

Held, Bärbel; Held, Claus-Peter

Working Paper

DIAKONIE und DRG's: Antagonistisch oder vereinbar?

Weidener Diskussionspapiere, No. 19

Provided in Cooperation with:

University of Applied Sciences Amberg-Weiden (OTH)

Suggested Citation: Held, Bärbel; Held, Claus-Peter (2009) : DIAKONIE und DRG's: Antagonistisch oder vereinbar?, Weidener Diskussionspapiere, No. 19, ISBN 978-3-937804-21-7, Hochschule für angewandte Wissenschaften Amberg-Weiden (HAW), Weiden i.d.OPf.

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/56455>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

A large, solid orange circle on the left side of the page, partially cut off by the edge.

HAW

im Dialog

Weidener Diskussionspapiere

**DIAKONIE und DRG´s -
antagonistisch oder vereinbar?**

**Bärbel Held
Claus-Peter Held**

**Diskussionspapier No. 19
September 2009**

DIAKONIE und DRG's -antagonistisch oder vereinbar?

Bärbel Held, Claus-Peter Held

Hochschule für angewandte Wissenschaften
Amberg-Weiden
Hetzenrichter Weg 15
92637 Weiden
email: b.held@haw-aw.de

email: ClausPeterHeld@google.com

September 2009

Abstract:

Im Reformprozess der evangelischen Kirche in Deutschland sind zwölf Handlungsfelder (Leuchttfeuer) herausgearbeitet worden, die diesen maßgeblich beeinflussen. Das achte Handlungsfeld ist die Diakonie und besitzt für die Kirche eine herausgehobene Bedeutung. Dies trifft auch auf die katholischen Einrichtungen zu. Die Einbindung der karitativen Arbeit in die Gestaltung des Sozialstaates macht diakonisches und karitatives Handeln von politischen Entscheidungen abhängig. Kirchliche Krankenhäuser müssen heute genauso im Wettbewerb des Gesundheitsmarktes bestehen wie staatlich geführte oder private Krankenhäuser. Ist dies unter den Bedingungen des Target Costings, wie sie die DRG's darstellen ein antagonistischer Widerspruch oder vereinbar? Diese Problematik soll mit der Entwicklung eines geeigneten Performance-Managementmodells unter theoretischer Bezugnahme auf das Stakeholder-Ansatz-Konzept, eingebettet in die Systemtheorie, untersucht werden.

In the reform process of the protestant church in Germany twelve action fields are very important. One of this is the Diaconie. The integration of this kind of work into the organization of the welfare state makes charity work acting dependent on political decisions. Hospitals run by the Protestant and Catholic Church have to exist in the competition of the health market. Is it an antagonistic contradiction or compatible under the conditions of target costing, represented by the DRG's? This problem will be examined. A suitable performance management model will be developed. The study is embedded into the system theory and the theory of the stakeholder concept.

Nomenklatur: I12; I19; I32; Z12

Schlüsselwörter: Stakeholder-Ansatz, Managementmodell, Krankenhaus, Diakonie, Caritas, DGR, Performance Management

Inhaltsverzeichnis

1. PROBLEMSTELLUNG.....	2
2. SYSTEMTHEORIE ALS METHODISCHER BEZUGSRAHMEN.....	3
3. DAS KIRCHLICHE KRANKENHAUS ALS UNTERSUCHUNGSOBJEKT ..	11
4. STAKEHOLDERORIENTIERTES PERFORMANCE MEASUREMENT MODELL ALS LÖSUNGSANSATZ	18
5. ZUSAMMENFASSUNG	29

Literaturverzeichnis

1. Problemstellung

Die Arbeit der diakonischen und karitativen Einrichtungen besitzt für die evangelische wie auch für die katholische Kirche eine herausgehobene Bedeutung. In ihr kommt nicht nur z.B. die untrennbare Verbindung der Predigt des Evangeliums mit der christlichen Liebestätigkeit zum Ausdruck, sondern auch der Auftrag der Kirche, für Gerechtigkeit in der eigenen Gesellschaft wie in den weltweiten Beziehungen einzutreten. Mehr als 400.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind allein im diakonischen Umfeld beschäftigt. Die Einbindung der Diakonie in die Gestaltung des Sozialstaates macht diakonisches Handeln von politischen und damit auch wirtschaftlichen Entscheidungen abhängig. Auf Grund des Subsidiaritätsprinzips übernimmt die Diakonie soziale Aufgaben für die Allgemeinheit und handelt dabei als ein Anbieter unter anderen. Zugleich muss es ihr aber darum gehen, bestimmte geistlich geprägte Angebote zu entwickeln und in der inhaltlichen Ausrichtung unverwechselbar zu sein. Allerdings wird die Wahrnehmung diakonischer Anwaltschaft durch Entwicklungen in der Diakonie selbst gefährdet. Die Unternehmensorientierung, die aus nachvollziehbaren Gründen in der Diakonie Einzug gehalten hat, kann deren Bestimmung schwächen. Um im Wettbewerb der Leistungsanbieter mithalten zu können, ist die Diakonie auf betriebswirtschaftlichen Erfolg und wachsende ausfinanzierte Leistungen angewiesen. Damit verbindet sich die Gefahr, dass vorrangig Handlungsfelder gewählt werden, die auf Grund der zu erzielenden Kostensätze ausreichend finanziert sind. Daraus entsteht eine klare Spannungssituation. Übertragen auf das diakonische Krankenhaus bedeutet dies, wie kann unter den Bedingungen der Diagnosis Related Groups (DRG)-Finanzierung der diakonische Auftrag wahrgenommen werden, erst recht im Kontext zur Reformdiskussion der Kirche? Unter welchen Handlungs- bzw. Leistungsprämissen sollte das diakonische Krankenhaus gesteuert werden? Sind Caritas und Diakonie mit Ökonomie im Krankenhaus miteinander vereinbar?

Um diese Fragen zu klären wird zunächst das Untersuchungsobjekt kirchliches Krankenhaus vorgestellt. Auf der methodischen Basis der Systemtheorie wird die Systemstruktur der Krankenhäuser als Entscheidungsprämisse (Luhmann, N., 1971) in ihren Bestandteilen Programm, Organisation, Personal, herausgearbeitet. Das diakonische Krankenhaus als offenes System wird durch äußere und innere Rahmenbedingungen, speziell in den Erwartungen und Beiträgen ihrer Stakeholder beeinflusst. Die Erwartungen

und Beiträge der einzelnen Stakeholder im diakonischen Krankenhaus werden klassifiziert nach ihrem jeweiligen Wirkungsgrad zur Handlungsmaxime und in Kennzahlen und Indikatoren operationalisiert. Zurückgegriffen wird hierbei auf den normativen Managementansatz von Rüegg-Stürm (2003).

Auf Basis von Expertenbefragungen wird ein Managementsystem zur Performancesteuerung herausgearbeitet und in der Systematik nach Kaplan/ Norton (1997) dargestellt.

2. Systemtheorie als methodischer Bezugsrahmen

Die karitativen Werke der beiden christlichen Kirchen, der Caritas und der Diakonie, sind heute auf dem Weg zu marktfähigen Sozialunternehmen. Beide sind auf Grund der veränderten Rahmenbedingungen den Gesetzen des Gesundheitsmarktes unterworfen. Infolgedessen diktiert ökonomische Notwendigkeiten (DRG's) deren Ausrichtung und Ausgestaltung. Gleichzeitig müssen beide aber auch ihren kirchlichen Auftrag erfüllen. Wie können theologisches Wollen und ökonomisches Sollen zusammengebracht werden? Um diese Frage zu klären ist es hilfreich, im ersten Schritt das Spannungsverhältnis beider Disziplinen zu beschreiben. Hierzu ist eine Differenzierung in deren Struktur hilfreich.

Luhmann definiert die Strukturen eines Systems als Entscheidungsprämissen.¹ All zu oft verengt sich die Betrachtung, wenn man von Struktur spricht, auf das Recht oder auf die formale Organisation. Im Folgenden wird mit dem diakonischen bzw. karitativen Krankenhaus ein System sozialen Handelns gemeint, das sich von andersartigen Organisationen dadurch unterscheidet, dass es nach Maßgabe von Plänen und Programmen Entscheidungen herstellt, die den Empfänger bindet.² Legitimation für bindende Entscheidungen hat hier nur die Kirche. Die **Strukturen**, die solche Entscheidungsprozesse steuern, fungieren damit als **Entscheidungsvoraussetzungen**. Das Entscheidungssystem der Kirche folgt besonderen **Entscheidungsprämissen** und unterscheidet sich dadurch von seiner gesellschaftlichen Umwelt. Die Unterscheidung von der Umwelt bezieht sich nach Luhmann auf folgende Arten der Voraussetzungen:

- auf die **Programme**, als Bedingung der Richtigkeit von Entscheidungen,
- auf die **Organisation**, als die Struktur kommunikativer Beziehungen im System und
- auf das **Personal**.

¹ Vgl.: Luhmann, N. (1971), S. 6.

² Vgl.: Luhmann, N. (1971), S. 67, 182.

Diese Prämissen sind hochgradig interdependent, da sie sich alle auf dasselbe System und damit auf denselben Entscheidungsprozess beziehen.

Bevor auf die Strukturen im Einzelnen eingegangen wird, soll das Verhältnis von Theologie/ Diakonie und Handlungsausführung betrachtet werden, da die Theologie als Prämisse für die Handlungsausführung angesehen werden kann, aus der sich zum einen ebenfalls Besonderheiten in Abgrenzung zu anderen Organisationen ergeben und zum anderen die Programme von dem Verhältnis Theologie und Ausführung bestimmt werden,³ denn die diakonische Handlung ist in diesem Betrachtungskontext nicht aus sich selbst heraus bestandsfähig. Dies gilt demnach auch für die kirchlichen Krankenhäuser. Luhmann hat zwei verschiedene Modelle hin auf ihr Potenzial an **Leistungssteigerung** untersucht. Er stellte dem Modell des Konditionalprogramms das des Zweckprogramms gegenüber und hat festgestellt, dass beide Modelle nur dann ihre Effektivität steigern können, wenn sie zu planmäßigen, strukturierten Entscheidungsprozessen übergehen.⁴ Das bedeutet den Übergang zur Planung als dem Prozess des Festlegens von Entscheidungsvoraussetzungen für künftige Entscheidungen. Planung im Sinne dieser Untersuchung bedeutet hier: Festlegung eines Zieles, der Strategie und damit die Festlegung aller zur Zielerreichung notwendigen Maßnahmen, Ressourcen, Zeiten, notwendige Qualitäten zur Zielerreichung aus dem Blickwinkel aller Stakeholder, des im Innern ablaufenden Prozesses und der Erhaltung der langfristigen Innovationskraft der jeweiligen Organisation.

Luhmann hat die Möglichkeiten der Effizienzsteigerung beider Modelle im Einzelnen analysiert. In Anlehnung an diese Auswertung kann festgehalten werden, dass die kirchlichen Krankenhäuser bisher überwiegend von **Konditionalprogrammen**, wie sie typisch der Rechtsnorm zu Grunde liegen, als eine der Entscheidungsvoraussetzungen tangiert ist. Dem Konditionalprogramm liegt eine hierarchische Ordnung zu Grunde. Deshalb kann theoretisch eine Leistungssteigerung nur mittels einer Ausweitung dieser konditionalen Programmierung erreicht werden. Konditionale Programmierung ist Entscheidung über Entscheidungen, die die Kirche fällt, denn diese vorgegebenen Programme dienen den untergeordneten Stellen als Entscheidungsprämisse. Die Entscheidung ist bereits in einer Rechtsnorm, einer Vorschrift, einer Regel enthalten und braucht nur noch nachvollzogen zu werden. Der vertikale Informationsfluss wird somit

³ Vgl.: in Adaption an Ausführungen von Bastian, M., Brücher, H., Hinze, M. (1998), S. 7f.

⁴ Vgl.: Luhmann, N. (1971).

drastisch entlastet, und jeder, der über die entscheidungsauslösende Information verfügen kann, vermag dann die Entscheidung zuverlässig, nachprüfbar und nachvollziehbar herbeizuführen. Die Vorgesetzten werden von unnötigen Kommunikationslasten befreit, es entwickelt sich ein selbständiger aber programmierter, horizontaler Außen- und Innenverkehr untergeordneter Stellen, in denen die Vorgesetzten nur noch in der Form der Planung oder Störungsbeseitigung von Zeit zu Zeit eingreifen müssen. Mit diesem Strukturelement Programme in Form der Konditionalprogramme hat der wichtigste Aspekt für die Herausbildung einer typischen Kirchenkultur seinen Ursprung. Hiernach richtet sich die Organisation und hiernach richtet sich das Verhalten des Personals, das Anreizsystem extrinsischer und intrinsischer Art.

Das Gegenstück zum Konditionalprogramm ist das **Zweckprogramm** im Sinne der Optimierung oder auch Wirtschaftlichkeit des Entscheidens. Gemeint ist damit die denkbar günstigste Relation zwischen Aufwand und Ertrag.⁵ Bekannt ist dies als das Wirtschaftlichkeitsprinzip. In dieser Forderung selber steckt das Postulat in der Einseitigkeit des Wertgesichtspunktes, der den Zweck rechtfertigt.

Die Kirche gibt den Zweck vor und das Krankenhaus wird daran gemessen, ob es diesen Zweck in der günstigsten Relation erfüllt. Das Optimierungsprinzip läuft hinaus auf eine prinzipiell unendliche Berücksichtigung der Wertkomplexität. Es gibt noch keine Konstruktion eines praktikablen Entscheidungsmodells. Die Betriebswirtschaftslehre kennt auf der Basis der Geldrechnung eine Reihe von gelungenen Kalkülmodellen, wie man sie in der Privatwirtschaft verwendet. Die betriebswirtschaftliche Unternehmensplanung arbeitet ihrem theoretischen Anspruch nach unter der Bedingung, dass alle Teiloptima sich zu einem Gesamtoptimum zusammenfügen lassen müssen. Die kirchlichen Krankenhäuser sehen sich demnach im Spannungsverhältnis zwischen Konditionalprogramm und Zweckprogramm, vorgegeben durch gesetzliche Bestimmungen über das Entgeltsystem, das Qualitätsmanagement der Krankenhausversorgung. Weiteres Unterscheidungsmerkmal und gleichzeitig Spannungsverhältnis ist demnach, dass das Ziel, die Motivation des Unternehmens und die gesellschaftliche Relevanz gegenüber dem Bürger mit dem der Kirche nicht vergleichbar sind.⁶ Zum einen haben wir den Bereich der privaten Güter und Dienstleistungen mit dem Kerninstrument des Marktes zum Ausgleich von Angebot und Nachfrage, mit den Instrumenten Preis und

⁵ Vgl.: Luhmann, N. (1971), S. 71.

⁶ Vgl.: Homburg, G., Reiner mann, H., Lüder, K. (1997), S. 48f.

Wettbewerb, mit Unternehmen, die sich aus Eigeninteresse mittels Management und Leistung um Kostenreduzierung bemühen, zum anderen den Bereich der Kirchlichen Güter und Dienstleistungen, mit weitgehend eigenfinanzierten kirchlichen Haushalten als Instrument des Ausgleichs von Angebot und vermuteter Nachfrage, mit gewählten Gremien, die über solche Vermutungen entscheiden und mit einem starken Interesse der Kirchenmitglieder an Rechtmäßigkeit. Mit dem Nachahmungsbestreben systemfremder Modelle ist es noch keineswegs getan, denn mit dem Nachahmen und Betreiben dieser Modelle sind ja die „genetischen“ Vorbedingungen für deren Ergebnisumsetzung keineswegs schon geschaffen.⁷

Zusammenfassend lässt sich der Unterschied der Programme und davon abhängigen Organisation in dem System wie folgt darstellen:

Diakonie/ Caritas	Ökonomie
Konditionalprogramm	Zweckprogramm
Sozialethik	Wirtschaftsprinzip/ Wirtschafts- und Wettbewerbsordnung
Managementtheologie/ Nachhaltigkeit	Wirtschaftsmanagement/ ggf. Nachhaltigkeit
Diakonie/Charitas (Verbände, Unternehmen)	Staaten/ Wirtschaftszonen/ Unternehmen/ Verbände

Abbildung 1: Unterscheidungsmerkmale⁸

Auf der Ebenen Personal lässt sich der Diskurs zwischen Theologie und Ökonomie auf der Ebene des Individuums darstellen. Hier wirkt entscheidend, welche Werte, welche Spiritualität den einzelnen Menschen in seinen Handlungen leitet. Dies gilt in jeder Rolle, die der einzelne Mensch in der Arbeitswelt einnimmt, ob als Arbeitnehmer oder Arbeitgeber, Kollege oder Führungskraft.

Besondere Merkmale des Systems Unternehmung hingegen sind folgende⁹:

- es sind wirtschaftliche Systeme, d.h. die Erträge müssen langfristig die Aufwendungen abdecken, Liquidität ist rechtliches Erfordernis
- sie sind zweckorientiert (Zweckprogramm) und multifunktional, d.h., sie müssen Nutzen stiften durch eigene spezifische Wertschöpfung und damit Funktionen für verschiedene Anspruchsgruppen (Stakeholder) gleichzeitig ausüben

⁷ Vgl.: Homburg, G., Reiner mann, H., Lüder, K. (1997), S. 48f.

⁸ eigene Darstellung

⁹ Vgl.: in Anlehnung an Ulrich, P./ Fluri (1995), S. 31

- sie sind soziotechnische Systeme, die Personen in ihnen erfüllen in einem durch technische Hilfsmittel unterstützen hochkomplexen arbeitsteiligen Prozess bestimmte Aufgaben für diese Anspruchsgruppen.
- Unternehmen stehen im ökonomischen Wettbewerb mit anderen Unternehmen, diesen können sie nur gewinnen, wenn es ihnen gelingt, langfristig strategische Wettbewerbsvorteile zu generieren.

Hier greift nun die Frage, mit welchem Managementmodell dieser Spagat der kirchlichen Krankenhäuser, karitative Dienste zum einen und ökonomische Prämissen zum anderen zu leisten, lösbar ist. Ein Managementmodell soll hier verstanden werden als ein konditionales Denkmodell, das der Führung des kirchlichen Krankenhauses die Anpassung des Leistungserstellungsprozesses an die sich ständig verändernden Rahmenbedingungen zum einen und dem Spagat zwischen Theologie und Ökonomie zum anderen erleichtert. Herausgearbeitet wurde bereits, dass dieses Modell auf systemorientierten Grundverständnis fußen sollte. Welche Managementansätze gibt es in den unterschiedlichen Systemen. Im privatwirtschaftlichen Umfeld wirkt im Allgemeinen das Managementmodell auf drei Handlungsebenen, der normativen, der strategischen und der operativen Ebene.

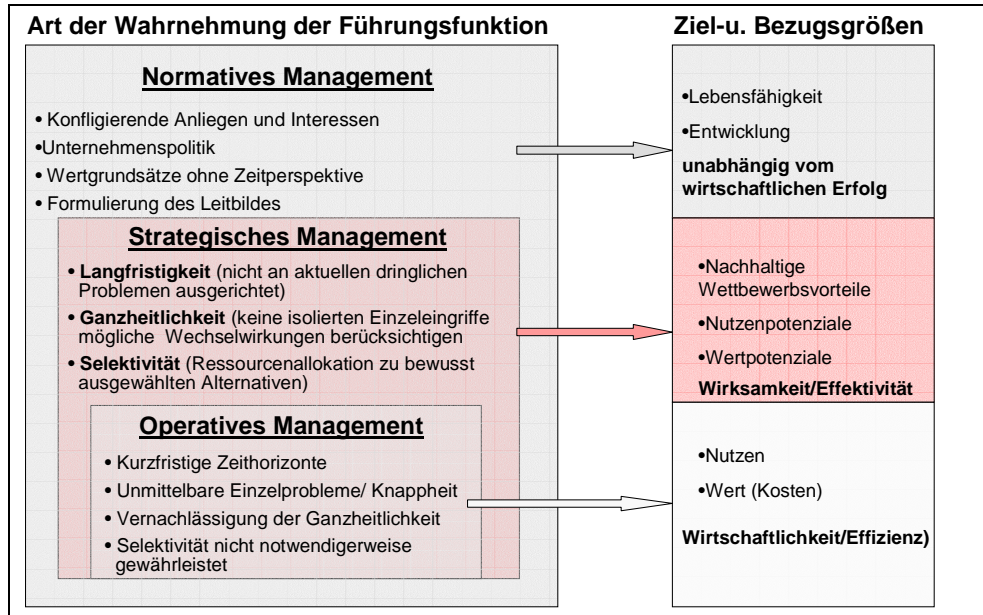


Abbildung 2: Handlungsfelder im Management ¹⁰

¹⁰ Vgl.: in Anlehnung an Ulrich, P. / Fluri, 1995, S. 19

Das hier verwendete Managementmodell lehnt sich stark an die dritte Modellgeneration von St. Gallen, das so genannte neue St. Galler Management-Modell¹¹ an. Es bezieht sich jedoch stark auf den spezifischen Kontext diakonischer/ karitativer Unternehmen.

Das Modell ist im Allgemeinen in sechs zentrale Begriffskategorien zu betrachten, die nicht im Einzelnen näher erläutert werden. Hierzu wird verwiesen auf Rüegg-Stürm (2002/2004):

- Umweltsphäre
- Anspruchsgruppen
- Interaktionsthemen
- Ordnungsmomente
- Prozesse
- Entwicklungsmodi.

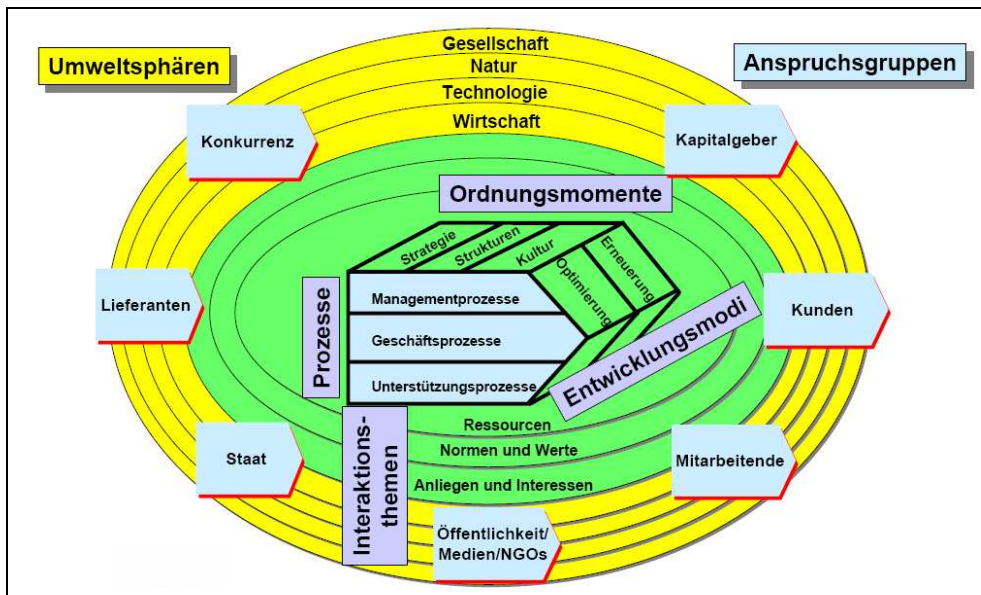


Abbildung 3: Die Grundkategorien des Neuen St. Galler Managementmodells¹²

Rüegg-Stürm hat dieses Modell entwickelt¹³ hin zum normativ-kritischen, ethischen Anspruchsgruppenkonzept. Nicht verschwiegen werden soll, dass dieses Konzept in der Wissenschaft kritisch hinterfragt wird. Dieses Konzept wird beispielsweise von P. Ulrich (2004) basierend auf P. Ulrich (1998) konkretisiert. Dabei wird der Markt der Moral untergeordnet. Ulrich verlangt von Unternehmen, die ethisch legitimen Ansprüche aller Menschen, unabhängig von deren Machtpotenzialen gegenüber dem Unternehmen zu

¹¹ Vgl.: Rüegg-Stürm (2003)

¹² Vgl.: Rüegg-Stürm (2004), 2. Folie

¹³ Vgl.: Rüegg-Stürm (2003), S. 29ff

erfüllen. Die ethische Legitimation wird dabei im Sinne einer Diskursethik bestimmt. Das bedeutet, dass sich Unternehmen ausschließlich an Wertschöpfungszielen orientieren, die darauf gerichtet sind, echte Beiträge zur gesellschaftlichen Lebensqualität zu erbringen, meint sämtliche Werte und Schäden, die Anspruchsgruppen zugefügt werden, zu berücksichtigen.

Rüegg-Stürm hingegen formuliert, dass sich die Strategien daran orientieren sollen

- welche Anspruchsgruppen relevant sind
- welche Anliegen befriedigt werden
- welche Wertschöpfungstiefe daher anzustreben sei bzw. welche Kooperationen eingegangen werden und
- welche Kernkompetenzen im Unternehmen aufgebaut werden.

Die Strategien haben sich primär an die ökonomische Marktlogik zu orientieren. Nicht diejenigen Gruppen sind relevant, die ethisch legitime Ansprüche stellen, sondern ausschließlich diejenigen, die von Absatz- und Beschaffungsseite sowie dem Kapital- und Arbeitsmarkt her strategisch-funktional relevant sind.¹⁴ Ulrich hingegen schlussfolgert, dass ethisch anspruchsvolle Unternehmensziele, die das normative Management festlegt nicht erreicht werden können, wenn das strategische Management lediglich marktliche Erfolgspotenziale schafft, meint alle Voraussetzungen für die Erreichung marktlicher, funktional-strategisch ausgerichteter Ziele.¹⁵

Gänzlich außer Acht gelassen wird nach Erachten der Autoren in beiden Modellansätzen die Gewinnverwendung, das heißt letztlich das Ziel der Unternehmensaktivität. Beide, Rüegg-Stürm als auch Ulrich definieren dies mit Nachhaltigkeit oder Langfristigkeit. Dies erscheint aus ethischen Überlegungen heraus nicht ausreichend. Bezogen auf kirchliche Krankenhäuser bedeutete dieser Ansatz lediglich ein nachhaltiges Betreiben dieser Krankenhäuser. Warum muss dies, warum sollte dies aber in kirchlicher Trägerschaft geschehen? Nach Meinung der Autoren könnte das besondere Profil kirchlicher Krankenhäuser darin bestehen, die erwirtschafteten Gewinne der Diakonie, dem Caritas für kirchliche Aufgaben zur Verfügung zu stellen, nach Abzug der Rücklagen für die nachhaltige Existenzsicherung des kirchlichen Krankenhauses. Im Kontext dieser Überlegungen kann das St. Galler-Managementmodell herangezogen, weil es ein Modell ist, das nicht für kirchliche oder gemeinnützige Unternehmen entwickelt wurde. Vielmehr

¹⁴ Vgl.: Rüegg-Stürm (2003); 35ff

¹⁵ Vgl.: Ulrich, P. (2004), S. 27ff

ist es ein Modell, welches ganz allgemein die Gestaltung von Unternehmen, die nicht nur ökonomische Ziele verfolgen, in einem komplexen Zusammenhang stellt und das daraus erwachsende dynamische Zusammenspiel erfasst. Dabei misst es aber der Frage nach dem Sinn und den Werten einer Unternehmung besondere ja fundamentale Bedeutung zu. Dieses Modell muss nicht für jede Branche neu entwickelt werden sondern nur im jeweiligen Kontext integriert werden. Das heißt, die Gesamtsystematik und die grundlegenden Begriffskategorien werden beibehalten und dann in den Kontext der Diakonie bzw. Caritas übertragen.¹⁶

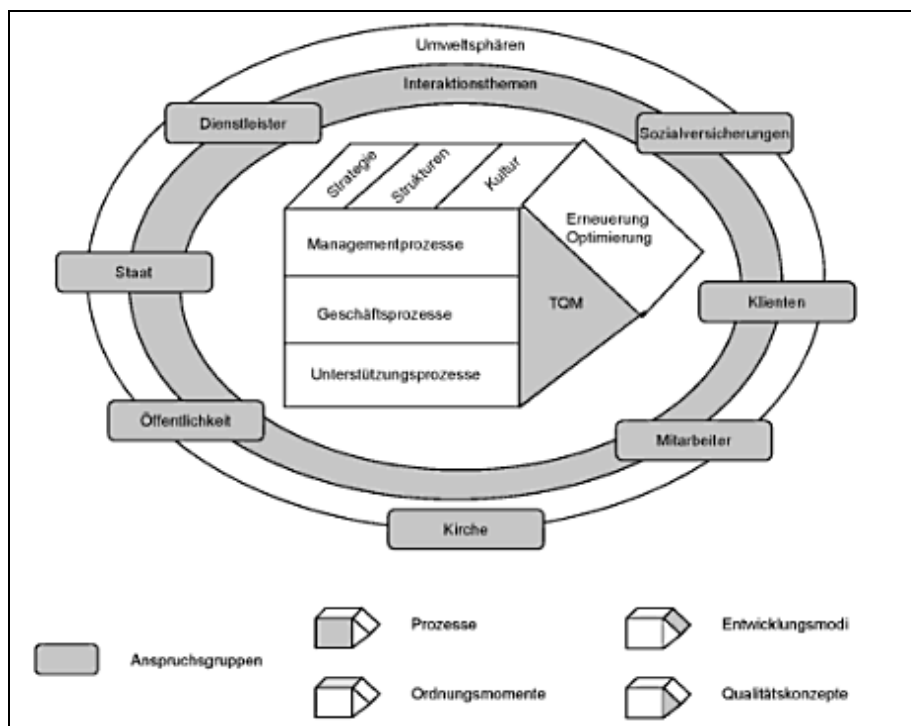


Abbildung 4: Managementmodell für Unternehmen der Caritas und Diakonie¹⁷

Neben den Umweltspähren beeinflussen die Anspruchsgruppen die Unternehmensentwicklung. Die Anspruchsgruppen im diakonischen/ karitativen Umfeld sind Menschen, Organisationen und Institutionen, die einen direkten oder indirekten Beitrag innerhalb der Wertschöpfung liefern und dafür bestimmte Erwartungen an das kirchliche Unternehmen stellen. Welche dies sind, welchen Wirkungsgrad diese im strategischen Umfeld des Unternehmens ausüben und welche im operativen als auch im normativen soll im Folgenden analysiert werden. Zuvor wird das Krankenhaus als Untersuchungsobjekt bzw. der Krankenhausesektor als Untersuchungsfeld konkreter vorgestellt.

¹⁶ Vgl.: Fischer, M. (2006), S. 68ff

¹⁷ Vgl.: in Anlehnung an Rüegg-Stürm (2002), S. 22, Fischer, M. (2006); S. 68

3. Das kirchliche Krankenhaus als Untersuchungsobjekt¹⁸

Das kirchliche Krankenhaus soll im Folgenden als ein offenes, dynamisches, komplexes, teilweise autonomes, zielgerichtetes und zielsuchendes, produktives, soziales System¹⁹ verstanden werden. Damit sollen die Besonderheiten dargestellt werden, welche die kirchlichen Krankenhäuser deutlich von anderen Institutionen unterscheiden. Aus systemtheoretischer Sichtweise ist das kirchliche Krankenhaus als ein System in einer offenen, komplexen und dynamischen, Umwelt aufzufassen.²⁰ Offene Systeme sind dadurch gekennzeichnet, dass sie aus der Umwelt die verschiedensten Faktoren aufnehmen, die dann nach Modifizierung im Inneren des Systems als unterschiedliche Outputs, Outcomes und Impacts nach außen wirken. Die Art und Weise der inneren Modifizierung ist zwar auf der einen Seite besonders von den **internen** Bedingungen des Systems abhängig, zum anderen aber auch durch die **externen** Faktoren der Umwelt bestimmt.

Die zunehmende Differenzierung der Krankenhausdisziplinen, die steigende Größe und Komplexität der Krankenhäuser sowie die dynamischen, diskontinuierlichen und komplexen Entwicklungen der verschiedensten Umweltbereiche führen trotz der zahlreichen äußeren und inneren Besonderheiten der kirchlichen Krankenhäuser zu den gleichen Grundproblemen wie bei privat-wirtschaftlichen Unternehmungen, zu denen z.B. die mangelnde Übersicht, Komplexitätsvielfalt, interne Ineffizienzen, ungenügende Anpassungs- und Innovationsfähigkeit zählen. Trotzdem kann nicht einfach davon ausgegangen werden, dass sich die Steuerungskonzepte der Privatwirtschaft unspezifiziert auf die kirchlichen Krankenhäuser anwenden lassen. Um ein spezifisches Instrument der Leistungsmessung als Voraussetzung zur Steuerung der Leistungserstellungsprozesse zu entwickeln, ist es daher notwendig, einige wichtige Bestandteile des Krankenhauses, seine Rahmenbedingungen und wesentlichsten Einflussfaktoren in Form der Stakeholder näher zu beschreiben.

¹⁸ Mit kirchlich ist ein übergeordneter Begriff gewählt, der im Folgenden sowohl diakonische als auch karitative Krankenhäuser umfasst.

¹⁹ Vgl.: Rühli, E. (1988), S. 15.

²⁰ Vgl.: Homburg, G., Reiner mann, H., Lüder, K. (1997), S. 61f.

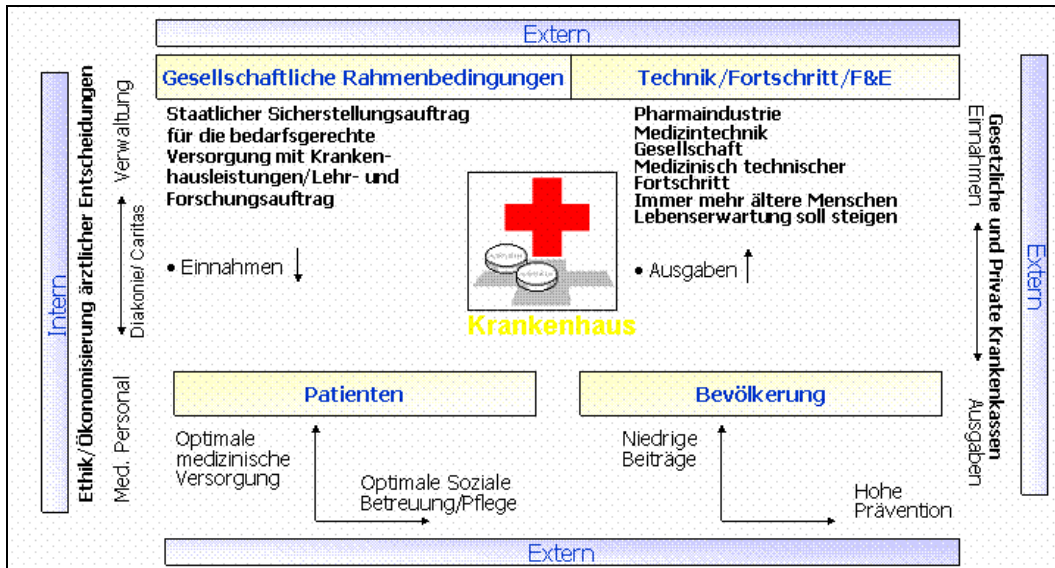


Abbildung 5: Das kirchliche Krankenhaus als offenes System²¹

Das **System** kirchliches Krankenhaus lässt sich wie folgt beschreiben:

- Es steht ständig mit seiner Umwelt, der Gesellschaft, der internationalen Wissenschaft, der Theologie und der Ökonomie in Beziehung, es ist ein **offenes** System.
- Das Krankenhaus als **dynamisches** System unterliegt dauernd Zustandsänderungen.
- Das Krankenhaus ist äußerst **komplex**, es besteht aus vielen Subsystemen und Elementen, beispielsweise den einzelnen Klinikbereichen, der Verwaltung, der Kirche, die in verschiedenartigsten Beziehungen zueinander stehen, zahlreiche Rückkoppelungsbeziehungen aufweisen und daher nicht vollständig erfassbar sind.
- Das Krankenhaus kann als **teilweise autonomes** System innerhalb bestimmter Grenzen (rechtliche Grundlagen) entscheiden und damit sein Verhalten mitbestimmen.
- Das Krankenhaus ist ein **produktives** System, es erstellt Leistungen in Form der Zustandsänderung der Patienten, betreibt teilweise Forschung und Dienstleistung für die Gemeinschaft und damit für Dritte.
- Das Krankenhaus ist ein **soziales** System, in ihr sind Individuen (Ärzte, Pflegepersonal, Seelsorger, Verwaltungsmitarbeiter, technisches und Laborpersonal u.a.), Gruppen (Fachvereinigungen) und soziale Subsysteme (Kommissionen) tätig.

Äußere Rahmenbedingungen

Die kirchlichen Krankenhäuser sind eingebettet in das gesamte Gesundheitssystem Deutschlands. Im Jahr 2005 betrug die Ausgaben im Gesundheitswesen in Deutschland rund 239 Mrd. Euro. Laut statistischem Bundesamt erwirtschaftete das Gesundheitswesen

²¹ eigene Darstellung

einen Anteil von 10,7% am Bruttoinlandsprodukt. Rund 4,2 Mio. Beschäftigte erbringen die Gesundheits- und Sozialleistungen.²² Die zukünftige Entwicklung wird maßgeblich durch drei Faktoren geprägt.

1. durch die demografische Entwicklung
2. durch den medizinisch-technischen Fortschritt
3. durch das Gesundheitsverständnis der Bevölkerung.

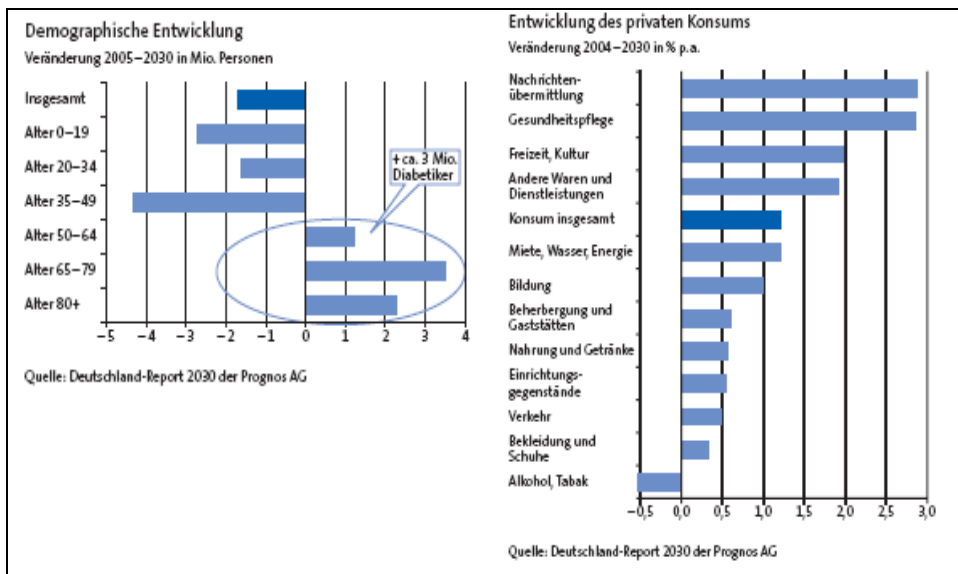


Abbildung 6: Determinanten in ihrer Entwicklung²³

Das Gesundheitswesen ist durch eine Dreiecksbeziehung zwischen Patienten (Konsumenten), Leistungserbringern (Produzenten) und Versicherern (Kostenträger) gekennzeichnet. Den Transferleistungen entsprechend (Art der Bereitstellung, Inanspruchnahme und Erbringung medizinischer Leistungen) beruht das Gesundheitssystem im Wesentlichen auf den drei Komponenten Finanzierung, Leistungsvergütung und Leistungserbringung. Der Staat hat die Rolle des Regulators. Der Versicherungsmarkt besteht aus den beiden Bestandteilen Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in der rund 90% der Bevölkerung versichert sind und der Privaten Krankenversicherung (PKV). Die Finanzierungsbasis der GKV schrumpft seit den 80er Jahren.

²² Vgl.: Statistisches Bundesamt (2007), Gesundheits-Ausgaben, 1995-2005, Wiesbaden

²³ Vgl.: Statistiken entnommen aus Prognos (2007): Der Gesundheitsreport, S. 21

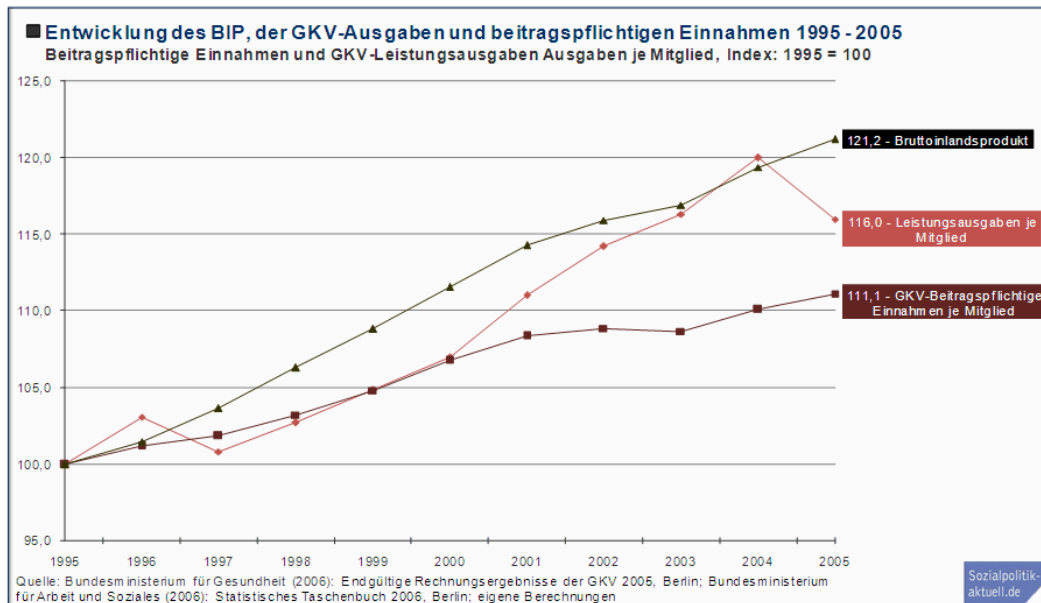


Abbildung 7: Entwicklung des BIP, der GKV-Ausgaben und Einnahmen

Für die stationäre Versorgung in Akutkliniken wurde 2005 insgesamt über 62 Mrd. Euro ausgegeben. Innerhalb der GKV stellt der stationäre Bereich mit über einem Drittel den größten Aufgabenblock. Der Sektor befindet sich weiterhin unter einem starken Effizienzdruck. Im Jahr 2007 gab es in Deutschland 2087 Krankenhäuser mit insgesamt 506.954 Betten. In den letzten Jahren hat sich die Zahl der Krankenhausbetten damit schrittweise um insgesamt mehr als 20% verringert. Parallel zum Bettenabbau ist die Verweildauer im Krankenhaus aus 8,3 Tage kontinuierlich gesunken, im internationalen Vergleich betrachtet aber immer noch zu hoch.

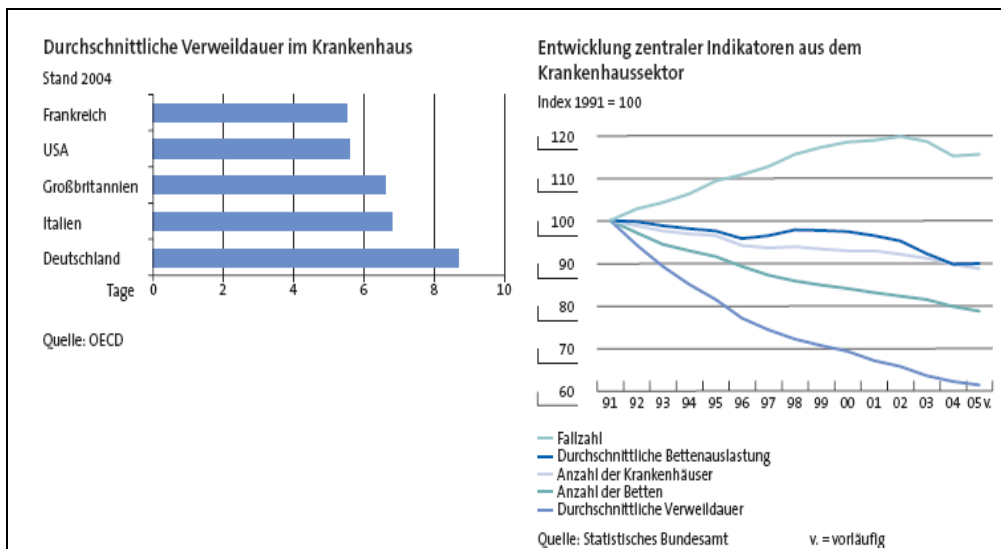


Abbildung 8: Entwicklung ausgewählter Indikatoren²⁴

²⁴ Quelle: Statistiken entnommen aus Prognos (2007): Der Gesundheitsreport, S. 21

Trägersstruktur

Der Klinikmarkt ist immer noch national ausgerichtet. Man unterscheidet zwischen öffentlichen (Kommunen, Ländern), freigemeinnützigen (Kirchen, Wohlfahrtsverbänden) und privaten Trägern. In den letzten zehn Jahren haben sich die Trägerstrukturen gewandelt. Um 26% hat sich die Anzahl der öffentlichen Krankenhäuser reduziert. Im gleichen Zeitraum stieg die Anzahl der privaten Krankenhäuser durch Übernahme ehemals kommunal- oder landesgeführten Häuser um fast 40% an.

Die nächste Grafik zeigt die Trägerstruktur in Deutschland.

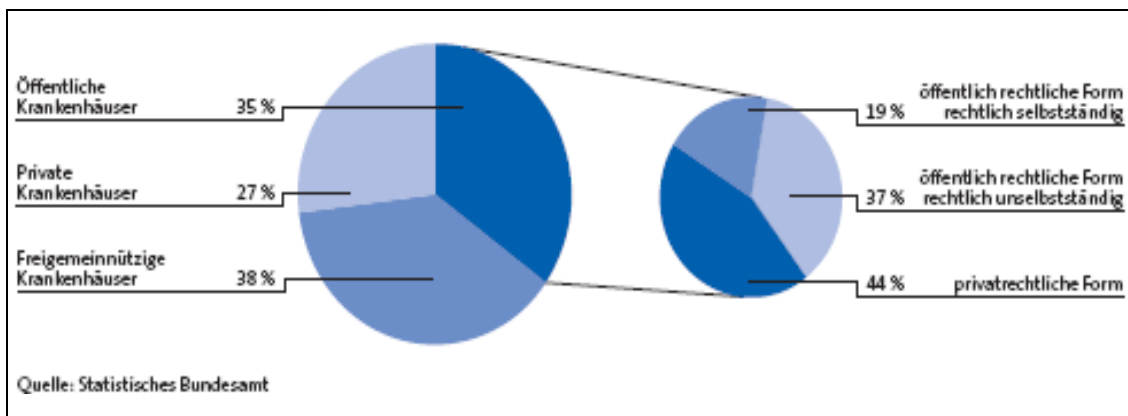


Abbildung 9: Trägerstruktur; Anteil an Gesamtzahl Stand 2005²⁵

Die Gruppe der gemeinnützigen Krankenhäuser umfasst Einrichtungen der kirchlichen und der privaten Wohlfahrtspflege, von Stiftungen oder Vereinen, d.h. von privaten Trägern, die die Häuser allerdings im Gegensatz zu denen im engeren Sinne privaten Trägern nicht als Erwerbsbetrieb führen. Diese Gruppe beinhaltet also nicht nur konfessionell getragene Einrichtungen. Summiert man die angegebene Zahl der Krankenhäuser in den jeweiligen Statistiken der konfessionellen Wohlfahrtsverbände, also des Deutschen Caritasverbandes (DCV) und des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Deutschland (DW.EKD), betrug ihr Anteil in der Gruppe der freigemeinnützigen Krankenhäuser 71,8%. (Stand 2003)

²⁵ Quelle: Statistiken entnommen aus Prognos (2007): Der Gesundheitsreport, S. 23

Bundesland	Katholisches KKH	Evangelisches KKH
Baden Württemberg	35	22
Bayern	39	12
Berlin/ Brandenburg	11	25
Bremen	2	1
Hamburg	4	10
Hessen	30	26
Niedersachsen	45	29
Nordrhein-Westfalen	237	77
Mecklenburg-Vorpommern	0	5
Rheinland-Pfalz	42	14
Saarland	12	1
Sachsen	5	9
Sachsen-Anhalt	4	11
Schleswig-Holstein	5	4
Thüringen	4	7

Abbildung 10: Anzahl kirchlicher Krankenhäuser, Stand 2003

Die durchschnittliche Bettengröße beträgt 100-300 Betten. Das größte katholische Krankenhaus ist das der Barmherzigen Brüder Regensburg (2 Standorte) mit über 900 Betten. Mit der Fusion der Krankenhäuser des Evangelischen Johanneswerks und der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel in Bielefeld entstand 2005 das größte evangelische Krankenhaus mit ca. 1.700 Betten (3 Standorte). Träger ist häufig eine Kirchengemeinde. Zunehmend sind sie jedoch Teil eines Trägerverbundes, wie die folgende Abbildung zeigt.²⁶

Träger	Häuser	Betten
Barmherzige Brüder Trier e. V.	11	2740
Barmherzige Brüder Regensburg	2	918
caritas trägergesellschaft trier e. V.	4	1214
Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH	6	1365
Katholische Wohltätigkeitsanstalt zur heiligen Elisabeth	9	2199
Kloster der Cellitinnen zur heiligen Maria	4	1105
Krankenanstalten Mutterhaus der Borromäerinnen e. V.	1	734
Malteser-Trägergesellschaft	11	2814
Managementgesellschaft katholischer Krankenhäuser in der Region Osnabrück mbH	3	1049
Marienhaus GmbH	22	5505
Maria Hilf GmbH	7	1600
Mauritzer Krankenhaus Management GmbH, St. Franziskus-Stiftung Münster	9	2100
St. Vinzenz Krankenhaus gGmbH	5	1000
Katholische Krankenhausträger, Stand 2005		
Träger	Häuser	Betten
Agaplesion gAG	10	1898
Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH Marburg	7	1312
Diakoniewerk Bethesda gGmbH Wuppertal	5	1164
Hessischer Diakonieverein	5	545
Johanneswerk	4	875
Johanniter GmbH	17	3602
Kreuznacher Diakonie	5	1095
pro diako gGmbH	13	3469
von Bodelschwingschen Anstalten Bethel	7	2257
Evangelische Krankenhausträger, Stand 2005		

Abbildung 11: Übersicht über die kirchlichen Krankenhausträger²⁷

²⁶ Vgl.: Zu den Angaben der kirchlichen Krankenhäuser: Jakobi, T. (2005), S. 12

²⁷ Vgl.: Jakobi, T. (2005), S. 14

Krankenhausfinanzierung und Vergütungsstruktur nach DRG's

Die Krankenhausfinanzierung in Deutschland ist nach wie vor dualistisch aufgebaut. Die Bundesländer tragen die Investitionen für Bau und Instandhaltung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), die Krankenkassen zahlen die laufenden Betriebsausgaben. Seit zwanzig Jahren wurde die Krankenhausfinanzierung um über 44% zurückgefahren. Daraus ergibt sich ein Investitionsstau von ca. 50 Mrd. Euro.²⁸

Die Krankenhausfinanzierung ist nach wie vor dualistisch aufgebaut. Die Bundesländer tragen die Investitionen für Bau und Instandhaltung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), die Krankenkassen zahlen die laufenden Betriebsausgaben. Seit zwanzig Jahren wurde die Krankenhausfinanzierung um über 44% zurückgefahren. Daraus ergibt sich ein Investitionsstau von ca. 50 Mrd. Euro.²⁹

Die Umstellung der Vergütungsstruktur für die Krankenhäuser hat den Effizienzdruck stark erhöht. Insgesamt gesehen vollzieht sich seit Mitte der 90er Jahre ein Wandel in der Krankenhauslandschaft. Die Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups- DRG) hat den Kostendruck deutlich erhöht. Seit 2004 zwingend vorgeschrieben müssen sich die Akutkrankenhäuser an bundeseinheitlichen Fallpauschalen, so genannten Landesbasisfallwerten, ausrichten. Nach Beendigung der Konvergenzphase sollen diese ab 2009 von einem bundeseinheitlichen Fallpauschalensystem abgelöst werden. Die DRG-Einführung, die immer noch vorhandenen Überkapazitäten sowie die deutlich gestiegenen Qualitätsanforderungen werden die beschleunigte Konsolidierung in der Branche auch in den nächsten Jahren vorantreiben. Studien kommen zu dem Ergebnis, dass ca. ein Drittel aller Krankenhäuser nicht in der Lage ist, langfristig wirtschaftlich zu arbeiten.³⁰ Wirtschaftlichkeit im Sinne eines adäquaten Preis/Leistungs-Verhältnisses wird zum Selektionskriterium für die Beziehung zwischen Patient (Konsument) und Klinik (Leistungserbringer). Die Qualität des medizinischen Personals und der technologischen Ausstattung sowie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung und Servicequalität werden für das einzelne Krankenhaus zu Existenzfragen, da sich Patienten, niedergelassene Ärzte und Krankenkassen bei der Auswahl und Zusammenarbeit mit den Kliniken zunehmend an diesen orientieren. Dies bedeutet aber auch eine große Chance für kirchliche Krankenhäuser hier mit einem deutlich wahrnehmbaren Profil als evangelische oder

²⁸ Vgl.: Prognos (2007): Report Gesundheitswesen, S. 24

²⁹ Vgl.: Prognos (2007): Report Gesundheitswesen, S. 24

³⁰ Vgl.: Prognos (2007): Report Gesundheitswesen, S. 22

katholische Kirche in guter Relation zum Krankenhaus Alleinstellungsmerkmale am Gesundheitsmarkt anzubieten. „Durch eine Schärfung ihres Profils bestehen die Einrichtungen und Werke der Diakonie die Herausforderung, die in der Verknappung von Ressourcen, der Etablierung von Sozialmärkten und dem Wettbewerb mit Anbietern von unterschiedlichem Selbstverständnis liegt.“³¹

4. Stakeholderorientiertes Performance Measurement Modell als Lösungsansatz

Die zentrale Aufgabenstellung besteht darin, ein Performancemanagementsystem aufzustellen, mit Hilfe dessen das Management beide Herausforderungen, dem theologischen Ansinnen als auch dem ökonomischen Ansinnen Rechnung zu tragen. Als Ausgangsbasis wird hier der normative Managementansatz von Rüegg-Stürm (2002) in Anpassung durch Fischer (2004) als „Bielefelder Managementansatz“ gewählt. Im Mittelpunkt stehen hier die Stakeholder in ihrem jeweiligen Wirkungsgrad zur Einflussnahme auf die Strategie der Unternehmung. Folgerichtig ist daher nun eine Analyse der einzelnen Stakeholder im normativen als auch im strategischen Kontext vorzunehmen. Als **Stakeholder** (engl.) wird eine natürliche Person (der Mensch in seiner Rolle als Rechtssubjekt) oder eine juristische Person (z .B. eine Institution) bezeichnet, die ein Interesse am Verlauf oder Ergebnis eines Prozesses (z. B. eines Projekts oder der wirtschaftlichen Entwicklung eines Unternehmens) hat. Stakeholder eines kirchlichen Krankenhauses sind demnach:

Stakeholder intern	Stakeholder extern
Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, med.-techn./Labor- Personal, Verwaltung)	Gesellschaft/ Öffentlichkeit
Management (inkl. Seelsorger)	Klienten (Patienten)
Kirche (als Träger)	Staat
	Sozialversicherungen (GKV/ PKV)
	Dienstleister (Medizintechnik/ Pharma)

Im Einzelnen werden nun die Erwartungen/ Beiträge der einzelnen Stakeholder im Kontext zur Leistungserbringung des Unternehmens Krankenhaus analysiert und in Indikatoren operationalisiert, die im Zielbildungs- und Steuerungsprozess des Krankenhauses eine entscheidende Rolle spielen. Zusammengefasst werden diese dann in

³¹ Vgl.: Rat der EKD, Impulspapier (2006) S. 82

ein Performance Managementsystem auf seinen drei Dimensionsebenen Kosten, Qualität und Zeit.

Performance		
Value (z.B. Produkt aus Kundensicht) Service (Prozess)		
Kosten (Dimension)	Qualität (Dimension)	Zeit (Dimension)
	Organisationsebene	
	Prozessebene	
	Job/ Performerebene	

Abbildung 12: Performance Management-Modell als 9-Felder-Matrix³²

Das Performance-Modell orientiert sich hierbei stark an Ursache-Wirkungs-Beziehungen zwischen strategischen Kennzahlen nach Kaplan/ Norton (1997). Diese Ursache-Wirkungs-Beziehungen dienen der Ableitung strategischer Kennzahlensysteme und konkreter Maßnahmen. Die untere Abbildung zeigt die hochaggregierten, groben Beziehungen zwischen den erfolgskritischen Kennzahlen, die natürlich durch eine Vielzahl von Beziehungen konkretisiert werden müssen. Verkürzt stehen dahinter Beziehungen zwischen den Ebenen Potentiale/Ressourcen (Job/ Performerebene), Prozesse und Ergebnisse (Unternehmen).

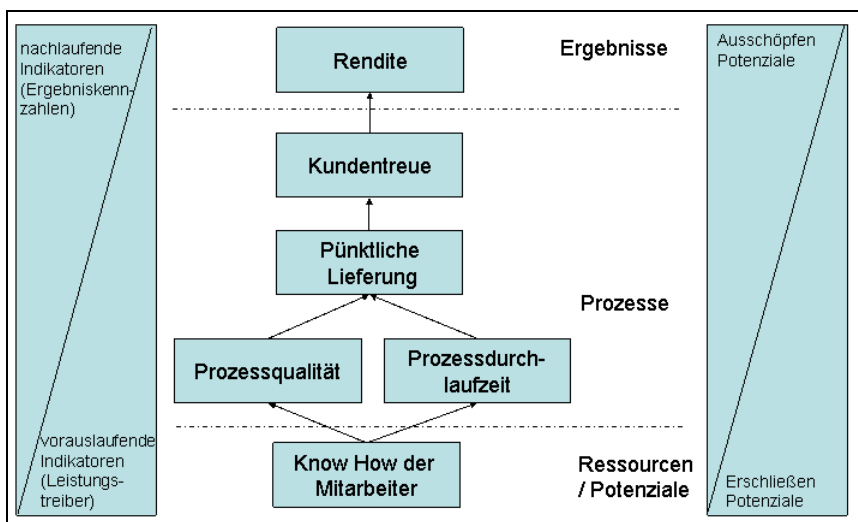


Abbildung 13: Ursache-Wirkungs-Beziehung³³

Im Einzelnen erfolgen nun die Analyse der Stakeholder und die Darstellung der Wirkung im Krankenhaus in einem gegenseitigen Akzeptanzportfolio.

³² Quelle: eigene Darstellung

³³ Vgl.: in Anlehnung an Gladen, W. (2005), S. 292

Externer Stakeholder: **Gesellschaft/ Öffentlichkeit**

Erwartungen	Beitrag	Indikator
Minimale Beiträge	Beiträge an die SV	<= 15% KK-Beitrag
Maximale Prävention und Krankenhausleistungen	Eigene Vorsorge	Zufriedenheitsindex (Information und Angebot)
Niedrige Steuern	Steuern	<= x % Steuersatz

Externer Stakeholder: **Patient**

Erwartungen	Beitrag	Indikator
Optimale medizinische Versorgung	Indirekt über KKH-Beiträge und über Krankenhaustagegeld, Steuerzahlungen	-Gesundheitsstatus nach der Behandlung (gesund/ krank) -Verweildauer (Tage) - Anzahl Nachbehandlungen
Optimale soziale (seelsorgerische) Betreuung		Zufriedenheitsindex (1-5) (Fragebogen) - persönliche Zuwendung - Sauberkeit / Hygiene - Qualität/Menge Verpflegung - operative Abläufe von Aufnahme bis Entlassung
Optimale Beratung/ Information	Bereitschaft	-Anzahl Beratungsgespräche

Externer Stakeholder: **Staat (Bund/ Land/ InEK)**

Erwartungen	Beitrag	Indikator
Sicherstellung der medizinischen Versorgung des Landes	Festlegung der Fallpauschalen	- Baserate (in Euro) pro Land - DRG-Katalog (Relativgewichte und Verweildauern) - Zu- und Abschläge

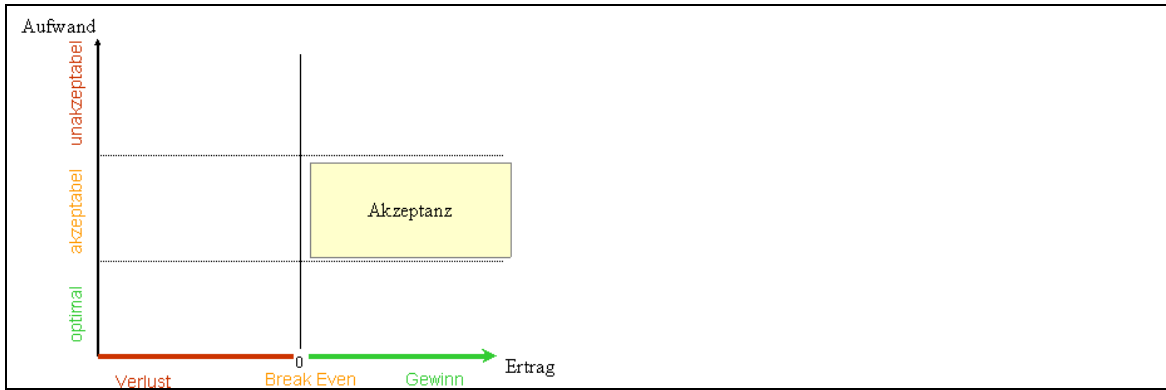
Investitionen gemäß Krankenhausplan	Festlegung der Positivliste (Arzneimittel)	- Positivliste
	Instandhaltung / Investition	- Investitionsmittel in Euro
	Regulierung des Versorgungsangebotes	- Anzahl der Betten im Krankenhausplan/Krankenhaus

Externer Stakeholder: **Sozialversicherungen (gesetzliche Krankenkassen)**

Erwartungen	Beitrag	Indikator
	Verwaltung der gesetzlichen Krankenkassenbeiträge	- Erträge in Euro (aus KK-Beiträgen)
Zielerfüllung durch das Krankenhaus	Verhandlung Fallzahlen/ Budget	- Fallzahlen pro DRG - Budget pro KKH in Euro
Qualitätsbericht; Geschäftsbericht	Abrechnung der KKH-Leistung	- Geschäftsbericht und gesetzl. vorgeschriebene Dokumentation - Qualitätsbericht

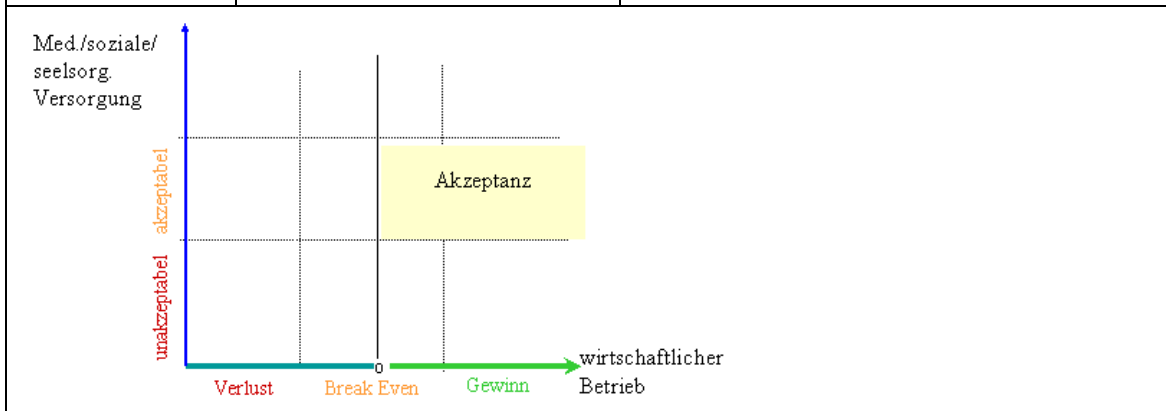
Externer Stakeholder: **Dienstleister (Pharma/ Medizintechnik)**

Erwartungen	Beitrag	Indikator
Erträge (Gewinn)	Arzneimittel	- Arzneimittelkosten
Erträge (Gewinn)	Medizintechnik	- Art und Kosten für Medizintechnik
	Etc.	- Kosten



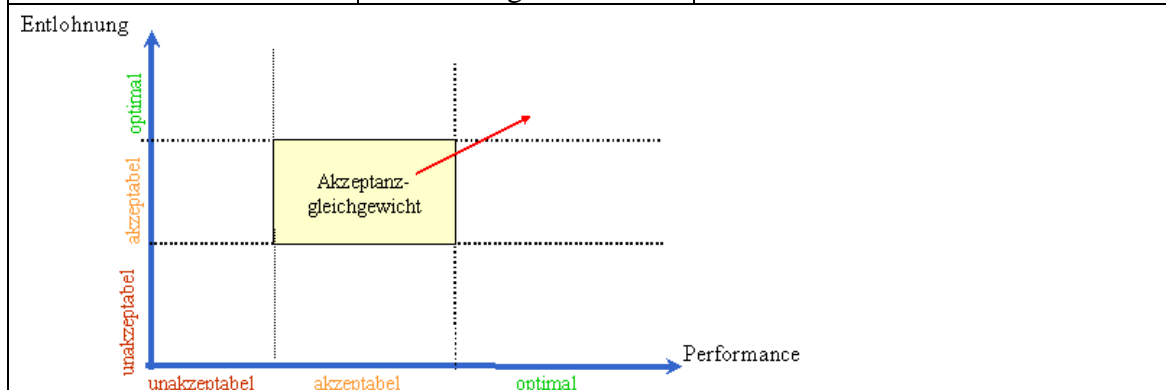
Interner Stakeholder: Management (Krankenhausleitung im Auftrag des Trägers Kirche)

Erwartungen	Beitrag	Indikator
Entlohnung Anreize (intrinsisch und extrinsisch)	optimale medizinische/soziale/ seelsorgerische Versorgung (Qualität)	<ul style="list-style-type: none"> - minimale Verweildauer - Reduzierung nicht geplanter Nachbehandlungen (Qualität) - hoher Ausbildungsstand Personal (Quote) - Weiterbildung (Kosten/ Tage) - Seelsorge - Verfügbarkeit / Motivation Personal (Zufriedenheitsindex) - Zufriedenheitsindex Patient - Moderne Infrastruktur (Geräte, Ausstattung) - Behandlungspfade definiert - Prozessdurchläufe (Stunden) - Prozessorganisation (Wartezeiten) - Auslastungsgrad OP - Auslastungsgrad Medizintechnik
Budget Fallzahlen	wirtschaftlicher Betrieb	- Break Even , positives Betriebsergebnis
Vorgaben Kirche	Positionierung/Wettbewerb	-Portfoliobeschreibung -Leitbild



Interner Stakeholder: **Mitarbeiter**

Erwartungen	Beitrag	Indikator
Entlohnung/ Incentives	Arbeitskraft	- Verfügbarkeit in Tagen
Training	Wissen/ Können/ Wollen	-Qualifikationsindex - Motivationsindex -Anzahl Tage Weiterbildung
	Liebe und Barmherzigkeit	- Zufriedenheitsindex Patient



Die Kirche als Träger des Krankenhauses erwartet neben dem wirtschaftlichen Erfolg des Hauses die Umsetzung des diakonischen/ karitativen Auftrages. Dies sollen die Häuser in Form eines Leitbildes und einem eindeutigen Profil beschreiben. Im Leitbild greift der normative Managementansatz. Hier werden die ethischen Werte und Normen festgelegt. Im Fall kirchliches Krankenhaus bedeutet dies, dass Theologie und Ökonomie keinen Widerspruch darstellen müssen. Der Versorgungsauftrag muss unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten erbracht werden. Gleichzeitig ist bei jedem Fall abzuwägen, ob dieser den ethischen Grundsätzen und dem Eid des Hypokrates entspricht. Seelsorge, Liebe und Barmherzigkeit, das unverwechselbare Eigene der kirchlichen Liebestätigkeit dabei herauszustellen, steht nicht im Spannungsfeld zur Ökonomie. Im Leitbild kann dieses Verständnis als besonderes, stark erkennbares Profil herausgearbeitet werden. Beispielhaft sein in diesem konkreten Kontext das Leitbild des Diakonissenkrankenhauses Dresden angeführt, in dem diese Werte als Handlungsmaxime herausgearbeitet wurden.

Zuwendung leben

Die Zuwendung Gottes gibt uns Orientierung und Motivation in unserem Handeln für den Nächsten in Wort und Tat.

Der Mensch mit seiner Würde, seinen Bedürfnissen und Wünschen steht für uns im Mittelpunkt. Die Erfahrungen aus der diakonischen Tradition unseres Hauses, geprägt durch Glaube, Liebe und Hoffnung, nutzen wir für Erneuerung heute.

Dienst leisten

Wir setzen unsere fachlichen, sozialen und geistlichen Kompetenzen für den ganzen Menschen ein.

Wir tragen zur Zukunftsfähigkeit der Diakonissenanstalt bei, handeln zielorientiert, wirtschaftlich und verbessern kontinuierlich die Qualität unserer Dienstleistungen für unsere Kunden.

Wir tauschen wichtige Informationen aus, schaffen Transparenz innerhalb unserer Bereiche und für die Öffentlichkeit.

Zusammenarbeit gestalten

Wir sehen uns als lebendige Dienstgemeinschaft und gehen respektvoll miteinander um.

Jeder trägt an seinem Platz mit seinen Fähigkeiten zum Gelingen der Gesamtaufgabe bei.

Wir fördern gezielt die Potentiale und Qualifikationen der Mitarbeitenden zu selbständigem und verantwortlichem Handeln.

Wir wollen mit Fehlern sachorientiert umgehen: Zusammenhänge erkennen, Ursachen beseitigen, sie als Möglichkeit der Weiterentwicklung annehmen.

Wir gestalten unsere Zusammenarbeit vertrauensvoll, beteiligen Betroffene und suchen gemeinsam nach Lösungen.

Abbildung 14: Leitbild des Diakonissenkrankenhauses Dresden³⁴

Im Folgenden werden diese Indikatoren gemäß der Systematik nach Kaplan/ Norton in ein Performance-Portfolio zusammengestellt. Hier beispielhaft auf Ebene des Gesamtunternehmens. Es ist ersichtlich, dass diese Performanceindikatoren danach auf Prozessebene und auf Mitarbeiterebene herunter gebrochen werden müssen. Mit Prozessebene ist im Krankenhaus die Fallebene (Patient/ DRG) gemeint. Hierzu muss die Kostenträgerrechnung, die erst in wenigen Krankenhäusern etabliert ist, als Prozesskostenrechnung erweitert werden, um die Kosten und Zeitdimension abzubilden. Dies zu entwickeln würde den Rahmen dieser Arbeit allerdings sprengen.

Kaplan/ Norton schlagen vor, die strategischen Kennzahlen aus der Ursache-Wirkungskette in die vier Erfolgsfaktoren Finanzen, hier benannt in Aufgabenerfüllung, Kunden (Patienten), Prozesse und Potenziale (Ressourcen) zu ordnen. An dieser Systematik orientiert sich das Performance-Modell, was nun aus der Stakeholderanalyse entwickelt wird.

³⁴ Quelle: [http:// www.diako-dresden.de](http://www.diako-dresden.de) (Download: 27. Juli 2009)

Ziel	Perspektive	KPI	Dimension
Erhöhung der Wirtschaftlichkeit	Aufgabenerfüllung	Ausgaben - vorstationär - stationär nachstationär	Fachabteilung, Fall
		Verweildauer	Fachabteilung, Fall
		Nachbehandlung	Fachabteilung, Fall
		Auslastung	Fachabteilung
		Patientenstruktur	Status, Alter, Fallschwere, Fall, Fachabteilung

Ziel	Perspektive	KPI	Dimension
Optimale soziale Betreuung und medizinische Behandlung	Patientensicht	Zufriedenheitsindex - Hygiene - Versorgung - Betreuung - Information - Behandlung - Seelsorge	Fachabteilung/ Fall (Prozess)
		Beschwerdeindex - Hygiene - Versorgung - Betreuung - Information - Behandlung	Fachabteilung/ Fall (Prozess)
		Image - Rufe - Preise - Anteil Privatpatienten - Anteil überregionaler Patienten	Fachabteilung
		Wartezeiten (Einweisung/ OP etc.)	Fachabteilung, Fall (Prozess)

Ziel	Perspektive	KPI	Dimension
Optimierung der Prozesse / Trennung med Behandlung von Pflege/ Seelsorge	Prozesssicht	Behandlung - Kosten pro Fall - Anteil Fälle - Verweildauer in Tagen - Nachbehandlungen	Fachabteilung, Spezialisierungsart - ambulantes Operieren - minimalinvasive Chirurgie - Med Behandlung - Pflege
		Beschaffungskosten	Warengruppen, Lieferanten
		Patientenmanagement - Umsetzungsgrad - Durchlaufzeiten - Durchlaufkosten	
		EDV-Kommunikation und Information - Umsetzungsgrad	Fachabteilung
		Anzahl OP's Dauer OP's (Zeit) Qualität OP's Patientenstatus nach Behandlung Auslastungsgrad OP's/ Medizintechnik	Fachabteilung, Fälle

Ziel	Perspektive	KPI	Dimension
Optimale Verfügbarkeit und Auslastung der Potenziale	Potenzialsicht/ Ressourcen	Qualifikation/Anforderung - Fachkompetenz - Methodenkompetenz - Soziale Kompetenz - Selbststeuernde Kompetenz	Fachabteilung
		Verfügbarkeit der Mitarbeiter Trainingstage pro Mitarbeiter	Fachabteilung
		Mitarbeiterzufriedenheitsindex - Einschätzung durch Vorgesetzte - Patienteneinschätzung - Mitarbeiterbefragung	Fachabteilung
		Geräteausstattung - Alter - Kosten	Fachabteilung
		Geräteauslastung Stoßzeiten	Fachabteilung

Abbildung 15: Kennzahlen/ Indikatoren geordnet nach den vier Erfolgsperspektiven³⁵

Diese einzelnen hochaggregierten Indikatoren können nun für jede Managementsicht gesondert herausgearbeitet werden. Also für die Ärztliche Direktion, für die Pflegedienstleitung und für die Verwaltungsdirektion und für die Seelsorgedirektion. Jede Managementebene hat einen eigenen Controllingfokus und muss die Kennzahlen im Überblick haben, welche die Ergebnisse direkt beeinflussen und damit steuerbar sind. Die folgende Übersicht zeigt dieses Kennzahlenblatt beispielhaft für die Verwaltungsdirektion.

³⁵ Quelle: eigene Darstellung

Ziel/Gruppe	Kennzahl	Ist	Plan	Abweichung	% des Plans
Wirtschaftlichkeits- betrachtung	✔ Übersicht HH-/Finanzplan	0	0	0	100.00%
	✘ Aufwendungen	0	0	0	100.00%
	✘ Deckungsbeitrag	0	0	0	100.00%
	✔ Compliantkenwert	0	0	0	100.00%
	✔ Verweildauer	0	0	0	100.00%
	! Patientenstruktur	0	0	0	100.00%
	! Nachbehandlung	0	0	0	100.00%
Patientensicht	! Zufriedenheitsindex	0,0	0,0	0,0	100.00%
	✔ Beschwerdeindex	0	0	0	100.00%
	✔ Wartezeiten	0	0	0	100.00%
Interne Prozesse	! Image	0	0	0	100.00%
	✘ Auslastung	0,0%	0,0%	0,0%	100.00%
	! Operationen	0	0	0	100.00%
	✔ Anteil Spezialisierungen	0	0	0	100.00%
Potenzialsicht	✔ Beschaffungskosten	0	0	0	100.00%
	! Qualifikation / Anforderungen	0	0	0	100.00%
	! Verfügbarkeit des Personals	0	0	0	100.00%
	! Mitarbeiterzufriedenheitsindex	0	0	0	100.00%
	✔ Geräteauslastungsindex	0	0	0	100.00%

Abbildung 16: Performancemessung auf Verwaltungsebene³⁶

In dieser obigen Abbildung sind die Kennzahlen aggregiert. Zur Steuerung müssen diese weiter qualifiziert werden. So können zum Beispiel die Kennzahlen der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung weiter detailliert werden. Alle Faktoren, die Einfluss auf die Aufwende oder Erträge haben, werden im Drill-Down auf Fallebene oder auf Kostenstellenebene analysiert und monatlich im Soll-Ist-Vergleich ausgewiesen. Beispielsweise gezeigt in der nachfolgenden Übersicht die Ergebnisse (Ertrag minus Aufwand) pro Fall (Leistungsprozess) pro Fachabteilung, Krankenhaus insgesamt, der Deckungsgrad pro Fall, der Cash-Flow (Einnahmen minus Ausgaben) insgesamt, die Zeitperspektive der Prozessbetrachtung in Form der Verweildauer pro Patient/ pro Fall, die Qualität der Leistungserstellung in Form der Anzahl der Nachbehandlungen geplant versus ungeplant. Der Status wird in Ampelfunktion angezeigt, dies setzt einen Soll-Ist-Vergleich in einer jeweils vordefinierten Range für die Anzeige in grün, gelb, rot voraus. Damit unterliegen gemäß des Performance- Measurement- Modells alle drei Dimensionen Kosten, Zeit und Qualität dem Performance-Controlling und zwar auf Ebene Gesamtunternehmung Krankenhaus und auf der Prozessebene, hier der Fall. Im nächsten Schritt sind dann die vom Mitarbeiter direkt beeinflussbaren Indikatoren auf der

³⁶ Quelle: eigene Darstellung

Performerebene darzustellen und in den Zielvereinbarungsprozess pro Mitarbeiter einzubinden. Dies wird hier nicht mehr dargestellt.

	Status
Wirtschaftlichkeits- betrachtung	
<u>Übersicht HH-/Finanzplan</u>	✓
Erträge in Euro	✓
Aufwendungen in Euro	
Saldo in Euro	
Einnahmen Finanzplan in €	
Ausgaben Finanzplan in €	
Saldo Finanzplan in €	
<u>Aufwendungen</u>	✗
Ausgaben in Euro,Gesamtausgaben	✗
Ausgaben in Euro,Vorstationaer	
Ausgaben in Euro,Stationaer	
Ausgaben in Euro,Nachstationaer	
<u>Deckungsbeitrag</u>	✗
Deckungsbeitrag/Patient	✗
Average Kosten / Patient	
Deckungsbeitrag / Fall	
<u>Compliantkennwert</u>	✓
Option 0	✓
<u>Verweildauer</u>	✓
Verweildauer in Tagen	✓
<u>Patientenstruktur</u>	!
Anzahl der Patienten	!
<u>Nachbehandlung</u>	!
Anzahl der Fälle	!

Abbildung 17: Kennzahlen der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung³⁷

Um die Systematik der Ursache-Wirkungsbeziehung nach Kaplan/ Norton aufzugreifen, werden die erarbeiteten Schlüsselkennzahlen/ Indikatoren in eine hypothetische kausale Verknüpfung gebracht. Hier wird zur Anschauung wieder die höchste Aggregationsstufe auf Krankenhausdirektionsebene gewählt. Beispielhaft greifen wir zur Betrachtung der kausalen Beziehungen die Erfüllung des Wirtschaftlichkeitsziels in Form von Ertrag minus Aufwand heraus (Übersicht Haushalts-Finanzplan). Die entscheidende Kennzahl hier ist der Aufwand, da dieser beeinflussbar ist. Der ertrag pro Fall ist in Form eines Zielpreises (Target Costing) festgelegt und kann nicht vom Krankenhaus beeinflusst werden. Die Aufwendungen sind direkt von der Verweildauer, diese wiederum von der Patientenstruktur (Fallschwere/ Alter/ Geschlecht). Die Patientenstruktur kann durch die Spezialisierung im Krankenhaus gesteuert werden. Diese wiederum bedarf einer bestimmten Qualifikation des Personals, Verfügbarkeit dessen und einer entsprechenden Ausstattung mit medizinischen Geräten. Um hier wiederum die Effizienz zu messen sind die Geräte und OP-Auslastung wichtige Indikatoren.

³⁷ Quelle: eigene Darstellung

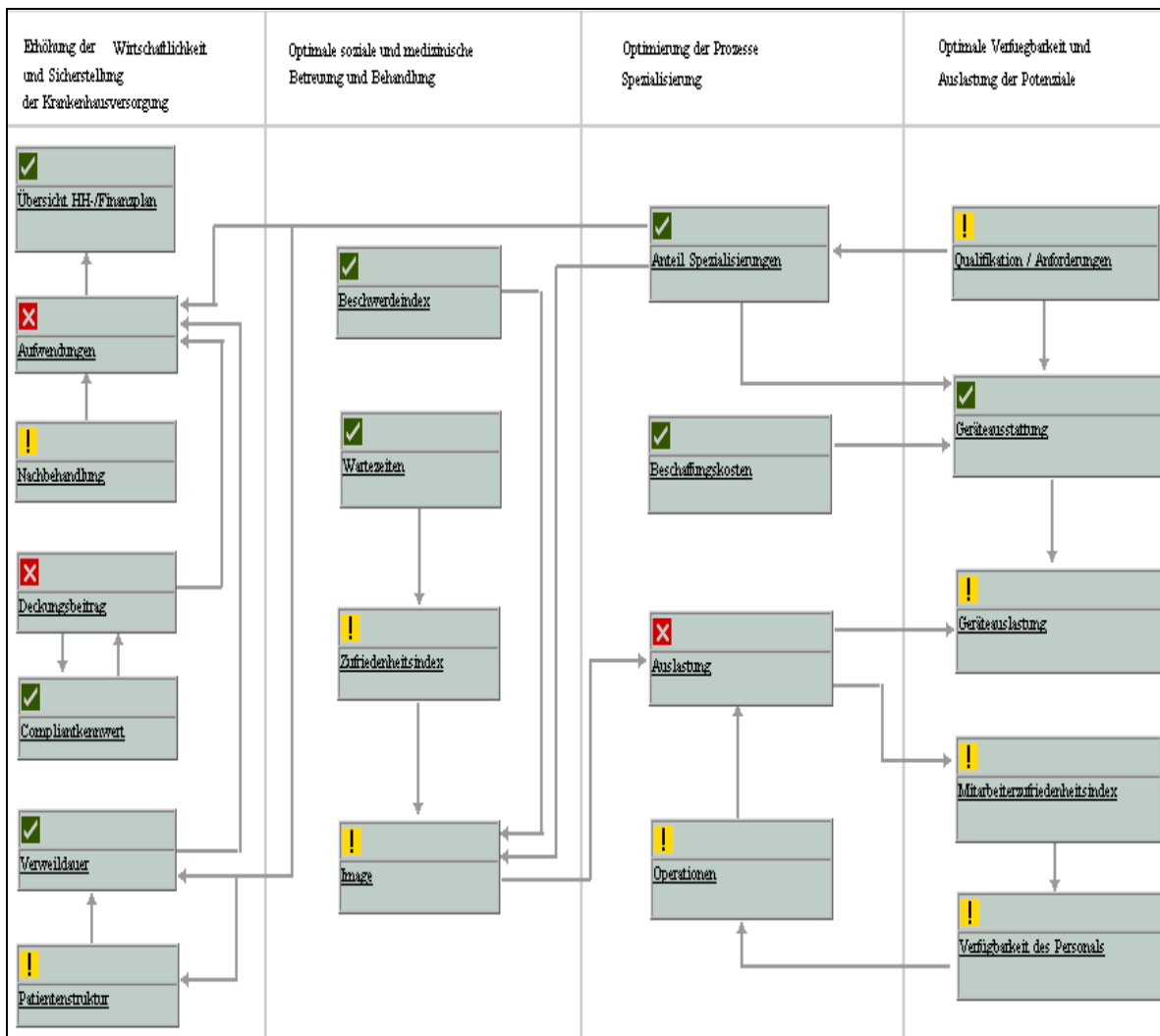


Abbildung 18: Darstellung der hypothetischen Verknüpfung der KPI's³⁸

5. Zusammenfassung

Diakonie/ Caritas und Ökonomie stehen formal im Widerspruch zueinander. Andererseits ist das Aussteuern von sich widersprechenden Zielen tägliches Handeln des Managements. Management ist hier als Funktion zu verstehen, das heißt als ein System von Aufgaben, die sich als Gestalten, Steuern, und Weiterentwickeln zweckorientierter, soziotechnischer Organisationen zusammenfassen lässt. Konkurrierende Ziele in Form von Finanzen, Qualität und Zeit zu steuern und zu gestalten stehen dabei im Mittelpunkt. Die karitativen Werke beider christlichen Kirchen sind schon längst auf dem Wege zu marktfähigen Sozialunternehmen. Auf Grund veränderter Rahmenbedingungen, die ausführlich beschrieben wurden, wird herausgearbeitet, dass vermehrt ökonomische Notwendigkeiten

³⁸ Quelle: eigene Darstellung

(DRG's) deren unternehmerische Ausrichtungen und Ausgestaltung diktieren. Gleichzeitig muss das Krankenhaus aber auch seinen kirchlichen Auftrag erfüllen. Wie können theologisches Wollen und ökonomisches Sollen zusammengebracht werden?

Auf Basis des neuen St. Galler Managementmodells als normativ-kritischen und damit ethischem Unternehmensmodell wird den Anspruchsgruppen des kirchlichen Krankenhauses und deren Einfluss auf die strategische Ausrichtung besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Das kirchliche Krankenhaus wird als offenes, komplexes System aufgefasst und dargestellt. Unter einem System soll eine geordnete Ganzheit von Elementen verstanden werden. Komplex ist ein System, wenn die Systemelemente in vielfältiger Weise interagieren und Inderpendenzen aufweisen, die dynamisch sind. Jedes offene System ist von Prämissen beeinflusst. Die Programme als Strukturprämissen im Krankenhaus werden im Kontext zu ökonomischen, äußeren Rahmenbedingungen gesetzt und somit deutlich der Widerspruch herausgearbeitet.

Die Analyse der Erwartungen und Beiträge der einzelnen externen und internen Stakeholder und deren Operationalisierung in Form von Schlüsselkennzahlen und Indikatoren (genannt Key Performance Indicators/ KPI's) zur Strategiefindung und Leistungsmessung erfolgt dann nach dem grundsätzlichen Modellvorgehen von Kaplan und Norton (1997). Die Schlüsselindikatoren der Stakeholderanalyse werden in der Systematik der strategischen Erfolgsfaktoren abgebildet und dann beispielhaft für eine Steuerungsebene, dem Management des Krankenhauses, detailliert dargestellt.

Die Verknüpfung der Kennzahlen/ Schlüsselindikatoren in hypothetische kausale Beziehungen runden dann das Performance-Modell für ein kirchliches Krankenhaus ab.

Durch die Darstellung der ethischen Werte und Normen und theologischen Ansprüche im Leitbild als Ausdruck des normativen Managements und Handlungsmaxime für das strategische Management und deren Umsetzung in strategische Erfolgsperspektiven, die in Indikatoren operationalisiert und damit steuerbar gemacht wurden, ist die Verbindung von Theologie und Ökonomie, Diakonie und DRG, gelungen.

Literaturverzeichnis

- BASTIAN, M.; BRÜCHER, H.; HINZE, M. (1998): Der öffentliche Sektor im nächsten Jahrhundert, In: Oracle interne Veröffentlichung.
- DUBS/ EULER/ RÜEGG-STÜRM, J. (Hrsg.) (2004): Einführung in die Managementlehre in 5 Bänden, (Lehrbuch), Bern
- FISCHER, M. (2006): Theologie und Ökonomie in Unternehmen der Caritas und Diakonie, S. 54-98
- GLADEN, W. (2005) Performance Measurement, Controlling mit Kennzahlen, 3. Auflage, Gabler-Verlag
- JAKOBI, T. (2005): Kirchliche Krankenhäuser im Umbruch; Forschungsbericht; Frankfurt a. Main
- HOMBURG, G.; REINERMANN, H.; LÜDER, K. (1997): Hochschul- Controlling, 2. unveränderte Auflage, Speyer: Forschungsinstitut für öffentlich Verwaltung.
- KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. (1996): Using the Balanced Scorecard as a strategic measurement system, In: Harvard Business Review, Januar/Februar, S. 75-85.
- KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. (1997): Balanced Scorecard - Strategien erfolgreich umsetzen, Aus dem Amerikanischen von Horváth, P., Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- LUHMANN, N. (1971): Politische Planung, Aufsätze zur Soziologie von Politik und Verwaltung, Westdeutscher Verlag.
- LUHMANN, N. (1984): Soziale Systeme Grundlegung einer allgemeinen Theorie, Frankfurt am Main, Suhrkamp
- PROGNOS (2007): Die Gesundheitsbranche, Dynamisches Wachstum im Spannungsfeld von Innovation und Intervention
- KIRCHENAMT DER EKD in DEUTSCHLAND (Hrsg.) (2006): Perspektiven für die evangelische Kirche im 21. Jahrhundert, Hannover
- RÜEGG-STÜRM, J. (2003): Das neue St. Galler Management-Modell-Grundkategorien einer integrierten Managementlehre: der HSG-Ansatz, 2. Auflage, Bern: Haupt
- RÜEGG-STÜRM, J. (2004): Das neue St. Galler Management-Modell- Implikationen für das Nachhaltigkeitsmanagement; St. Galler Forum, 14. 09.2004
- RÜHLI, E. (1988): Beiträge zur Unternehmensführung und Unternehmenspolitik, 2. Auflage, Bern.
- ULRICH, H./ KRIEG, W. (1972/1974): St. Galler Managementmodell (3. Auflage), Bern, Haupt
- ULRICH, P. (1984): Systemsteuerung und Kulturentwicklung, in: Die Unternehmung, 38, Heft 4, S. 303-325
- ULRICH, P./ FLURI, E. (1995): Management- eine konzentrierte Einführung, 7. Auflage, Bern, Haupt
- INTERNET:
- <http://www.diako-dresden.de>, Download, Juli 2009
- [http:// www.StatistischesBundesamt.de](http://www.StatistischesBundesamt.de), Download, Juli 2009

Bisher erschienene Weidener Diskussionspapiere

- 1 **“Warum gehen die Leute in die Fußballstadien? Eine empirische Analyse der Fußball-Bundesliga“**
von Horst Rottmann und Franz Seitz
- 2 **“Explaining the US Bond Yield Conundrum“**
von Harm Bandholz, Jörg Clostermann und Franz Seitz
- 3 **“Employment Effects of Innovation at the Firm Level”**
von Horst Rottmann und Stefan Lachenmaier
- 4 **“Financial Benefits of Business Process Management”**
von Helmut Pirzer, Christian Forstner, Wolfgang Kotschenreuther und
Wolfgang Renninger
- 5 **“Die Performance Deutscher Aktienfonds”**
von Horst Rottmann und Thomas Franz
- 6 **“Bilanzzweck der öffentlichen Verwaltung im Kontext zu HGB, ISAS und
IPSAS“**
von Bärbel Stein
- 7 **Fallstudie: “Pathologie der Organisation” – Fehlentwicklungen in
Organisationen, ihre Bedeutung und Ansätze zur Vermeidung**
von Helmut Klein
- 8 **“Kürzung der Vorsorgeaufwendungen nach dem Jahressteuergesetz 2008 bei betrieblicher Altersversorgung für
den GGF.“**
von Thomas Dommermuth
- 9 **“Zur Entwicklung von E-Learning an bayerischen Fachhochschulen-
Auf dem Weg zum nachhaltigen Einsatz?“**
von Heribert Popp und Wolfgang Renninger
- 10 **“Wie viele ausländische Euro-Münzen fließen nach Deutschland?“**
von Dietrich Stoyan und Franz Seitz
- 11 **Modell zur Losgrößenoptimierung am Beispiel der Blechteilindustrie für Automobilzulieferer**
von Bärbel Stein und Christian Voith
- 12 **Performancemessung
Theoretische Maße und empirische Umsetzung mit VBA**
von Franz Seitz und Benjamin R. Auer
- 13 **Sovereign Wealth Funds – Size, Economic Effects and Policy Reactions**
von Thomas Jost
- 14 **The Polish Investor Compensation System Versus EU –
15 Systems and Model Solutions**
von Bogna Janik
- 15 **Controlling in virtuellen Unternehmen -eine Studie-
Teil 1: State of the art**
von Bärbel Stein, Alexander Herzner, Matthias Riedl
- 16 **Modell zur Ermittlung des Erhaltungsaufwandes von Kunst- und Kulturgütern in kommunalen Bilanzen**
von Bärbel Held
- 17 **Arbeitsmarktinstitutionen und die langfristige Entwicklung der Arbeitslosigkeit - Empirische Ergebnisse für 19
OECD-Länder**
von Horst Rottmann und Gebhard Flaig
- 18 **Controlling in virtuellen Unternehmen -eine Studie–
Teil 2: -Auswertung-**
von Bärbel Held, Alexander Herzner, Matthias Riedl
- 19 **DIAKONIE und DRG´s –antagonistisch oder vereinbar?**
von Bärbel Held und Claus-Peter Held

