so motivierter sind sie an den Sachthemen
- Je höher das berufl. Selbstverst. - um so autonomer wollen sie entscheiden  
um so empfindlicher reagieren sie auf Interventionen  
von oben, um so mehr direkte Abstimmung wird  
verlangt, umso mehr Abgrenzung nach rechts u. links

**Jede Organisation kommt in Krisen (Absatz-, Ergebnis-, Reputations-, Personalkrisen) insbesondere in aggressiven und instabilen Umwelten (Wettbewerb, Gesetze, Finanzkrisen) Dann müssen Produkte, Prozesse, Strukturen, Entscheidungen, Leitung, Personen in Frage gestellt werden.**

Erfahrungsgemäß bewältigen Organisationen Krisen besser, wenn sie

1. geringer spezialisiert sind (weniger „Experten“, die mitbestimmen),
2. dezentralisiert sind (autonome Gruppen entscheiden schneller und effektiver),
3. weniger Leitungsebenen haben (Vermeidung von Komplexität),
4. weniger ausdifferenziert sind (z.B. wenig Stäbe und Matrix) ,
5. direkt kommunizieren können (Kultur, Selbstabstimmung, geringe Dienstwege),
6. Erfahrung mit Projektmanagement haben (Einsatz von Kommissionen, Projektgruppen),
7. Erfahrungen mit Innovation und Veränderung vorhanden sind.

Regeln, die eine Organisation ins Verderben stürzen:

1. *Betrachte jede neue Idee mit großer Skepsis, Fehler werden streng geahndet.*
2. *Verweise immer auf den Dienstweg, wenn etwas Unvorhergesehenes passiert.*
3. *Fordere als Vorgesetzter die Mitarbeiter zur gegenseitigen Kritik auf.*
4. *Ignoriere Probleme, solange es geht .*
5. *Bestehe darauf, dass Du selbst der Experte bist und alles schon mal gesehen und gemacht hast.*
6. *Informationen, Wissen, Kenntnisse sind Herrschaftsinstrumente, Hüte sie!*
7. *Bedrohliche und riskante Entscheidungen delegiere an Deine Mitarbeiter.*
8. *Kontrolliere die Kommunikation unter den Mitarbeitern.*
9. *Vermeide die Einbindung betroffener Mitarbeiter bei Veränderungen.*
10. *Mache ständig Druck und konfrontiere die MA mit ständig neuen Unsicherheiten.*

**Jede Organisation, die wächst und mehrere/ differenzierte Produkte anbietet hat das Problem der Koordination und Bewältigung der zunehmenden Komplexität. Zugleich muss sich die Organisation in einer dynamischeren / feindlicheren Umwelt bewegen und neue Produkte (durch neue Technologien entstanden) vermarkten.**

- 1. Schritt = **Diversifikation** (horizontal und vertikal)**
- 2. Schritt = Bewältigung der **Koordinationsprobleme**  
Suche nach Synergien  
Suche nach angemessenen Strukturen**
- 3. Mögliche (nicht die einzige) Lösung : **Divisionalisierung/ Spartenorg.****

Beispiel DuPont (1919-21, nach dem 1. Weltkrieg, (Chandler 1962-77))

Viele neue Produkte, einige Akquisitionen, neue Produktionslinien, neue Absatzkanäle, spezifisches Marketing)

Die zentrale, funktionale Koordination brach zusammen (fachl. know how fehlte, Überlastung, Komplexität)

Org.-Untersuchung: Schaffung einer neuen Org.-Struktur: Nach mäßig erfolgreichen Versuchen, übergreifende Projektkomitees zu bilden, Einrichtung selbständiger Divisionen.

**Chandler (1962): „Structure follows strategy“**

Mit dieser Maßnahme hatte DuPont durchschlagenden Erfolg: Umfassende Verantwortlichkeit der Division und Entlastung der Zentrale von operativer Koordinationsaufgaben.

- 4. Zentrale Frage:  
Was wird Aufgabe/ Verantwortlichkeiten der Division (-leitung)?  
Was bleibt Aufgabe der Zentrale?  
Lösung: Trennung von strategischen und operativen Aufgaben/ Entscheidungen!**
- 5. Aber was ist Strategie und was ist operativ?**



### **Was gehört zu den strategischen Aufgaben**

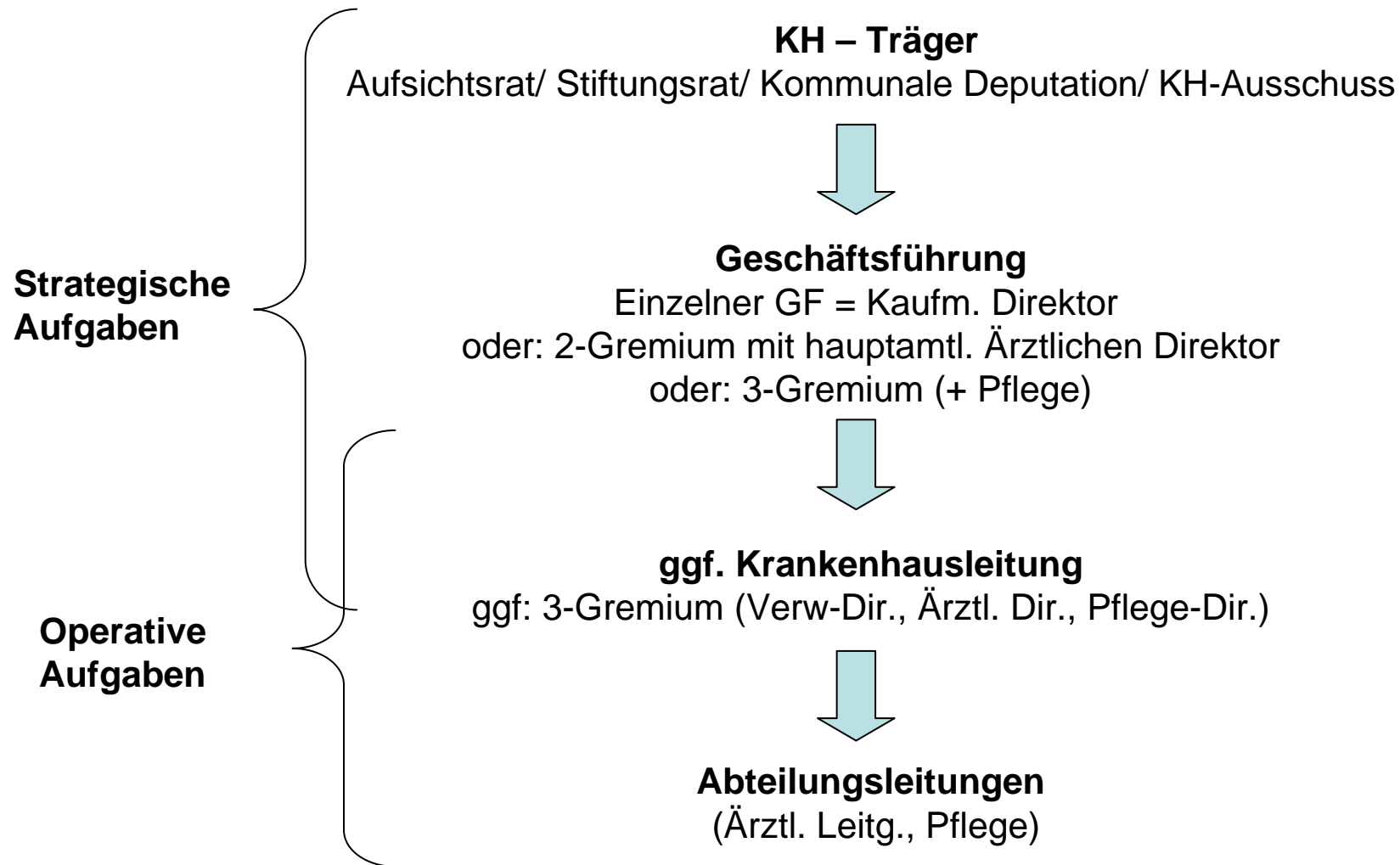
- Entscheidung über Veränderungen der Org.-größe (Ankauf, Verkauf)
- Finanzierungsfragen (woher kommt das Kapital, wohin geht es)
- Überschussverteilung, Quersubventionierung
- Klärung der Verhältnisse zwischen Org.-Teilen
- Anstellung der Leiter der Unternehmensteile - Zielvereinbarungen
- Festlegung Unternehmensziele
- Grundsätzliche Entscheidungen über Produkte und Märkte
- Kontakte zur „Umwelt“ (Wettbewerber, Verbände, Politik)
- Zentrale Einrichtungen, die der Zentrale zugeordnet sind (Zentr. Controlling, Forschung, Finanzen, Recht)

### **Was gehört zu den operativen Aufgaben:**

- Entwicklung, Planung, Produktion, Vertrieb, Marketing, Kundenbetreuung für die Produkte
- Ressourcenplanung und -pflege (Personal, Räume, Zeit, Material, Werkzeuge, Know-How)
- Planung und Controlling der Kosten und Erträge
- Berichterstellung, Zuarbeit zur Zentrale, Entwicklung von eigenen Plänen
- Kooperation mit Partnern auf der gleichen Ebene
- Strukturierung der Prozesse
- Umsetzung der Vorgaben und Ziele der Zentrale
- Verwaltung des Teilbetriebs

### **Vorsicht: Überschneidungen, Versuche von Übergriffen und Verselbständigung**

*Am Beispiel Krankenhaus*



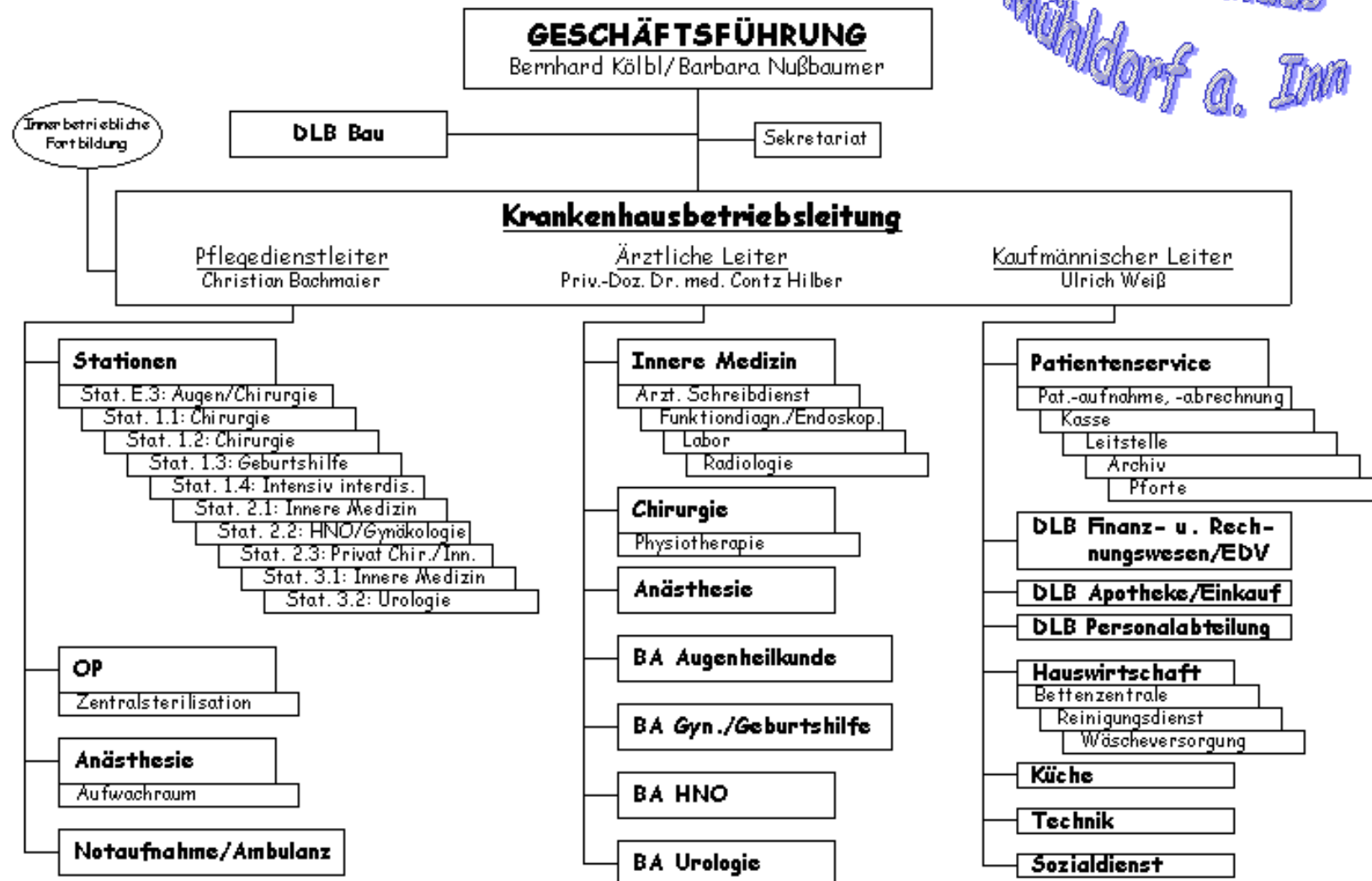
**Teile betrieblicher Organisationen- allgemein**

**Resultat  
hochdifferenzierter  
Arbeitsteilung  
und  
Professionalisierung**

1. Unmittelbare Produzenten – der betriebliche Kern
2. Träger / Aufsichtsrat
3. Oberste Geschäftsführung/ Vorstand (strategisch)
4. Leitung (operativ)
5. Produktplanung (technischer Teil)
6. Forschung und Entwicklung
7. Logistik (Warenwirtschaft, Einkauf, Hol- und Bringedienst, Lager)
8. Verwaltung
  - a. Personal,
  - b. Rechnungswesen
  - c. Finanzwirtschaft
9. Rechtsabteilung
10. Controlling
11. Gebäude, Technik – Facility-Management
12. Reparatur / Service
13. Kantine / Hauswirtschaft / Reinigung
14. Qualifizierung / int. Fortbildung / Personalentwicklung
15. EDV – Datenmanagement / Kommunikation
16. Vertrieb / Vertriebsorganisation
17. Werbung/ Öffentlichkeitsarbeit / Marketing
18. Umweltschutz / Abfall
19. Sicherheit
20. Betriebsmedizin/ Strahlenschutz
21. Betriebsrat - Mitarbeitervertretung

## Kreiskliniken des Landkreises Mühdorf a. Inn GmbH

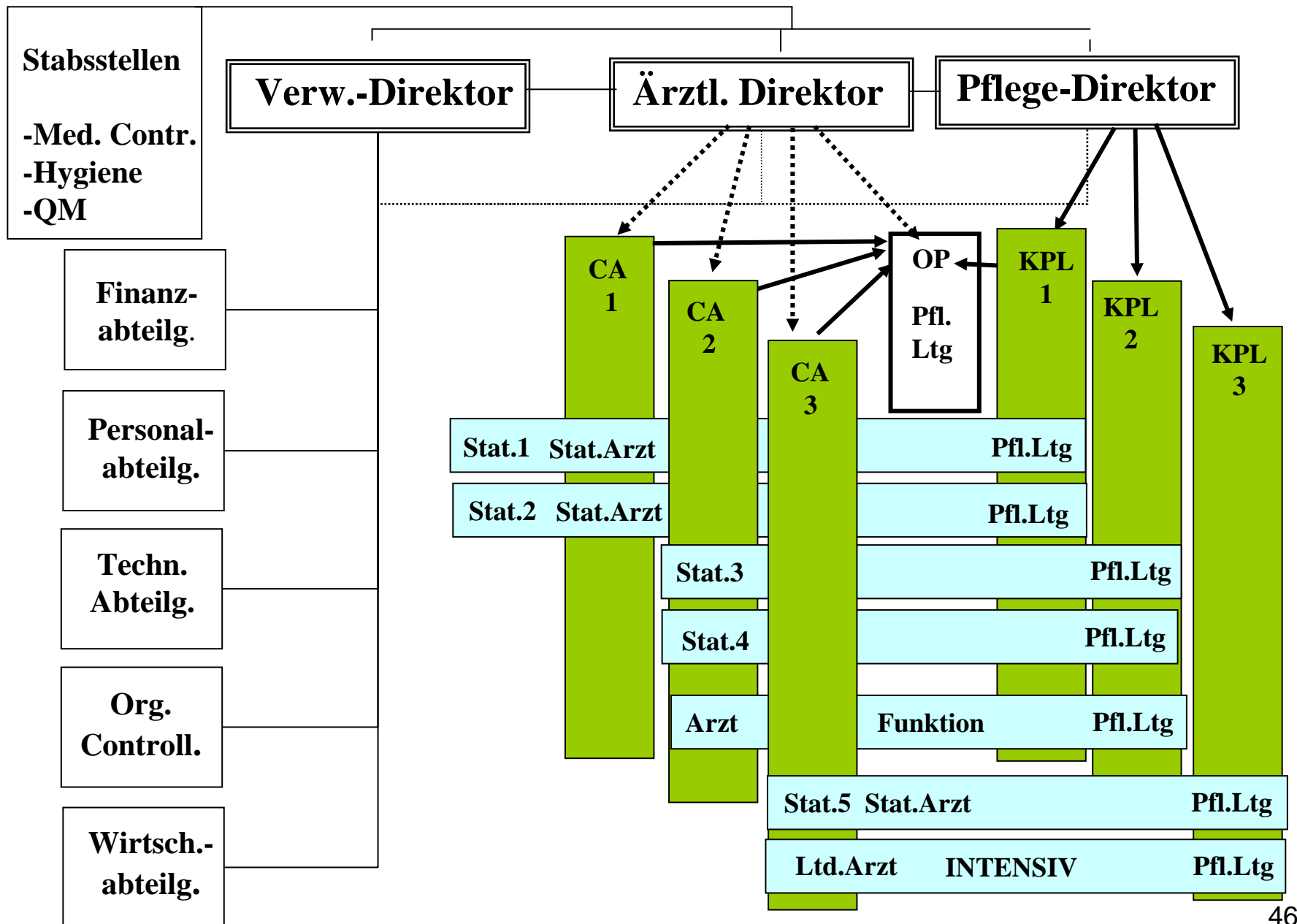
*Krankenhaus  
Mühdorf a. Inn*



## **Organigramm – *Was spricht daraus:***

- 1. *Arbeitsteilung und Koordinierung***
- 2. *Beschreibung der Beziehungen***
  - a. *Organisation der Hierarchie***  
***Aufbauorganisation – Machtverteilung –  
Statusbeschreibung - Linien***
  - b. *Strukturen und Zielsetzungen***
  - c. *Die Organisation als Selbstzweck (?)***
  - d. *Beschreibung der Kundenbeziehung***  
***(z.B. divisionale oder funktionale Struktur)***

# KH-Management – Krankenhausstruktur – 3-Säulen-Struktur



**5 Teile einer Organisation** (nach Mintzberg)  
(abh. von der Größe und Komplexität wächst  
die Arbeitsteilung und die Notwendigkeit der persönlichen Weisung und Koordination)

1. Spitze (Strategie, Führung, Leitung, Management)
2. Betrieblichen Kern (Einkäufer, Produzenten, Dienstleister – Kontakt zum Kunden)
3. Mittellinie (Meister, Ingenieure, Verkaufsleiter)
4. Technostruktur  
(Analytiker, Planer, Kontrolleure, Rechnungswesen)
5. Hilfsstab (Rechtsberater, Öffentlichkeitsarbeit, Poststelle, Kantine, Facility, Technik)

***Je nach Funktion, Art und Form der Organisation haben die Teile unterschiedliche Bedeutung, Größe, Aufgabe und unterschiedliche Beziehungen zueinander***

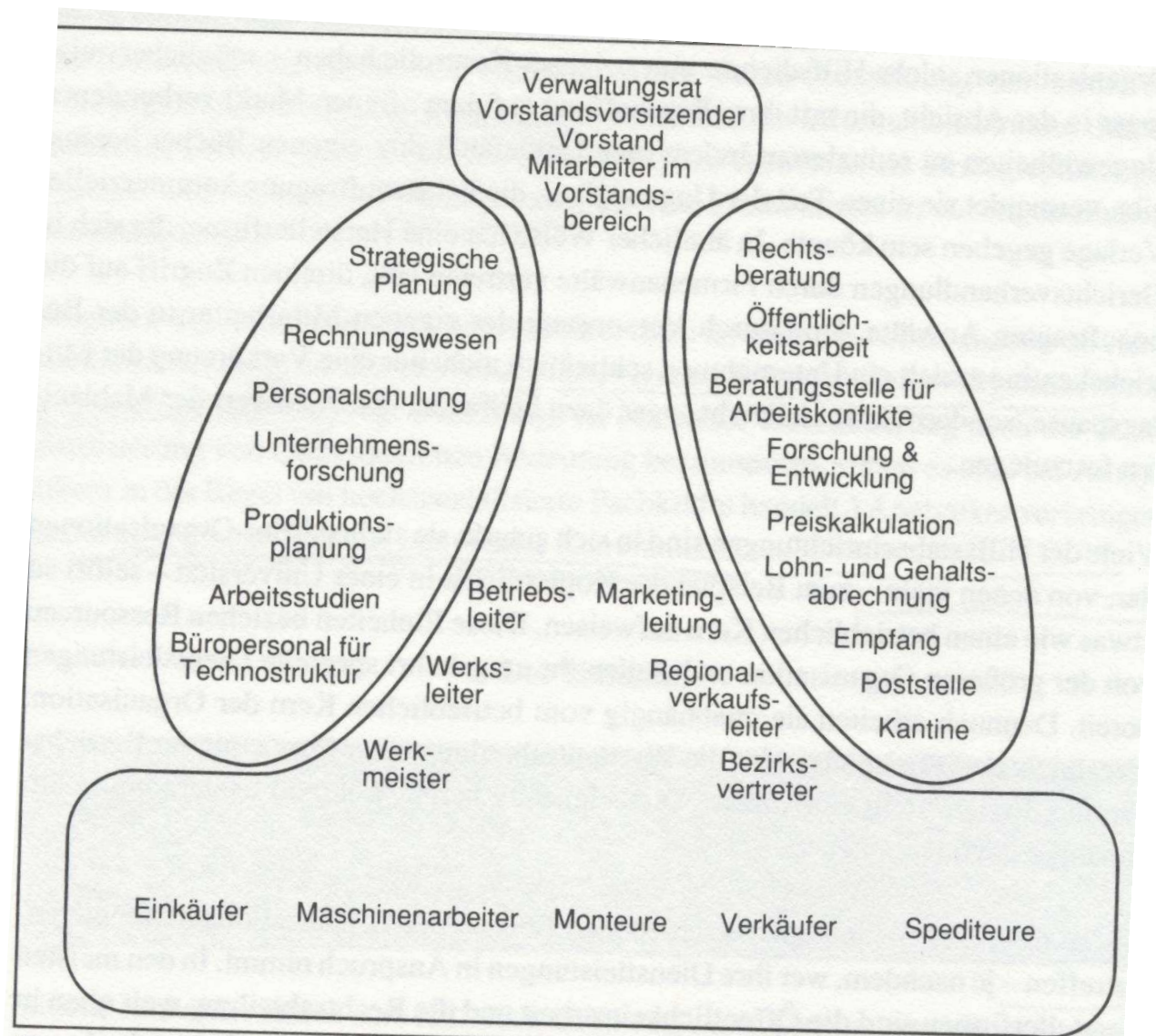
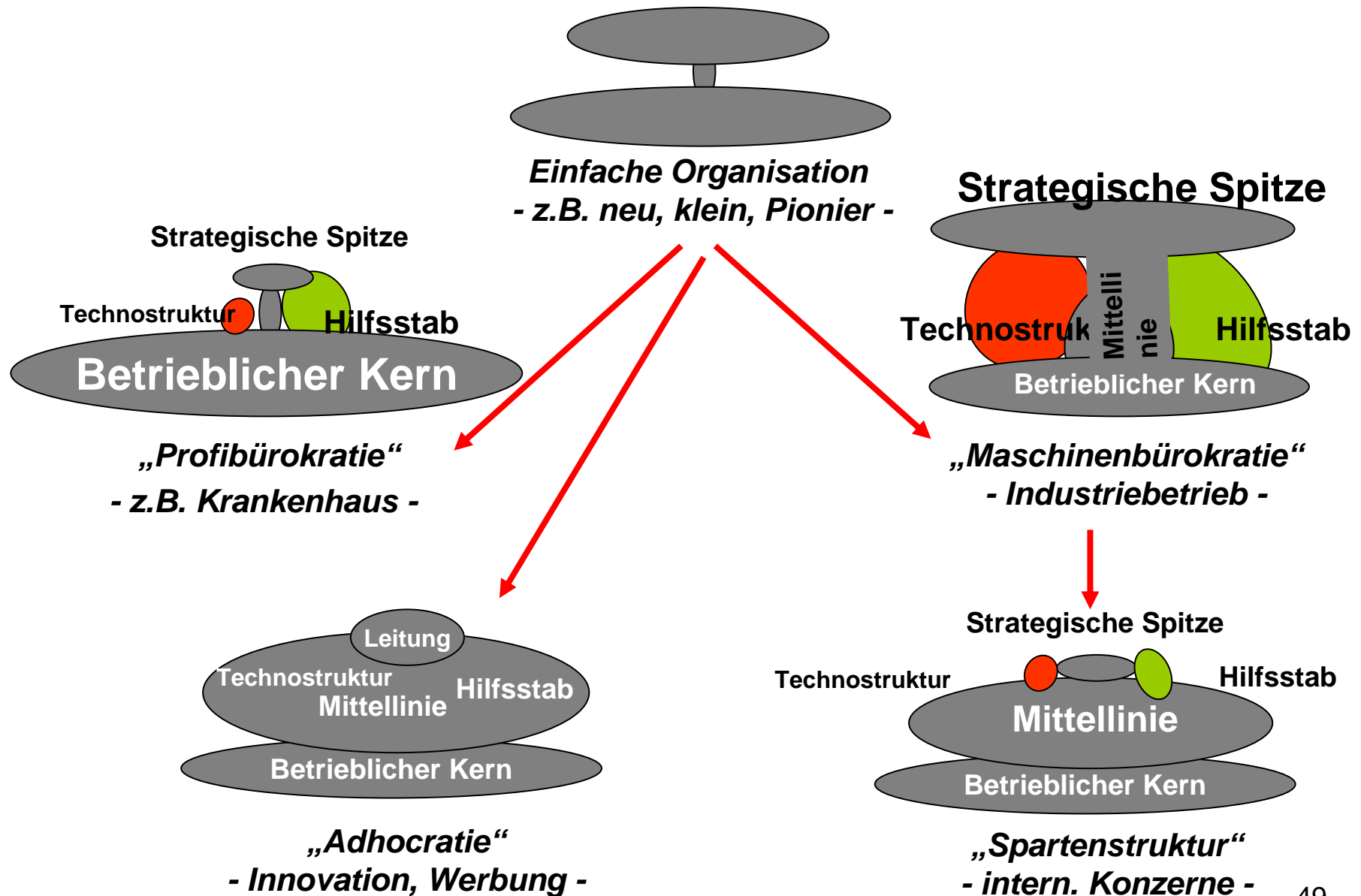


Abb. 1-3: Mitarbeiter und Einheiten der fünf Organisationsteile in einer Herstellerfirma



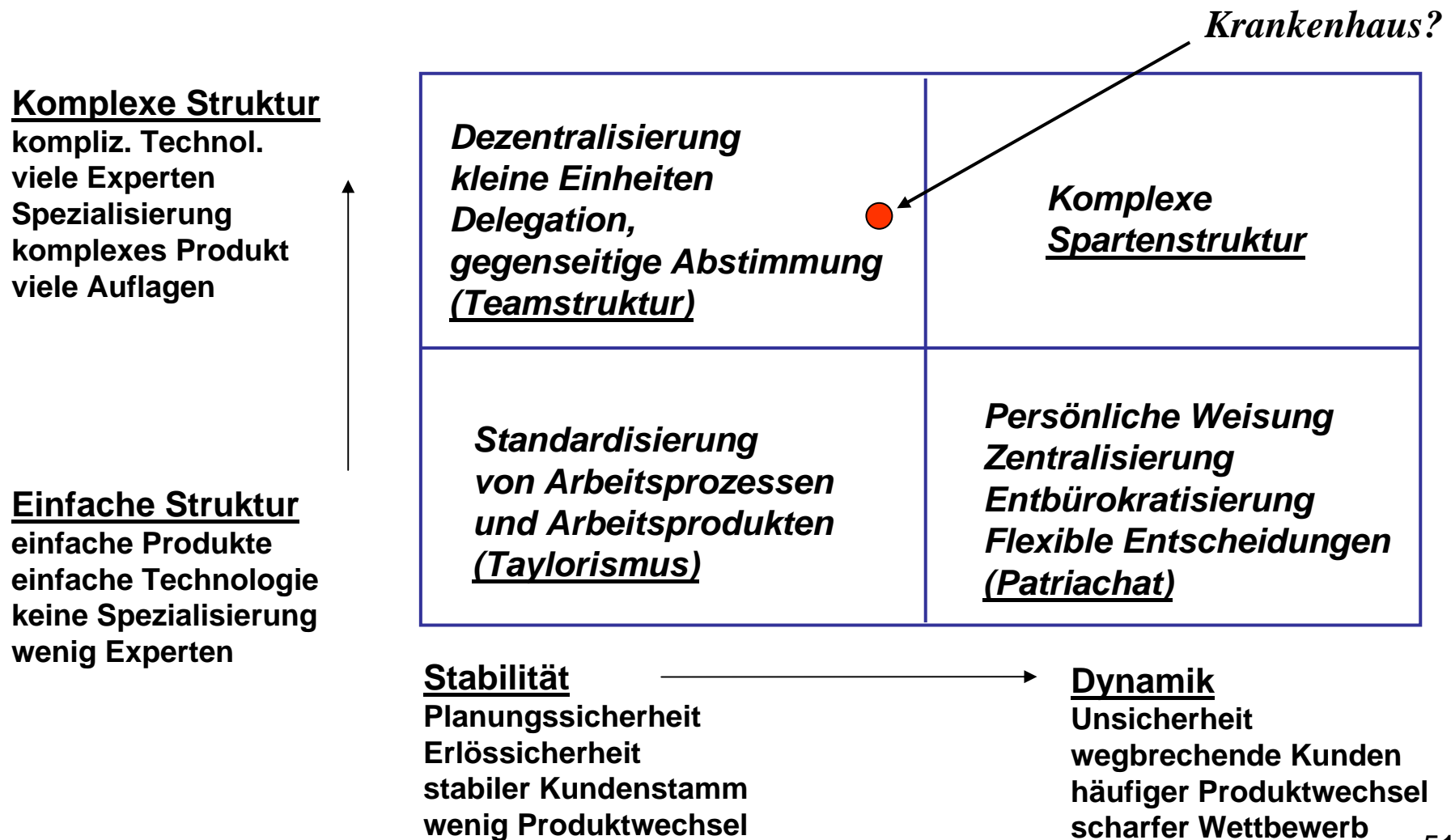


## Übliche Geschichte von produzierenden Organisationen

(- wenn sie nicht auf dem Weg untergehen.....)

1. Stufe: Vom Lernen zum Machen, ein Lehrling wird selbständig
  2. Stufe: der kleine Handwerksbetrieb, der „Chef kocht selbst“!  
*Einfache Organisation*
  3. Stufe: der große Handwerksbetrieb, der Chef ordnet nur noch an, arbeitet selbst mit!  
regionaler Wettbewerb, *Patriachat*
  4. Stufe: die *Manufaktur*, Arbeitsteilung und Spezialisierung (zunächst horizontal)  
greifen, man kennt sich nicht mehr so wie früher  
– formalisierte Kommunikation
  5. Stufe: neue Produkte, überregionaler Wettbewerb,  
scharfe Arbeitsteilung, gering qualifiziertes Personal, Bandarbeit  
*Taylorismus, Maschinenbürokratie*
  6. Stufe: Internationaler Wettbewerb, Vergrößerung der Technostruktur  
und des Hilfsstabs, die Maschinen arbeiten statt der Menschen  
Verwissenschaftlichung, F. u.E. für Vorprodukte und Maschinen  
*Divisionale oder Spartenorganisation*, Zulieferungssysteme, Outsourcing  
Differenzierung der Produktion, Monopolisierung
- Parallel: Bei der Auslagerung entstehen je nach Produkt u.a. spontane Organisat.  
(Werbung, Erfinder, Entwickler, Software-Häuser) *Adhocratie*  
und *Expertenorganisationen*

## Organisation und Umwelt



Das Krankenhaus wird als „Profi-Bürokratie“ beschrieben (*Mintzberg*)  
*-Unterschiede zum Industriebetrieb-*

- Experten entscheiden über „Produkte“ und Produktionsweise
- Kerntätigkeit ist individuelle, personale Dienstleistung
- Kerntätigkeit ist wenig aufteilbar, Arbeitsteilung ist unscharf
- Kerntätigkeit ist wenig automatisierbar und standardisierbar
- Kontrolle erfolgt durch externe Berufsorganisationen und Gerichte
- Standards (Leitlinien usw.) werden extern festgelegt
- dezentrale Organisation des Gesamtbetriebs
- zentrale Steuerungsmöglichkeit ist gering,  
strategische Entscheidungen dauern lange oder finden nicht statt
- zentrale Strategien sind nur mit Zustimmung  
der dezentralen Leiter effektiv umsetzbar
- Legitimationsbasis entsteht durch gesellschaftliche Werte  
und politische Entscheidung

## Probleme der „Profibürokratie Krankenhaus“

- **Statuserhalt dominiert über Kooperation**
- **Berufsgruppen denken in Funktionen statt in Prozessen**
- **„Experten“ haben ein anderes „Weltbild“ als die Ökonomen**
- **Führungsstruktur des Krankenhauses ist diffus**
- **Strategisches und operatives Management werden nicht getrennt**
- **Entscheidungen werden verzögert oder nicht getroffen**
- **Mangel an Transparenz**
- **Finanzierungs- und Controllingprobleme**
- **Medizinische Kompetenz und wirtschaftliche Verantwortung sind weit voneinander entfernt**

## Das Eisberg-Modell der Unternehmenskultur



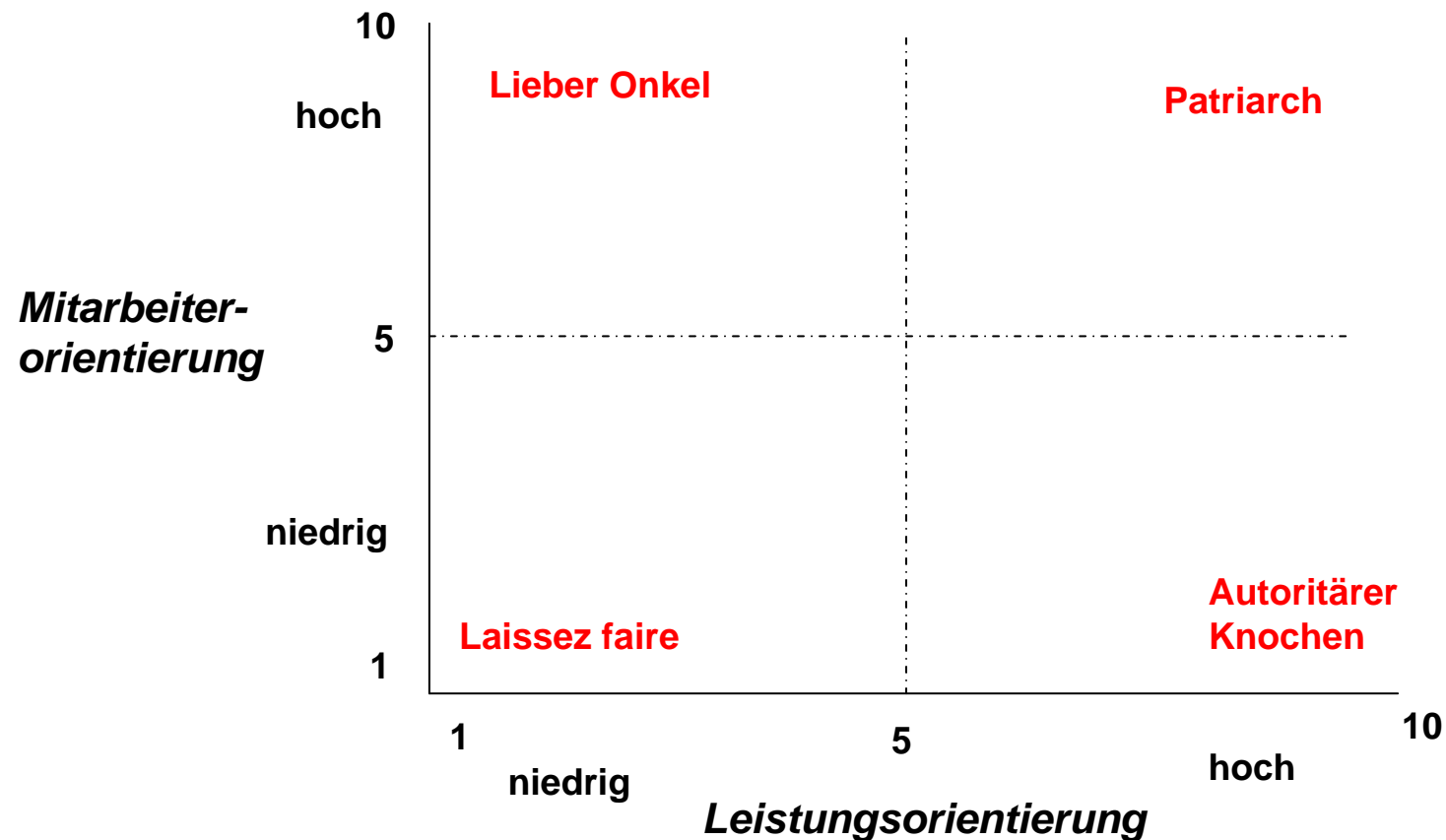
### **Anwendung des Modells aufs Krankenhaus !**

## Typisierung von Mitarbeitern in Org. Reifegradtheorie



***Besondere Situation in einer Expertenorganisation!***

### Typisierung von Leitern / Managern - Das Managerial GRID -



*Einordnung von Chefärzten und Verwaltungsdirektoren?*



## Zusammenfassung von Teil 1

### - Strukturkennzeichen des Krankenhauses

## Kennzeichen der „**Expertenorganisation**“ Krankenhaus (n. Heimerl-Wagner)

- 1. Aufgabenorientierung** der Experten  
Die eigenen Aufgaben i.R. der fachlichen Kompetenz stehen im Vordergrund die Organisation und ihre Belange werden zurückgestellt.  
Die Administration ebenso wie fachfremde Interventionen gelten als „störend“.
- 2. Differenzierung/ Abgrenzung**  
Das Fach (hier: Medizin) wird in Subspezialitäten aufgeteilt, wird zersplittert und die Leistungsbereiche stehen sich mitunter abweisend /feindlich gegenüber
- 3. Autonomie/ Berufsgruppenorientierung**  
Die Experten stellen das Produkt weitgehend in eigener fachlicher Verantwortung her und nutzen die Ressourcen der Organisation. Ihre fachliche Autonomie bezieht sich auf externe Autorität (herrschende Lehrmeinung) und wird gegenüber der Organisation verteidigt. Häufig wird das eigene „Herzogtum“ um diese Autonomie herumgebaut. Eine Überschreitung des Sektors für Mitarbeiter und die übergreifende Ressourcennutzung wird schwierig („dies ist mein Gerät/ meine Sekretärin“)  
Andererseits führt diese Autonomie zu einer hohen Identifikation der Mitarbeiter mit der eigenen Gruppe und dem Fach = zugleich Hintergrund für besondere Leistungen (Forschung usw.)
- 4. Personenorientierung**  
Im Vordergrund steht nicht die Organisation, sondern die leitende Person (Chefarzt)  
Sie repräsentiert die Abteilung und Klinik nach außen (s. Focus-Ranking, Ausschreibungen)  
Diese Orientierung erschwert eine übergreifende Prozess-Reorganisation
- 5. Strategieentwicklungsproblem**  
Die Institution ist für die Experten Mittel zum Zweck der eigenen Ziele.  
Die Institution hat es normalerweise schwer, sich gegenüber diesen durchzusetzen und Strategien gegen ihren Willen umzusetzen.



***Die Umstrukturierung des Krankenhauses als Folge der neuen Anforderungen stößt bei den Experten alten Musters auf Widerstand.***

## Noch einmal: Strukturdimensionen einer Organisation am Beispiel Krankenhaus (n. Kieser) (1)

Lit.-Hinweis: [Walther, Markus](#) : Auf der Suche nach operativer Exzellenz im Krankenhaus:

Logistik als Rationalisierungsinstrument und strategischer Wettbewerbsfaktor  
in einem dynamischen Marktumfeld, Diss. Univ. Erlangen-Nürnberg, 2005

### 1. Arbeitsteilung

berufsständisch, konfliktträchtig, hierarchisch-“versäult“, hochgradige Spezialisierung, (dennoch flexible Übergänge für Mitarbeiter - kurze Einarbeitungszeiten), weitgehend autonome Fachbereiche, Schnittstellenprobleme, starke Aufbau- u. Funktionsorientierung (Verrichtungsorientierung)  
wenig Ablauf- und Prozessorientierung

### 2. Koordination

Experten steuern die Produktion nach ihren Vorstellungen und Werten. Wegen hoher Komplexität und Heterogenität der Produkte hohe Freiheitsgrade und Spontaneität in der Koordination. Koordination durch persönliche Weisung und Selbstabstimmung /ad-hoc-Abstimmung z.B. Visite. Standardisierung und Regelungsgrad in den Kernprozessen gering, (aber jetzt Tendenz zur Standard Op. Procedures), in den Sekundärprozessen aber ständig steigend (Logistik, Outsourcing usw.) Starke Abhängigkeit der Ablauforganisation und der Berufsgruppen von den Ärzten. Mangelnde Koordination und Integration führen zu Spannungen im Betrieb, Zwangsläufig eintretende Kommunikationsprobleme fördern Reibungsverluste und Informationsbrüche. Der aktuell notwendige, individuelle Koordinationsaufwand kann nur instabilen, undynamischen Umwelten und Organisationen geleistet werden.

### 3. Konfiguration (Aufbauorganisation/ Organisationsstruktur)

Steile Hierarchie, 3-Säulen-Struktur (Linien), die sich i.d.R. selbst genügen und miteinander in Fehde liegen, Starke Bürokratie, da sichere, nachvollziehbare, dokumentierte Entscheidungen gefordert sind. In der Praxis neben der Linie zugleich Matrixstrukturen / Mehrfachunterstellungen /diffuse Zuständigkeiten / Projektstrukturen (fachliche und disziplinarische Unterstellungen durch unterschiedliche Linien), gravierende Schnittstellenprobleme, mangelnde Integration übergreifender Prozesse und Hierarchieebenen.

Folge: Konflikte u. Effektivitätsverluste, da die Konfiguration nicht mit der Komplexität der Aufgaben korreliert.

## Noch einmal: **Strukturdimensionen** einer Organisation am Beispiel Krankenhaus (n. Kieser) (2)

### 4. **Delegation**

Hierarchische Entscheidungsstrukturen, zudem auf einzelne Personen zugeschnitten und von ihnen abhängig, verursachen Trägheitsmomente und verhindert die geforderten schnellen Reaktionen.

Große Leitungsspannen, viele Hierarchiestufen und unklare Entscheidungswege.

Private Krankenhäuser haben diese Strukturen z.T. dadurch durchbrochen, dass sie die Autonomie der Experten und die Hier.-stufen reduziert haben (Experten werden zu Wettbewerbern)

Mangelnde Trennung von strategischen und operativen Aufgaben, die jeweils institutionell zugeordnet werden. Die Geschäftsführung traut den Experten nicht über den Weg und umgekehrt!

### 5. **Formalisierung**

Dominanz informeller, persönlicher Weisung und Selbstbestimmung, zugleich intensive Dokumentation der Leistungen, was aber z.Zt. noch weitgehend intransparent und ineffektiv bleibt.

Die Formalisierung betont im ärztlichen Bereich noch die Symbolorientierung (informelle Weisung durch Adaptation von Verhaltensnormen), Fehlen von Strukturierungen und formellen Weisungen (z.B. mündliche Einführungen von Ärzten untereinander, „Kollegialität“, Sympathie, Gruppenzwang, Fixierung auf den großen Chef, personengebundene Soziostruktur – schwer zu durchbrechen oder zu beeinflussen, da zugleich die Autonomie verteidigt wird. Die GF hat kaum disziplinarische Eingriffsmöglichkeiten und wird dies auch vermeiden.

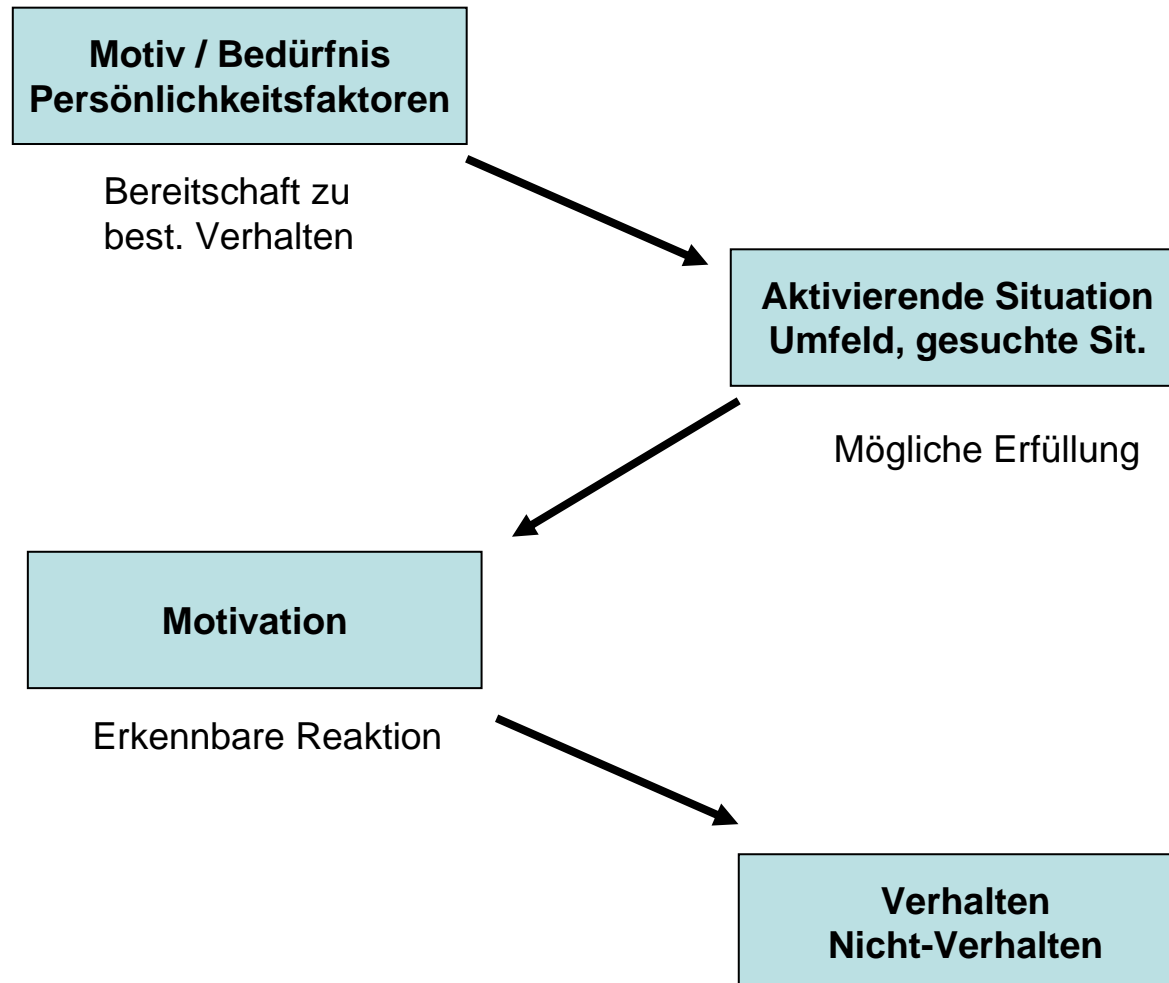
Eine gewisse formale Regellosigkeit ist Gesetz: „es läuft doch gut“. Die Effektivitätsverluste durch Missachtung von möglichen Kooperationen, Standardisierungen, Vermeidung von Verschwendung werden nicht gesehen.

*Organisationen in einem dynamischen, aggressiven Umfeld mit heterogenen Produkten versuchen schnellere und konfliktärmere Reaktionsmuster zu ermöglichen durch mehr Delegation, flachere Hierarchien (Lean Management), Zusammenfügung von fachlicher Kompetenz und umfassender operativer Verantwortung, Prozess- und Objektorientierung*  
**Structure follows process – Wenn man davon ausgeht, dass in der Prozessoptimierung die Effektivitätsgewinne des Krankenhauses liegen, muss man auch die Organisation danach ausrichten!**

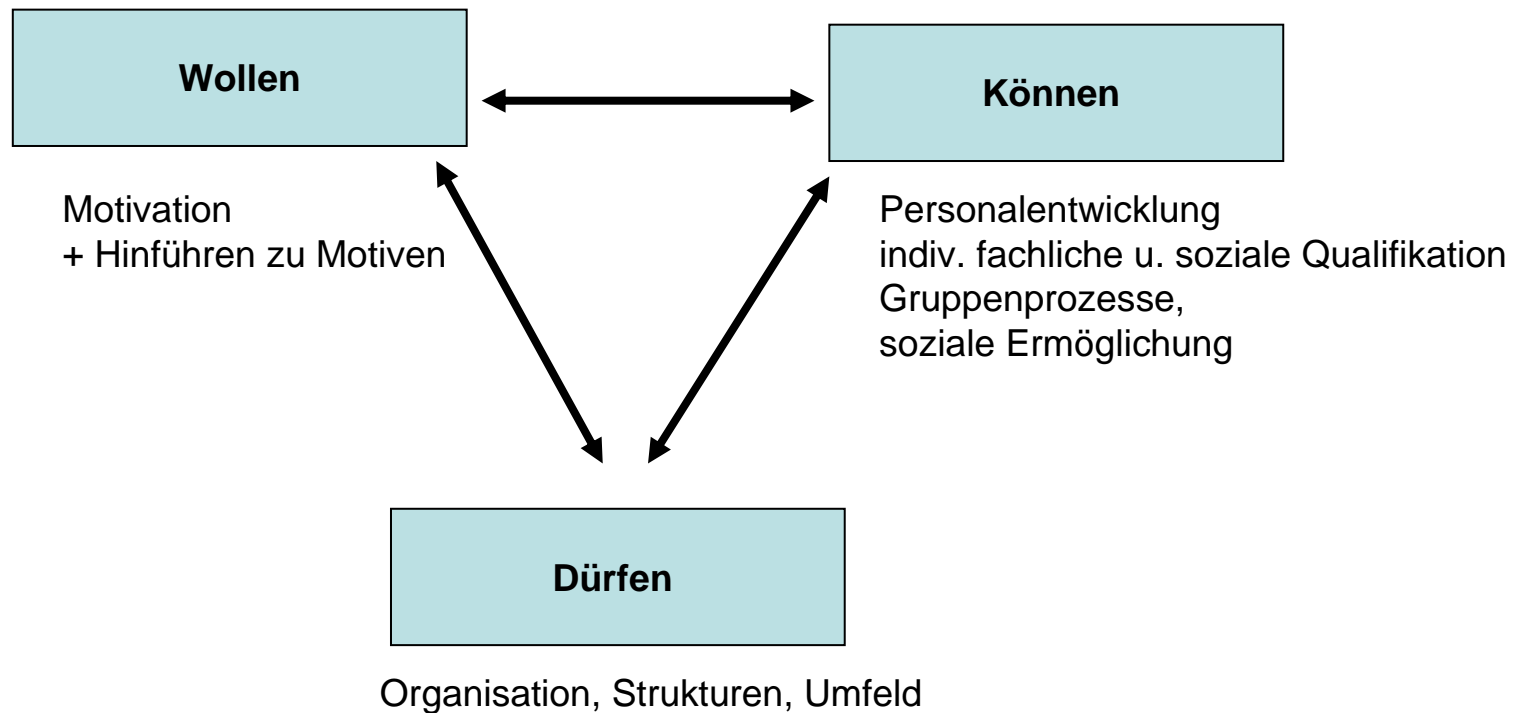
## Die Mitarbeiter des Krankenhauses

- Motivation und Motivationsmodelle
- Anreizsysteme

## Motivation - Grundbegriffe



## Motivation – Determinanten organisationalen Verhaltens



Wichtig:

- Koordination dieser Determinanten
- Gemeinsame Einschätzung der Leitung / des Vorgesetzten und des Mitarbeiters / der Gruppe
- Verbindlichen Vereinbarungen über das Vorgehen

## Motivation - Bedürfnispyramide nach Maslow

Der Mensch versucht demnach zuerst, die Bedürfnisse der niedrigen Stufen zu befriedigen, bevor die nächsten Stufen Bedeutung erlangen. – Empirisch kaum belegt, aber sehr populär



Es gibt Defizit-Motive (1.-3.), die auf Grund bestimmter, enttäuschter Erwartungen auftauchen und wieder verschwinden, wenn sie befriedigt werden.

Es gibt Wachstumsmotive (4.-5.), die auch nach teilweiser Befriedigung ständig größer werden.



## **Motivation -Intrinsische und extrinsische Motivation** (Zwei-Faktoren-Modell)

Anreizmodelle für menschliches Verhalten – auch auf die Arbeitswelt anwendbar.

### **Intrinsische Motivation**

- Selbstbestimmtes Verhalten
- z.B. durch Neugier oder andere primäre Motive bestimmt (vgl. Maslowsche Gliederung)
- kann nur wenig enttäuscht werden

### **Extrinsische Motivation**

- Reaktion auf externe Reize, Aufforderungen, Sanktionen, Gesetze, Belohnung
  - Ziel: Abwehr von Sanktionen, Gewinn einer Belohnung
  - Kein selbstbestimmtes Verhalten
  - Kann erheblich enttäuscht werden
- (Extr. u. intrins. Motivation schließen sich nicht aus. Es gibt fließende Übergänge, beide sind korrumpierbar und gegeneinander auszuspielen.)*

### **Theorie v. McGregor:**

Extr. u. intr. Motivation sind von Mensch zu Mensch unterschiedlich verteilt und daher unterschiedlich ansprechbar.

Deterministische Theorie: Es gibt entweder X- oder Y- Menschen.

### **Neuere lerntheoretische Auffassung (complex man):**

Motivation ist sowohl kognitiv als auch emotional belegt, situativ und umfeldbezogen variabel, es gibt keine kategoriale Prognose für die Reaktion von Individuen.

Das Management hat die Situation zu diagnostizieren und flexibel zu reagieren.

Moderatoren sind: Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Stärke der Wachstumsbedürfnisse und die Zufriedenheit im Arbeitskontext

## Motivation - Anreizsysteme

Für eine Organisation ist es überaus wichtig, dass sich Mitarbeiter mit den Zielen der Org. identifizieren und motiviert sind, darin produktiv zu arbeiten. Generell ist der Anteil der Mitarbeiter in innerer Emigration allerdings sehr hoch.

### **Kategorien, die für eine Motivation im Betrieb wichtig sind:**

#### Führung:

Positives Beispiel der/ des Vorgesetzten (Produktivität, Einsatz, Verzicht auf Eigennutz)  
Charisma des Vorgesetzten (Vorsicht – Missbrauch!)  
Führungsqualität des Vorgesetzten (klare Linie, Eindeutigkeit, Authentizität)  
Wertschätzung durch Vorgesetzten (Lob, Anerkennung, persönliche Erwähnung)  
Feed-Back (Mitarbeitergespräche, Zielvereinbarungen, Belohnungen)  
Transparenz (Ziele, Ergebnisse)  
Vision (Wo stehen wir in 5 Jahren), gelebtes Leitbild, Unternehmensphilosophie

#### Gruppe:

Soziale Kontakte und Akzeptanz in Betrieb und Gruppe (man trifft sich auch außerhalb)  
Gruppenbildung (zu Hause sein in der Gruppe)

#### Job

Job-Enlargement und Job-Enrichment (persönliche Perspektive), Eu-Stress  
Ganzheitlicher Arbeitsprozess (Planen und Ausführen) mit Einfluss auf das Endprodukt  
Kreative Herausforderung im Arbeitsprozess, Chance zur Weiterbildung und Profilierung, Wettbewerb, Forschung  
Selbstbestimmung, Autonomie, Umsetzung des professionellen Selbstbildes,

#### Lohn

„gerechter“ Lohn, materielle Sicherheit  
Leistungszulagen

#### Arbeitsbedingungen

Keine körperliche Grenzerfahrung, erträgliche physikalische Bedingungen  
Keine negativen Erlebnisse (Gehaltskürzung, Entlassungen in der Umgebung, schlechte Stimmung)  
Keine Entscheidungs- und Kompetenz-Diffusion

## Motivation - Anreizsysteme

Da Mitarbeiter **individuell** und unterschiedlich auf Anreize reagieren, sind auch individuelle Anreize einzusetzen, ohne dass das Gerechtigkeitsgefühl verletzt wird.

Variante: Anreizsysteme für die Gruppe, die sich dann dazu verhalten muss (interne Klärung)

Anreizsysteme sollten den **Arbeitsprozess und die Gruppe einbeziehen**.

Der **Basis-Lohn** hat als Anreiz nur **geringe** Bedeutung. Allerdings kann ein Reduktion des Besitzstandes bestehende Anreize zunichte machen.

**Erfolgsprämien/ Leistungskomponenten** können aber sehr wohl einen Anreiz darstellen.

Für deren Einführung ist wichtig:

- Transparente Beurteilung der Arbeit
- Transparente, gerechte Zuteilung der Prämien
- Feed-Back über die inhaltlichen und wirtschaftlichen Ergebnisse
- Beeinflussbarkeit durch die Mitarbeiter/ die Gruppe
- Unterbindung von Gruppenklüngel
- Gemeinsame Planung des Anreizsystems mit seinen Bestandteilen, evtl. auch Abstimmung, evtl. auch individ. Wahlmöglichkeiten (z.B. FZA)

## Motivation - Anreizsysteme

Im Krankenhaus hat die Gruppe eine große Bedeutung (Berufsgruppe, Abteilung, Bereich, Station)

<u>kohäsionsfördernd</u>	<u>kohäsionshemmend</u>
Häufigkeit der Interaktion	Gruppe zu groß (kritisch: > 8-10)
Attraktivität der Gruppe Homogenität, Stabilität	Einzelkämpfer, wechselnde Mitgliedschaft
Transparenz der Gruppenleistung	Intransparenz, keine Bewertung
Intergruppen-Wettbewerb	Intragruppen-Wettbewerb
Einigkeit üb. Gruppenziele	Zielkonflikte
Klare Vorgaben	Mangelnde Vorgaben
Erfolge	Mißerfolge / keine Evaluation
Anerkennung	Mißachtung

### Mögliche Vorteile:

Gruppenmitgliedschaft fördert grundsätzlich die indiv. Motivation u. Selbstkritik, die qualit. U. quantit. Problemlösungskompetenz, die Informationsdichte u. Transparenz  
Fehler werden eher entdeckt und beseitigt – sofern eine offene Diskussionskultur existiert.

### Mögliche Nachteile:

Illusionen, gemeinsame Nebelkerzen, Mobbing, Ingrouping, Führungskonflikte

## **Motivation – Anreizsysteme**

**Möglichkeiten der Geschäftsführung eines KH,  
auf die Handlungsweisen der Ärzte Einfluss zu nehmen.**

*Hintergrund:*

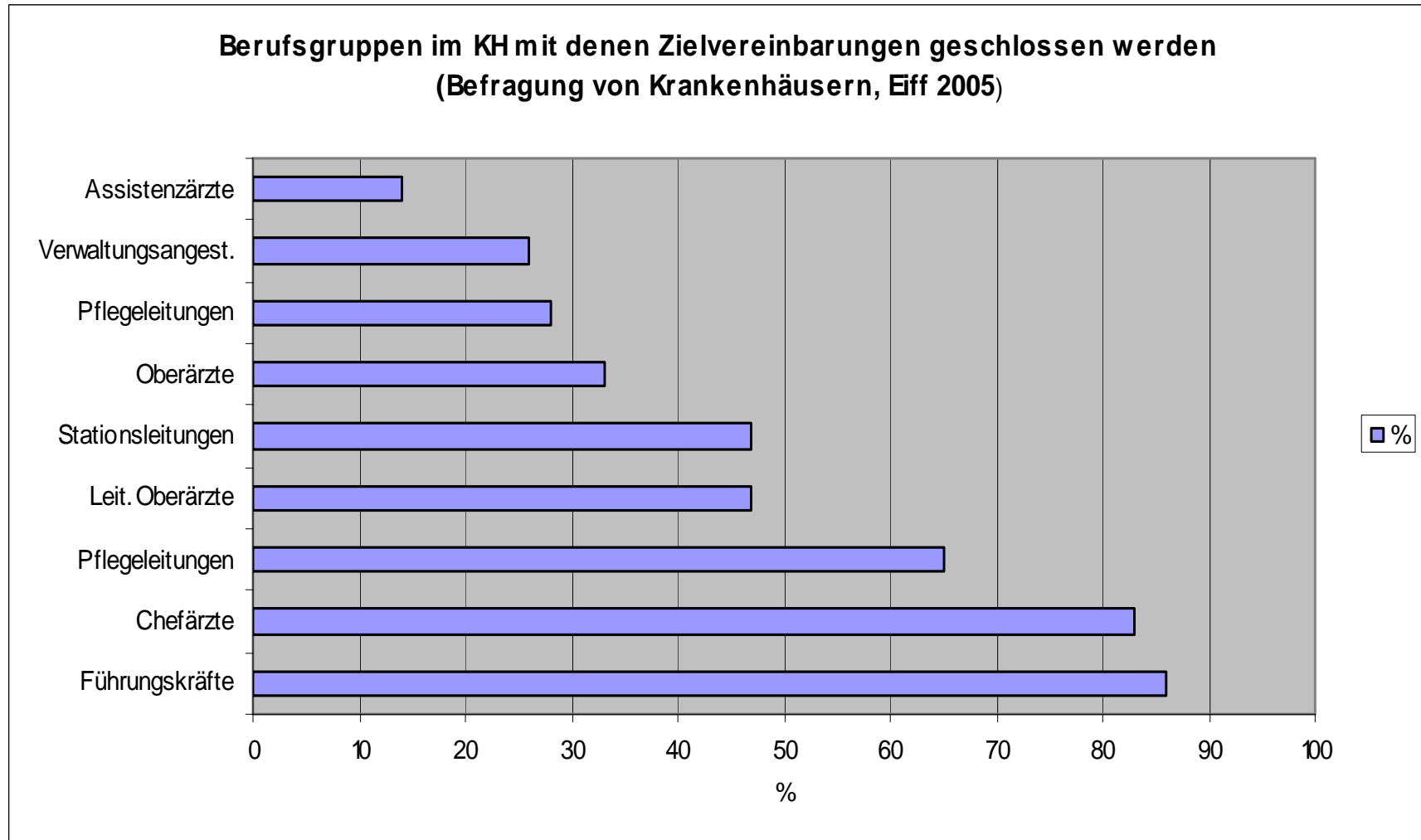
*Probleme der GF, Ärzte ins Boot zu holen*

*(Autonomie der Ärzte, Berufliches Selbstverständnis, Abwehr ökonomischer Sichtweisen)*

1. Persönlicher Kontakt – Appell – Problembeschreibung/ Transparenz – Kognitive Resonanz
2. Führen mit Zielen (Zielvereinbarungen – Budgetvereinbarungen, zeitnahes Controlling)
3. Verträge
  - a. Hinweis auf die Verpflichtung wirtschaftlicher Betriebsführung
  - b. Ergebnisverantwortung (negativ u. positiv – ggf. Veränderung des Anstellungsvertrags)
  - c. Poolbeteiligung aller Ärzte
4. Sonstige Arten v. Überschussbeteiligungen (Zuschüsse für Fortbildung, Bibliothek, Internet usw.)
5. Zusatzurlaub, außertarifliche Vereinbarungen
6. Erweiterung oder Verringerung des Tätigkeitsumfangs (Kompetenzzuschnitt der Abteilung/ Klinik, Nebentätigkeiten, Ambulanz, Krankenhausplan usw.)
7. Vereinbarungen über Öffentlichkeitsarbeit der Klinik – Reputation – Kongresse/ Veranstaltungen Internetauftritt, Werbung, Einweiserbindung, usw.)
8. Geräteausstattung, Investitionen
9. Steigerung der Attraktivität der Klinik unter Ärzten durch Fort- und Weiterbildungsplanung

# Motivation – Anreizsysteme

## Zielvereinbarungen



## **Strategie und Operation**

- **Steuerung in Unternehmen**
- **Steuerung im Krankenhaus**
- **Management-Instrumente**

### Strukturprinzipien des „Lean Managements“

Ursprünglich bei Toyota entwickelt – als Teil des Toyota Production System (TPS), gekoppelt mit dem Toyota Qualitätsmanagement (CQM – Continuous Quality Management) (Autoren: Womack/ Jones 1990). Andere Begriffe: Lean Production, Lean Administration

In letzter Zeit wieder etwas aus der Mode gekommen. Wird z.zT. wieder für Krankenhäuser diskutiert!

Im Zentrum stehen (fürs Krankenhaus):

- Bedürfnis des Kunden steht im Vordergrund, nicht das der Organisation (Qualität, Liefertreue, Kontakt, Zufriedenheit des Kunden, nur ein Ansprechpartner im Betrieb usw.)
- Sicht auf die Wertschöpfungskette (ganzheitliche Prozess- u. Produktorientierung)
- Prozesse, Prozesse, Prozesse (Schnell, sicher, kostengünstig, keine Behinderungen, Durchlaufzeiten reduzieren, weniger Schnittstellen, make or buy = ggf. outsourcing – tun, was man gut kann und was für den Kernprozess nötig ist)
- Vermeidung von Verschwendung: überflüssige Lagerhaltung, Wege- u. Wartezeiten / Transporte, Materialverschwendung / Abfallvermeidung, redundante Prozess, Nachbesserungen, falsche oder fehlende Qualifikation)
- Qualitätsmanagement von Beginn an = incl. Produkt u. Prozessplanung

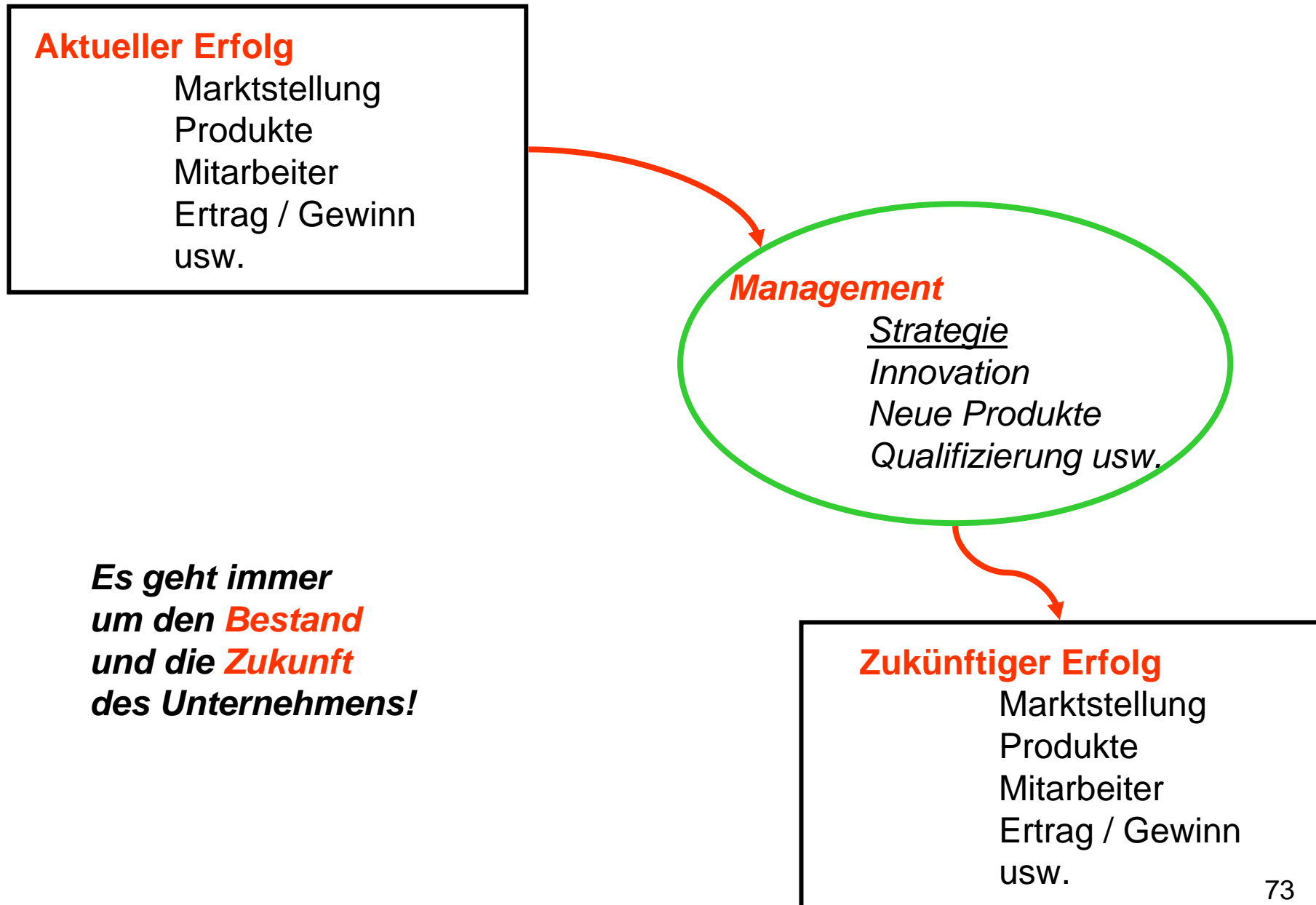
Das bedeutet:

- Flache Hierarchie, Verringerung der Hierarchiestufen, Verringerung der Transaktionskosten
- Eigenverantwortlichkeit der operativen Einheiten, Teilautonomie, Selbstkontrolle statt Fremdkontrolle
- Unterstützung der peripheren Einheiten durch die Zentrale (Strategie, Controlling, Datenlieferung usw.)
- Flexibilität, Reaktionsfähigkeit auf Veränderungen der Umwelten
- Intensive Kommunikation zw. Zentrale und Peripherie

Mittel- u. langfristig ist damit in der Regel eine Neuausrichtung von Strategien und Organisationsformen ( Richtung: Center-Struktur, Dienstleistungs-Center, Profit-Center) verbunden.



## Strategieentwicklung - Vom Heute zum Morgen -



## Strategieentwicklung - Vom Heute zum Morgen -

### Erster Schritt:

*Analyse:* Wo steht das Unternehmen **jetzt**?

(Marktanalyse, Produktanalyse, Kosten- u. Erlösanalyse  
Mitarbeiter, Struktur)

*Ziel:* Wo wollen wir hin (z.B. in 5 Jahren)?

(**Potenziale**, Entwicklungen, Umfeld, Kapitalbedarf, Risiken)

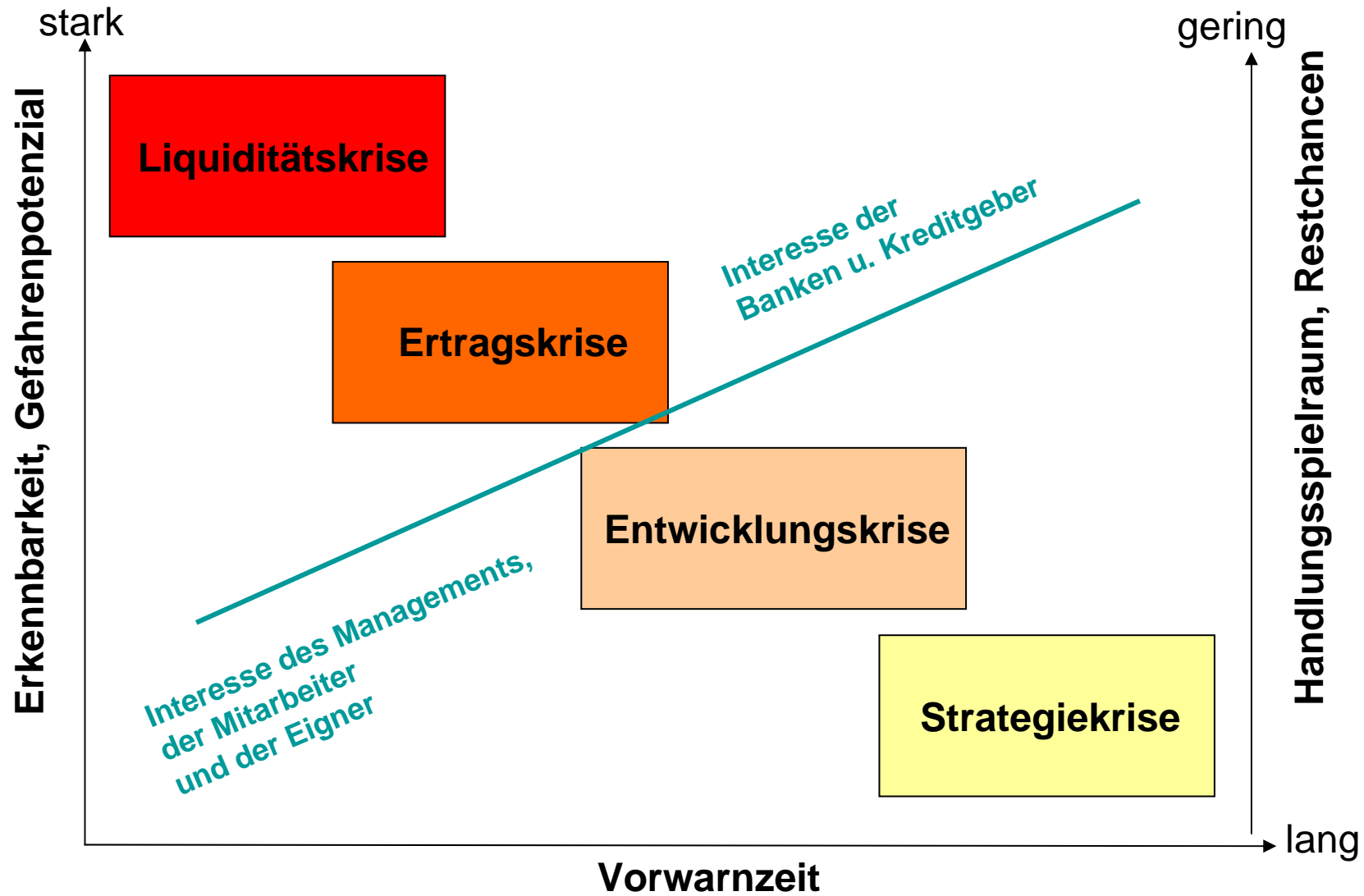
### Zweiter Schritt:

Was müssen wir **tun**, damit wir das Ziel erreichen?

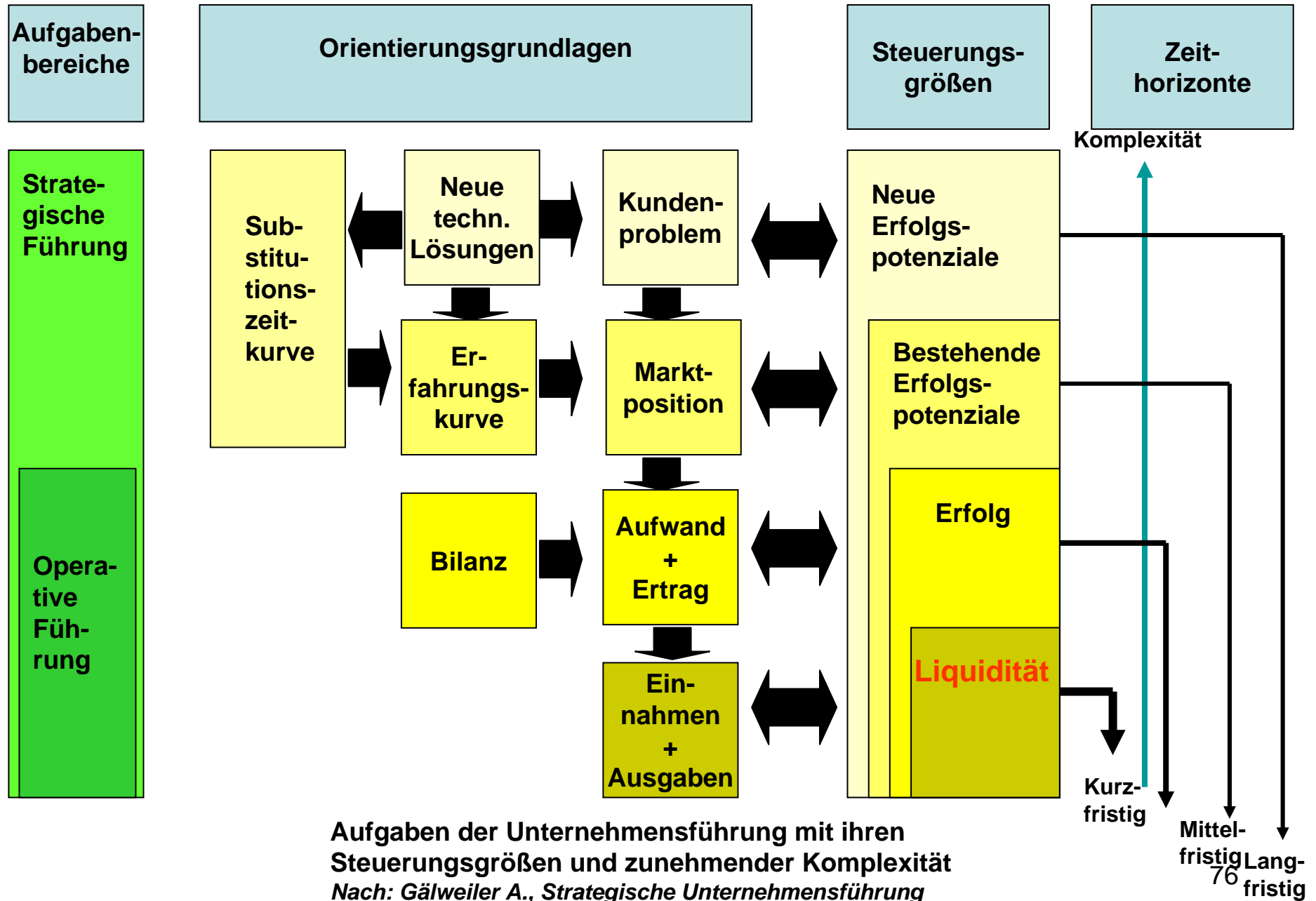
Entwicklung von  
Produkten,  
Personal,  
Kapital,  
Struktur,  
Kultur,  
Umfeld,  
PR

**Strategieentwicklung** =  
wesentliche Managementaufgabe  
**Instrument = Projektentwicklung**  
- **Planung**  
- **Durchführung**  
- **Kontrolle**

**Unternehmenskrisen entwickeln sich in 4 Phasen**



# Strategieentwicklung - Vom Heute zum Morgen -

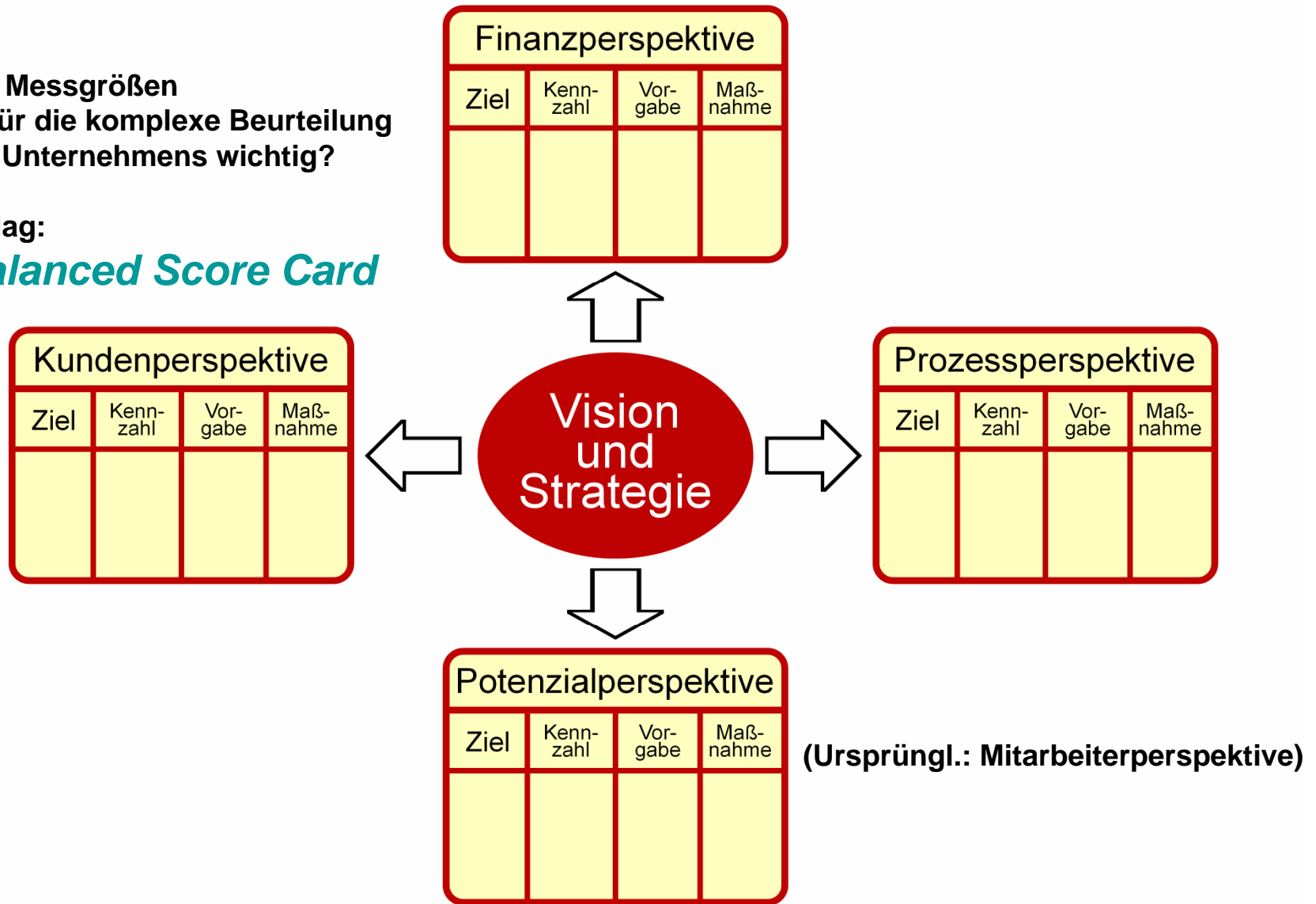


# Strategieentwicklung - Instrumente

Welche Messgrößen sind für die komplexe Beurteilung eines Unternehmens wichtig?

Vorschlag:

*Balanced Score Card*



## Strategieentwicklung - Instrumente

### Operationalisierung der Kennzahlen der Bal. Score Card (Variante)

#### Finanzen (vgl. typische Kennzahlen der Banken)

##### Ziele

Steigerung der Rentabilität  
Sicherung der Finanzkraft  
Erhöhung der Produktivität  
Erhöhung der Kapitalverzinsung

##### Messgrößen

Umsatz-Rentabilität  
Cashflow  
Betriebsergebnis / MA  
Return on Investment (ROI)

#### Innovation / Produkte

##### Ziele

Innovationen  
Patente  
Akzeptanz  
Kostensenkung

##### Messgrößen

Anteil der I. an Produkten  
Anzahl d. Anmeldungen  
Presseberichte/ Messen  
Lernkurve

#### Kunden

##### Ziele

Kundenzufriedenheit  
bessere Termintreue  
höhere Marktdurchdringung  
Qualitätststeigerung

##### Messgrößen

Kundenbefragung  
Lieferpünktlichkeit  
Marktanteile  
Reklamationsrate

#### Prozesse

##### Ziele

Flexibilität der Produktion  
Verbesserung der Effizienz  
Senkung des Lagerbestandes  
Konstanz der Proz.

##### Messgrößen

Durchlaufzeiten  
Auslastung  
Lagerumschlag, Verweilzeiten  
Prozessunterbrechungen

#### Mitarbeiter

##### Ziele

Erhöhung der Kompetenz  
Verbesserung der Ausbildung  
Verminderung der Abwesenheiten  
Erhaltung des Personalstamms  
Effektivität

##### Messgrößen

Weiterbildungen  
Bildungsstand  
Krankheitsraten  
Fluktuationsraten / Anwerbeetat  
Motivationsniveau

# Strategieentwicklung - Instrumente

Ist-Analyse: **Portfolio-Analyse (McKinsey)** der **Produkte**:  
aktuelle und erwartete Marktpositionen

1. **Cash Cows** sind die Geldbringer, auf der Höhe oder hinter dem Zenith
2. **Poor Dogs** können Fehlentwicklungen sein
3. **Stars** sind die Zukunft  
Hier ist man Experte
4. **Question Marks**:  
Evtl. ist man zu spät gekommen!

Fragen des Managers:

Wo ist man stark?

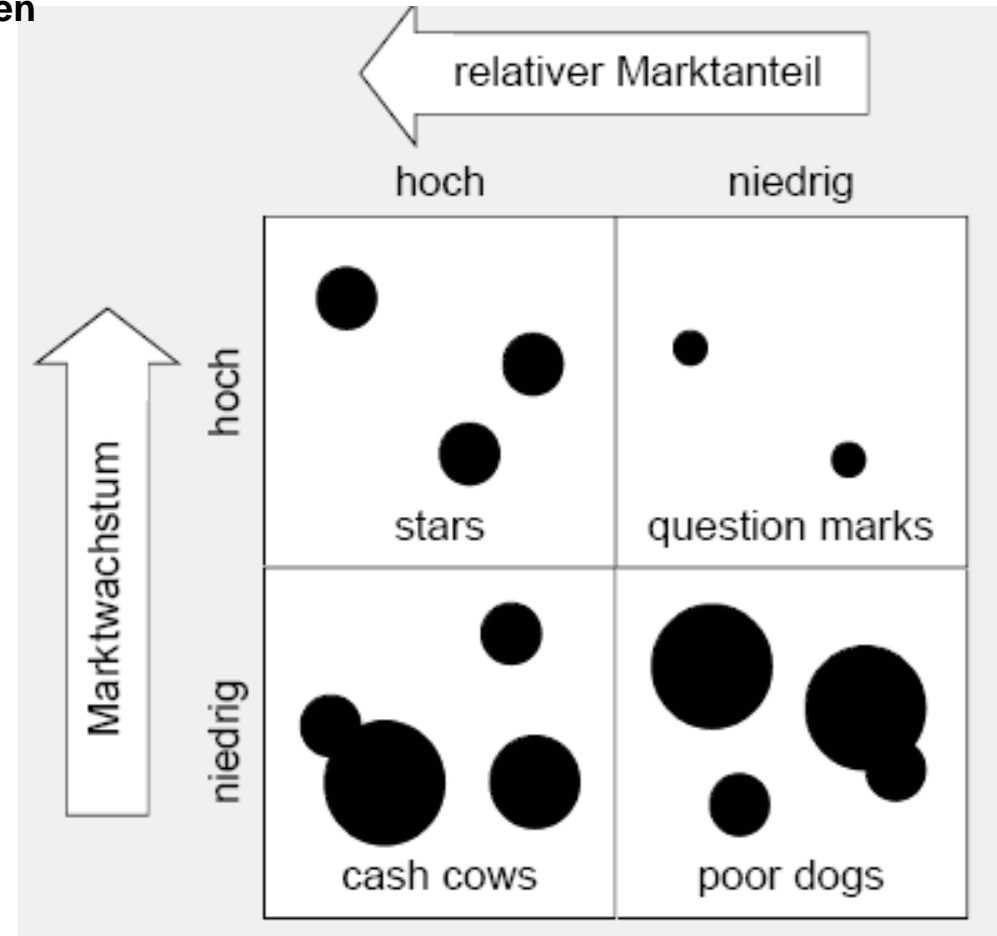
Woher kommen die Gewinne heute?

Woher kommen die Gewinne morgen?

Worauf sollte man einen Schwerpunkt legen?

Wo sind die Innovationen?

Wie entwickelt sich der Markt?

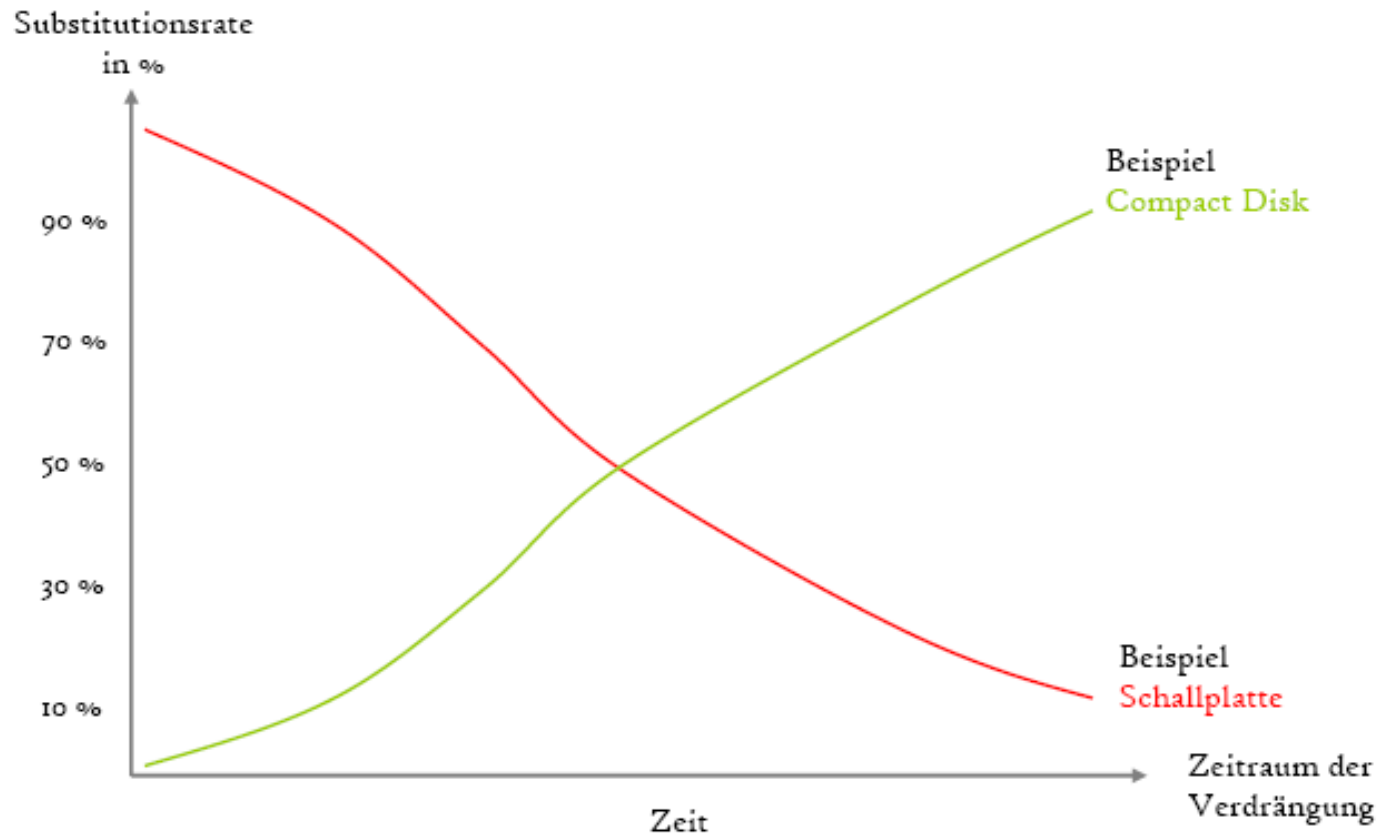






## Dazu: Produkte und ihre Marktpositionen

### Substitutionszeitkurve von Produkten/ Dienstleistungen

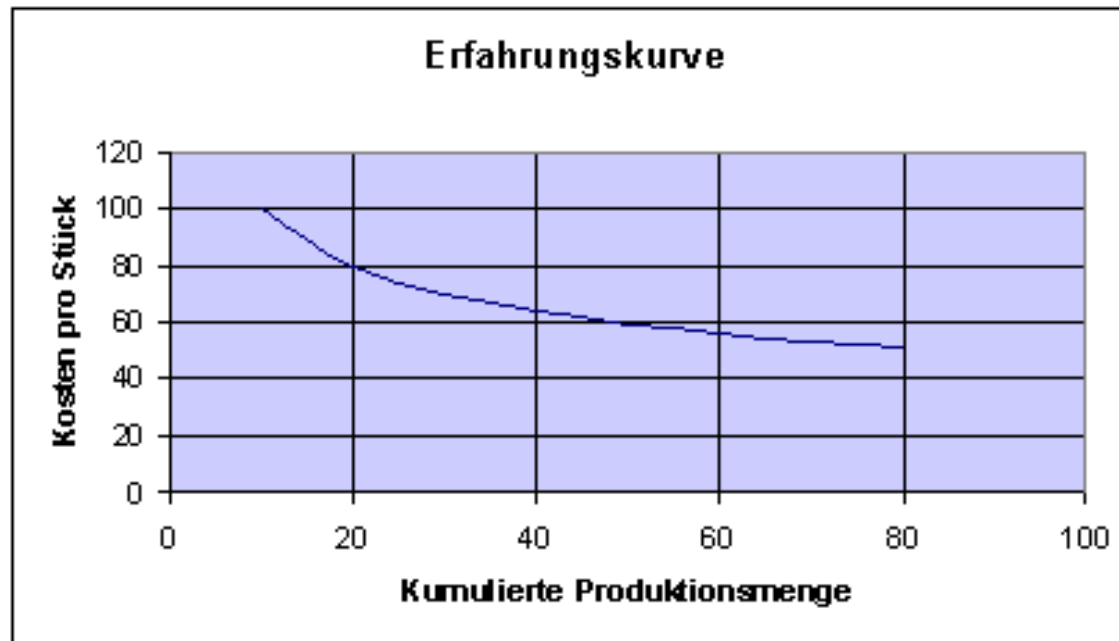


### ***Produkte, Dienstleistungen haben eine „Biographie“***

haben Anlaufschwierigkeiten sind evtl. kostenaufwendig  
setzen sich durch (oder sterben früh) werden evtl. zu Stars (hoher Marktanteil, hohes Wachstum)  
und werden zu Cash-cows (hoher Marktanteil, niedr. Wachstum) und müssen wieder ersetzt werden

## Dazu: **Produkte** und ihre Marktpositionen

Hier: **Erfahrungskurve – Lernkurve – Kostenkurve**



Hohe Marktanteile und früher Eintritt in den Markt erlauben eine günstige Erfahrungskurve. Mit Verdopplung der kumulierten Menge eines Produktes oder einer Leistung entsteht ein (potenzielles) Kostensenkungspotenzial von ca. 20-30% bei den Wertschöpfungskosten. Stückkosten sind eine Funktion der kumulierten Menge. Produkte unterliegen daher einem Preisverfall, wenn sie in die Jahre kommen. Realisiert wird dies unter Marktbedingungen (!)

Ziele für das Management:

1. Neue Produkte entwickeln
2. Schneller Markteintritt – Positionen besetzen
3. Hoher Marktanteil
4. Wachstum

**Dazu: Produkte** und ihre Marktpositionen

Hier: Erfahrungskurve – Lernkurve – Kostenkurve -Marktanteile

**Marktanteil** = Anteil des jeweiligen Produkts am Gesamtmarkt

Hohe Marktanteile bedeuten Gewinnvorteile

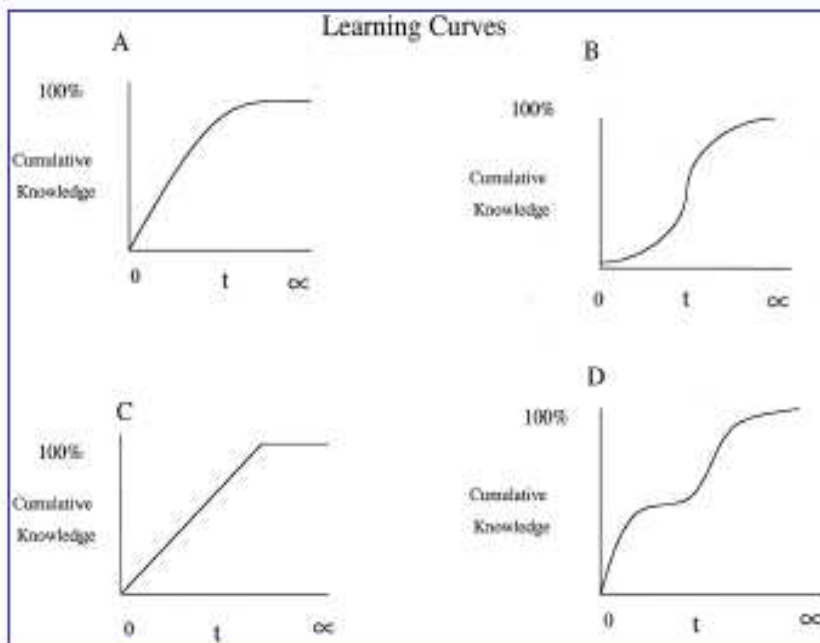
- a. durch günstigere Produktion (Skaleneffekte)
- b. durch günstigere Lernkurven des Personals (Produktivitätseffekte)
- c. durch bessere Marktpräsenz = größere Möglichkeiten, höhere Preise durchzudrücken
- d. durch verlängerte Substitutionszeitkurve
- e. durch besser Möglichkeit der Einführung neuer Produkte

***Ziel eines Unternehmens ist daher:  
Wachstum, Wachstum, Wachstum (Verdrängung, Übernahme)  
und/ oder: Monopolisierung/ Oligopolisierung***

Dazu: **Produkte** und ihre Marktpositionen

Hier: **Lernkurven** in medizinischen Prozessen

## Erlernen von manuellen Fertigkeiten



Anesth Analg 2000; 91: 1047 -1048

Individuelle Variation

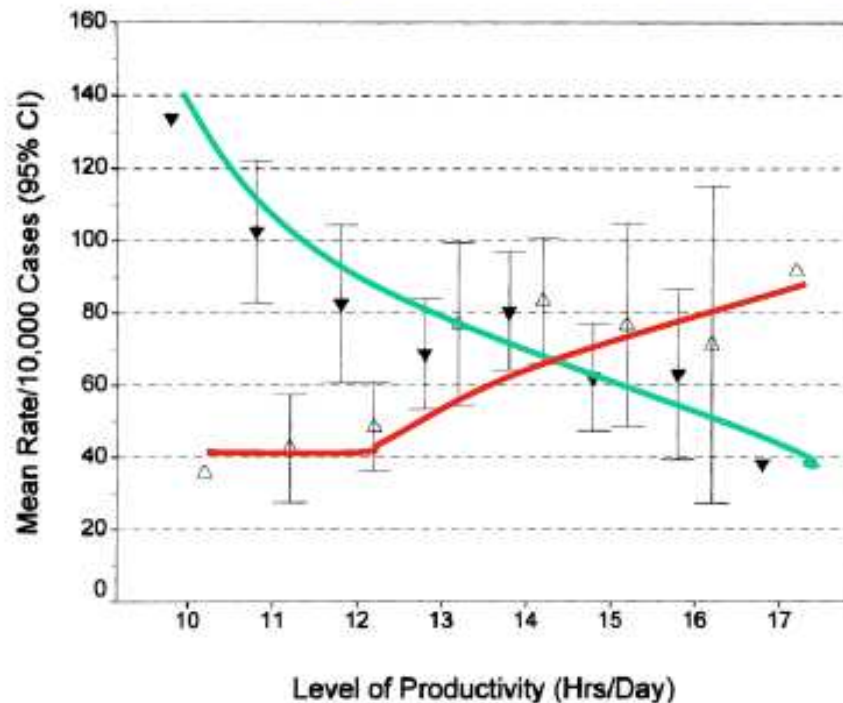
Institutionelle Variationen

- genügende Fallzahl
- technische oder Management Fehler
- Verhältnis Auszubildende : Staff
- Patientenselektion (*case mix*)
- Auswahl der Ausbildungsanwärter

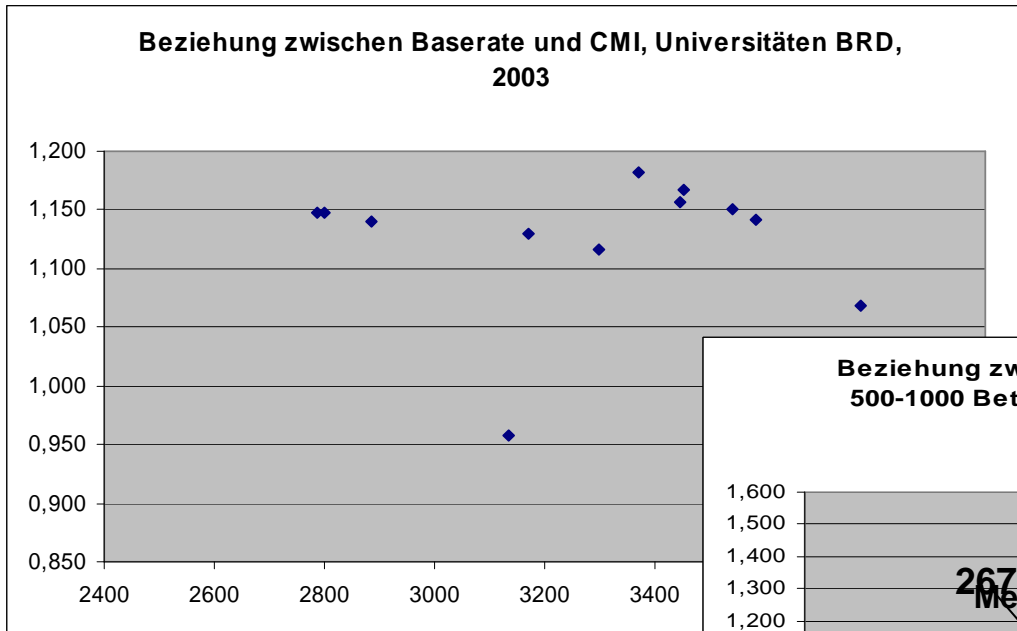
**Dazu: Produkte** und ihre Marktpositionen

**Hier: Lernkurven** in medizinischen Prozessen - Mindestmengenproblematik

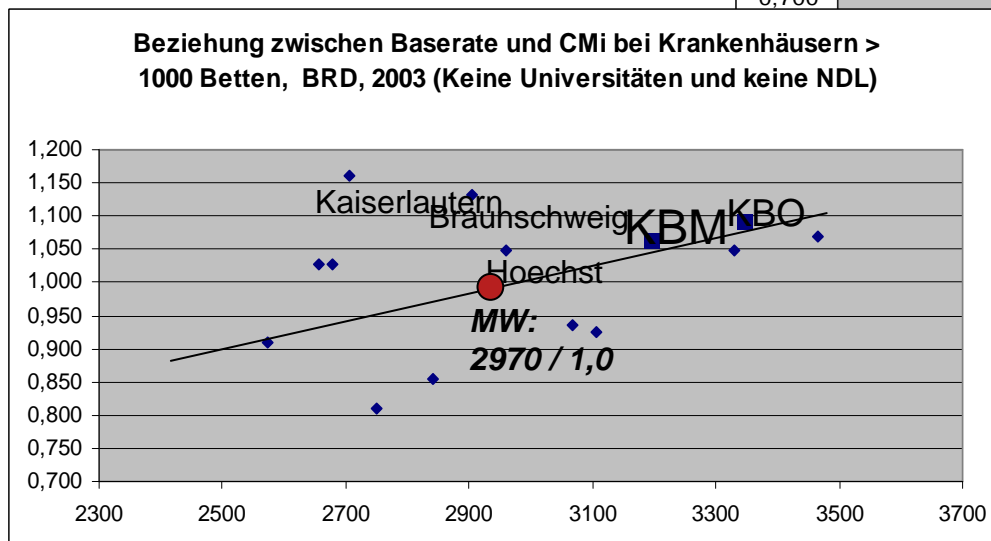
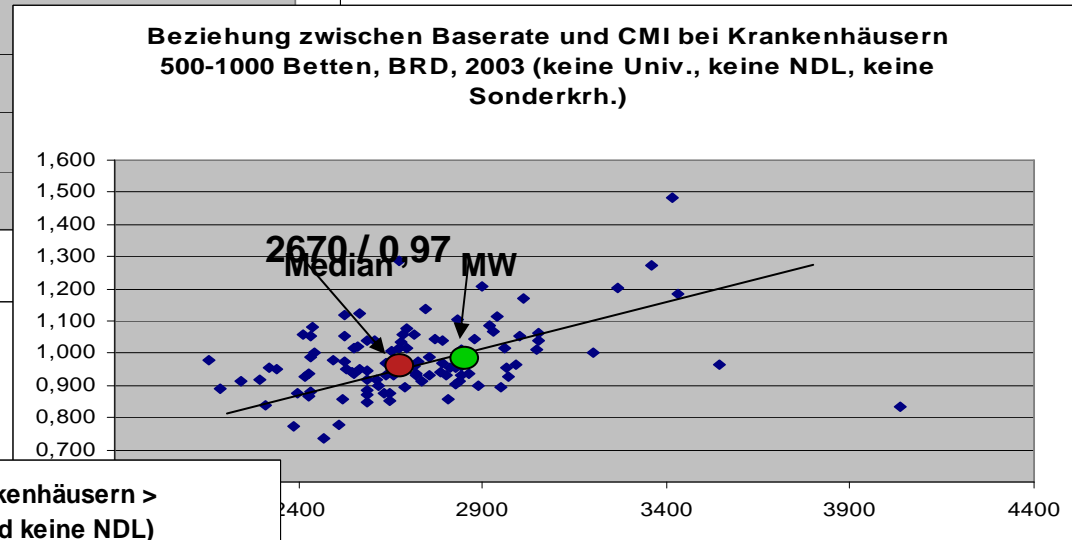
Trends in Quality of Anesthesia Care Associated with Changing Staffing Patterns, Productivity, and Concurrency of Case Supervision in a Teaching Hospital  
*Anesthesiology: Volume 91(3) September 1999 p 839*



Mean monthly rates of patient injury (filled triangles, pointed down) and critical incidents (open triangles, pointed up) at each productivity level. The 95% confidence intervals of the means are displayed as error bars. The injury rate decreased ( $P = 0.002$ ) and the critical incident rate increased ( $P = 0.001$ ) at higher productivity levels.



**Produkte** und ihre Marktpositionen  
**Skaleneffekte in Krankenhaus**  
 Frage: Welchen Einfluss hat KH-Größe auf die Kosten?



**Die Baserate der Krankenhäuser steigt durchschnittlich mit ihrer Größe!**  
 (Zumeist höhere Strukturkosten = (Krankenhäuser arbeiten nicht zwingend günstiger mit steigender Größe)  
**Problem der Diversifizierung!**

## Strategieentwicklung – Instrumente - Kennzahlen

### Analyse Ist-Zustand Kennzahlen

**Kennzahlen** = verdichtete Information der Erfolgs- oder Finanzanalyse  
= Informationen zur internen Kontrolle und Steuerung  
= Informationen für Mitarbeiter und Tochterbetriebe  
= Informationen zur Kommunikation nach außen (Kapitalgeber, Kunden, Wettbewerber)

#### ... liefern Antworten auf Fragen, z.B.

- Wie finanziert sich das Unternehmen?
- Wie rentabel arbeitet das Eigenkapital?
- Wie liquide ist das Unternehmen?
- Welche Schulden lasten auf dem Unternehmen?
- Welche Qualität produziert das Unternehmen?
- Wie sind die Abläufe im Unternehmen?
- Wie hoch ist der Anteil der innovativen oder hochpreisigen Produkte?
- Wie entwickeln sich die Kennzahlen im Zeitverlauf?

Problem einer Kennzahl: Sie eröffnet den Blick nur auf einen einzelnen Aspekt

Daher: System von Kennzahlen  
Hierarchie von Kennzahlen  
- a. Schlüsselkennzahlen  
- b. abgeleitete Kennzahlen

## Strategieentwicklung – Steuerung durch Kennzahlen

### Ökonom. Kennzahlen von Unternehmen sind unter anderem

- **EBIT** = Betriebsergebnis (Earnings) vor Zinsen (interest) und Steuern (taxes) (vgl. GuV)
- **EBITDA** = Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen u. Tilgungen (vgl. GuV)

#### Liquiditätskennzahlen (Einzahlungen – Auszahlungen)

- Cash-Ratio = Liquiditätsgrad = liquide Mittel / Verbindlichkeiten
- Anlagendeckung = Anlagevermögen / Eigenkapital

#### Rentabilitätskennzahlen (Umsatzerlöse – Aufwendungen)

- Gesamtkapitalrentabilität =  $(\text{Reingewinn} - \text{Fremdkapitalzinsen}) / \text{Gesamtkapital}$  i. %
- Eigenkapitalrentabilität =  $\text{Reingewinn} / \text{Eigenkapital}$  in %
- Umsatzrendite =  $\text{Reingewinn} / \text{Umsatz}$  in %
- **Return on Investment = ROI** =  $\text{Gewinn} + \text{Fremdkapitalzinsen} / \text{Gesamtkapital} \times 100\%$

#### Kennzahlen zur Vermögensstruktur

- Eigenkapitalquote =  $\text{Eigenkapital} / \text{Bilanzsumme}$  in %
- Fremdkapitalquote =  $\text{Fremdkapital} / \text{Bilanzsumme}$  in %
- Verschuldungsgrad =  $\text{Fremdkapital} / \text{Eigenkapital}$  in %
- Anlagenintensität =  $\text{Anlagevermögen} / \text{Bilanzsumme}$  in %



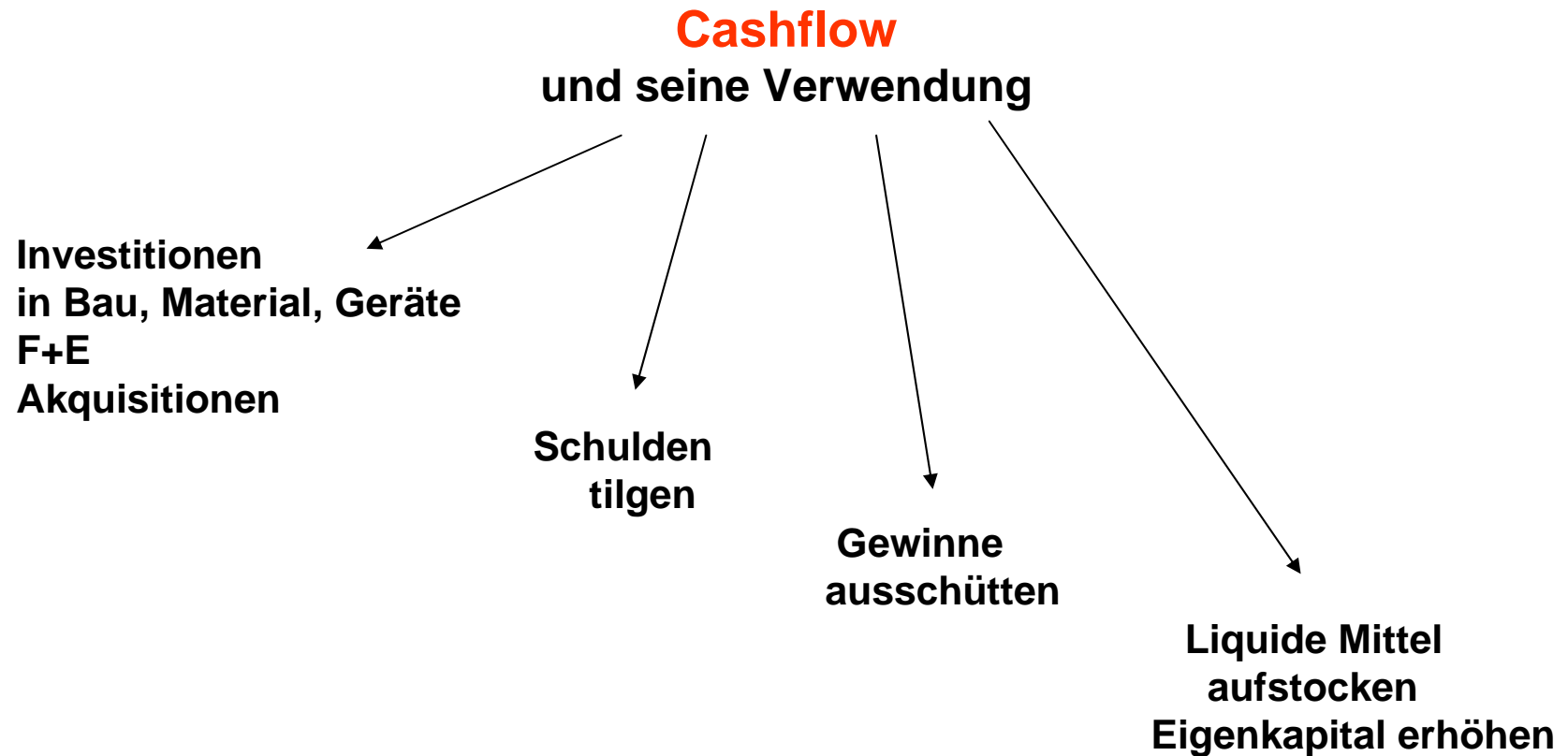
## Strategieentwicklung – Steuerung durch Kennzahlen

### Wichtige Ökonom. Kennzahlen von Unternehmen für ihre Kreditwürdigkeit

**Cashflow (direkt) =**  
zahlungsbedingte Einnahmen (Umsatzerlöse + Zinsen)  
– zahlungsbedingte Ausgaben  
(Pers., Fremdkapitalzinsen + Materialkosten)

**Cashflow (indirekt) =**  
Gewinn (s.o.) + *Abschreibungen*  
– zahlungsbedingte Ausgaben  
(Pers., Fremdkapitalzinsen + Materialkosten)

## Strategische Managementaufgabe - Mittelverwendung



**Verwendung des Cashflow = Managementaufgabe  
unter Beteiligung der Gesellschafter / des AR**

## **Managementaufgaben**

### **Betriebswirtschaftliche Handlungsfelder und Kernbegriffe**

# Managementaufgaben - Betriebswirtschaftliche Begriffe

1. Einzahlung - Auszahlung = barer Fluss
2. Einnahme - Ausgabe = barer + unbarer Fluss
3. Ertrag - Aufwand (ext. Erfolgsrechnung) = mit Zuordnung (vgl. GuV)
4. Erlöse - Kosten (int. Rechnungswesen- CO) = zuzügl. betrieblich bedingter Werteverzehr

Nach Conrad: Rechnungswesen u. Controlling, 2004

## Bestandskonten (*Bilanz*)

Bewegung der Bestände f. Vermögens- und Kapitalarten in eine Periode

Aktivkonten	Passivkonten
-------------	--------------

Jahresabschluss

## Erfolgskonten (*GuV*)

Bewegung der Aufwendungen und Erträge in einer Periode

Aufwandskonten	Ertragskonten
----------------	---------------

Jahresabschluss

*Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung (GoB)  
z.T. nach Handelsrecht (HGB) und Steuerrecht  
(-Durchführung durch unabh. Wirtschaftsprüfer, Steuerberater,  
nach herrschender Praxis u. allgemein verbindlichen Grundsätzen)*

# Managementaufgaben - Betriebswirtschaftliche Begriffe

Bilanzgliederung  
nach § 266 HGB

## **Passiva (Mittelherkunft)**

(woher kommt das  
Kapital?)

### **A. Eigenkapital**

- I. gezeichnetes Kapital
- II. Kapitalrücklagen
- III. Gewinnrücklagen
  1. gesetzliche Rücklagen;
  2. Rücklagen für eigene Anteile;
  3. satzungsmäßige Rücklagen;
  4. andere Gewinnrücklagen;
- IV. Gewinnvortrag/ Verlustvortrag
- V. Jahresüberschuss / J.-Fehlbetrag (s. GuV)
- VI. (ggf.) nicht durch Eigenkapital gedeckter Fehlbetrag

### **B. Rückstellungen**

1. Rückstellungen f. Pensionen
2. Steuerrückstellungen
3. sonstige Rückstellungen

### **C. Verbindlichkeiten/ Kredite (Fremdkapital)**

1. Anleihen, davon konvertibel;
2. Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten;
3. erhaltene Anzahlungen auf Bestellungen;
4. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen (LuL), (V.a.L.L.);
5. Verbindlichkeiten aus der Annahme gezogener Wechsel
6. Verbindlichkeiten gegenüber verbundenen Unternehmen;
7. Verbindlichkeiten gegenüber anderen Unternehmen,
8. sonstige Verbindlichkeiten,

### **D. Rechnungsabgrenzungsposten**

# Managementaufgaben - Betriebswirtschaftliche Begriffe

Bilanzgliederung  
nach § 266 HGB

## Aktiva / Mittelverwendg.

(wofür wird das Kapital  
verwandt,  
wo ist es geblieben)

### A. Anlagevermögen

#### I. Immaterielle Vermögensgegenstände

1. Konzessionen, gewerbliche Schutzrechte usw.
2. Geschäfts- / Firmenwert (GoFW);
3. geleistete Anzahlungen

#### II. Sachanlagen

1. Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten; techn. Anlagen und Maschinen; andere Anlagen, Betriebs und Geschäftsausstattung
2. geleistete Anzahlungen und Anlagen im Bau;
- 3.

#### III. Finanzanlagen

1. Anteile an verbundenen Unternehmen;
2. Ausleihungen an verbundene Unternehmen;
3. Unternehmensbeteiligungen
4. Ausleihungen an Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht;
5. Wertpapiere des Anlagevermögens;
6. sonstige Ausleihungen.

### B. Umlaufvermögen

#### I. Vorräte/Vorratsvermögen

1. Rohstoffen, Hilfsstoffe und Betriebsstoffe
2. unfertige Erzeugnisse, unfertige Leistungen;
3. fertige Erzeugnisse und Waren;
4. geleistete Anzahlungen.

#### II. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände

1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen (LuL), (F.a.L.L.);
2. Forderungen gegen verbundene Unternehmen
3. Forderungen gegen Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht;
4. sonstige Vermögensgegenstände;

#### III. Wertpapiere

1. Anteile an verbundenen Unternehmen;
2. eigene Anteile; .
3. sonstige Wertpapiere;

#### IV. Kassenbestand, Bundesbankguthaben, Guthaben

#### bei Kreditinstituten und Schecks

### C. Rechnungsabgrenzungsposten

### D. (ggf.) Nicht durch Eigenkapital gedeckter Fehlbetrag

### Gewinn- u. Verlustrechnung

Während die Bilanz das Vermögen und die Schulden zu einem bestimmten Stichtag zeigt, ist die Gewinn- und Verlustrechnung eine Zeitraumrechnung, die die **Entstehung von Gewinn bzw. Verlust** in der abgelaufenen Periode zeigt.

Die Gewinn- und Verlustrechnung ist eine Gegenüberstellung von **Aufwendungen und Erträgen**.

Aufwendungen sind der Wertverzehr eines Unternehmens an Gütern, Dienstleistungen und Abgaben. Erträge sind Wertzuflüsse aus dem Verkauf von Produkten und Dienstleistungen.

Darstellung in Staffelform oder in Kontenform (Gegenüberstellung von Erträgen und Aufwendungen)  
Bei der Kontenform gilt es den Ausgleich herzustellen, daher Überschüsse als Salden und Verluste als Haben dargestellt.

## Managementaufgaben - Betriebswirtschaftliche Begriffe

**Gewinn- und Verlustrechnung**  
einer Periode in Staffelform  
nach dem  
Gesamtkostenverfahren

### **Umsatzerlöse**

- +/- Bestandsveränderungen
- + aktivierte Eigenleistungen
- + sonstige Erträge

**= Betriebsleistung (Einnahmen)**

- Materialaufwand
- Aufwand für bezogene Leistungen
- Personalaufwand
- Sonstige betriebliche Aufwendungen
- Abschreibungen
- Rückstellungen

**= Aufwendungen**

**zusammen: Betriebsergebnis (EBIT)**

- + Erträge aus Beteiligungen
- + Erträge aus Wertpapieren und Ausleihungen
- + sonst. Zinserträge
- Aufwendungen f. Finanzanlagen, Wertpapieren
- Zinsen und ähnl., Aufwendungen

**=(Finanzergebnis)**

**zusammen: Ergebn. der gewöhnl. Geschäftstätigkeit**

- Steuern vom Einkommen und Ertrag

**zusammen: Gewinn/ Verlust – ordentl. Betriebsergebnis**

+/- außerordentliches Ergebnis

**= außerordentliches Ergebnis**

+/- Rücklagenauflösung / -bildung

+/- Gewinnvortrag/ Verlustvortrag

**= Bilanzgewinn / -verlust**



# Managementaufgaben - Betriebswirtschaftliche Begriffe

## Grundlagen interner Rechnungslegung (Kosten – Erlöse)

- a. Ziel : Kontrollierende Vergangenheitsrechnung
- b. Ziel: Entscheidungsorientierte Zukunftsrechnung
- c. *Ziel insgesamt: Einfluss auf Abläufe, Verfahren, Mitarbeiter, Motivation*

### Grundsatz der Erfassung:

- möglichst vollständig
- möglichst verursachungsgerecht
- möglichst transparent

### Module

- a. **Kostenartenrechnung** (was?)  
(Personal, Material, Abschreibungen, Zinsen usw.)
- b. **Kostenstellenrechnung** (wo?)  
Ort der Kostenverursachung – OP., Station, Abteilung)
- c. **Kostenträgerrechnung** (wofür ?)  
(Pflegetag, Behandlungsprozess, DRG, Patient)

# Managementaufgaben - Betriebswirtschaftliche Begriffe

## a. Kostenartenrechnung (was = welche Kosten entstehen?)

### Aufgaben:

- Vollständige und überschneidungsfreie Erfassung der Kosten (Summe der Kosten muss 100% ergeben)
- Gliederung der Kostenarten
- Übermittlung der Kostendaten an die Teilbereiche
- Kostenkontrollfunktion

### Problem: Abgrenzungen bei der Kostenermittlung der DRG z.B.

- *Leistungen, die in psychiatrischen Abteilungen erbracht werden*
- *Voraussichtlich Leistungen der Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin*
- *Ambulante Leistungen*
- *Vorstationäre Leistungen ohne nachfolgenden vollstationären Aufenthalt*
- *Leistungen für Dritte*
- *Leistungen für Forschung und Lehre*
- *Kosten für NAW*
- *Kosten für Ausbildungsstätten*

## Kostenartengruppen nach Kalkulationshandbuch DRG

<b>KAG 1</b>	<b>Personalkosten ärztlicher Dienst</b>
<b>KAG 2</b>	<b>Personalkosten pflegerischer Dienst</b>
<b>KAG 3</b>	<b>Personalkosten Funktionsdienst und Med.-techn. Dienst</b>
<b>KAG 4</b>	<b>Sachkosten f. Arzneimittel</b>
<b>KAG 5</b>	<b>Sachkosten Implantate und Transplantate</b>
<b>KAG 6</b>	<b>Sachkosten med. Bedarf (außer KAG 4 u.5.)</b>
<b>KAG 7</b>	<b>Personal- u. Sachkosten der med. Infrastruktur (z.B. Sterilisation)</b>
<b>KAG 8</b>	<b>Personal- u. Sachkosten der nicht-med. Infrastruktur (z.B: Küche)</b>

## Managementaufgaben - Betriebswirtschaftliche Begriffe

### b. Kostenstellenrechnung (wo entstehen die Kosten?)

... steht verrechnungstechnisch zwischen Kostenarten- und Kostenträgerrechnung

#### Aufgaben:

- a. Verursachungsgerechte Zuordnung zu einem Verursacher  
(z.B. auf betriebl. Funktionsbereiche)  
je nach Anteil an den Kostenarten  
(Summe der Kosten muss wieder 100% ergeben)
- b. Wirtschaftlichkeitskontrolle, Beschreibung von Veränderungen
- c. Verrechnung der Gemeinkosten  
i.S. der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung  
Alternative: Vereinfachtes Umlageverfahren nach Schlüssel  
– Verrechnung auf eine Basiskostenstelle innerh. der Kostenstelle

#### Kostenstellengruppen nach Kalkulationshandbuch DRG

KSG 1	Normalstation
KSG 2	Intensivstation
KSG 3	Dialyseabteilung
KSG 4	OP-Bereich
KSG 5	Anästhesie
KSG 6	Kreißaal
KSG 7	Kardiol. Diagn./Therapie
KSG 8	Endoskop. Diagn./ Therapie
KSG 9	Radiologie
KSG 10	Laboratorien
KSG 11	Übr. diagn. u. therap. Bereiche
KSG 12	Basiskostenstelle

# Managementaufgaben - Betriebswirtschaftliche Begriffe

## b. Kostenstellenrechnung (wo entstehen die Kosten?)

Struktur der Berechnung nach  
Kalkulationshandbuch DRG

		Kostenarten Kostenartengruppen																											
		Personalkosten			Sachkosten						Infrastr.- Kosten																		
Kostenstellen	Kostengruppen	Kostengruppen																											
		KoArtGrp 1: Personalkosten ärztlicher Dienst			KoArtGrp 2: Personalkosten Pflegepersonal			KoArtGrp 3: Personalkosten med.-techn. Dienst/Funktionsdienst			KoArtGrp 4a: Sachkosten Arzneimittel			KoArtGrp 4b: Sachkosten Arzneimittel (Einzelkosten/Istverbrauch)			KoArtGrp 5: Sachkosten Implantate u. Transplantate			KoArtGrp 6a: Sachkosten übriger med. Bedarf			KoArtGrp 6b: Sachkosten übriger med. Bedarf (Einzelkosten/Istverbrauch)			KoArtGrp 7: Personal- u. Sachkosten medizinische Infrastuktur		KoArtGrp 8: Personal- u. Sachkosten nicht medizinische Infrastuktur	
		1.1	1.2	1.3	1.4a	1.4b	-	1.6a	1.6b	1.7	1.8																		
	Bettenführende Bereiche		KoStGrp 1: Normalstation	2.1	2.2	2.3	2.4a	2.4b	2.5	2.6a	2.6b	2.7	2.8																
	Bettenführende Bereiche		KoStGrp 2: Intensivstation	3.1	3.2	3.3	3.4a	3.4b	-	3.6a	3.6b	3.7	3.8																
	Untersuchungs- und Behandlungsbereiche		KoStGrp 3: Dialyseabteilung	4.1	-	4.3	4.4a	4.4b	4.5	4.6a	4.6b	4.7	4.8																
	Untersuchungs- und Behandlungsbereiche		KoStGrp 4: OP-Bereich	5.1	-	5.3	5.4a	5.4b	-	5.6a	5.6b	5.7	5.8																
	Untersuchungs- und Behandlungsbereiche		KoStGrp 5: Anästhesie	6.1	-	6.3	6.4a	6.4b	-	6.6a	6.6b	6.7	6.8																
	Untersuchungs- und Behandlungsbereiche		KoStGrp 6: Kreißsaal	7.1	-	7.3	7.4a	7.4b	7.5	7.6a	7.6b	7.7	7.8																
	Untersuchungs- und Behandlungsbereiche		KoStGrp 7: Kardiologische Diagnostik/Therapie	8.1	-	8.3	8.4a	8.4b	8.5	8.6a	8.6b	8.7	8.8																
	Untersuchungs- und Behandlungsbereiche		KoStGrp 8: Endoskopische Diagnostik/Therapie	9.1	-	9.3	9.4a	9.4b	9.5	9.6a	9.6b	9.7	9.8																
	Untersuchungs- und Behandlungsbereiche		KoStGrp 9: Radiologie	10.1	-	10.3	10.4a	10.4b	-	10.6a	10.6b	10.7	10.8																
Untersuchungs- und Behandlungsbereiche		KoStGrp 10: Laboratorien	11.1	11.2	11.3	11.4a	11.4b	11.5	11.6a	11.6b	11.7	11.8																	
Untersuchungs- und Behandlungsbereiche		KoStGrp 11: Übrige diagnostische u. therapeutische Bereiche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12.8																	
Untersuchungs- und Behandlungsbereiche		KoStGrp 12: Basiskostenstelle																											

Hinweis: Kostenmodule gekennzeichnet mit Trennzeichen (-) sind für die Datenlieferung nicht relevant.

### c. Kostenträgerrechnung (wofür ? (Behandlungsprozess, DRG, Patient) )

Berechnung nach Kostenkalkulationshandbuch – DRG , erforderliche Kosten u. Leistungsdaten

Anlage 5		Personal- kosten ärztlicher Dienst	Personal- kosten Pflegedienst	Personal- kosten med- techn. Dienst/ Funktions- dienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten Implantate/ Transplantate	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf		Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur
		1	2	3	4a	4b <sup>1</sup>	5 <sup>1</sup>	6a	6b <sup>1</sup>	7	8
Normalstation	1	Pflegetage	PPR-Minuten <sup>2</sup>	Pflegetage	PPR-Minuten <sup>2</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	nicht relevant	PPR-Minuten <sup>2</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Pflegetage	Pflegetage
Intensivstation	2	1. Gewichtete Intensivstunden	1. Gewichtete Intensivstunden	1. Gewichtete Intensivstunden	1. Gewichtete Intensivstunden	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung <sup>3</sup>	1. Gewichtete Intensivstunden	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Intensivstunden	Intensivstunden
		2. Intensiv- stunden	2. Intensiv- stunden	2. Intensiv- stunden	2. Intensiv- stunden			2. Intensiv- stunden			
Dialyse- abteilung	3	1. Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>	1. Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>	1. Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>	1. Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	nicht relevant	1. Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>	1. Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>
		2. Pflegetage Dialyseleistung	2. Pflegetage Dialyseleistung	2. Pflegetage Dialyseleistung	2. Pflegetage Dialyseleistung			2. Pflegetage Dialyseleistung			
OP-Bereich	4	Schnitt-Naht- Zeit mit GZF und Rüstzeit <sup>5</sup>	nicht relevant	Schnitt-Naht- Zeit/HLM-Zeit mit GZF <sup>6</sup> und Rüstzeit <sup>5</sup>	Schnitt-Naht- Zeit mit Rüstzeit <sup>5</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Schnitt-Naht- Zeit mit Rüstzeit <sup>5</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Schnitt-Naht- Zeit mit Rüstzeit <sup>5</sup>	Schnitt-Naht- Zeit mit Rüstzeit <sup>5</sup>
Anästhesie	5	Anästhesio- logiezeit <sup>7</sup> und GZF <sup>8</sup>	nicht relevant	Anästhesio- logiezeit <sup>7</sup>	Anästhesio- logiezeit <sup>7</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	nicht relevant	Anästhesio- logiezeit <sup>7</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Anästhesio- logiezeit <sup>7</sup>	Anästhesio- logiezeit <sup>7</sup>
Kreißaal	6	1. Aufenthalts- zeit Patientin im Kreißaal	nicht relevant	1. Aufenthalts- zeit Patientin im Kreißaal	1. Aufenthalts- zeit Patientin im Kreißaal	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	nicht relevant	1. Aufenthalts- zeit Patientin im Kreißaal	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Aufenthalts- zeit Patientin im Kreißaal	1. Aufenthalts- zeit Patientin im Kreißaal
		2. Anzahl Geburten		2. Anzahl Geburten	2. Anzahl Geburten			2. Anzahl Geburten		2. Anzahl Geburten	2. Anzahl Geburten
Kardiologische Diagnostik/ Therapie	7	1. Eingriffszeit	nicht relevant	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffszeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit
		2. Punkte it. Leistungs- katalog		2. Punkte it. Leistungs- katalog	2. Punkte it. Leistungs- katalog			2. Punkte it. Leistungs- katalog		2. Punkte it. Leistungs- katalog	2. Punkte it. Leistungs- katalog
Endoskopische Diagnostik/ Therapie	8	1. Eingriffszeit	nicht relevant	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung <sup>3</sup>	1. Eingriffszeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit
		2. Punkte it. Leistungs- katalog		2. Punkte it. Leistungs- katalog	2. Punkte it. Leistungs- katalog			2. Punkte it. Leistungs- katalog		2. Punkte it. Leistungs- katalog	2. Punkte it. Leistungs- katalog
Radiologie	9	Punkte it. Leistungs- katalog	nicht relevant	Punkte it. Leistungs- katalog	Punkte it. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung <sup>3</sup>	Punkte it. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte it. Leistungs- katalog	Punkte it. Leistungs- katalog
Laboratorien	10	Punkte it. Leistungs- katalog	nicht relevant	Punkte it. Leistungs- katalog	Punkte it. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	nicht relevant	Punkte it. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte it. Leistungs- katalog	Punkte it. Leistungs- katalog
Übrige diagnost. und therapeut. Bereiche	11	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung <sup>3</sup>	1. Eingriffszeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit
		2. Punkte it. Leistungs- katalog	2. Punkte it. Leistungs- katalog	2. Punkte it. Leistungs- katalog	2. Punkte it. Leistungs- katalog			2. Punkte it. Leistungs- katalog		2. Punkte it. Leistungs- katalog	
Basiskosten- stelle	12	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant		nicht relevant	nicht relevant		nicht relevant	Pflegetage

# Managementaufgaben - Betriebswirtschaftliche Begriffe

## c. Kostenträgerrechnung

Resultat: Projektion der Kosten der jeweiligen Kostenart und Kostenstelle auf eine DRG

Beispiel: B 70 C Apoplexie ohne andere CC

€	Personalkosten Ärztlicher Dienst	Personalkosten Pflegedienst	Personalkosten MTD/FD	Sachkosten Arzneimittel	Sachkosten Implantate/Transplantate	Sachkosten übriger med. Bedarf	Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nichtmed. Infrastruktur	Summe
Normalstation	281,90	666,32	66,99	91,67	1,15	91,18	93,98	344,80	1.637,99
Intensivstation	70,00	220,97	9,07	29,49	1,42	28,45	17,12	47,94	424,46
Dialysabteilung	0,10	0,52	0,04	0,10	0,00	0,34	0,05	0,22	1,37
OP-Bereich	2,50	0,03	3,01	0,31	0,62	2,27	0,72	0,75	10,21
Anästhesie	2,70	0,06	2,83	0,39	0,00	0,91	0,35	0,44	7,68
Kreißaal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Kardiologische Diagnostik/Therapie	5,70	0,00	7,41	0,76	1,05	4,66	1,51	1,43	22,52
Endoskopische Diagnostik/Therapie	2,80	0,03	2,84	0,14	0,05	1,36	1,03	0,82	9,07
Radiologie	66,90	0,18	95,72	1,85	3,14	56,74	39,46	32,25	296,24
Laboratorien	10,50	0,02	60,51	6,24	0,00	47,57	4,75	15,12	144,71
übrige diagnostische und therapeutische Bereiche	64,20	1,53	132,35	3,53	0,31	12,47	21,25	26,12	261,76
Basiskostenstelle	0,10	0,06	1,39	0,16	0,00	0,16	0,49	490,31	492,67
<b>Summe</b>	<b>507,40</b>	<b>889,72</b>	<b>382,16</b>	<b>134,64</b>	<b>7,74</b>	<b>246,11</b>	<b>180,71</b>	<b>960,20</b>	<b>3.308,68</b>

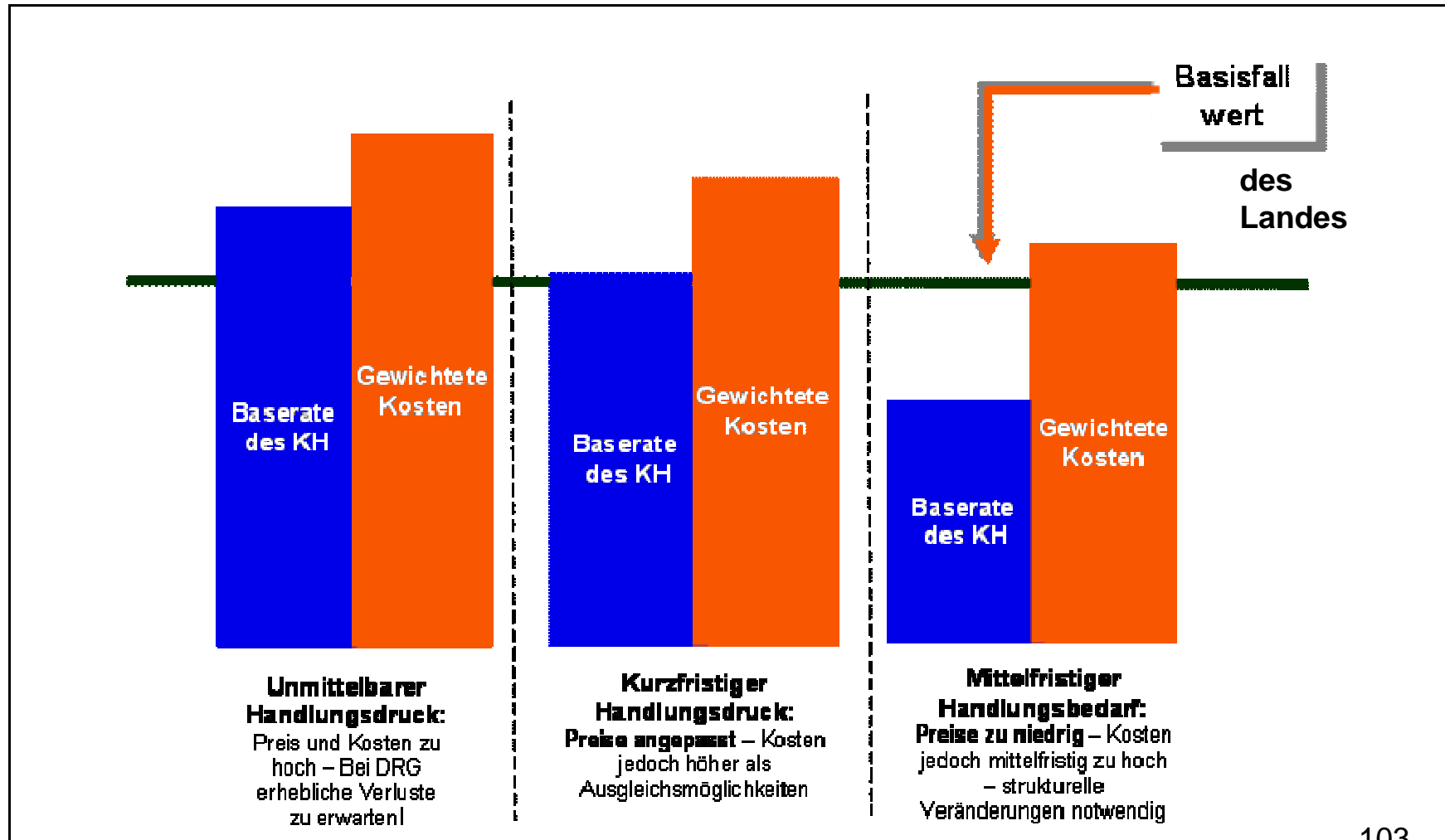
\*Beispiel aus der Kalkulation 2004.

# Managementaufgaben - Benchmarking

## Benchmarking mit DRG-Kosten/Erlösen

Ermittlung der gewichteten Kosten/ Fall

Diese ergeben sich aus den bereinigten Kosten dividiert durch die Summe der Gewichte (Fälle x Kostengewichte pro Einzelfall)



# Managementaufgaben – Kosten und Erlöse optimieren

## Was muss ein KH-Manager tun?

### **Kosten reduzieren**

- Prod. –Kosten (variable K.)
- Fixkosten

und / oder

### **Rel.- Gewichte erhöhen**

- (besser dokumentieren  
oder höherwertige Leistungen anbieten)

**Anteil der Transaktions- und Prozesskosten ist sehr erheblich.**

(Transport, Kommunikation, Warten, Vorbereitung, Nachbereitung,  
Berichten, Dokumentation, Leerphasen) Sie sind stets Teil der direkten Produktionskosten

= Reorganisation der Prozesse

= Reduktion des Ressourceneinsatzes (Einkauf, Personal, - eigentlich alles durchforsten!)

**Anteil der Fixkosten nimmt deutlich zu**

(Verwaltung, Zinsen, Investitionen, Geräte, Bau, Wartung, Instandhaltung, Energie  
Zentrale Dienste usw.)

= Vereinfachung der Strukturen

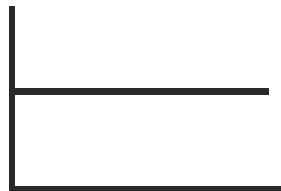
= intelligente Lösungen suchen (s.o.)



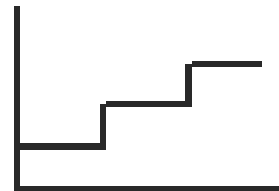
# Managementaufgaben – Kosten minimieren

## Typisierung von Kosten

Fixe Kosten

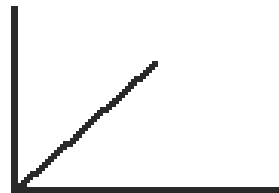


Intervallfixe / Sprungfixe Kosten

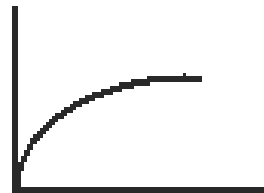


**= Strukturkosten**

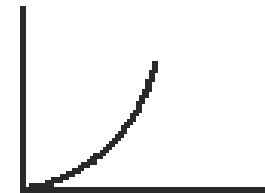
Variable Kosten:



proportionale



degressive



progressive

**= Produktkosten**

## Managementaufgaben – Kosten minimieren

**Ziel eines Unternehmens: möglichst hoher Gewinn**  
**- also mehr produzieren = höhere Erlöse**

Dabei entstehen die **Fragen**:

- a. Welche Kosten verursacht die höhere Produktion?
- b. Lohnt sich die Mehrproduktion?
- c. Weiterführung/ Erweiterung der Produktion oder Aufgabe?
- d. Ist ein Verdrängungswettbewerb gg. die Wettbewerber sinnvoll?

**Beantwortet** werden muss dann:

- a. Wie hoch sind die Kosten für die nächste(n) produzierten Einheiten
- b. Mache ich schon bei der nächsten Einheit Verlust, die ich mehr produziere
- c. Wie groß ist die Produktionsmenge mit dem höchsten Gewinn?

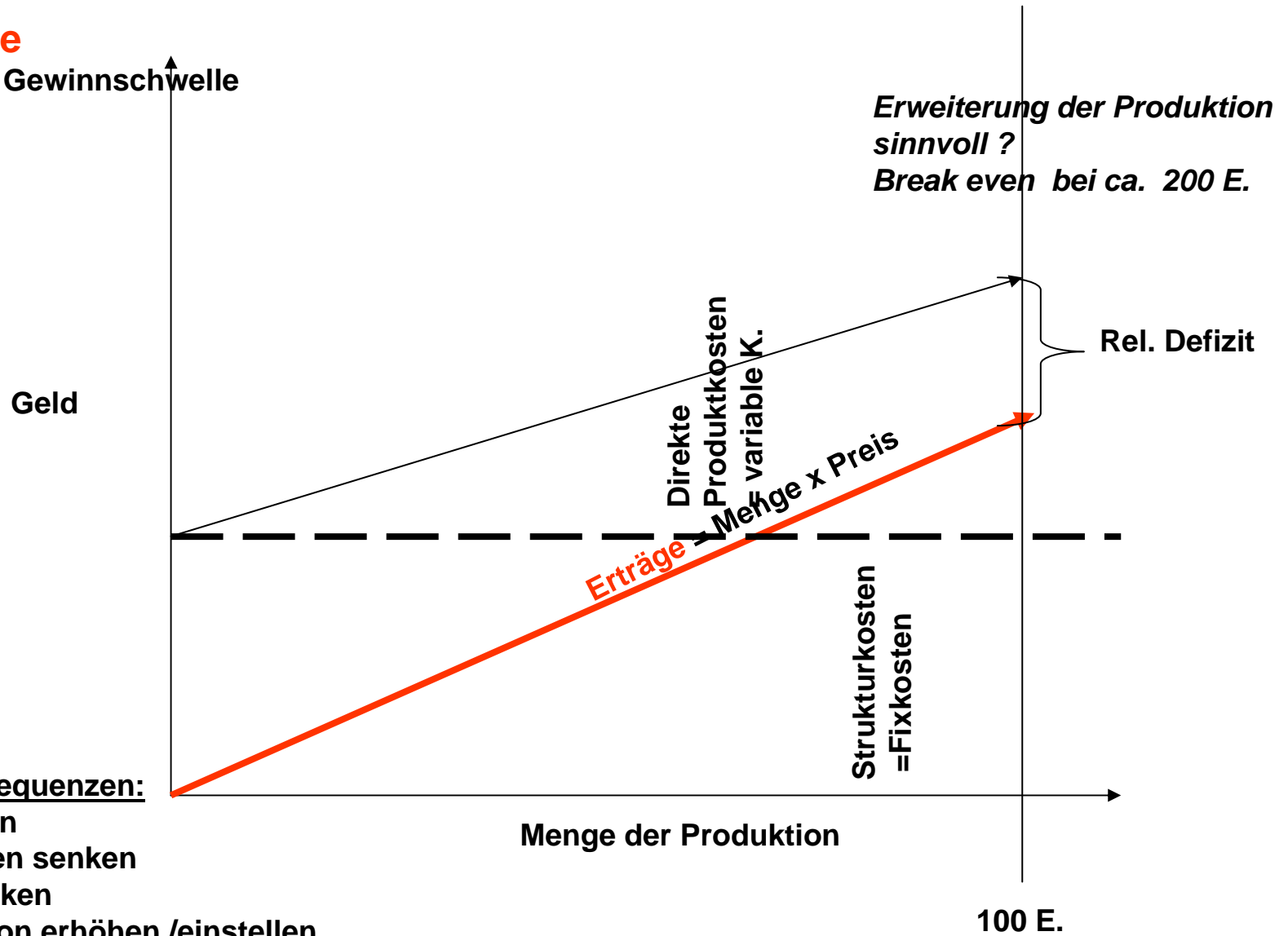
Dann interessieren nicht mehr die Vollkosten sondern die Grenzkosten

**Grenzkosten = die zusätzlichen Kosten der nächsten produzierten Einheit**

# Managementaufgaben – Kosten minimieren

## Kosten – Erlöse

Beschreibung der Gewinnschwelle



### Mögliche Konsequenzen:

- Preise erhöhen
- variable Kosten senken
- Fixkosten senken
- oder Produktion erhöhen /einstellen

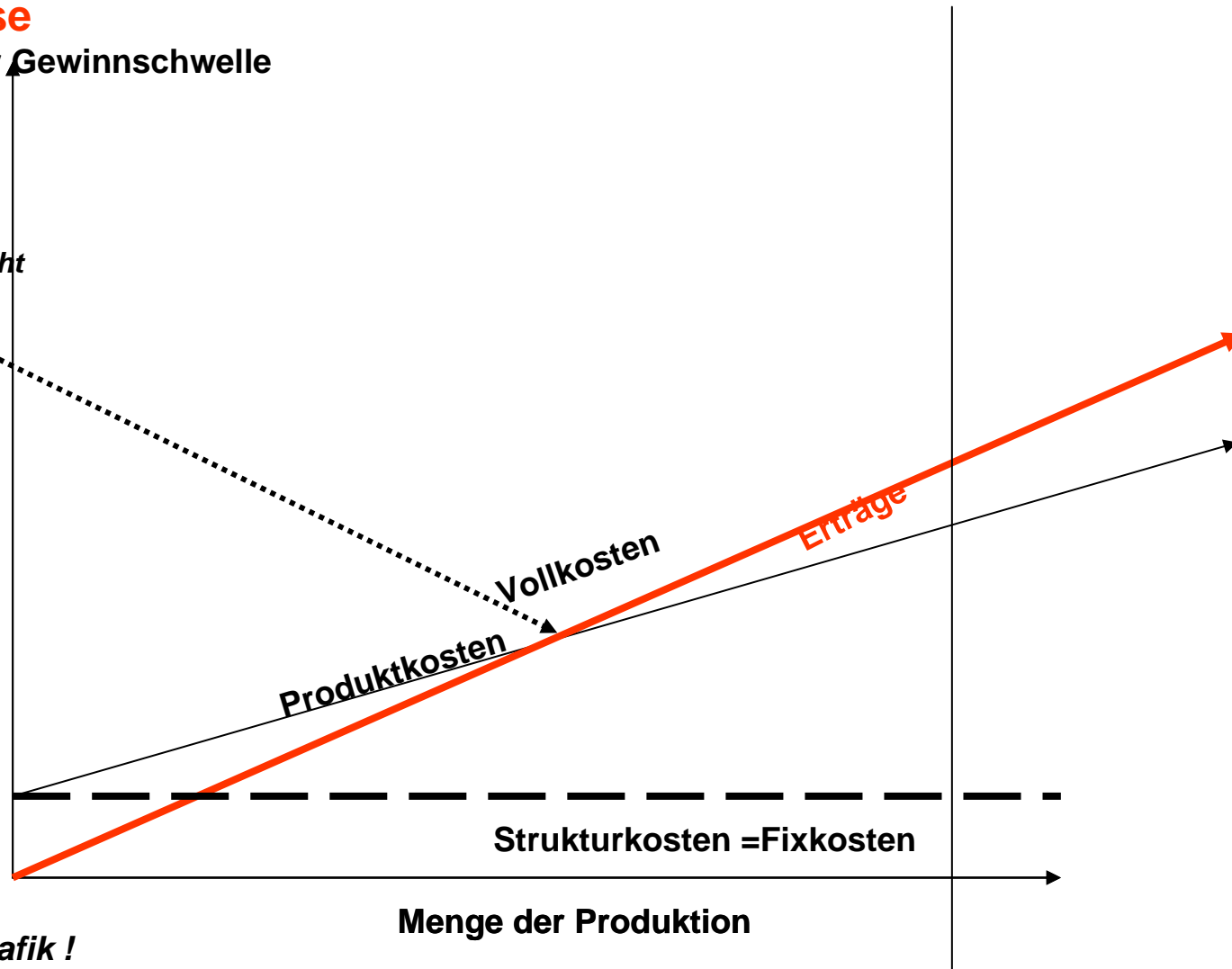
# Managementaufgaben – Kosten minimieren

## Kosten – Erlöse

Beschreibung der Gewinnschwelle

Break even  
bei ca. 60 E. erreicht

Geld



Menge der Produktion

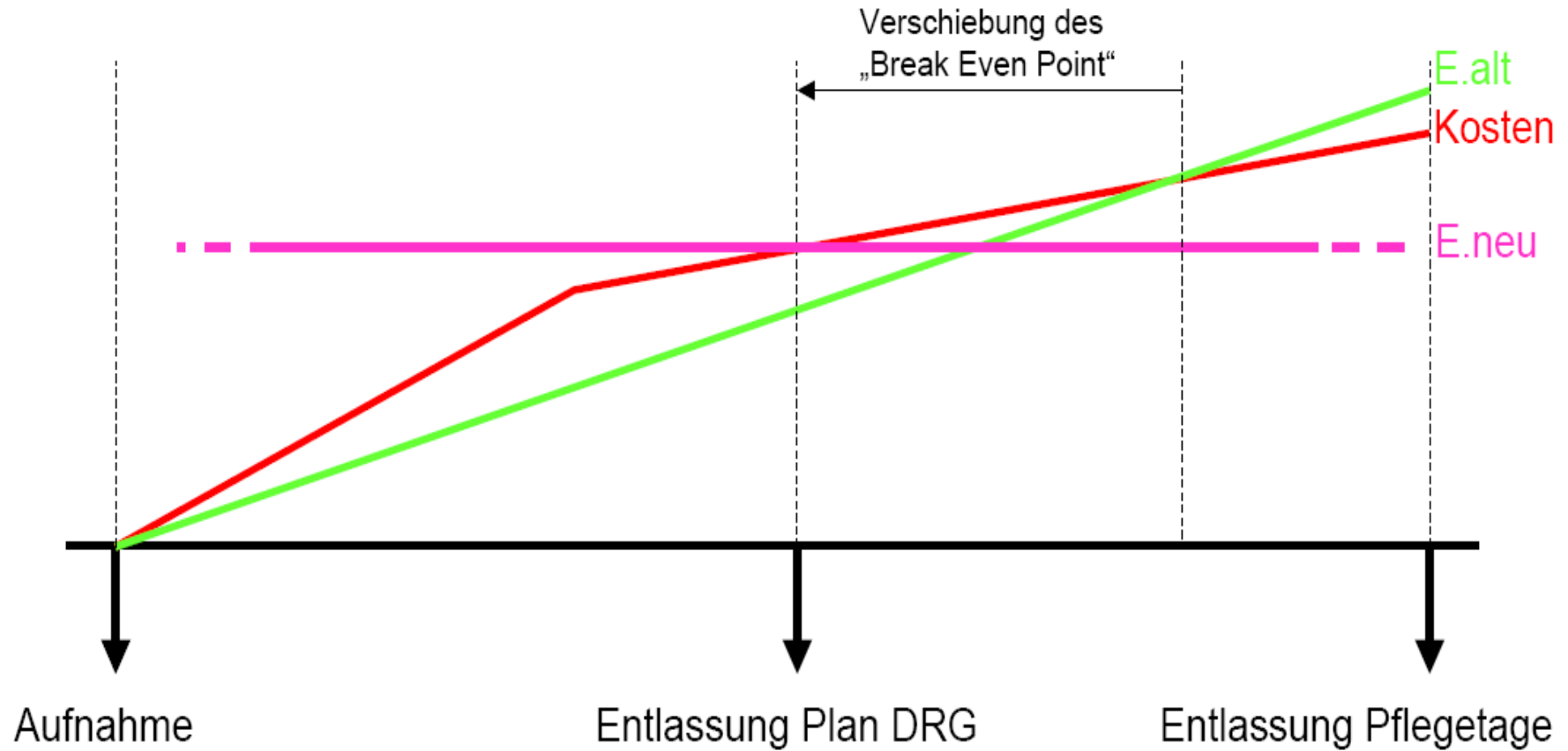
100 E.

*Idealisierte Grafik !  
Erlöse entwickeln sich nicht linear!  
Kosten entwickeln sich nicht linear!*

# Managementaufgaben – Kosten minimieren

## Kosten – Erlöse

Beschreibung der Gewinnschwelle unter DRG-Bedingungen



### Was haben wir gelernt? – Was war die Botschaft?

1. Das Krankenhaus als Organisation ist in seiner Existenz erheblich gefährdet!
2. Die Umwelt des Krankenhauses ist labil, dynamisch, z.T. feindlich
3. Die Produkte des Krankenhauses sind komplex
4. Das Krankenhaus ist eine Profi- Organisation
5. Das Krankenhaus ist unscharf strukturiert:  
Matrix- und Linienorganisation sind verflochten
6. Das Krankenhaus ist mit der vorgegebenen Org.-Strukturen schwer zu steuern
7. Es bedarf einer angemessenen Org.-Struktur
8. Das Krankenhaus besitzt viele Potenziale für eine ausgeprägte Org.-Kultur!  
Diese sollten genutzt werden
9. In einer Expertenorganisation gibt es viele Ansatzpunkte für Motivation!  
Diese sollten genutzt werden!
10. Veränderungsstrategien in der Org. Krankenhaus sind nötig  
Werden sie auch zielgerecht angegangen?
11. Das Krankenhaus benötigt ein professionelles Management!
12. KH-Management muss eine Vision und eine Strategie entwickeln.
13. Das operative Management muss Erlöse und Kosten optimieren  
Dies gelingt i.d.R. nur vor Ort in den operativen Einheiten und in  
Zusammenarbeit mit den Experten!

## **Was haben wir gelernt? – Was war die Botschaft?**

### **Konkrete Handlungsfelder für das Management**

- 1. Leistungsplanung - Do we the right things?**
- 2. Kostenplanung - Do we the things right?**
- 3. Erlösplanung – Dokumentation durch die richtigen Leute**
- 4. Controlling von Wirtschaftlichkeit und Qualität**
- 5. Prozessplanung**
- 6. Leitung und Steuerung - Strukturen**
- 7. Projektplanung (neue Produkte, Verbesserung der alten Produkte  
Optimierung der Prozesse)**
- 8. Personalplanung und –entwicklung**
- 9. Entwicklung der Beziehungen zu den „Kunden“  
und „Vertrieb“ der Produkte**
- 10. „Corporate Identity“**

# Was haben wir gelernt? – Was war die Botschaft?

## Einige Empfehlungen für das Management (n. Heimerl-Wagner)

1. Orientiere die Organisation an den Bedürfnissen der Umwelt  
(Zentral-dezentral, Linie-Matrix, teilautonome Bereiche, Kundenorientierung, Spartenorganisation)
2. Richte die Organisation an den Kernprozessen aus!  
(Prozessorientierung, Berücksichtigung sektorenübergreifender Prozesse, Interne Kundenorientierung, schlanke Prozesse und Entscheidungswege – der Komplexität angemessene Leitungsspannen, Messung von Effekten und Effizienz möglichst nur von ganzen Prozessen)
3. Vermeide funktionale Arbeitsteilung  
(unterstütze die Qualifizierung der Mitarbeiter, damit sie ganzheitliche Prozesse bearbeiten können)
4. Strebe nach kontinuierlicher Verbesserung  
(Visionen, Ziele, Vereinbarungen, Maßnahmenkataloge, Klärung von Verantwortlichkeiten u. Terminen, QM-Systeme, Messung von Effektivität und Effizienz, Transparenz, Verbindlichkeit, lernende Org.)
5. Definiere die Verantwortung dort, wo die Entscheidungen getroffen werden.  
(Verantwortung nur für beeinflussbare Parameter - aber dann umfassend!)
6. Organisiere Transparenz und promptes Feedback  
(keine geheimen Absichten und Pläne – sie kommen doch ans Licht, plane Veränderungen- aber konsequent)
7. Schaffe konstruktiven Umgang mit Fehlern und Misserfolgen!
8. Unterstütze die Gruppen- und Teamarbeit (s.o.)  
(Qualifizierung von Gruppenleitern, Moderation, Supervision, Entwicklung einer C.I., Ziel: Selbststeuerung)
9. Unterstütze die interdisziplinäre Zusammenarbeit
10. Spreche mit den Gruppen und Individuen  
(Institutionalisierte, regelmäßige und offene Diskussion)