

# 5 Soziale Verantwortung im Krankenhaus

## 5.1 Einführung

In den Kapiteln 6 und 7 wird untersucht werden, welche Voraussetzungen in einem Krankenhaus geschaffen werden müssen, damit dort das Konzept des „Managements der sozialen Verantwortung“ wirksam werden kann, und wie zu diesem Zweck das neue Management-Konzept in die Organisation des Krankenhauses verankert werden muss. Zum besseren Verständnis dieser Ausführungen ist es notwendig, unter Verwendung der in Kapitel 2 erarbeiteten Definitionen zu analysieren, was unter sozialer Verantwortung unter den besonderen Bedingungen, die für das Managen eines Krankenhauses prägend sind (s. Kap. 4), verstanden werden soll; Letzteres ist Gegenstand der nun folgenden Ausführungen.

Verantwortung lässt sich anhand von vier konstitutiven Elementen charakterisieren (in Anlehnung an Göbel 2006, S. 99ff. und Hunziker, S. 16):

1. Es wird der Inhalt der Verantwortung benannt, der aus der Aufgabe des Unternehmens und den Aufgaben der Verantwortungsträger entwickelt wird (Für was tritt ein Verantwortungsträger ein? – s. Kap. 5.3).
2. Die Verantwortung wird einem Verantwortungsträger zugeschrieben (Wer tritt für etwas ein? – s. Kap. 5.4).

3. Es existiert ein Adressat der Verantwortung (Gegenüber wem tritt der Verantwortungsträger für etwas ein? – s. Kap. 5.5).
4. Es gibt eine Kontrollinstanz (Vor wem muss sich der Verantwortungsträger für etwas verantworten? – s. Kap. 5.6).

Angesichts der engen Beziehungen vor allem zwischen den beiden ersten Elementen der Verantwortung – so sind zum Beispiel bestimmte Inhalte der Verantwortung zwingend einem Verantwortungsträger zugeschrieben – sind Überschneidungen und Wiederholungen zwischen den beiden Kapiteln 5.3 und 5.4 nicht gänzlich auszuschließen.

Die Motive und die Ziele des Managements der sozialen Verantwortung im Krankenhaus prägen die krankenhausspezifischen Inhalte der Verantwortungsbegriff-Elemente. Deshalb sollen die weiteren Betrachtungen mit der Beschreibung der Motive und Ziele begonnen werden.

## 5.2 Motive und Ziele für ein Management der sozialen Verantwortung

Sollen die Grundideen des Managements der sozialen Verantwortung Bestandteil der Unterneh-

mens- und der Führungsgrundsätze werden und damit in Zukunft unternehmerisches Handeln der verschiedenen Akteure des Krankenhauses leiten? Geht es um die Legitimierung des Handelns jener Führungskräfte und Mitarbeiter, die sich schon immer – zwar nicht explizit – für die Interessen von Stakeholdern, und hier sind insbesondere die Patienten und die Mitarbeiter des Krankenhauses gemeint, einsetzen? Wird das Praktizieren des Managements der sozialen Verantwortung als vertrauensbildende Maßnahme und als Alleinstellungsmerkmal verstanden, damit sich das Krankenhaus angesichts des schärfer werdenden Wettbewerbs auf den verschiedenen Märkten auch in Zukunft erfolgreich behaupten kann? Oder geht es der Geschäftsführung vor allem darum, ein Management-Instrument zu implementieren, mit dessen Hilfe die vielen Ziel- und Verteilungs-Konflikte, die die Arbeitssituation der Akteure im Krankenhaus immer wieder und immer öfter bestimmen, besser lösen zu können?

Alle Fragen lassen sich positiv beantworten. Aus jeder der Antworten lässt sich deshalb ein Motiv für die Entwicklung und Implementierung eines neuen Management-Konzepts ableiten. Hauptsächlich geht es aber den Unternehmen um die Suche nach Instrumenten für die Überwindung der vielen sich abzeichnenden Konflikte.

Die vielen Konflikt-Felder, die die Geschäftsführung eines Krankenhauses veranlassen könnten, ein besseres Management-Konzept, nämlich das „Management der sozialen Verantwortung“, entwickeln zu lassen und zu implementieren, wurden in Kapitel 1 – allerdings eher essayhaft – dargestellt. Sie werden hier noch einmal thesenartig zusammengefasst und ergänzt:

### *These 1*

Probleme der Verteilung der Finanzmittel, die der Gesellschaft zur Verfügung stehen, gibt es auf drei Allokationsebenen (Schmidt; Gutmann, S. 18):

- Auf der Makroebene wird entschieden, welche Anteile der Finanzmittel, die der Gesellschaft insgesamt zur Verfügung stehen, den gesellschaftlichen Teilsystemen (unter anderem Gesundheit, Soziales und Bildung) jeweils zugewiesen werden sollen.
- Auf der nächsten Ebene – der Mesoebene – stellt sich die Frage, wie die für das Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Mittel auf die verschiedenen Leistungsbereiche – wie zum Beispiel Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Apotheken – verteilt werden sollen.

- Auf der Mikroebene erfolgt die Zuweisung der dem einzelnen Leistungserbringer zur Verfügung stehenden Mittel auf einzelne Leistungsbereiche des Krankenhauses bzw. auf die Behandlung einzelner Patienten.

### *These 2*

Die in den letzten Jahren auf den beiden ersten Ebenen gefällten Allokationsentscheidungen haben dazu geführt, dass den Krankenhäusern immer weniger Mittel für die Finanzierung der Investitions- und der Betriebskosten zur Verfügung stehen. Verschärft wird die dadurch ohnehin schon angespannte Situation, weil Krankenhäuser Gewinne erzielen müssen, um die durch Investitionen verursachten Kosten – weil diese Kosten durch den Staat nur noch zu einem Teil durch die Bereitstellung von Fördermitteln gedeckt werden – selbst finanzieren zu können. Der Wettbewerb innerhalb der Krankenhäuser um die knapper werden Ressourcen nimmt deshalb an Heftigkeit zu.

- Immer häufiger kommt es zu Rationierungsdiskussionen, ausgelöst durch die Frage, ob nicht dem einen Patienten Ressourcen entzogen werden müssen, um sie für den Patienten einzusetzen, der sie möglicherweise dringender benötigt. Die Führungskräfte und die Mitarbeiter sehen sich gezwungen zu entscheiden, welcher Patient welche therapeutische Leistung erhalten bzw. nicht erhalten soll oder welchem Patienten sie welchen Teil ihrer Arbeitszeit widmen und um welche Patienten sie sich möglicherweise weniger kümmern werden.
- Ein Konflikt kann auch dann ausgelöst werden, wenn sich die Geschäftsführung zwischen der Rolle des Krankenhauses als Technologie-Führer oder der eines Krankenhauses, in dem die situativ, emotional geprägte Interaktion zwischen dem Patienten und dem therapeutischen Team im Mittelpunkt steht, entscheiden muss. Das Technologieführer-Krankenhaus bindet in ausgewählten Leistungsbereichen Finanzmittel und Mitarbeiter, die anderen Leistungsbereichen fehlen – wenn nicht durch die Behandlung komplizierterer Krankheiten, zu deren Diagnostik und Therapie die aufwändigere Medizin-Technik benötigt wird, höhere Erlöse als Grundlage für die Finanzierung zusätzlichen Personals lukriert werden können.

*These 3*

Zu einem Zielkonflikt kann es auch hinsichtlich der Behandlung der in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten und der Behandlung privat versicherter bzw. selbst zahlender Patienten kommen, wenn den zuletzt genannten Patienten Leistungen zur Verfügung gestellt werden, die über den Standard hinausgehen, der nach den Regeln des SGB V für die Behandlung von Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist und der auf der Basis der einschlägigen gesetzlichen Vorgaben finanziert wird.

**Beispiel**

So betreibt die Vivantes GmbH für die zuletzt genannten Patientengruppen seit dem 1. Januar 2009 KomfortKliniken mit gegenüber den Normalstationen deutlich gehobenem, an Hotel-Standard ausgerichtetem Service und Komfort.

Dieser Konflikt entsteht nicht, solange die zusätzlichen Ressourcen, die den Privatpatienten zwecks Verbesserung des Services und des Komforts über das für die Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehende Maß zur Verfügung gestellt werden, von den Privatpatienten in vollem Umfang finanziert werden und somit den Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht vorenthalten werden. Ein Konflikt entsteht aber dann, wenn in Folge der demografischen Entwicklung Mitarbeiter – obwohl durch die von den Privatpatienten entrichteten Entgelte finanzierbar – nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen, Personalknappheit also nicht die Konsequenz fehlender Finanzmittel ist. Nun muss entschieden werden, ob den privat versicherten bzw. selbst zahlenden Patienten ein besserer Service und ein höherer Komfort zu Lasten der Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung geboten werden soll.

*These 4*

Frei werdende Stellen werden – entweder weil deren Finanzierung nicht mehr gegeben ist oder weil in Folge der demografischen Entwicklung Bewerber nicht zur Verfügung stehen – nicht besetzt. Die Belastung der Mitarbeiter steigt – und dies bei älter werdenden Belegschaften. Die Geschäftsführung sieht sich mit der Entscheidung konfrontiert, ob sie die Mehr-(oder Über-)belastung der Mitarbeiter durch weniger Leistungen für die Patienten ausgleichen soll.

*These 5*

Zunehmend stehen Ärzte und Pflegende vor einem von ihnen allein kaum zu lösenden Problem, nämlich auf der einen Seite verantwortlich zu sein für das Wohlergehen der Patienten und andererseits die Interessen andere Stakeholder (Krankenkassen, Eigentümer u. a.) vertreten zu müssen. Wenn die Krankenkassen die Reduzierung der „Preise“ für die Behandlung der Patienten betreiben und die Eigentümer eine möglichst hohe Verzinsung des von ihnen zur Verfügung gestellten Kapitals erwarten und die Geschäftsführung des Krankenhauses von den Führungskräften und den Mitarbeitern verlangt, dass diese ihre Entscheidungen so fällen, dass diese beiden Anliegen befriedigt werden können, dann werden die Führungskräfte und die Mitarbeiter einem Konflikt ausgeliefert, den diese nicht lösen können und der – wenn er längere Zeit bestehen bleibt – möglicherweise krank macht.

*These 6*

Schon seit einiger Zeit bedient sich das Gesundheitsmanagement vieler, für das Gesundheitswesen neuer Vokabeln – wie zum Beispiel „Gesundheitsmarkt“, „Marktorientierung“, „Dienstleistung“, „Produkt“ und „Produkteigenschaften“ –, um das Geschehen in einem Krankenhaus und um die Beziehungen zwischen den Krankenhäusern einerseits sowie zum anderen zwischen den Krankenhäusern und den Patienten, niedergelassenen Ärzten und anderen mit der Patientenversorgung befasster Personen und Institutionen eindeutig beschreiben zu können. Die Verwendung der meist nur den Experten geläufigen Begriffe aus der Mikro- und Makroökonomie löst bei Patienten und Mitarbeitern Unsicherheit, ja vielfach Angst aus.

Zufriedenheit der Patienten mit ihrer Behandlung und Zufriedenheit der Mitarbeiter mit ihrer Arbeitssituation können aber nur dann erreicht werden, wenn die Geschäftsführung die von ihr entwickelten Konzepte erläutert und begründet, und zwar in einer Sprache, die die Patienten und Mitarbeiter verstehen. Nur auf der Basis des auf diese Weise angestoßenen Dialogs werden Patienten und Mitarbeiter die Pläne der Geschäftsführung für sich als „gut“ akzeptieren können (Wehkamp; Keitel, S. 17).

*These 7*

Praktiker und Wissenschaftler sehen in der Ökonomisierung des Gesundheitswesens eine Ent-

wicklung voraus, die zu Lasten sowohl der Patienten als auch der Beschäftigten in den Medizinbetrieben gehen wird. Ihre Kritik richtet sich dagegen, dass der Patient zunehmend nur noch als eine Summe verschiedener, zu erledigender Aufgaben wahrgenommen und dass deren Erledigung ausschließlich nach ökonomischen Kategorien organisiert wird. Die Prinzipien der Daseinsvorsorge, der Humanitas, der Caritas und der Solidarität als Grundlage für die Patientenbehandlung und für den Umgang der in den Medizinbetrieben beschäftigten untereinander treten immer mehr in den Hintergrund.

**!** Es gibt also eine Vielzahl von Entwicklungen, die dazu beitragen, dass die Verantwortung, die dem Krankenhaus zugeschrieben wird, neue Dimensionen erlangt. Es wird immer schwieriger, einen Ausgleich der unterschiedlichen Interessen herbeizuführen. Es bedarf deshalb einer Neuorientierung des Managements sowohl in seiner personellen, institutionellen wie auch in seiner funktionalen Ausprägung sowie der Unterstützung der Geschäftsführung, der Führungskräfte und aller Mitarbeiter durch ein besseres Management-Instrument, damit diese auch unter den geänderten Voraussetzungen sozial verantwortlich handeln können.

### 5.3 Der Inhalt der Verantwortung

#### 5.3.1 Charakterisierung

##### Überblick

In Kapitel 2 wurde im Einzelnen dargestellt, was im Rahmen dieser Untersuchung unter „sozialer Verantwortung“ verstanden werden soll. Ausgehend von dieser mehr allgemeinen Begriffsbestimmung soll in diesem Kapitel 5.3 beschrieben werden, was – bezogen auf das Managen eines Krankenhauses – mit „sozialer Verantwortung“ gemeint ist. Es geht hier um die Beantwortung der Frage, worin vernünftigerweise die Verantwortung des Krankenhauses und die Verantwortung der Geschäftsführung, der Führungskräfte und der Mitarbeiter des Krankenhauses liegt (Suchanek; Lin-Hi, S. 9).

Diese Frage lässt sich im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nur dann beantworten, wenn man auf eine funktionale Ausdifferenzie-

rung weitgehend verzichtet und nicht versucht, die spezifische Verantwortung zum Beispiel des Leiters einer klinischen Abteilung auf der einen Seite und die des Leiters der Personalabteilung auf der anderen Seite zu beschreiben (Vogd, S. 32). Dieses konsequent umgesetzt würde den zur Verfügung stehenden Rahmen wahrscheinlich sprengen. Ein anderer Ansatz für die Lösung des methodischen Problems besteht darin, Verantwortung gewissermaßen auf einer Meta-Ebene für Verantwortungsträger-Gruppen – Krankenhaus, Geschäftsführung, Führungskräfte und Mitarbeiter – darzustellen und mit Blick auf Gruppen von Adressaten der Verantwortung zu differenzieren.

Beide Lösungsansätze werden hier insofern kombiniert, als – um bei dem Beispiel zu bleiben – die Leiter von Leistungsbereichen des Krankenhauses zunächst ganz allgemein ausschließlich als Führungskräfte mit Verantwortung gegenüber ihren Mitarbeitern und anderen Stakeholdern gesehen werden. Wenn die funktionale Ausdifferenzierung zum besseren Verständnis hilfreich ist, wird zusätzlich danach gefragt, welchen Beitrag zur Behandlung der Patienten zum Beispiel der Leitende Arzt auf der einen Seite und der Leiter eines Servicebereiches zum anderen zu leisten verpflichtet sind.

Eine Antwort auf die eingangs gestellte Frage – Für was tritt ein Verantwortungsträger ein? – wird gefunden, indem zunächst ein kurzer Überblick über

1. Verantwortungstypen und über
2. die Inhalte von Verantwortung, differenziert nach den drei Allokationsebenen des Gesundheitssystems gegeben wird und im Anschluss daran
3. die für Krankenhäuser spezifischen Arten von Verantwortung in Verbindung mit den Trägern der Verantwortung dargestellt werden (s. Kap. 5.4).

##### Typen von Verantwortung

Der Begriff „Verantwortung“ ist ein mehrstelliger Beziehungsbegriff (Lenk, S. 33ff.) – ein Beziehungsbegriff deshalb, weil von Verantwortung nur dann gesprochen werden kann, wenn es einen Verantwortungsträger gibt, der gegenüber einem Adressaten für etwas einsteht. Dieses Einstehen für etwas kann unterschiedlich verstanden werden:

- Einerseits spricht man von Aufgaben- bzw. Rollenverantwortung. Jede Person/Institution, der eine Aufgabe übertragen worden ist, übernimmt damit auch Rollenverpflichtungen und hat diese verantwortlich auszuführen. So haben Krankenhäuser z.B. als spezifische Form ihrer Rollenverantwortung eine Vorsorgeverantwortung gegenüber der in dem Einzugsgebiet des Krankenhauses wohnenden Bevölkerung. Sie stellen durch das Bereitstellen der erforderlichen Kapazitäten und Ressourcen sicher, dass die Einwohner im Bedarfsfall medizinische Hilfe erhalten können. Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten haben auf Grund ihrer Rolle als Mitglied eines therapeutischen Teams eine Fürsorgeverantwortung gegenüber Patienten. Die Mitglieder eines Aufsichtsrats haben eine Vermögensfürsorgeverantwortung gegenüber den Eigentümern des Unternehmens (Regierungskommission, 1. Präambel).
- Es gibt zum anderen die Handlungs(folgen)-verantwortung. Eine Person/Institution ist gegenüber einer anderen Person/Institution für ihre Handlungen und die daraus sich für den Adressaten der Verantwortung ergebenden Folgen verantwortlich. So muss das Krankenhaus dafür einstehen, wenn es nicht

durch entsprechende Sicherheitsmaßnahmen verhindern konnte, dass ein Patient von einer Behandlungs- bzw. Untersuchungs- bzw. Untersuchungsliege stürzt und dabei zu Schaden kommt.

Bei den weiteren Überlegungen steht – wenn nichts anderes zum Ausdruck gebracht wird – entsprechend der Definition des Begriffes „soziale Verantwortung“ die Verantwortung für die Folgen unternehmerischen Handelns im Vordergrund. Dabei geht es bei den weiteren Betrachtungen vor allem um die betriebswirtschaftliche und die ethische Dimension der Verantwortung (Hunzicker, S. 17 und S. 18f.); die rechtliche Dimension der Handlungs(folgen)verantwortung (Hunzicker, S. 17f.) wird gelegentlich und nur am Rande behandelt.

#### Anordnungs-, Übernahme- und Durchführungsverantwortung

Diejenige Person, die befugt ist, anderen Personen Weisungen zu erteilen, trägt die Verantwortung dafür, dass sie die in inhaltlicher und zeitlicher Hinsicht richtige, das heißt zur Lösung eines Problems angemessene Weisung erteilt (= Anordnungsverantwortung) (s. Abb. 27). Die Anord-

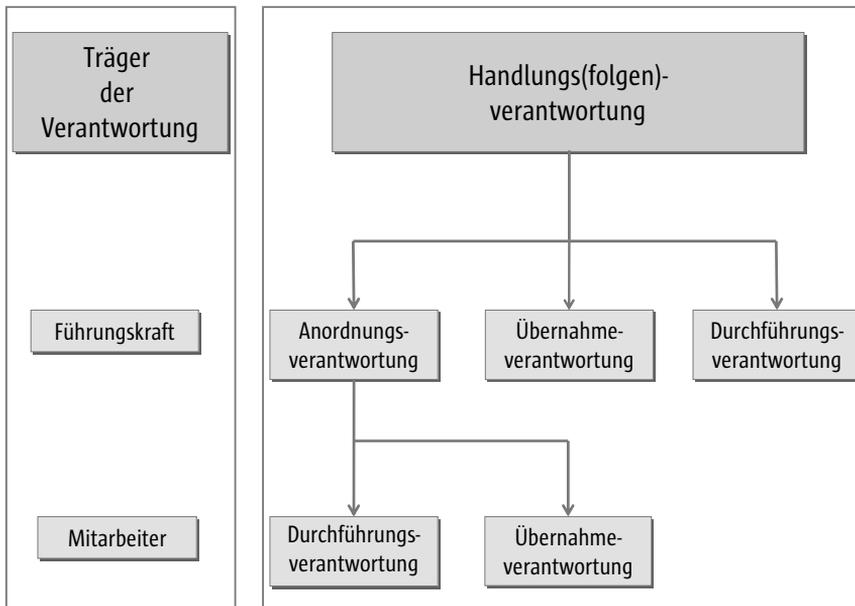


Abb. 27 Arten und Zuweisung der Verantwortung

nungsverantwortung schließt die Verpflichtung ein, eine für die Wahrnehmung der übertragenen Aufgabe kompetente Person – den Verrichtungsgehilfen – zu beauftragen.

Der Adressat der Weisung ist dafür verantwortlich, dass er

- die ihm zur Ausführung übertragene Aufgabe nur dann übernimmt, wenn er auf der Grundlage einer Selbsteinschätzung davon überzeugt ist, über die für die Wahrnehmung der Aufgabe erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten zu verfügen (= Übernahmeverantwortung), und
- die Aufgabe ordnungsgemäß, das heißt ohne für den von der ausgeführten Handlung betroffenen Stakeholder nachteilige Folgen, ausführt (= Durchführungsverantwortung).

Die Person, der die Anordnungsverantwortung zugewiesen ist, trägt die Gesamtverantwortung (= Organisationsverantwortung). Sie kann sich – für den Fall von nachteiligen Folgen für den Adressaten der Verantwortung – nur dann der Verantwortung für einen eventuellen Schaden entziehen (= exkulpieren), wenn sie nachweisen kann, dass sie die für die Wahrnehmung der übertragenen Aufgaben entsprechend qualifizierten Verrichtungsgehilfen ausgewählt hat und dass die erforderlichen Behandlungskapazitäten und Ressourcen zur Verfügung stehen und die Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsprozesse adäquat gestaltet sind (Jungeblodt, S. 41f.).

Auf allen Leitungsebenen des Unternehmens gibt es die Notwendigkeit der Differenzierung in Anordnungs-, Übernahme- und Durchführungsverantwortung. Viele Personen tragen im Regelfall sowohl Anordnungs- als auch Übernahme- und Durchführungsverantwortung, weil sie Leitungs- und ausführende Aufgaben gleichermaßen wahrnehmen.

### Verantwortung auf den drei Allokationsebenen des Gesundheitssystems

Von zentraler Bedeutung für das Wirksamwerden des Managements der sozialen Verantwortung in einem Krankenhaus ist die Art und Weise, wie die verschiedenen Verantwortungsträger die „Handlungs(folgen)verantwortung“ gegenüber den Patienten tragen und welche Rolle der Patient in diesem Zusammenhang spielt. Diese beiden Aspekte stehen im Mittelpunkt der weiteren Betrachtun-

gen in diesem Kapitel, bevor danach wieder alle Adressaten der Verantwortung in den Blick genommen werden.

Was heißt nun aber „Handlungs(folgen)verantwortung“ in der krankenhausspezifischen Ausprägung des Begriffs?

**Charakteristisch und grundlegend für die Zuschreibung von Verantwortung zu einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen und damit auch für die inhaltliche Ausprägung der Verantwortung ist, dass jeder Mensch für seine Gesundheit selbst verantwortlich ist.**

**Die Entwicklung der Medizin und der Medizin- und Kommunikationstechnik wird den Einzelnen in die Lage versetzen, künftig aktiv an der eigenen medizinischen Versorgung mitzuwirken (PWC, S. 17)**

Der Mensch ist aber nicht voll verantwortlich; gegebenenfalls benötigt er medizinische Hilfe. Die übrigen Akteure im Gesundheitssystem – wie Staat, Politiker, Krankenhäuser, Ärzte und Apotheken – haben – sofern nichts anderes vermerkt wird – in diesem Sinne eine Mit-Verantwortung.

Ausgehend von diesem Grundsatz hat die Handlungs(folgen)verantwortung – bezogen auf die in Kapitel 5.2, These 1 unterschiedenen Allokationsebenen des Gesundheitswesens – die nachstehend skizzierten und für das Gesundheitssystem charakteristischen Inhalte (Wallner, S. 150ff.):

- Auf der Makroebene bedeutet soziale Verantwortung die Verantwortung bzw. Mit-Verantwortung jedes einzelnen Akteurs für das gesamte Gesundheitssystem. Jeder Bürger ist aufgefordert, seine Lebensweise so einzurichten, dass er möglichst gesund bleibt und als Folge davon die Ressourcen des Gesundheitssystems möglichst wenig in Anspruch nehmen muss.

Der Staat kommt seiner sozialen Mit-Verantwortung nach, indem er (gesetzliche) Rahmenbedingungen schafft, die den effektiven und effizienten Einsatz der dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen und Finanzmittel ermöglicht, und indem er dafür sorgt, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen möglichst allen Mitgliedern der Gesellschaft entsprechend ihrem jeweiligen Bedarf zu Gute kommen (s. Beispiel 1).

## 5.3 Der Inhalt der Verantwortung

### Beispiel 1

So hat der Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch (SGB) V festgelegt, welche Leistungen (§ 11 Leistungsarten) unter welchen Bedingungen (§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot) den Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestellt werden.

- Auf der Mesoebene stellt sich die Frage, in welchem der Sektoren des Gesundheitswesens und durch welchen Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen der Patient mit einem möglichst hohen Maß an Qualität und Effizienz behandelt wird. Auch hier ist der Patient zunächst persönlich gefordert und erst dann, wenn er die Entscheidung für den in Hinblick auf seine gesundheitliche Befindlichkeit richtigen Anbieter medizinischer Leistungen nicht selbst fällen kann, liegt es in der sozialen Mit-Verantwortung der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, den Patienten zu beraten und zu dem richtigen Anbieter zu steuern (s. Beispiel 2).

Der Staat kam seiner sozialen Mit-Verantwortung auf der Mesoebene dadurch nach, indem er Rahmenbedingungen für eine Integrierte Versorgung geschaffen hat. Die Grenzen zwischen den Sektoren des Gesundheitssystems wurden durchlässiger, der Wechsel von einem in einen anderen Sektor wurde erleichtert. Die Unterstützung des hilfebedürftigen Patienten bei der Wahl eines für ihn geeigneten Leistungsanbieters durch eine dafür autorisierte Person/Instanz ist institutionalisiert worden.

### Beispiel 2

Ein niedergelassener Arzt (= Hausarzt) behandelt einen Patienten zunächst ambulant und überweist diesen anschließend in die stationäre Behandlung, weil diese medizinisch geboten ist. Er hilft dem Patienten – und kommt damit seiner Mit-Verantwortung nach –, das für die Behandlung der Patienten-Erkrankung geeignete Krankenhaus zu finden und mit diesem einen Behandlungstermin zu vereinbaren.

Wenn der Patient im Anschluss an die stationäre Behandlung und die Entlassung nach Hause dort der Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst bedarf, organisieren entweder das Krankenhaus oder der Hausarzt im Rahmen ihrer Mit-Verantwortung entsprechende Vereinbarungen mit einem Anbieter der häuslichen Krankenpflege, wenn der Patient dies selbst nicht realisieren kann.

- Der Leistungserbringer auf der Mikroebene ist dafür verantwortlich, den Behandlungsprozess für den einzelnen Patienten so zu organisieren, dass das Behandlungsziel – die Wiederherstellung der Gesundheit bzw. die Linderung von Leiden oder die Geburtshilfe – auf einem hohen qualitativen Niveau mit einem Minimum an Ressourceneinsatz erreicht wird und dass nach Abschluss der Behandlung für den Genesenen ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität gewährleistet ist.

Die Patientenbehandlung auf der Mikroebene zeichnet sich in einer zunehmenden Zahl von Krankenhäusern dadurch aus, dass der Patient als Ko-Produzent der medizinischen Behandlung den Behandlungsprozess und damit dessen Ergebnis entscheidend prägt (s. Kap. 4.2.4). Die Verantwortung für das Behandlungsergebnis wird dann nicht mehr nur durch den Arzt oder das therapeutische Team allein, sondern in zunehmendem Umfang auch von dem Patienten getragen. Der Patient ist in dieser Ebene zum Mit-Verantwortlichen geworden.

### 5.3.2 Voraussetzung für die Zuschreibung von Verantwortung zu einem Verantwortungsträger

#### Überblick

Damit die Handlungs(folgen)verantwortung einem der Krankenhaus-Akteure (s. Abb. 28) zugeschrieben werden kann, setzt dies voraus, dass (in Anlehnung an Suchanek; Lin-Hi, S. 10)

1. die einem Verantwortungsträger zur Wahrnehmung übertragene Aufgabe und die Verantwortung für die sach- und zeitgerechte Durchführung der Aufgabe und für deren Folgen – der Verantwortungsbereich – beschrieben
2. der sich aus der Aufgabe ergebende Entscheidungsspielraum festgelegt und
3. der Entscheidungsspielraum gemäß Ziffer 2. mit dem mit der Aufgabe verbundenen und dem Akteur zugeschriebenen Verantwortungsbereich deckungsgleich ist;
4. die Chancen für die Realisierung verantwortlichen Handelns innerhalb des Entscheidungsspielraums liegen,
5. die dem Akteur zugeschriebene Verantwortung für diesen zumutbar ist – er also zu einem



Abb. 28 Aufgabenträger des Krankenhauses

Verhalten, das seinen Interessen zuwider ist, nicht benötigt wird – und

- festgelegt ist, wer die Risiken trägt, die mit Entscheidungen verbunden sind.

### Der Verantwortungsbereich

Die dem Verantwortungsträger übertragene Aufgabe muss mindestens drei Anforderungen genügen, damit der Verantwortungsträger die sich aus der Aufgabe ergebende und ihm zugewiesene Verantwortung übernehmen kann:

- Bei der Wahrnehmung der Aufgabe muss dem Verantwortungsträger ein ausreichend hoher Gestaltungsspielraum zur Verfügung stehen.
- Sie muss ausreichend präzise beschrieben sein.
- Sie muss in Bezug auf die Aufgaben anderer Verantwortungsträger überschneidungsfrei aus der Gesamtaufgabe des Krankenhauses entwickelt worden sein.

Verantwortung kann eine Person, eine Gruppe oder eine Institution nur für etwas übernehmen, was diese durch eigene Entscheidungen beeinflussen kann (Kreikebaum, S. 185). Nur dann, wenn dem Akteur die Möglichkeit gegeben ist, im Rahmen der Erfüllung der ihm übertragenen Aufgabe für die Lösung eines Problems Alternativen zu entwickeln, diese unter Berücksichtigung der Interessen der von seiner Entscheidung betroffenen Stakeholder zu bewerten und eine der Alternativen für die Umsetzung auszuwählen, kann der Akteur sozial verantwortlich handeln, und es kann dem Akteur die Verantwortung für

die Realisierung der Aufgabe und für die Folgen seines Handelns zugeschrieben werden. Wenn der Entscheidungsspielraum dagegen vollständig eingeschränkt ist – was bei reinen Ausführungsaufgaben gegeben ist, wenn nicht nur das zu erreichende Ziel, sondern auch die Mittel, die zwecks Zielerreichung eingesetzt werden, vorgegeben sind –, ist sozial verantwortliches Handeln nicht möglich.

Mittels einer Aufgabenbeschreibung – als Bestandteil des Arbeitsvertrages und/oder einer Arbeitsplatz- oder Stellenbeschreibung – teilt die Geschäftsführung den Führungskräften und Mitarbeitern mit, welche Aufgaben diese wahrnehmen sollen und welche Verantwortung sie damit übernehmen. Damit die Realisierung der Aufgaben im Sinne eines harmonischen, auf das Erfüllen der Unternehmensziele ausgerichteten Handlungsprogramms (Schreyögg, S. 259) und unter Berücksichtigung der als legitim akzeptierten Stakeholder-Anliegen erfolgen kann, muss der Verantwortungsbereich so präzise beschrieben sein, dass eine Interpretation des Inhaltes nicht erforderlich ist. Wenn der Verantwortungsträger überlegen muss, was sein Auftraggeber wohl gemeint haben könnte, besteht die Gefahr, dass die endgültige Beschreibung des Verantwortungsbereichs durch sachfremde Interessen geleitet wird. Die Harmonie des Handlungsprogramms wird gestört; das Erreichen des Unternehmenszieles wird möglicherweise verunmöglicht.

Die Aufgabenbeschreibung erschöpft sich nicht in der Darstellung der auszuführenden Einrichtungen. Es bedarf darüber hinaus der Angabe der Ziele, die mittels der Wahrnehmung der Aufgaben erreicht werden sollen, und des Hinweises darauf, welchen Beitrag der Verantwortungsträger mittels der Realisierung der mit ihm vereinbarten Ziele zur Verwirklichung der Ziele, die mit der ihm übergeordneten Stelle vereinbart worden sind, leisten soll. Der Verantwortungsträger steht für die zielentsprechende Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben ein und wird entweder entlastet oder mit Sanktionen belegt (Kreikebaum, S. 223).

In einem multipersonal, arbeitsteilig organisierten Unternehmen mit höchst komplexen Strukturen und Prozessen ist nicht immer eindeutig feststellbar, ob und in welchem Umfang der Verantwortungsträger die Folgen seiner Handlungen steuern kann. Wegen der vielfältigen Verflechtungen werden die Handlungsfolgen häufig auch durch andere Akteure – und nicht immer im Sinne des Verantwortungsträgers – beeinflusst.

**Beispiel**

Dem Chefarzt einer klinischen Abteilung ist als Aufgabe die Leitung der klinischen Abteilung übertragen worden. Er ist dafür verantwortlich, die in einer Zielvereinbarung zusammen mit seinem Vorgesetzten einvernehmlich festgelegten Ziele zu realisieren. Er steht als Voraussetzung dafür ein, dass die dafür erforderlichen Ressourcen, die ebenfalls Gegenstand der Zielvereinbarung sind, in qualitativer und in quantitativer Hinsicht zur Verfügung stehen.

Wenn eine der notwendigen Personalstellen vakant wird, ist dem Chefarzt daran gelegen, diese möglichst rasch wieder zu besetzen. Er initiiert deshalb umgehend den Beschaffungsprozess, indem er der Personalabteilung die als Grundlage für die Stellenausschreibung und die Bewertung der eingehenden Bewerbungen erforderlichen Dokumente, die nur von ihm erarbeitet werden können (Naegler et al., S. 150), zuleitet.

Auf den weiteren Verlauf des Beschaffungsprozesses hat der Chefarzt nur noch begrenzt Einfluss. Dieser wird von mindestens zwei anderen Akteuren bestimmt, nämlich der Personalabteilung und der Personalvertretung. Beide verfolgen jeweils das Ziel, den Chefarzt bei der Wiederbesetzung der frei gewordenen Personalstelle mit dem geeignetsten Bewerber zu unterstützen. Dabei berücksichtigen sie die eventuell voneinander abweichenden Interessen anderer Stakeholder. Vielleicht verzögert die Personalabteilung die Besetzung der Stelle, um dadurch die von dem Eigentümer gewünschte Kostenreduzierung erreichen zu können. Die Personalvertretung ist zwar an einer möglichst raschen Besetzung der Stelle interessiert, um die aus der Vakanz der Stelle resultierende Mehrbelastung für die übrigen Mitarbeiter möglichst bald wieder beseitigen zu können. Weil einzelne Mitglieder des Gremiums eventuell andere Bewerber als der Chefarzt favorisieren, kann sich das Gremium erst nach mehreren Rücksprachen mit dem Chefarzt darauf verständigen, dem Vorschlag des Chefarztes zuzustimmen.

Die Verständigung auf einen Bewerber und die Besetzung der vakanten Personalstelle erfolgt deshalb – ohne dass der Chefarzt dieses durch eigenes Tun ändern kann – möglicherweise so spät, dass die in der Zielvereinbarung festgelegten Leistungen – die Folgen seiner Handlungen – nicht zur Gänze erbracht werden können.

Wenn die Aufgaben und die daraus resultierende Verantwortung der einzelnen Verantwortungsträger nicht – wie weiter oben skizziert – sorgfältig aufeinander abgestimmt werden, besteht die Gefahr der „sozialen Falle“ (Wallner, S. 150). Jedes Mitglied der Organisation versucht möglicherweise nach eigenen Nutzenvorstellungen zu handeln. Es muss des Weiteren befürchtet wer-

den, dass bei unklarer Verteilung von Aufgaben und Verantwortung Teile der Verantwortung oder diese zur Gänze auf andere Mitglieder der Organisation abgewälzt werden, dort aber nicht wahrgenommen werden können (Wallner, S. 151), oder dass einzelne Organisationsmitglieder Verantwortung von anderen (gegen deren Willen) übernehmen. Der Gesamtnutzen für das Unternehmen und seine Stakeholder ist geringer als er sein könnte.

Verantwortung hat eine sachlich-räumliche Dimension – von ihr war bisher vor allem die Rede – und eine zeitliche Dimension (Kreikebaum, S. 189ff.). Die zeitliche Dimension der Verantwortung umfasst – wenn sie überhaupt schon Bestandteil der Zuschreibung von Verantwortung zu einem Verantwortungsträger ist – meist nur kürzere Zeiträume (wie z.B. das Budget oder eine Zielvereinbarung für das nächste Wirtschaftsjahr). Eine auf einen längeren Zeitraum ausgerichtete Verantwortung – wie z.B. die Verantwortung für die langfristige Sicherung der Existenz des Krankenhauses – ist zwar vielfach Element der Mission des Krankenhauses und wird der Geschäftsführung zugeschrieben. Sie wird in dieser Ausprägung bisher nur selten zu einem Element der Verantwortung von Führungskräften und Mitarbeitern. Die Entscheidung zwischen langfristiger Existenzsicherung und kurzfristiger Gewinnmaximierung ist damit in das Belieben der Führungskräfte und der Mitarbeiter gestellt; Beispiele aus der Praxis zeigen, dass eher die Realisierung kurzfristiger erreichbarer Ziele favorisiert wird.

Nach diesen Vorbemerkungen mehr allgemeiner Art folgt nun ein Überblick über die Aufgaben, die innerhalb eines Krankenhauses entweder durch dieses oder durch andere Akteure (s. Abb. 28) wahrzunehmen sind, und über die Verpflichtungen, die diesen Akteuren obliegen. Eine detaillierte Analyse dieser Verantwortungsinhalte erfolgt in Kapitel 5.4 – dort unter Berücksichtigung der Adressaten der Verantwortung und der adressaten-spezifischen Ausprägung der Verantwortung.

- Das Krankenhaus ist der institutionelle Rahmen für die Wahrnehmung von Aufgaben durch die Mitglieder dieser Organisation (Ärzte, Krankenpflegekräfte, Therapeuten und Vertreter anderer Berufsgruppen). Es stellt die Kapazitäten einschließlich der erforderlichen Management-Kapazitäten und die für die Realisierung der Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsprozesse notwendigen Ressourcen

cen in bedarfsgerechtem – in qualitativer und quantitativer Hinsicht – Umfang bereit (= Organisationsverantwortung). Es stellt durch die sach- und zeitgerechte Beauftragung der dafür zuständigen Stellen sicher, dass die in einem Versorgungsauftrag dem Grunde nach und in dem mit den Krankenkassen abgeschlossenen Versorgungsvertrag konkret vereinbarten Leistungen dauerhaft erbracht werden können. Das Krankenhaus ist auch für die Folgen der Handlungen der in seinem Auftrag tätigen Akteure verantwortlich. Dieses gilt nicht nur im Rahmen seiner Organisationsverantwortung. Es übernimmt immer wieder auch Verantwortung, die eigentlich einem Mitarbeiter zugeschrieben worden ist, um sicherstellen zu können, dass im Falle der Schädigung eines Patienten dieser dafür einen materiellen Ausgleich – z. B. in Form eines Schmerzensgeldes – erhalten kann.

- Die Geschäftsführung ist für die Realisierung der im Regelfall von der 1. Leitungsebene (= den Organen des Krankenhausträgers) festgelegten Unternehmensziele – diese umfassen auch die im Versorgungsauftrag festgelegten Leistungen – verantwortlich. Sie schließt mit den Krankenkassen den Versorgungsvertrag ab und trägt die Verantwortung für dessen Realisierung. Ihr obliegt das Schaffen der Voraussetzungen für das Managen der Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsprozesse in allen Leistungsbereichen des Krankenhauses – klinische Abteilungen und Abteilungen des medizinischen und nicht-medizinischen Supportbereiches.

Die Geschäftsführung ist im Rahmen ihrer Organisationsverantwortung ferner für die Folgen der Handlungen der für die Leitung der Leistungsbereiche des Krankenhauses berufenen Führungskräfte verantwortlich. Dieser Verantwortung kommt sie nach durch

- a) die Entwicklung, Implementation und nachhaltige Realisierung eines Unternehmensleitbildes, mit dem den Führungskräften und den Mitarbeitern mitgeteilt wird, was unter sozial verantwortlichem Handeln verstanden wird und welche Handlungen erlaubt/erwünscht bzw. verboten/unerwünscht sind (Näheres dazu s. Kap. 7);
- b) die Entwicklung, Implementation und nachhaltige Realisierung eines geeigneten Führungskonzepts einschließlich des Schaffens der oben schon genannten Vor-

aussetzungen für die Zuschreibung von Verantwortung,

- c) die Entwicklung eines Handlungsprogramms und Übertragung der sich daraus ergebenden Aufgaben und Verantwortlichkeiten an die jeweils zuständigen Führungskräfte;
- d) die Berufung der für die jeweils zu übertragenden Aufgaben qualifizierten Führungskräfte, gegebenenfalls durch deren Weiterentwicklung und durch deren sach- und zeitgerechneten Einsatz sowie durch
- e) die Wahrnehmung ihrer Kontrollpflichten (Jungeblodt, S. 41).

- Die Leitung<sup>44</sup> der Leistungsbereiche des Krankenhauses wird von Führungskräften wahrgenommen, denen Leitungsaufgaben übertragen worden sind. Neu ist – und das gilt vor allem für die Leitung klinischer Abteilungen –, dass die Führungskräfte nicht mehr nur für die Qualität der medizinischen Behandlung oder der Leistungserbringung im Allgemeinen verantwortlich sind. Ihnen wurde auch die Verantwortung für das wirtschaftliche Ergebnis ihres Verantwortungsbereichs zugewiesen.

Die Führungskräfte sind darüber hinaus im Rahmen ihrer Organisationsverantwortung auch für die Handlungen ihrer Mitarbeiter und deren Folgen verantwortlich – einschließlich der Folgen für die Qualität der Behandlungs- und Supportprozesse und für das Preis-Leistungs-Verhältnis. Dieser Verantwortung kommt die Führungskraft nach, indem sie sicherstellt, dass

- a) die für die Durchführung der in ihrem Verantwortungsbereich zu erledigenden Aufgaben erforderlichen Ressourcen – in einem Krankenhaus bedeutet dieses vor allem die erforderliche Zahl von Mitarbeitern – zur Verfügung stehen,
- b) sie die sich aus dem Handlungsprogramm ergebenden Aufgaben und Verantwortlichkeiten an die jeweils zuständigen Mitarbeiter überträgt und diese in zeitlicher und örtlicher Hinsicht sachgerecht einsetzt,

<sup>44</sup> Die Begriffe „Leitung“ und „Führung“ werden in der vorliegenden Untersuchung synonym verwendet. So wird unter einer Führungskraft eine Person verstanden, die eine leitende Stelle mit Weisungsbefugnis gegenüber Dritten in einem Unternehmen besetzt.

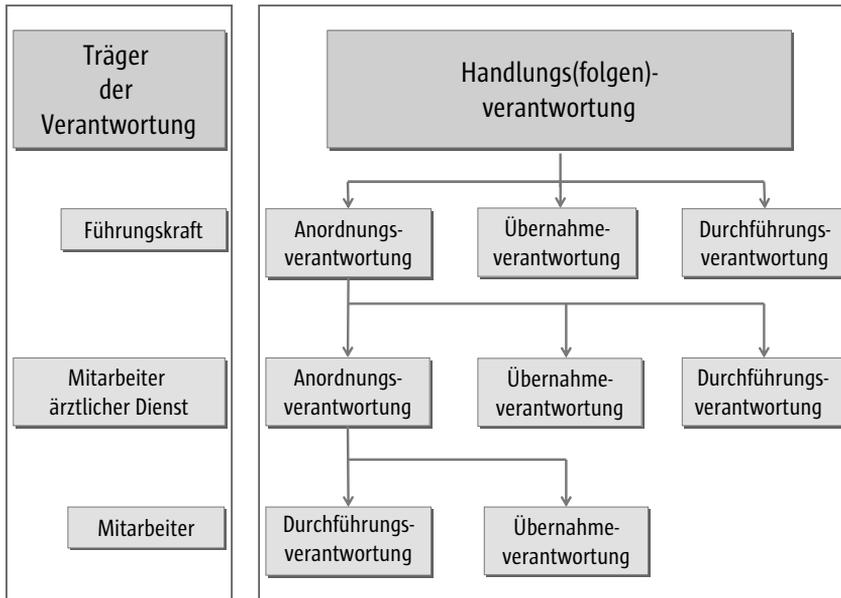


Abb. 29 Arten und Zuweisung der Verantwortung im ärztlich-pflegerischen Dienst

- c) die Mitarbeiter, denen die Wahrnehmung bestimmter Aufgaben und die Verantwortung für deren sach- und zeitgerechte Erledigung obliegen, über die zur Ausführung der Aufgaben notwendige Kompetenz, fachlicher, methodischer und sozialer Art, verfügen bzw. diese im Rahmen einschlägiger Weiterbildungsprogramme erwerben, und indem
- d) sie sich von der Realisierung der vereinbarten Ziele überzeugen.
- Die Mitarbeiter der Führungskräfte sind für die sach- und zeitgerechte Ausführung der ihnen von den jeweils dafür zuständigen Führungskräften übertragenen Aufgaben verantwortlich. Die Durchführungsverantwortung umfasst unter anderem auch die Verantwortung für den eventuell notwendigen Einsatz von Hilfsmitteln (Arbeitsleistungen, Geräte, Verbrauchs- und Gebrauchsgüter).
  - Den Mitarbeitern des ärztlichen Dienstes wurde eine Sonderrolle übertragen. Sie sind für die Patienten-Behandlung verantwortlich und haben – obwohl eine Vorgesetzten-Mitarbeiter-Beziehung im Regelfall nicht besteht – die Befugnis, Mitarbeitern des Pflegedienstes und des Medizin-Technischen Dienstes Maßnahmen der Diagnostik und der

Therapie sowie der Behandlungspflege<sup>45</sup> zur Durchführung anzuordnen (= Anordnungsverantwortung). Die Durchführungs- und Übernahmeverantwortung dafür wurde der Pflegekraft und dem Mitarbeiter des Medizin-Technischen Dienstes von der für sie zuständigen Führungskraft übertragen (s. Abb. 29). Die Anordnungsverantwortung des Arztes schließt die Verantwortung für die Festlegung der für die Behandlung einer konkreten Erkrankung geeigneten Maßnahmen und die Auswahl des für die Durchführung der Maßnahme kompetenten Mitarbeiters ein. Die Durchführungsverantwortung der Mitarbeiter umfasst unter anderem auch die Verantwortung für die eventuell zum Einsatz kommenden Hilfsmittel.

#### Entscheidungsspielraum ist eindeutig festgelegt

Sozial verantwortliches Handeln setzt voraus, dass nicht nur die Aufgaben und die damit ver-

<sup>45</sup> Die Durchführung und Verantwortung der Grundpflege werden der Pflegekraft von der für sie zuständigen Führungskraft übertragen.

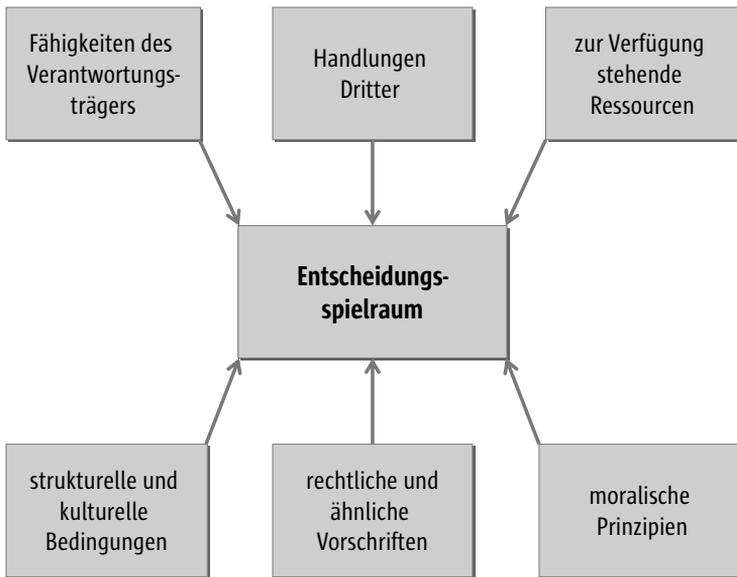


Abb. 30 Faktoren, die den Umfang des Entscheidungsspielraums beeinflussen

bundene Verantwortung den Verantwortungsträgern überschneidungsfrei zugeschrieben werden. Darüber hinaus – es wurde schon erwähnt – müssen dem Handelnden die Spielräume bekannt sein, innerhalb derer er die zur Lösung eines Problems geeigneten Alternativen suchen kann.

Die Existenz von Entscheidungsspielräumen ist ein konstitutives Element sozialen Handelns und dadurch begründet, dass die Bedingungen für das Handeln nicht selten unbestimmt sind (Küpper, S. 30). Die Behandlungs- und/oder die ökonomischen Ziele sind wenig konkret. Die eine Entscheidung verlangende Entscheidungssituation, das zu lösende Problem, ist nicht selten schlecht definiert; ein Programm für die Lösung des Problems – für die Generierung von Lösungsalternativen, für deren Bewertung und deren Vergleich – gibt es eventuell nicht. Der Entscheidungsträger muss dennoch entscheiden und deshalb die Möglichkeit haben, von vorgegebenen Regeln abzuweichen.

Bei der Festlegung von Entscheidungsspielräumen befinden sich das Krankenhaus und/oder die Geschäftsführung in einem zweifachen Dilemma:

- Werden die Grenzen zu eng gesteckt, bleibt möglicherweise kein Platz mehr für sozial verantwortliches Handeln; ein zu weit gesteckter Rahmen verführt eventuell zu einem Ver-

halten der Akteure, das der Realisierung der Unternehmensziele nicht dienlich sein kann.

- Die zweite Schwierigkeit besteht in der verbalen Festlegung des Entscheidungsspielraums. Dieser lässt sich nicht immer in dem gewünschten Maße exakt zum Ausdruck bringen, sodass der Umfang des Entscheidungsspielraumes durch den Entscheidungsträger mittels der eventuell notwendigen Interpretation des Textes gestaltet werden kann.

Der Entscheidungsspielraum wird durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt (Küpper, S. 188) (s. Abb. 30): Einerseits sind es die Fähigkeiten des Entscheidungsträgers, zum anderen die personellen und sachlichen Ressourcen, die diesem von den ihm vorgesetzten Leitungsebenen zur Verfügung gestellt werden. Schließlich kommen als Einflussfaktoren die strukturellen und kulturellen Bedingungen der Leitungsarbeit und moralische Prinzipien in Betracht. Auch rechtliche und ähnliche Vorschriften (wie z.B. der Gesellschaftervertrag, die Satzung des Krankenhauses oder Behandlungsleitlinien) (Beispiel) sowie die Handlungen anderer Akteure determinieren den Umfang des Rahmens, innerhalb dessen der Entscheidungsträger die für die Lösung des sich ihm stellenden Problems geeigneten Alternativen suchen kann.

**Beispiel**

Wenn die klinischen Abteilungen eines Krankenhauses als Profit-Center organisiert sind, dann sind die Leiter der Abteilungen nicht nur für die Qualität der Patientenbehandlung, sondern auch für das wirtschaftliche Ergebnis der Abteilung verantwortlich. Die Verantwortlichen dürfen – in der klassischen Ausprägung eines Profit-Centers – ihre Leistungen auf dem internen und auf dem externen Markt anbieten, und sie dürfen die Ressourcen, die sie zum Erstellen der Leistungen benötigen – zum Beispiel die Leistungen der Laboratoriumsmedizin –, auf dem internen und auf dem externen Markt einkaufen.

Letzteres wird den Leitern der klinischen Abteilungen im Regelfall untersagt – auch dann, wenn der Bezug der Leistungen der Laboratoriumsmedizin von einem externen Laboratorium geringere Kosten verursacht als der „Einkauf“ dieser Leistungen von dem krankenhauseigenen Laboratorium. Die Effizienz der Patientenbehandlung könnte also gesteigert werden, wenn die Leistungen der Laboratoriumsmedizin auf dem externen Markt gekauft werden könnten. Die Geschäftsführung legt damit bestimmte Aspekte des Entscheidungsspielraums für die Leiter der klinischen Abteilungen eindeutig und einschränkend fest.

Der Umfang der den Ärzten eines Krankenhauses zugeschriebenen Entscheidungsspielräume wird durch für die Tätigkeit von Ärzten spezifische Faktoren beeinflusst. Diese leiten das Verhalten der Ärzte gegenüber Patienten bzw. gegenüber anderen Ärzten (§ 7 bzw. § 29 [Muster-]Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte [Stand 2006]) und/oder die Gestaltung des Behandlungsprozesses. Mit den zuletzt genannten Regeln sind Standards wie Behandlungsempfehlungen, -leitlinien oder -richtlinien gemeint, die medizinische Entscheidungen erleichtern sollen, indem sie für angemessen erachtete Formen der Diagnose und Therapie, gewichtet nach Beweiskraft vorhandener Studien, veröffentlichen.

Dabei werden Behandlungsleitlinien als Orientierungshilfen im Sinne eines Entscheidungsspielraums verstanden, von dem in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder muss (Ollenschläger, S. 73). Behandlungsrichtlinien dagegen sind Regelungen, die dem handelnden Akteur keinen Spielraum lassen, deren Nichtbeachten vielmehr mit Strafen belegt ist (Ollenschläger, S. 74). Als Basis für sozial verantwortliches Handeln scheiden sie deshalb aus; sie lassen dem Arzt nicht die Möglichkeit, die konkrete Befindlichkeit des Patienten in die zu fällende Therapieentscheidung einzubeziehen.

Die Wahl des Standards ist eine Funktion fachlicher Bewertungen (Ollenschläger, S. 75). Je sicherer die Basis der ärztlichen Erkenntnis, je höher die Anforderungen an den behandelnden Arzt und je höher die Behandlungsrisiken für den Patienten sind, umso eher wird man anstelle der Empfehlung die Form der Leitlinie oder gar der Richtlinie wählen (Ollenschläger, S. 75f.) und den Entscheidungsspielraum des behandelnden Arztes, dessen Therapiefreiheit teilweise oder vollständig einschränken.

**Aus der Sicht des Managements der sozialen Verantwortung spielen Leitlinien als Entscheidungshilfen eine zentrale Rolle:**

Leitlinien lassen den Mitgliedern des therapeutischen Teams den Spielraum für eine aus medizinischer und ökonomischer Sicht angemessene Versorgung unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Patienten.

Leitlinien bieten den Mitgliedern des therapeutischen Teams die Grundlage für die wissenschaftlich gesicherte Begründung der von ihnen geplanten Behandlungsmaßnahmen und eventuell erforderlichen Abweichungen von dem Standard.

**Entscheidungsspielraum und Verantwortungsbereich sind deckungsgleich**

Wenn der Entscheidungsspielraum und der Verantwortungsbereich auseinander fallen, kann dieses zu Konflikten unterschiedlicher Art führen (Kreikebaum, S. 196ff.). Wenn der Verantwortungsbereich gegenüber dem Entscheidungsspielraum eingeschränkt ist, kann dieses ein Anreiz für den Verantwortungsträger sein, sehr viel risikoreichere Entscheidungen zu fällen; er muss ja für die Folgen seines Tuns nicht oder nur partiell einstehen (Beispiel 1). Wenn dagegen umgekehrt der Entscheidungsspielraum gegenüber dem Verantwortungsbereich eingeschränkt ist, muss damit gerechnet werden, dass Entscheidungen verzögert werden, durch ein sachlich nicht begründetes Absicherungsverhalten geprägt sind (Küpper, S. 189) und/oder dass der Verantwortungsträger bei eventuellen Misserfolgen versucht, sich zu exkulpieren (Beispiel 2).

### **Beispiel 1 – der Entscheidungsspielraum ist größer als der Verantwortungsbereich**

Es sei angenommen, dass der Leiter einer klinischen Abteilung für das wirtschaftliche Ergebnis seiner Abteilung nicht verantwortlich ist. Er ist aber befugt, über den Ressourceneinsatz und über die Belegung seiner Abteilung zu entscheiden. Er kann damit die Höhe der Kosten und die der Erlöse und schließlich das wirtschaftliche Ergebnis seiner Abteilung beeinflussen. Er muss nicht damit rechnen, dafür zur Rechenschaft gezogen zu werden, wenn das Ergebnis der Abteilung negativ mit entsprechenden Konsequenzen für das Gesamtergebnis des Krankenhauses ist.

Die in diesem Fall bestehende Diskrepanz zwischen Verantwortungsbereich und Entscheidungsspielraum kann überwunden werden, wenn der Leiter der klinischen Abteilung und die in dieser Abteilung behandelnden Ärzte verpflichtet werden, ihren Entscheidungen die für die zu behandelnden Erkrankungen maßgeblichen Behandlungsleitlinien einzuhalten. Wenn ein Arzt wegen der spezifischen Befindlichkeit des Patienten von der einschlägigen Behandlungsleitlinie abweichen muss, sind die Gründe für das Abweichen ausführlich zu begründen und zu dokumentieren.

### **Beispiel 2 – der Verantwortungsbereich ist größer als der Entscheidungsspielraum**

Es kommt immer noch vor, dass sich die Pflegedienstleitung eines Krankenhauses vorbehält, über die Besetzung einer in einer Pflegestation vakant gewordenen Stelle einer Krankenpflegekraft zu entscheiden. Die Verantwortung für die Qualität und die Effizienz der Pflege der Patienten in dieser Station wurde der Leiterin des Pflegedienstes dieser Station zugewiesen.

In diesem Falle ist der Entscheidungsspielraum der Stationsleitung gegenüber ihrem Verantwortungsbereich deutlich eingeschränkt. Es besteht die Gefahr, dass eine vakant gewordene Personalstelle mit einer Krankenpflegekraft besetzt wird, die das Kenntnis- und Fähigkeitspektrum der vorhandenen Belegschaft nicht sachgerecht ergänzen kann und die hinsichtlich ihrer Persönlichkeit mit den vorhandenen Krankenpflegekräften nicht harmoniert.

Möglicherweise wird es deshalb zu Minderleistungen in der Pflege kommen. Die Stationsleiterin wird dann versuchen, sich mit dem Hinweis darauf, dass ihr nicht ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung gestellt worden sei, der Verantwortung für die Folgen ihrer Entscheidungen für Patienten und eventuell andere Stakeholder zu entziehen.

### **Die Chancen für die Realisierung verantwortlichen Handelns liegen innerhalb des Entscheidungsspielraums**

Selbst wenn die dem Verantwortungsträger übertragene Aufgabe einschließlich der damit verbundenen Verantwortung und Entscheidungsbefugnisse eindeutig beschrieben ist, wenn der Entscheidungsspielraum unter Berücksichtigung der genannten Restriktionen fixiert ist und dieser sich in Übereinstimmung befindet mit dem Verantwortungsbereich und somit wichtige Voraussetzungen für sozial verantwortliches Handeln geschaffen worden sind, kommt es immer wieder vor, dass sozial verantwortliches Handeln dennoch nur eingeschränkt möglich ist. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn sich einzelne Akteure nicht verantwortlich verhalten und es damit anderen Verantwortungsträgern verunmöglichen, sozial verantwortliches Handeln zu verwirklichen (s. Beispiel). Das ist zum Beispiel auch dann der Fall, wenn sich Führungskräfte nicht an die dieser und ihren Mitarbeitern zugewiesenen Verteilung der Entscheidungsbefugnisse halten und damit die Möglichkeiten der Mitarbeiter, sozial verantwortlich zu handeln, einschränken.

### **Beispiel**

So gibt es in einer Arbeitsgruppe immer wieder Mitarbeiter, die schon bei dem geringsten Unwohlsein, aber ohne konkrete Beeinträchtigung ihrer Leistungsfähigkeit dem Dienst fern bleiben. Vor allem wenn dieses spontan erfolgt, kann Ersatz nicht rechtzeitig organisiert werden.

Die übrigen Mitarbeiter der Arbeitsgruppe können nicht immer die dadurch fehlenden Arbeitskapazitäten durch zusätzliche Leistungen ausgleichen. Sie können deshalb ihre Verantwortung gegenüber den Patienten nur noch eingeschränkt wahrnehmen.

Es bedarf deshalb einschlägiger Anreize und/oder Sanktionen, um zu verhindern, dass einzelne die eigene Freiheit zu Lasten Dritter missbrauchen (Suchanek; Lin-Hi, S. 12f.)

### **Die Wahrnehmung der dem Akteur zugeschriebenen Verantwortung ist für diesen zumutbar**

Mit jeder Handlung und deren Folgen werden die Bedingungen für künftige Handlungen festgelegt

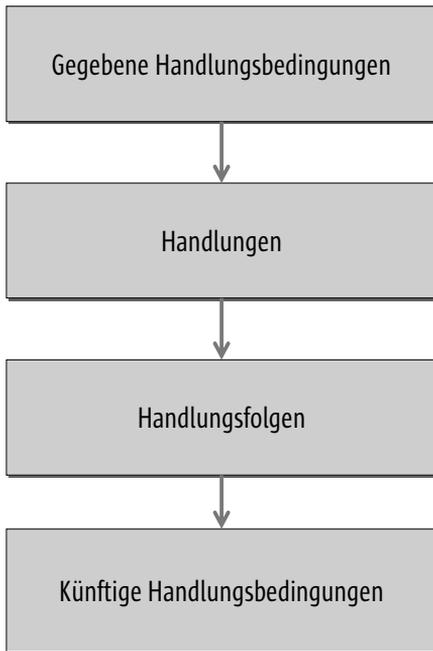


Abb. 31 Zumutbarkeit der Übernahme von Verantwortung (nach Suchanek; Lin-Hi, S. 13)

(s. Abb. 31). Der Verantwortungsträger beeinflusst mit seiner Entscheidung und deren Realisierung also nicht nur den Entscheidungsspielraum des von der Entscheidung betroffenen Stakeholders, sondern auch seinen eigenen künftigen Entscheidungsspielraum.

Die Wahrnehmung von Verantwortung ist für einen Verantwortungsträger nur dann zumutbar, wenn dieser bei der Wahrnehmung dieser Verantwortung seine Entscheidungsfreiheit so nutzen kann, dass er mittels der Folgen seiner Handlungen die Bedingungen für sein Handeln in der Zukunft nicht deutlich verändert oder gar zerstört (s. Beispiel) (Suchanek; Lin-Hi, S. 14).

### Beispiel

Der Chefarzt einer klinischen Abteilung ist für die Behandlung der Patienten seiner Abteilung verantwortlich. Er nimmt diese Verantwortung unter anderem dadurch wahr, dass er einen größeren Teil der Patienten sowie alle seine Privatpatienten persönlich behandelt und in diese Aufgabe einen größeren Teil seiner Arbeitszeit investiert.

Zusätzlich soll ihm in naher Zukunft die Verantwortung auch für das wirtschaftliche Ergebnis seiner Abteilung zugeschrieben werden.

Wenn er die Entscheidung fällt, diesen Vorschlag der Geschäftsführung nicht zu akzeptieren, wäre die Folge, dass er seine Tätigkeit als Chefarzt der Abteilung beenden müsste und Privatpatienten nicht mehr behandeln dürfte. Er könnte dann als Facharzt weiterhin – sogar in größerem Umfang – Patienten in seiner Abteilung persönlich behandeln. Seine Möglichkeiten, die Bedingungen für die Behandlung der Patienten in seiner Abteilung zu gestalten oder doch zumindest zu beeinflussen, wären ihm genommen. Er müsste erhebliche finanzielle Einbußen hinnehmen mit Auswirkungen auf die Gestaltung seiner persönlichen Lebensführung. Diverse seiner anderen Bedürfnisse – wie Wertschätzung und Selbstverwirklichung – würden nicht mehr oder nur noch eingeschränkt befriedigt.

Wenn der Chefarzt den Vorschlag akzeptiert, würde durch die Übernahme der zusätzlichen Verantwortung ein erheblicher Teil seiner Arbeitszeit gebunden. Er müsste die Zahl der Patienten, die er persönlich behandelt, reduzieren. Möglicherweise müsste er auch seine Privat-Praxis einschränken.

Durch die Veränderung der dem Chefarzt zugeschriebenen Verantwortung und durch seine dadurch ausgelöste Entscheidung werden die Bedingungen für dessen künftiges Handeln zwar nicht zerstört, aber doch entscheidend verändert. Die Übernahme der dem Chefarzt zusätzlich zugeschriebenen Verantwortung ist für diesen nur in Grenzen zumutbar.

### Risikoverteilung

Viele Entscheidungen werden auf der Basis von unvollkommenen Informationen und von unsicheren Erwartungen über künftige Entwicklungen gefällt. Die Risiken, fehlerhafte Entscheidungen zu fällen, sind gegeben. Die Frage stellt sich deshalb, wer die Risiken trägt.

Als Risikoträger kommen sowohl der Verantwortungsträger als auch der Adressat der Verantwortung sowie das Krankenhaus in Betracht (s. Beispiel 1 und 2).

### Beispiel 1

Der Leiter einer klinischen Abteilung und die Geschäftsführung des Krankenhauses haben sich im Rahmen einer Zielvereinbarung auf die zu erzielenden Ergebnisse und auf Bonuszahlungen, die in Abhängigkeit von dem Grad der Zielerreichung fällig werden, verständigt. Das Risiko, dass

er einen Bonus nicht oder nur gekürzt erhält, weil das vereinbarte Ziel verfehlt worden ist, trägt allein der Leiter der klinischen Abteilung. Das Risiko, dass das wirtschaftliche Ziel nicht erreicht wird, bleibt dem Krankenhaus.

Ein negativer Bonus für den Fall, dass das Ziel nicht oder nur teilweise realisiert werden kann, und damit eine Beteiligung des Verantwortungsträgers an dem dadurch dem Krankenhaus entstehenden Schaden, ist im Regelfall nicht vorgesehen.

### Beispiel 2

Eine Krankenbehandlung ist häufig nicht frei von Risiken. Ein Fehlschlag kann nicht ausgeschlossen werden. Das Risiko des Fehlschlags trägt – eine ausführliche Aufklärung vorausgesetzt und ein Fehlverhalten oder Verschulden des behandelnden Arztes ausgeschlossen – allein der Patient.

Wie auch immer das Problem der Risikoverteilung gelöst wird: Die Zuschreibung von Verantwortung setzt voraus, dass es zwischen der Institution/Person, die dem Verantwortungsträger Verantwortung zuschreibt, und dem Träger der Verantwortung eine Verständigung darüber gibt, wer welche Risiken trägt.

## 5.4 Träger der sozialen Verantwortung

### 5.4.1 Charakterisierung

Konstitutive Elemente des Managements der sozialen Verantwortung sind auch die Träger der Verantwortung. Träger von Verantwortung sind Menschen, aber auch Kollektive, die im Auftrag eines Unternehmens Entscheidungen fällen, die andere, die Adressaten, betreffen.

Verantwortungsträger können aber auch Unternehmen sein, die für die Folgen der Handlungen eintreten, die in ihrem Auftrag realisiert worden sind. Dieses ist insofern wichtig, als in einem multipersonal und arbeitsteilig organisierten Unternehmen häufig nicht zweifelsfrei festgestellt werden kann, wer welche Entscheidung zum Nachteil eines Stakeholders gefällt hat. Ein Ausgleich der für den Stakeholder nachteiligen Handlungsfolgen wäre oftmals nicht möglich, wenn nicht das Unternehmen als Verantwortungsträger in Anspruch genommen werden könnte.

Im Folgenden werden vier Arten von Verantwortungsträgern unterschieden:

1. das Krankenhaus,
2. die Geschäftsführung,
3. die Führungskräfte und
4. die Mitarbeiter.

Spätestens jetzt fragt es sich, welche Rolle der Eigentümer eines Krankenhauses spielt – ist er Verantwortungsträger oder Stakeholder? Bis auf wenige Ausnahmen gibt es in den Krankenhäusern in Deutschland die Einheit von Eigentum und Geschäftsführung nicht. Das Ausüben der Rechte, die sich aus der Verfügungsgewalt über das Eigentum ergeben, wird von dem Eigentümer des Krankenhauses – bis auf Ausnahmen – der Geschäftsführung übertragen. Daraus ergibt sich für den Eigentümer eine Dreifach-Rolle:

- Der Eigentümer ist im Regelfall Mitglied des Aufsichts-/Verwaltungsrats und nimmt dort gestaltende Funktionen wahr. So beschließt er als Mitglied des Aufsichts-/Verwaltungsrats den Wirtschaftsplan und stellt den Jahresabschluss fest. Er bestellt die Mitglieder der Geschäftsführung und beruft diese ab. Er erhält sich bestimmte konstitutive und Investitions-Entscheidungen vor.
- Er beansprucht, wie ein Stakeholder behandelt zu werden. Er erwartet von der Geschäftsführung, dass diese bei unternehmerischen Entscheidungen seine Anliegen unter anderem nach einer marktgerechten Verzinsung des von ihm eingesetzten Kapitals angemessen berücksichtigt.
- Der Eigentümer ist die Instanz, vor der die Geschäftsführung, möglicherweise auch andere Verantwortungsträger Rechenschaft ablegen müssen (s. Kap. 5.6).

Der besseren Übersicht wegen werden die Funktionen des Eigentümers als Mitglied des Aufsichts-/Verwaltungsrats in der weiteren Darstellung mit denen der Geschäftsführung zusammengefasst. Der Eigentümer wird im Folgenden als Stakeholder und als Kontrollinstanz zum Thema gemacht.

Auch andere Funktionen – Krankenhaus, Geschäftsführung, Führungskräfte und Mitarbeiter – spielen jeweils eine Mehrfach-Rolle:

- Sie sind einerseits Verantwortungsträger, von deren Entscheidungen andere betroffen sind.
- Als Verantwortungsträger beanspruchen sie möglicherweise die Befriedigung eigener Bedürfnisse und sind somit Verantwortungsträger und Adressat der Verantwortung in einer Person.

**Beispiel**

Der Chefarzt ist als Leiter einer klinischen Abteilung verantwortlich für die Befriedigung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen. Er ist befugt, Privatpatienten in der von ihm geleiteten Abteilung zu behandeln und bestrebt – weil nicht nur die Patienten, sondern auch er persönlich einen Nutzen davon hat (sein Einkommen und seine Reputation werden gemehrt) –, für diese Patienten die bestmögliche Behandlung und den bestmöglichen Service und Komfort zu gewährleisten – möglicherweise auch dadurch, dass er Entscheidungen fällt, die zu einer weniger guten Befriedigung der Bedürfnisse der Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung führen.

- Sie sind zum anderen Stakeholder in dem bisher verwendeten Sinne, also Betroffene von Entscheidungen anderer Funktionen.
- Und sie sind – das gilt für das Krankenhaus, für die Geschäftsführung und für die Führungskräfte – Kontrollinstanz und tragen damit Verantwortung dafür, dass die ihnen nachgeordneten Funktionen ihren Verpflichtungen gegenüber den Adressaten der Verantwortung sach- und zeitgerecht nachkommen.

**5.4.2 Die Legitimation des Verantwortungsträgers**

Das Handeln des Verantwortungsträgers ist dadurch legitimiert, dass es Regeln gibt, die der Akteur seinem Handeln zu Grunde legt – so z.B. Gesetze, Satzungen, Arbeitsverträge und ähnliches. Die Regeln sind dann legitimiert, wenn diese entsprechend der Grundidee der Goldenen Regel unter Beteiligung der Betroffenen oder deren Vertreter entwickelt worden sind und von diesen anerkannt werden.

Die Handlungen müssen in Übereinstimmung mit diesen Regeln stehen und – weil die Steuerungswirkung des Rechts für die Befriedigung zum Beispiel der Patienten-Bedürfnisse nicht immer ausreichend ist – durch die konsequente Berücksichtigung der Grundpostulate des Managements der sozialen Verantwortung bei der Vorbereitung und der Realisierung der Handlungen gedeckt sein (s. Beispiel 1). Und: Sofern das Handeln in einer Weisung einer Führungskraft gegenüber einem Mitarbeiter besteht (s. Beispiel 2), ist dieses nur dann legitimiert, wenn sich die Weisung auf Aufgaben bezieht, die auf der Grundlage eines Arbeitsvertrages zu den Pflichten des Mitarbeiters zählen.

**Beispiel 1**

Ein Krankenhaus darf einen Patienten nur dann in die stationäre Behandlung aufnehmen und damit die Verantwortung für dessen medizinische Behandlung übernehmen, wenn die Voraussetzungen dafür gemäß § 27 Abs. 1 SGB V gegeben sind, wenn die Gesundheit des Patienten nur mit den Mitteln des Krankenhauses wiederhergestellt werden kann. Bei der Entscheidung über die Aufnahme in die stationäre Behandlung sind – und dieses ist durch die Formulierung der genannten Rechtsgrundlage nicht vorgesehen – den besonderen Bedürfnissen des Patienten Rechnung zu tragen.

**Beispiel 2**

Wenn eine Führungskraft eine Entscheidung fällt und das Ergebnis einem Mitarbeiter zur Ausführung anweist, ist die Führungskraft für dieses Handeln legitimiert durch

- a) den eigenen Arbeitsvertrag, mit dem der Führungskraft eine bestimmte Entscheidungs- und Weisungsbefugnis zugeschrieben wird,
- b) den Arbeitsvertrag, den der betroffene Mitarbeiter mit dem Krankenhaus geschlossen hat und der zum Inhalt hat, dass dem Mitarbeiter die ihm von der Führungskraft zugedachte Aufgabe übertragen werden darf, und eventuell zusätzlich durch
- c) Unternehmensgrundsätze, die die Art der Anweisung (durch Befehl oder durch Empfehlung und Anregung) festlegt und die unter der Beteiligung der Personalvertretung, der Vertretung des betroffenen Mitarbeiters, zustande gekommen und möglicherweise Gegenstand des Arbeitsvertrages sind.

Die mehr globale Beschreibung der Aufgaben und Verpflichtungen der Verantwortungsträger in Kapitel 5.3.2, Verantwortungsbereich, wird in den folgenden Kapitel ergänzt, indem für jede Art von Verantwortungsträger dargestellt wird, welche Verpflichtungen diesem gegenüber diversen Adressaten obliegen und wodurch der Verantwortungsträger und dessen Handeln legitimiert ist. Die Dokumente, die den Verantwortungsträger für sein Handeln legitimieren, sind – bezogen auf die verschiedenen Verantwortungsträger – mit wenigen Ausnahmen immer wieder dieselben. Sie sollen deshalb der besseren Übersicht wegen vorab zusammengefasst – allerdings nicht mit dem Anspruch auf Vollständigkeit – dargestellt werden:

- Die Grundlage für die Wahrnehmung von Verantwortung sind diverse Gesetze – wie zum

Beispiel das Grundgesetz (GG), das Aktiengesetz (AG), das Gesetz betreffend die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbHG), diverse Arbeitsgesetze sowie das Mitbestimmungsgesetz (MitbestG), aber auch die Charta der Vereinten Nationen sowie die Normen, die unter dem Stichwort „Humanisierung der Arbeit“ bekannt geworden sind.

- Hinzu kommen diverse für das Gesundheitswesen spezifische Rechtsvorschriften – wie zum Beispiel das jeweils für ein Krankenhaus zuständige Landeskrankenhausgesetz sowie diverse Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (SGB) V und eine Vielzahl von darauf aufbauenden Begleitgesetzen und Verordnungen.
- Das Krankenhaus ist schließlich durch den Versorgungsauftrag, der das Ergebnis der Krankenhausplanung ist, und durch den mit den Krankenkassen abgeschlossenen Versorgungsvertrag legitimiert. Versorgungsauftrag und -vertrag legen fest, welche medizinischen Leistungen durch das Krankenhaus erbracht werden dürfen.
- Die verschiedenen Verantwortungsträger sind im Einzelfall durch den Gesellschaftervertrag, die Satzung oder ähnliche Dokumente des Krankenhauses legitimiert – aber auch durch Arbeitsverträge, die die Geschäftsführung, die Führungskräfte und die Mitarbeiter mit dem Krankenhaus abgeschlossen haben, und mit deren Abschluss sich diese der Grundordnung des Krankenhauses sowie den Führungsbeziehungen zu ihrer jeweiligen Führungskraft unterwerfen. Das Handeln der Geschäftsführung, der Führungskräfte und der Mitarbeiter ist zum anderen durch die in dem Krankenhaus praktizierten Unternehmens- und Führungsgrundsätze, durch die Unternehmensziele sowie durch eine Vielzahl von Bestimmungen des Arbeitsrechts und anderer Gesetze legitimiert.
- Das Handeln der Ärzte ist legitimiert durch die Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte. Die Berufsordnung regelt die Rechte und Pflichten der Ärzte gegenüber den Patienten sowie gegenüber den Berufskollegen (und der Ärztekammer).

### 5.4.3 Das Krankenhaus

Das Krankenhaus wird als eine Institution betrachtet, die – wie eine Person – für die Folgen

seiner Handlungen gegenüber anderen Institutionen und Personen eintreten muss (Göbel 2006, S. 89ff.). Als Agenten des Krankenhauses tragen die in dem Krankenhaus tätigen Individuen eine Mit-Verantwortung, die dadurch zu einer eigenständigen Verantwortung wird, als die Individuen sich im Unternehmen nicht nur in einem festgelegten Rahmen bewegen, sondern ihrerseits diesen Rahmen gestalten können.

So gesehen trägt das Krankenhaus Verantwortung bzw. Mit-Verantwortung gegenüber sieben Adressaten<sup>46</sup>.

1. Das Krankenhaus ist verantwortlich dafür, dass die Kapazitäten, Ressourcen und Strukturen bereitgestellt werden, damit Menschen mit den Erkrankungen, die einer stationären Behandlung bedürfen und für deren Behandlung das Krankenhaus legitimiert ist, im Bedarfsfall unverzüglich aufgenommen sowie sach- und zeitgerecht behandelt werden können. Wenn dieses in dem Versorgungsauftrag und in dem Versorgungsvertrag so vorgesehen ist, bietet das Krankenhaus Leistungen der Vorsorge, der ambulanten und stationären Behandlung, der Rehabilitation und der Pflege an und schafft die dafür notwendigen Voraussetzungen.
2. Es schließt mit dem einzelnen Patienten einen Behandlungsvertrag ab und verpflichtet sich damit, die medizinische Behandlung einschließlich der pflegerischen Betreuung sowie – soweit notwendig – die Unterkunft und die Verpflegung bereit zu stellen (Jungeblodt, S. 36). Es stellt darüber hinaus sicher, dass die Behandlung gemäß evidenz-basierter Leitlinien erfolgt.
3. Das Krankenhaus ist gegenüber seinem Eigentümer dafür verantwortlich, dass die von diesem zur Verfügung gestellten finanziellen Ressourcen effektiv und effizient genutzt werden. Der Eigentümer erwartet von dem Krankenhaus eine marktgerechte Verzinsung des von ihm eingesetzten Kapitals.  
Das zuletzt genannte Anliegen des Eigentümers muss unabhängig von der Art des Krankenhaus-Eigentümers bzw. -Trägers befriedigt

<sup>46</sup> Mit der Reihenfolge der Adressaten werden eine Rangfolge und damit die Wichtigkeit der Bedürfnisse, die der Verantwortungsträger bei seinen Entscheidungen berücksichtigt, nicht zum Ausdruck gebracht. Dies gilt auch für die in den folgenden Kapiteln 5.4.4 bis 5.4.6 genannten Adressaten.

digt werden. Nicht nur der private Krankenhaus-Eigentümer hat diese Rendite-Erwartung. Auch die frei-gemeinnützigen und die öffentlichen Krankenhaus-Träger müssen im Regelfall Kapitaldienste bedienen, die sie aus unterschiedlichen Gründen in Anspruch nehmen müssen.

4. Das Krankenhaus ist schließlich gegenüber den Führungskräften und den Mitarbeitern dafür verantwortlich, Rahmen-Arbeitsbedingungen zu schaffen, damit die Führungskräfte und die Mitarbeiter ihre Potenziale zum Zwecke der Patientenbehandlung mit einer hohen Behandlungs- und Servicequalität und einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis wirksam werden lassen können. Von zentraler Bedeutung ist es, dass die für ein Krankenhaus aktuellen Arbeitsbedingungen unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Führungskräfte und der Mitarbeiter entwickelt und implementiert werden.
5. Das Krankenhaus ist gegenüber der Gesellschaft, genauer: den Bürgern, die Steuern und Krankenkassenbeiträge entrichten, dafür verantwortlich, dass die dem Krankenhaus von der Gesellschaft (über die Krankenkassen und die Bundesländer) zur Verfügung gestellten Ressourcen zweckentsprechend und effizient eingesetzt werden. Diese Verantwortung schließt die Verpflichtung ein, die Gesellschaft umfassend über die Verwendung der zur Verfügung gestellten Mittel zu informieren.
6. Das Krankenhaus ist dafür verantwortlich – und das gilt im Regelfall auch für die anderen Akteure –, dass die Anliegen einer Vielzahl anderer, hier noch nicht genannter Stakeholder befriedigt werden. Als Beispiele seien nur genannt (s. auch Tab. 4): Patienten-/Behindertenverbände, Kammern, Berufsverbände, diverse Behörden, Gewerkschaften, andere Krankenhäuser, Lieferanten und Banken.
7. Das Krankenhaus legitimiert sich nicht nur durch die Realisierung des zwischen ihm und den Krankenkassen abgeschlossenen Versorgungsvertrags, sondern auch durch die Übernahme anderer gesellschaftsbezogener Verpflichtungen. So leisten zum Beispiel immer mehr Krankenhäuser Beiträge zur Integration ausländischer Mitbürger und zum Schutz der Umwelt, indem sie die vielen technischen Systeme auf energiesparende Systeme umstellen und die Entsorgung gefährlicher Abfälle umweltschonend organisieren.

#### 5.4.4 Die Geschäftsführung

Es sind die in dem Krankenhaus aktiven Individuen, die den Rahmen als Basis für das Wahrnehmen von Verantwortung durch das Unternehmen als auch durch die in diesen tätigen Individuen entwickeln und weiterentwickeln. Vor allem die Geschäftsführung ist es, die mit der Gestaltung der Mission, der Vision, der Unternehmensgrundsätze, der Unternehmensziele, der für die Realisierung der Unternehmensziele erforderlichen organisatorischen Grundstruktur sowie schließlich der Beziehungen zu der Krankenhaus-Umwelt die Voraussetzungen dafür schafft, dass den Bedürfnissen einer großen Zahl verschiedener Stakeholder bei unternehmerischen Entscheidungen Rechnung getragen werden kann.

Bei der Beschreibung der Verantwortung der Geschäftsführung, der Führungskräfte (s. Kap. 5.4.5) wie auch der der Mitarbeiter (s. Kap. 5.4.6) wird ein Führungskonzept unterstellt, das durch einen partizipativen Führungsstil charakterisiert ist. Das Führungskonzept des Krankenhauses sieht die Übertragung von Entscheidungskompetenzen mit einschlägigen Entscheidungsspielräumen an die Führungskräfte und Mitarbeiter möglichst an der Basis des Krankenhauses vor. Letztere füllen die Spielräume durch eigene Handlungen aus, für deren Folgen sie die Verantwortung tragen.

So gesehen trägt die Geschäftsführung Verantwortung gegenüber sechs Adressaten:

1. Verantwortung trägt die Geschäftsführung gegenüber den Patienten. Sie kommt dieser dadurch nach, indem sie die für eine evidenzbasierte Behandlung notwendigen Strukturen und Prozesse so gestaltet, dass die zur Verfügung stehenden Kapazitäten und Ressourcen effektiv und effizient im Sinne der Befriedigung der Patienten-Bedürfnisse eingesetzt werden können.
2. Die Geschäftsführung ist den einweisenden Ärzten gegenüber dafür verantwortlich, dass diese sich über die Art, den Fortgang und den Abschluss der stationären Behandlung der von ihnen eingewiesenen Patienten sowie über die Notwendigkeit und die Bedingungen einer eventuell an die stationäre Behandlung anschließenden ambulanten Behandlung einschließlich der Pflege und Rehabilitation zeitnah informieren können. Sie kommt dieser Verantwortung dadurch nach, dass sie die dafür notwendigen personellen, technischen

und organisatorischen Vorkehrungen veranlasst.

3. Die Geschäftsführung ist verantwortlich dafür, dass die Bewohner des Krankenhaus-Einzugsgebietes im Bedarfsfall und für den Fall, dass das Krankenhaus dafür legitimiert ist, uneingeschränkter Zugang zu medizinischer Hilfe haben. Sie organisiert das Krankenhaus so, dass medizinische Hilfe im Bedarfsfall rund-um-die-Uhr geleistet werden kann.
4. Sie ist gegenüber den Führungskräften und den Mitarbeitern für die Gestaltung der Rahmen-Arbeitsbedingungen, soweit nicht dem Krankenhaus vorbehalten, verantwortlich. Sie schafft die Voraussetzungen dafür, dass die Führungskräfte und deren Mitarbeiter ihre Potenziale für die Realisierung der Unternehmensziele wirksam werden lassen und ihre eigenen Interessen – soweit diese als legitim akzeptiert worden sind – durchsetzen können. Die Geschäftsführung ist schließlich für die Eignung der Führungskräfte für die ihnen zugewiesenen Leitungs- und ausführenden Aufgaben verantwortlich. Wenn Führungskräfte wegen nicht ausreichender Qualifikation die ihnen übertragenen Aufgaben nicht sach- und zeitgerecht realisieren wollen und/oder können, dann ist die Geschäftsführung für die Handlungsfolgen verantwortlich und gegenüber der Führungskraft für das Nicht-Befriedigen des Bedürfnisses nach Wertschätzung und Sicherheit – Letzteres im Sinne von Bewältigenkönnen der zugewiesenen Aufgaben.

Gleiches gilt für das Einhalten der in dem Unternehmensleitbild festgelegten Verhaltens-Normen.

Die Geschäftsführung überzeugt sich regelmäßig davon, ob die Führungskräfte den ihnen gestellten Aufgaben gerecht werden wollen und/oder der können. Gegebenenfalls veranlasst sie, dass festgestellte Willens- und/oder Fähigkeitsdefizite durch geeignete Entwicklungsmaßnahmen beseitigt werden – vorausgesetzt, die Führungskraft verfügt über die notwendigen Entwicklungspotenziale.

Die Geschäftsführung ist den Führungskräften gegenüber dafür (mit-)verantwortlich, dass zwischen der Geschäftsführung und der Führungskraft nur solche Ziele als Grundlage für das Tätigwerden der Führungskräfte vereinbart werden, die unter den gegenwärtigen Erfüllungsbedingungen erreicht werden kön-

nen. Wenn ein Ziel wegen unklarer Zieldefinition und/oder unzureichender Erfüllungsbedingungen nicht realisiert werden kann, trägt die Geschäftsführung die Verantwortung für die Handlungsfolgen und gegenüber der Führungskraft für das Nicht-Befriedigen des Bedürfnisses nach Sicherheit und Wertschätzung.

5. Die Geschäftsführung gestaltet die Strukturen des Krankenhauses und die Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsprozesse auf der strategischen Ebene so, dass nicht nur eine optimale Behandlungs- und Servicequalität, sondern auch ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis das Ergebnis ist. Die Finanzmittel, die dem Krankenhaus von den Krankenkassen und von den Bundesländern für die Deckung der Betriebs- bzw. der Investitionskosten zur Verfügung gestellt werden, werden effizient eingesetzt.
6. Die Geschäftsführung ist auf der operativen Ebene dafür verantwortlich, dass die Interessen des Eigentümers befriedigt werden, so dass dieser für ein finanzielles Engagement langfristig gebunden werden kann und die Existenz des Krankenhauses damit gesichert ist.

### 5.4.5 Führungskräfte

Die Führungskräfte tragen Verantwortung bzw. Mit-Verantwortung gegenüber sieben Adressaten.

1. Die Führungskräfte des Ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des Medizin-Technischen Dienstes und anderer unmittelbar der Patientenbehandlung dienender Dienste sind als Agenten der Patienten dazu verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass die Patienten bestmöglich, das heißt im Regelfall evidenz-basiert, behandelt werden. Diese Verantwortung nehmen sie gegenüber einem Teil der Patienten persönlich wahr; die Behandlung der anderen Patienten erfolgt in ihrem Auftrag durch Mitarbeiter.

Die Führungskräfte des Verwaltungs-, Wirtschafts-, Versorgungs- und des technischen Bereichs sind den Patienten gegenüber mittelbar verantwortlich. Sie erbringen – teilweise persönlich, zum anderen vertreten durch ihre Mitarbeiter – jene Supportleistungen, ohne die die Behandlungsleistungen nicht erbracht werden könnten (wie zum die War-

tung medizin-technischer Geräte oder die Reinigung der OP-Säle).

Als Leiter einer Organisationseinheit verwenden die Führungskräfte einen zunehmenden Teil ihrer Arbeitszeit dafür, in ihrem Verantwortungsbereich die Arbeitsbedingungen auf der Grundlage der Rahmen-Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass die Qualität und die Effizienz der Behandlungs-, Support- und Betriebsführungs-Prozesse kontinuierlich gesteigert und die vorhandenen Ressourcen mit einem höheren Nutzen für die Patienten eingesetzt werden können.

2. Gegenüber den Bewohnern des Krankenhaus-Einzugsgebietes verpflichten sich die Führungskräfte des Ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des Medizin-Technischen Dienstes und anderer unmittelbar der Patientenbehandlung dienender Dienste, den Zugang zu medizinischen Leistungen entsprechend den strategischen Vorgaben der Geschäftsführung jederzeit zu ermöglichen.

Die Rolle der Führungskräfte aus den nicht-medizinischen Supportbereichen ist in diesem Zusammenhang mit jener identisch, die unter Ziffer 1. beschrieben worden ist.

3. Die Führungskräfte des Ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des Medizin-Technischen Dienstes und anderer unmittelbar der Patientenbehandlung dienender Dienste gewährleisten, dass sich die einweisenden Ärzte einschlägig informieren können (s. Kap. 5.4.4, Ziffer 2).

Die Rolle der Führungskräfte aus den nicht-medizinischen Supportbereichen ist in diesem Zusammenhang mit jener identisch, die unter Ziffer 1. beschrieben worden ist.

4. Die Führungskräfte tragen Verantwortung gegenüber ihren Mitarbeitern. Sie operationalisieren die durch das Krankenhaus und die Geschäftsführung festgelegten Rahmen-Arbeitsbedingungen unter Berücksichtigung der Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter so, dass die Mitarbeiter die ihnen übertragenen Aufgaben sach- und zeitgerecht realisieren wollen und können.

Führungskräfte sind schließlich verantwortlich für die Eignung ihrer Mitarbeiter für die ihnen zugewiesenen Aufgaben. Wenn Mitarbeiter wegen nicht ausreichender Qualifikation die ihnen übertragenen Aufgaben nicht sach- und zeitgerecht realisieren wollen und/oder können, dann ist die Führungskraft für die Hand-

lungsfolgen verantwortlich und gegenüber dem Mitarbeiter für das Nicht-Befriedigen des Bedürfnisses nach Wertschätzung und Sicherheit – Letzteres im Sinne von Bewältigenkönnen der übertragenen Aufgaben.

Gleiches gilt für das Einhalten der in dem Unternehmensleitbild festgelegten Verhaltens-Normen.

Die Führungskräfte überzeugen sich regelmäßig davon, ob ihre Mitarbeiter den ihnen gestellten Aufgaben gerecht werden wollen und/oder können. Gegebenenfalls veranlassen sie, dass festgestellte Wollens- und/oder Fähigkeitsdefizite durch geeignete Entwicklungsmaßnahmen beseitigt werden – vorausgesetzt, der Mitarbeiter verfügt über die notwendigen Entwicklungspotenziale.

Führungskräfte sind ihren Mitarbeitern gegenüber dafür (mit-)verantwortlich, dass zwischen der Führungskraft und deren Mitarbeiter nur solche Ziele als Grundlage für das Tätigwerden der Mitarbeiter vereinbart werden, die unter den gegenwärtigen Erfüllungsbedingungen erreicht werden können. Wenn ein Ziel wegen unklarer Zieldefinition und/oder unzureichender Erfüllungsbedingungen nicht realisiert werden kann, trägt die Führungskraft die Verantwortung für die Handlungsfolgen und gegenüber dem Mitarbeiter für das Nicht-Befriedigen des Bedürfnisses nach Sicherheit und Wertschätzung.

5. Die Führungskräfte nehmen als Agenten des Krankenhauses dessen Interessen wahr, und zwar nach innen wie nach außen. Sie sind dafür mit-verantwortlich, dass das Krankenhaus seinen institutionellen Verpflichtungen nachkommen kann.

6. Die Führungskräfte sind gegenüber dem Krankenhaus-Eigentümer und gegenüber der Gesellschaft, vertreten durch die Krankenkassen und die für die Bereitstellung der Fördermittel zuständigen Behörden, für den effektiven und effizienten Umgang mit den zur Verfügung gestellten Finanzmitteln verantwortlich. Sie kommen dieser Verantwortung nach, indem sie zu der Weiterentwicklung der organisatorischen Grundstruktur zu einer prozessorientierten Organisation beitragen; sie schaffen damit die Voraussetzungen für die weitere Steigerung der Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsqualität sowie für die Verbesserung des Preis-Leistungs-Verhältnisses.

7. Führungskräfte, vor allem die Leiter medizinischer Kliniken, vertreten auch eigene Interessen (Kersting, S. 294ff.) und sind damit gewissermaßen sich selbst gegenüber verantwortlich. Die Chefarzte spielen somit eine Doppel-Rolle. Sie sind in einer Person zum einen Träger von Verantwortung und zum anderen Stakeholder; sie berücksichtigen bei ihren Entscheidungen nicht nur die Anliegen diverser Stakeholder, sondern auch ihre eigenen Interessen.

### 5.4.6 Mitarbeiter

Die Mitarbeiter tragen Verantwortung gegenüber vier Adressaten.

1. Gegenüber den Patienten sind sie als deren Agenten verantwortlich für die Durchführung der von dem für die Behandlung des Patienten verantwortlichen Arzt angeordneten Maßnahmen der Diagnostik, der Therapie und der Behandlungspflege. Sie sind gegenüber dem Patienten auch verantwortlich für alle Handlungen der Grundpflege.
2. Die Mitarbeiter, die nicht unmittelbar mit der Patienten-Behandlung befasst sind, tragen Verantwortung gegenüber den Mitgliedern des therapeutischen Teams für die Bereitstellung jener Materialien und Dienste, die notwendig sind, damit die Mitglieder des therapeutischen Teams ihrer Verantwortung gegenüber dem Patienten nachkommen können.
3. Die im Krankenhaus behandelnden Ärzte sind gegenüber den einweisenden Ärzten dafür verantwortlich, dass diese umfassend und zeitnah über die Behandlung der von diesen eingewiesenen Patienten informiert werden. Vor allem der Entlassungsbericht wird zusammen mit der Entlassung des Patienten von dem niedergelassenen Arzt benötigt, damit dieser seiner Verantwortung gegenüber dem Patienten für die eventuell erforderliche weitere Behandlung einschließlich Pflege und Rehabilitation gerecht werden kann.
4. Die Mitarbeiter sind gegenüber dem Krankenhaus sowie dessen Repräsentanten – Geschäftsführung, Führungskräfte – dafür verantwortlich, einen eigenen Beitrag zur Realisierung der Unternehmensziele zu leisten.

## 5.5 Adressaten der sozialen Verantwortung

### 5.5.1 Charakterisierung

Die Adressaten sozialer Verantwortung sind Personen oder Institutionen, denen gegenüber das Krankenhaus und/oder die für dieses tätigen Akteure ihre Verantwortung erklären, oder die das Krankenhaus und die Verantwortungsträger für die Folgen unternehmerischen Handelns in Anspruch nehmen wollen (Göbel 2006, S. 100) (s. Tab. 4). Um die Anliegen der Stakeholder bei unternehmerischen Entscheidungen angemessen berücksichtigen zu können, um vor allem auch vorhersehen zu können, wie und mit welcher Durchsetzungsfähigkeit die Stakeholder auf unternehmerische Entscheidungen möglicherweise reagieren werden, ist es erforderlich, dass die Verantwortungsträger die Adressaten näher kennen lernen. Dabei gibt es vier Aspekte, die besondere Beachtung verdienen:

- Viele Stakeholder nehmen nicht nur eine passive Rolle als durch unternehmerische Entscheidungen Betroffene ein. Sie versuchen vielmehr, die Entscheidungen der Geschäftsführung und/oder anderer Entscheidungsträger reaktiv und/oder proaktiv zu beeinflussen. Insofern ist es für den Verantwortungsträger wichtig zu wissen, welchen Einfluss der Stakeholder in welcher Stärke geltend machen kann, um seine Interessen möglichst umfassend wirksam werden zu lassen (s. Kap. 5.5.2). Die Adressaten der Verantwortung zeichnen sich auch dadurch aus, dass sie durch eigene Beiträge die Weiterentwicklung des Krankenhauses oder einzelner seiner Organisationseinheiten in qualitativer und in ökonomischer Hinsicht gestalten wollen.
- Der Verantwortungsträger muss bei der Vorbereitung seiner Entscheidungen berücksichtigen, dass die Interessen der verschiedenen Stakeholder nicht selten zueinander in Beziehung stehen (Göbel, S. 64ff.) und sich gegenseitig beeinflussen. So kann die Befriedigung eines Stakeholder-Anliegens dazu beitragen, dass die Bedürfnisse anderer Stakeholder bei Entscheidungen nicht berücksichtigt werden können oder dass mit dieser Bedürfnis-Befriedigung auch noch andere Stakeholder zufrieden gestellt werden (s. Beispiel) (s. Kap. 5.5.3).

**Beispiel**

Die Geschäftsführung kann davon ausgehen, dass die Investition in die Arbeitsbedingungen und damit in die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit ihrer Arbeitssituation zu einer Steigerung der Behandlungsqualität und in deren Folge zu einer verstärkten Inanspruchnahme des Krankenhauses führt. Das Anliegen der Patienten nach zufriedenstellender Behandlung, das der Mitarbeiter des Krankenhauses nach guten Arbeitsbedingungen sowie das Interesse des Krankenhaus-Eigentümers nach einer besseren Auslastung der vorgehaltenen Behandlungskapazitäten und damit der Steigerung der Effizienz werden gleichermaßen befriedigt.

- Die im Krankenhaus tätigen Adressaten, also die Geschäftsführung, die Führungskräfte und die Mitarbeiter, haben in Bezug auf die Patientenbehandlung zwei Arten von Bedürfnissen. Es werden primäre von sekundären Bedürfnissen unterschieden (Klemperer, S. 2098):
  - Die primären Interessen werden aus der Mission des Krankenhauses, aus seinem Versorgungsauftrag abgeleitet. Es ist die bestmögliche Behandlung der Patienten, zu denen Ärzte, Pflegekräfte und die Vertreter paramedizinischer Berufe unmittelbar beitragen. Die Mitarbeiter des Verwaltungs-, Wirtschafts-, Versorgungs- und Technischen Bereichs leisten ihren Beitrag zu der Patienten-Behandlung mittelbar. Zu den primären Interessen zählen auch die persönlichen Bedürfnisse der genannten Akteure – zum Beispiel nach Sicherheit, damit sind im Regelfall sowohl die Arbeitsplatzsicherheit, aber auch die Sicherheit, die übertragenen Aufgaben sach- und zeitgerecht realisieren zu können, gemeint, und nach Wertschätzung.
  - Zu den sekundären Anliegen der genannten Adressaten-Gruppe zählt das Bemühen um bestmögliche Rahmenbedingungen als Voraussetzung für das Realisieren der primären Interessen.
- Ein Verantwortungsträger muss bei Entscheidungen, an denen mehrere Personen beteiligt sind, davon ausgehen, dass es eventuell unterschiedliche Präferenzen der übrigen an der Entscheidung beteiligten Personen in Bezug auf einzelne Stakeholder gibt. Gleiches gilt für Verantwortungsträger, die zwar an der zu fällenden Entscheidung nicht beteiligt sind, die aber mittelbar ein Interesse an dem Ergebnis haben könnten (s. Kap. 5.5.4).
- Die Adressaten der Verantwortung zeichnen sich auch dadurch aus, dass sie durch eigene Beiträge die Weiterentwicklung des Krankenhauses oder einzelner seiner Organisationseinheiten in qualitativer und in ökonomischer Hinsicht gestalten wollen.

Stakeholder haben nicht nur Bedürfnisse, die es bei den Entscheidungen der Verantwortungsträger zu berücksichtigen gilt. Einige von ihnen haben auch Pflichten. So sind zum Beispiel die Führungskräfte und die Mitarbeiter sowohl Adressaten der Verantwortung und erwarten in dieser Rolle, dass ihren Anliegen bei den Entscheidungen der Verantwortungsträger Rechnung getragen wird. Sie haben als Verantwortungsträger des Krankenhauses diesem gegenüber Pflichten zu erfüllen, die sich zum Beispiel aus dem Arbeitsvertrag ergeben.

**5.5.2 Der Einfluss der Adressaten****Einführung**

Die Stakeholder machen auf unterschiedliche Weise ihren Einfluss geltend:

- Einerseits ist es ihre Verortung in einer der Allokationsebenen des Gesundheitssystems und die formale Basis für die Geltendmachung des Einflusses.
- Die Stärke des Stakeholder-Einflusses wird auch dadurch bestimmt, wie wichtig dem Krankenhaus und/oder einzelnen seiner Verantwortungsträger die Beiträge der Stakeholder für die Existenz und/oder das erfolgreiche Funktionieren des Krankenhauses insgesamt oder einzelner seiner Leistungsbereiche sind.

**Die Allokationsebene und die formale Grundlage des Stakeholder-Einflusses**

In der Literatur werden vor allem zwei Merkmale genannt, anhand derer sich die Möglichkeiten und die Stärke des reaktiven oder proaktiven Einflusses von Stakeholdern auf Entscheidungen von Verantwortungsträgern charakterisieren lassen (in Anlehnung an Staehle, S. 401f.):

- Es ist zum einen die Allokationsebene (Makro-, Mikro- oder Mesoebene), in der ein Nutznießer bzw. ein Betroffener unternehmerischer Entscheidungen angesiedelt ist und von wo aus er seine Interessen durchsetzen will.

- Ferner ist es die formale Basis, von der aus Stakeholder ihren Einfluss auf unternehmerische Entscheidungen geltend machen können.

Die konkreten Ausprägungen dieser beiden Eigenschaften zusammen genommen sind Ausdruck der Stärke des Einflusses, mit dessen Hilfe die Adressaten die Realisierung des von ihnen erwarteten Nutzens sichern können.

Die Geschäftsführung muss sich also zum einen mit dem Spannungsfeld zwischen dem Wohlergehen einzelner Patienten auf der Mikroebene einerseits und öffentlicher Wohlfahrt auf der Makroebene zum anderen auseinandersetzen (s. Beispiel 1) – mit einem Spannungsfeld, das wegen der Begrenztheit der dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Ressourcen besteht und wachsen wird.

### Beispiel 1

Wenn das Krankenhaus, um den Bewohnern seines Einzugsgebietes im Bedarfsfall den zeitlich uneingeschränkten Zugang zu medizinischen Leistungen zu gewährleisten (= gesellschaftliche Interessen), eine Rettungsstelle betreibt, die ohne Unterbrechung geöffnet ist, dann werden dadurch Ressourcen gebunden, die für die stationäre Behandlung einzelner Patienten (= private/persönliche Interessen) fehlen, was dort möglicherweise zur Unterversorgung führt.

Die Stakeholder machen ihren Einfluss auf unterschiedlichen formalen Grundlagen geltend. Die Beziehung zwischen einem Krankenhaus auf der einen Seite und dem Stakeholder andererseits kann rechtlicher, vertraglicher, finanzieller oder auch politischer Art sein. Eine Kombination der Kriterien ist möglich. So sind die Krankenhäuser einerseits rechtlichen (z.B. durch das Sozialgesetzbuch V) und zum anderen finanziellen (z.B. durch die Budget-Vereinbarungen mit den Krankenkassen) Einflüssen ausgesetzt. Hinzu kommt – das gilt im Regelfall nur für die Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft – nicht selten politischer Einfluss dadurch, dass der Krankenhausträger (z.B. ein Landkreis, eine Gemeinde oder ein Bundesland) durch Mitglieder in den Aufsichtsgremien vertreten wird, die dort nicht nur Entscheidungen der Krankenhausträger, die sie vertreten, sondern gegebenenfalls auch Beschlüsse politischer Parteien durchsetzen wollen (s. Beispiel 2).

### Beispiel 2

Im Regelfall hat das Krankenhaus nur einen geringen Spielraum bei der Entscheidung, ob eine Rettungsstelle betrieben wird oder nicht. Wenn aber durch eine politische Entscheidung im Krankenhausplan eines Bundeslandes festgelegt ist, dass ein Krankenhaus eine Rettungsstelle zu betreiben hat, dann ist dies für die Bewohner des Krankenhaus-Einzugsgebietes die rechtliche Basis für den zeitlich uneingeschränkten Zugang zu medizinischen Leistungen.

Die politische Grundlage, auf die ein Stakeholder seinen Einfluss gründet, wird hier sehr weit interpretiert. So wird zum Beispiel auch die Fürsprache eines Patienten oder die Beurteilung einer Führungskraft zwecks Förderung eines Mitarbeiters als Einfluss des Mitarbeiters auf politischer Grundlage interpretiert.

In der Praxis wird es eher eine Kombination dieser beiden Arten von Kriterien sein, die die unternehmerischen Entscheidungen der Verantwortungsträger beeinflussen. Wenn man diesem Gedanken folgt, liegt es nahe, die Adressaten (beispielhaft) in einer Matrix, die sich aus diesen beiden Kriterien entwickeln lässt, zu positionieren (s. Tab. 10). Dabei können einzelne Adressaten durchaus mehreren Feldern zugeordnet werden – was in der Beispiel-Matrix nicht durchgängig realisiert worden ist.

### Beispiel 1<sup>47</sup>

Patienten haben ein privates/persönliches Interesse und ein in einschlägigen Gesetzen verbrieftes Recht, im Falle einer entsprechenden Erkrankung stationär behandelt zu werden. Wenn die Behandlung notwendig wird, schließt der Patient mit einem Krankenhaus einen Behandlungsvertrag ab, der dessen Leistung (= Behandlung) und die Gegenleistung des Patienten bzw. einer Krankenkasse für diesen (= Honorierung der erfolgten Behandlung) beschreibt und aus dem sich im Falle einer Schlechtleistung Forderungen gegenüber dem Krankenhaus und/oder dem den Patienten behandelnden Mitarbeiter ableiten lassen.

<sup>47</sup> Die Nummerierung der nun folgenden Beispiele 1–4 entspricht der Nummerierung in der Tabelle 10.

Tab. 10 Charakterisierung der Krankenhaus-Stakeholder (in Anlehnung an Freeman, S. 62f.)

Allokationsebene	Einfluss der Stakeholder auf			
	rechtlicher Grundlage	vertraglicher Grundlage	finanzieller Grundlage	politischer Grundlage
Private Interessen (Mikroebene)	Patient (Beispiel 1) Mitarbeiter	Patient (Beispiel 1) Mitarbeiter		Mitarbeiter (Beispiel 4)
Privatwirtschaftliche Interessen (Mesoebene)	Eigentümer (Beispiel 2)	Eigentümer (Beispiel 2) Lieferant Banken Versicherer Arzt mit Privatpatienten	Eigentümer (Beispiel 2) Region als Wirtschaftsregion	Eigentümer (Beispiel 2)
Gesellschaftliche Interessen (Makroebene)	Krankenkassen (Beispiel 3) diverse Verbände Bewohner des Krankenhaus-Einzugsgebiets	Krankenkassen (Beispiel 3)	Krankenkassen (Beispiel 3)	Staat in diversen Rollen politische Parteien diverse Patientenverbände

**Beispiel 2**

Eigentümer der Krankenhäuser sind durch privatwirtschaftliche Interessen geleitet, wenn sie erwarten, dass die Behandlungs-Leistungen zu Kosten erbracht und/oder zu Entgelten angeboten werden, die eine angemessene Verzinsung des von ihnen zur Verfügung gestellten Kapitals und darüber hinaus das Erzielen eines Gewinnes zulassen.

Durch die Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Bundeslandes – dazu ist der Beschluss der dafür zuständigen politischen Gremien erforderlich – und den damit zustande gekommenen Versorgungsauftrag sowie durch den Abschluss eines Versorgungsvertrages zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen ist die rechtliche und die vertragliche Basis für die nachhaltige Sicherung des finanziellen Eigentümer-Engagements geschaffen worden.

**Beispiel 3**

Krankenkassen schließen zur Befriedigung gesellschaftlicher Interessen auf der Basis von Versorgungsaufträgen mit den Krankenhäusern Versorgungsverträge ab. Sie erwarten von den Krankenhäusern die evidenz-basierte Behandlung ihrer Versicherten mit einem möglichst befriedigenden Preis-Leistungs-Verhältnis.

**Die Wichtigkeit der Stakeholder-Beiträge**

Es fragt sich allerdings, ob mit der Allokationsebene und der formalen Grundlage die Möglichkeiten der Stakeholder, Einfluss auf die Entscheidungstätigkeit der Verantwortungsträger auszuüben, ausreichend beschrieben sind. Spielt nicht auch der Grad der Abhängigkeit oder der Bindung zwischen dem Krankenhaus und den Stakeholdern eine Rolle, wenn es darum geht herauszufinden, welchen Einfluss ein Stakeholder auf Entscheidungen der Verantwortungsträger ausüben kann (Mayntz, S. 46) (s. Beispiel 4)? Welche Koalitionen geht der Stakeholder eventuell mit anderen Stakeholdern ein, um seine Interessen durchsetzen zu können? Welches Risiko ist der Stakeholder eingegangen, das sein Bestreben für das Durchsetzen seiner Interessen bestimmt?

**Beispiel 4**

Ein hochqualifizierter, für bestimmte Verrichtungen der Diagnostik bzw. der Therapie spezialisierter Mitarbeiter wird dringend benötigt, damit bestimmte, neu in das Leistungsangebot des Krankenhauses aufgenommene medizinische Leistungen erbracht werden können. Dieser Mitarbeiter erhält häufig interessante Stellenangebote anderer Arbeitgeber.

Die Folgen: Der Grad der Abhängigkeit seines derzeitigen Arbeitgebers von diesem Mitarbeiter ist sehr hoch. Die Bindung des Mitarbeiters an das Krankenhaus ist dagegen eher gering.

Im Zusammenhang mit der erwähnten Erweiterung des Leistungsangebotes mussten organisatorische Änderungen vorgenommen werden. Der Mitarbeiter hat es auf Grund der Stärke seines Einflusses erreicht, dass die Arbeitsinhalte auf ihn zugeschnitten wurden, obwohl sich dieses nachteilig für den Leistungsbereich insgesamt sowie für eine Reihe anderer Mitarbeiter auswirkt (zu den Vor- und Nachteilen aufgaben- bzw. personenbezogener Stellenbildung s. Naegler et al.; S. 187f.).

Wenn ein Adressat einen Beitrag leistet, der für das Krankenhaus oder für einzelne Verantwortungsträger von besonderer Wichtigkeit ist, dann wird dessen Anliegen anders bewertet als das Anliegen von Stakeholdern, die keinen oder einen Beitrag leisten, der von den Verantwortungsträgern als nicht relevant charakterisiert wird. Deshalb empfiehlt es sich, bei der Bewertung und Gewichtung der Stakeholder-Anliegen auch deren Beiträge mit zu denken.

Nahezu alle Stakeholder erwarten nicht nur Leistungen von dem Krankenhaus, sondern leisten ihrerseits Beiträge. In der Abbildung 32 sind Leistungen und Gegenleistungen für ausgewähl-

te Stakeholder zusammengefasst (Näheres dazu s. Kap. 8.3.2).

### 5.5.3 Beziehungen zwischen Stakeholder-Anliegen

Die Berücksichtigung der verschiedenen Stakeholder-Interessen als Grundlage unternehmerischer Entscheidungen ist für die Geschäftsführung im Sinne des Ausgleichs der Interessen auch deshalb eine besondere Herausforderung, weil die Interessen nicht selten in unterschiedlichen Beziehung zueinander stehen (Göbel, S. 64ff.). Diese Beziehungen lassen sich unter anderem charakterisieren als

1. **Antinomie:** Die von den Interessenten verfolgten Ziele schließen sich gegenseitig aus.
2. **Konkurrenz:** Das Verfolgen eines Zieles wirkt sich auf das Realisieren eines anderen Zieles negativ aus.
3. **Komplementarität:** Das Verfolgen eines Zieles unterstützt das Verfolgen eines anderen Zieles.

Die des Weiteren möglichen Ziel-Beziehungen „Identität“ und „Neutralität“ spielen im Zusammenhang mit der vorliegenden Untersuchung keine Rolle und werden deshalb nicht weiter erörtert.

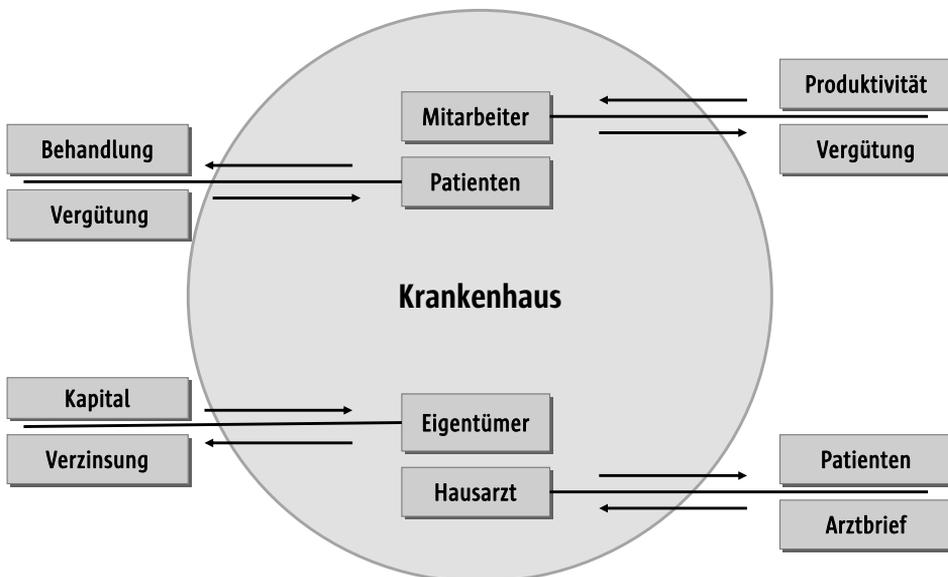


Abb. 32 Anliegen und Beiträge von Stakeholdern (mit freundlicher Genehmigung der Daimler AG, S. 1)

*Zu 1. Antinomie: Die von den Interessenten verfolgten Ziele schließen sich gegenseitig aus*

Immer wieder wird von den Gegnern eines erwerbswirtschaftlich organisierten Gesundheitswesens unter dem Schlagwort „Ethik versus Monethik“ behauptet, privatwirtschaftliches Gewinnstreben sei mit dem Bemühen um die Realisierung von Behandlungszielen, die medizinischen und sozialen Standards sowie moralischen Prinzipien und gesellschaftlichen Interessen gleichermaßen verpflichtet sind, nicht vereinbar. Diese Ziel-Antinomie ist in der Tat gegeben, wenn man davon ausgehen muss, dass die erzielten Gewinne überwiegend oder gar vollständig an die Eigentümer des Krankenhauses als Verzinsung des zur Verfügung gestellten Kapitals und als Gewinn ausgeschüttet werden sollen.

*Zu 2. Konkurrenz: Das Verfolgen eines Zieles wirkt sich auf das Realisieren eines anderen Zieles negativ aus*

Wenn Gewinnerzielung nicht das primäre und ausschließliche Ziel für den Betrieb eines Krankenhauses ist und die Gewinnerzielung als Basis für die nachhaltige Sicherung und Weiterentwicklung des Krankenhauses und damit für das Aufrechterhalten seines Versorgungsangebotes auf hohem qualitativem Niveau angesehen wird (Paul Gerhardt Diakonie e.V., S. 5; DRK Kliniken Berlin, S. 6), ist diese mit den Prinzipien des Managements der sozialen Verantwortung vereinbar. Die Geschäftsführung muss aber festlegen, mit welchem Gewicht die konkurrierenden Stakeholderziele bei den unternehmerischen Entscheidungen berücksichtigt werden sollen (s. Beispiel 1).

**Beispiel 1 (s. Abb. 24)**

Der Krankenhaus-Eigentümer ist neben der Verfolgung auch anderer Ziele im Sinne der erwähnten Zweckbindung der erzielten Gewinne an einer angemessenen Verzinsung des von ihm zur Verfügung gestellten Kapitals interessiert. Er wird deshalb von der Geschäftsführung erwarten, dass diese die Behandlungs- und Supportprozesse so organisiert und/oder dass sie gegebenenfalls die Bedürfnisse der Mitarbeiter nach Arbeitsplatzsicherheit und einem auskömmlichen Einkommen einschränkt, um einen möglichst hohen Gewinn der Erlöse über die Kosten und damit eine marktgerechte Rendite für das eingesetzte Kapital realisieren zu können.

Wenn die Geschäftsführung dagegen die Interessen der Patienten und die der Mitarbeiter mit einem höherem Ge-

wicht als die Erwartungen des Krankenhaus-Eigentümers berücksichtigt, muss Letzterer seine Erwartungen nach einer Rendite möglicherweise nach unten korrigieren.

*Zu 3. Komplementarität: Das Verfolgen eines Zieles unterstützt das Verfolgen eines anderen Zieles*

Bei dieser Art von Zielbeziehung – immer wieder auch als Zielharmonie bezeichnet – kommt der Verantwortungsträger nicht selten in Erklärungsnot (s. Beispiel 2). Es ist nämlich nicht immer eindeutig erkennbar, welches Ziel tatsächlich verfolgt werden soll und welches Ziel quasi als Nebenprodukt zu dem Erreichen des ersten Zieles auch realisiert wird. Je nach Standpunkt des Adressaten werden die Absichten des Verantwortlichen möglicherweise auch uminterpretiert.

**Beispiel 2**

Diverse Bedürfnisse der Mitarbeiter werden durch die Zurverfügungstellung bedarfsgerechter Strukturen und Prozesse sowie durch die bedarfsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen befriedigt. Dies trägt zur Verbesserung der Mitarbeitermotivation und als Folge davon zur Steigerung der individuellen Leistung der Mitarbeiter bei.

Damit wird die Befriedigung der Patienten-Bedürfnisse zum Beispiel nach sicherer Behandlung unterstützt. Die dadurch gesteigerte Patientenzufriedenheit hat eine zunehmende Inanspruchnahme des Krankenhauses und damit verbesserte finanzielle Ergebnisse zu Folge.

Die Bedürfnisse der Patienten, die der Mitarbeiter sowie die des Eigentümers sind komplementär.

Ausgehend von dem zuletzt erwähnten Beispiel wird deutlich, dass die Entscheidung des Verantwortungsträgers Geschäftsführung unterschiedlich gelesen werden kann:

1. Die Geschäftsführung wird ihre Entscheidung damit begründen, dass sie primär die Befriedigung der Patienten- und die der Mitarbeiter-Bedürfnisse im Blick hat, und die Befriedigung der Eigentümer-Interessen als eine angenehme zusätzlich Folge ihrer Handlung darstellen.
2. Personen, die der Geschäftsführung eher mit Misstrauen begegnen, werden dieser vorhalten, dass sie ausschließlich die Eigentümer-Interessen nach einer möglichst hohen Rendite im Sinn habe, und die Patienten und die Mitarbeiter instrumentalisieren.

**5.5.4 Beziehungen zwischen Stakeholdern und Verantwortungsträgern**

Die Geschäftsführung wird angesichts der großen Zahl der Interessenten (s. Tab. 4) und der Heterogenität der von diesen vertretenen Bedürfnisse nicht in der Lage sein, Letzteren in Gänze gerecht zu werden, alle Betroffenheiten als Folge der unternehmerischen Entscheidungen zum Ausgleich zu bringen. Dies gilt umso mehr, als die heterogenen Interessen eine größere Zahl von Agenten innerhalb des Kreises der Verantwortungsträger finden oder auch in der Gruppe derjenigen, die zusammen mit dem Verantwortungsträger eine Entscheidung fällen (s. Abb. 33), die nicht immer übereinstimmende Ziele hinsichtlich des anzustrebenden Interessenausgleichs verfolgen. Erschwerend kommt hinzu, dass sich immer wieder eine Beziehung zwischen einem Stakeholder und einem Verantwortungsträger in ihr Gegenteil verkehrt und der Verantwortungsträger hofft, dass seine Bedürfnisse von dem einen oder anderen Stakeholder befriedigt werden.

**Beispiel**

Der Patient erwartet vom Chefarzt (von dem Vertreter des Ärztlichen Dienstes) den Einsatz der diagnostischen und the-

rapeutischen Ressourcen nach dem Motto „Viel hilft Viel“. Der Chefarzt sieht sich als Agent des Patienten diesem – und nur diesem – zur Loyalität verpflichtet und ist deshalb geneigt, den Wünschen des Patienten zu entsprechen.

Der Ärztliche Direktor wird als Mitglied der Geschäftsführung in Wahrnehmung der Interessen der Krankenkassen und des Krankenhaus-Eigentümers – gegebenenfalls durch direkte Intervention – darauf dringen, den Einsatz der Ressourcen auf das medizinisch Notwendige zu konzentrieren.

Wenn der Verantwortungsträger diese Beziehungen nicht kennt und nicht versteht, kann es – im günstigsten Fall – zu Konflikten bei der Vorbereitung und dem Fällen von Entscheidungen kommen. Die Mitglieder des Teams, die gemeinsam ein Problem durch eine Entscheidung zu lösen haben, generieren – von unterschiedlichen Interessen geleitet – verschiedene Lösungsalternativen, bewerten diese höchst uneinheitlich und kommen somit zu Beschlüssen, die zur Lösung des Problem möglicherweise nichts beitragen können. Als günstig wird dieser Fall deshalb beurteilt, weil der ausgelöste Konflikt dazu beitragen kann, dass die unterschiedlichen Positionen offen gelegt werden und das Team am Ende doch zu einer befriedigenden, die Anliegen der Betroffenen berücksichtigenden Lösung kommt. Ungünstig verläuft ein solcher Prozess dann, wenn

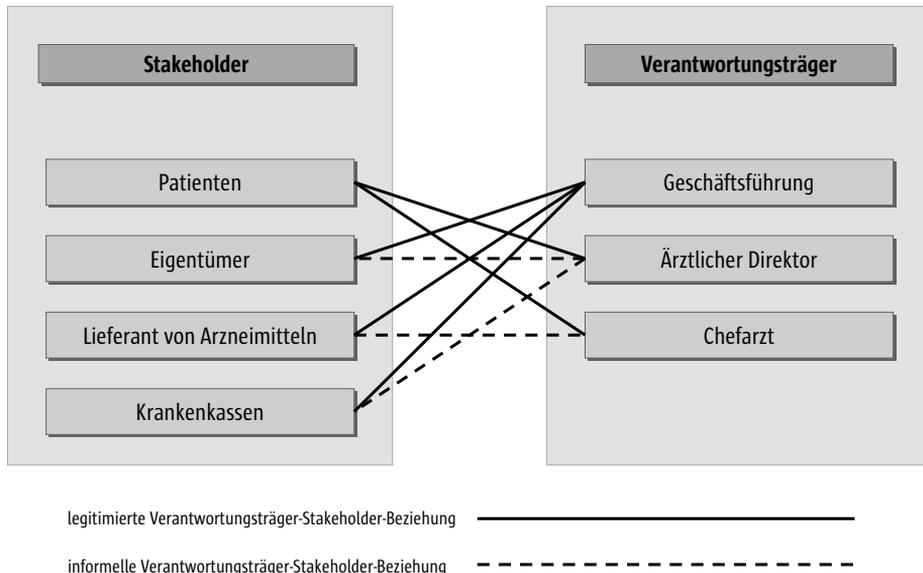


Abb. 33 Beziehungen zwischen Verantwortungsträgern und Stakeholdern

## 5.6 Kontrollinstanz

Argumente nicht offen ausgetauscht werden und/oder sich der Verantwortungsträger auf die Vorbereitung der Entscheidung durch Mitarbeiter verlässt und er nicht feststellt, dass diese die Anliegen von Stakeholdern völlig abwegig bewerten.

### 5.6 Kontrollinstanz

#### 5.6.1 Einführung

Verantwortung tragen bedeutet, Rechenschaft ablegen zu müssen. Die Kontrollinstanz ist deshalb das vierte konstitutive Element des Verantwortungsbegriffes neben dem Inhalt, dem Träger und dem Adressaten der Verantwortung (Hunzicker, S. 20). Die Beantwortung der Frage nach dem Verantworten der Handlungsfolgen ist nun das Thema.

Der Begriff „Kontrollinstanz“ kann wie folgt mit Inhalt gefüllt werden:

1. Kontrollieren bedeutet, einen Istzustand oder einen Zustand, den man in Zukunft zu erreichen erwartet, mit einer Norm zu vergleichen. Wichtig ist, dass die Ergebnisse der Kontrolle vor allem dazu verwendet werden, die Gründe für eventuelle Fehlentwicklungen kennen zu lernen. Damit wird die Basis dafür geschaffen, um Strukturen und Prozesse so verbessern zu können, dass Fehler, also Differenzen zwischen dem tatsächlichen und dem beabsichtigten Realisieren, künftig möglichst vermieden werden können. (s. Kap. 5.6.2)
2. Es fragt sich also, welches sind die Normen, die diesem Vergleich im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung zu Grunde gelegt werden sollen (s. Kap. 5.6.3).
3. Es fragt sich zum anderen, vor welcher Person oder Institution Rechenschaft abgelegt werden soll. Wer also führt den erwähnten Vergleich durch und analysiert und bewertet eventuell festgestellte Abweichungen des Ist von der Norm? (s. Kap. 5.6.4)
4. Schließlich geht es um die Organisation des Kontrollprozesses, dessen konkrete Gestaltung steuernde Wirkung auf das Verhalten der Verantwortungsträger haben kann (s. Kap. 5.6.5).

In Ziffer 1. wird darauf hingewiesen, dass Kontrolle nicht nur feststellt, was in der Vergangenheit gewesen ist und wie es hätte sein sollen. Die Teilfunktion betrieblicher Leitungstätigkeit „Kont-

rolle“ dient vielmehr auch dazu, vorausschauend sicherzustellen, dass das, was der Verantwortungsträger in der Zukunft erreichen möchte, tatsächlich erreicht werden kann. Die zu erörternden Normen und die Kontrollinstanz sowie der Kontrollprozess sind weitgehend unabhängig von der Blickrichtung der Kontrolle; es ist deshalb ein Erkenntnisverlust nicht zu erwarten, wenn im Rahmen der vorliegenden Untersuchung aus Platzgründen nur die rückwärtsgerichtete Kontrolle behandelt wird.

#### 5.6.2 Zielsetzung und Anreizwirkungen der Kontrolle

Entsprechend der Zielsetzung der vorliegenden Untersuchung (s. Kap. 1.3 und Abb. 1) geht es im Rahmen des Kontroll-Prozesses darum festzustellen, wie das Unternehmensleitbild, das gemäß den Grundideen des Managements der sozialen Verantwortung als Instrument des neuen Management-Konzepts entwickelt worden ist, in der täglichen Routine praktiziert wird. Die Umsetzung des Unternehmensleitbildes und dessen Wirkung auf die Realisierung konkreter Unternehmensziele und auf die Befriedigung konkreter Stakeholder-Anliegen ist nicht Gegenstand der weiteren Erörterung.

Die Grenzen zwischen diesen beiden Kontrollzielen sind fließend. So ist es das Ziel der in dem Aktiengesetz geregelten Jahresabschlussprüfung festzustellen, ob die Geschäftsführung bei dem Aufstellen des Jahresabschlusses die einschlägigen Rechnungslegungsvorschriften (= Prüfungsnorm) eingehalten und die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des Unternehmens zutreffend dargestellt hat – also ihren formalen Verpflichtungen nachgekommen ist. Gegenstand der Jahresabschlussprüfung sind nicht die Entscheidungen, die zu einem bestimmten wirtschaftlichen Ergebnis für das Krankenhaus und/oder für den einen oder anderen Stakeholder geführt haben.

In den Rechnungslegungsvorschriften formaler Art kommen die Anliegen verschiedener Stakeholder – das sind unter anderem die Eigentümer des Unternehmens (= bei Aktiengesellschaften die Aktionäre) und die Gläubiger – zum Ausdruck. Insofern wird mit der Jahresabschlussprüfung kontrolliert, ob die Geschäftsführung die als legitim akzeptierten Anliegen der genannten Stakeholder unter anderem nach einer angemessenen Verzinsung des zur Verfügung gestellten

Kapitals und nach Sicherung der eingeräumten Kredite bei dem Abschluss der Rechnungslegung zum Bilanzstichtag angemessen berücksichtigt hat und nicht durch die Nutzung der Ermessensspielräume bei der Anwendung diverser Bewertungsregeln die wirtschaftliche Situation des Unternehmens besser oder schlechter dargestellt hat als sie tatsächlich ist. Wenn im Rahmen der Jahresabschlussprüfung festgestellt wird, dass die Geschäftsführung ihren Ermessungsspielraum – zum Beispiel die Bewertung der Vorräte betreffend – willkürlich überstrapaziert hat, dann wird der Geschäftsführung nicht nur bescheinigt, dass sie sich nicht entsprechend den einschlägigen formalen Regeln verhalten hat. Die von dem Jahresabschlussprüfer dann verlangte Korrektur, nämlich die den Regeln gemäße Aufstellung des Jahresabschlusses, hat auch Konsequenzen für das Jahresergebnis und für die Höhe des an die Aktionäre auszuschüttenden Gewinns.

Wenn ein Management der sozialen Verantwortung auf der Grundlage der einschlägigen Grundpostulate praktiziert wird, wird die Kontrolle so gestaltet (Näheres s. Kap. 6.2), dass

- festgestellte Abweichungen zwischen einem tatsächlichen und dem gewollten Zustand und/oder Verhalten möglichst nicht nur personifiziert, sondern als Anlass für weitere Verbesserungen der Voraussetzungen für sozial verantwortliches Handeln verwendet werden und dass auf diese Weise das Bemühen von Mitarbeitern, Fehlentwicklungen zu verheimlichen, minimiert wird;
- positives Verhalten im Sinne des Unternehmensleitbildes als Bestätigung der Leistung jeweils nur eines, nämlich des für bestimmte Entscheidungen jeweils verantwortlichen Mitarbeiters und damit im Sinne der Wertschätzung dieses Mitarbeiters kommuniziert wird, und dass
- durch systematische Kontrollen der Eindruck vermieden wird, man könne sich durch das Abweichen von der Norm einen persönlichen Vorteil verschaffen mit der Folge, dass – dieses beobachtend – auch andere Mitarbeiter demotiviert werden, die einschlägigen Normen einzuhalten.

### 5.6.3 Kontrollnormen

Normen sind Forderungen für das Verhalten von Menschen (Küpfer, S. 52). In ihnen kommen

Werturteile zum Ausdruck. Sie sind im Regelfall im Unternehmensleitbild zusammengefasst mit der Aufforderung an die Akteure in dem Unternehmen, sich bei allen ihren Handlungen an diesen Normen zu orientieren. Die Kontrollnormen werden in diesem Kapitel nur dem Grunde nach zum Thema gemacht; ihre Konkretisierung sowie Aussagen zur Entwicklung und Implementierung eines Unternehmensleitbildes folgen in Kapitel 7.

Wenn Verantwortung als „Handlungs(folgen)verantwortung“ verstanden wird, lassen sich die Handlungsnormen aus der Grundfrage „Wie soll ich handeln?“ (Göbel 2006, S. 5) ableiten:

- Im Sinne der weiter oben genannten Zielsetzung der Kontrolle geht es vor allem darum festzustellen, wie das Konzept des Managements der sozialen Verantwortung in der täglichen Routine umgesetzt wird. Die Kontrollnorm von zentraler Bedeutung ist somit das Unternehmensleitbild, in dem die Geschäftsführung ihre Erwartungen an das Verhalten aller Akteure im Krankenhaus festgeschrieben und ihnen mitgeteilt hat, was unter sozial verantwortlichem Handeln verstanden wird und welche Handlungen erlaubt/erwünscht bzw. verboten/unerwünscht sind.
- Hinzu kommen einige weitere Normen, die – sofern sie nicht ohnehin Gegenstand des Unternehmensleitbildes sind – das Handeln der Akteure im Krankenhaus leiten sollten:
  - So orientieren sich Verantwortungsträger zum einen an dem institutionellen Sinn des Krankenhauses – der durch das Ziel „Sicherung der Existenz des Krankenhauses“ und „bedarfsadäquate Versorgung der Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses mit medizinischen Leistungen“ zum Ausdruck gebracht wird – und an den Prinzipien der Daseinsvorsorge, der Caritas und Humanitas (Eichhorn, S. 98).
  - Die in einem Krankenhaus tätigen Ärzte sind in ihrem Handeln an das vom Weltärztebund 1948 in Genf formulierte „Gelöbnis“ als moderne Fassung des hippokratischen Eides gebunden. Hinzu kommen spezifische Bestimmungen, die das Verhalten der Ärzte gegenüber Patienten bzw. gegenüber anderen Ärzten (§ 7 bzw. § 29 [Muster-]Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte [Stand 2006]) oder den Behandlungsprozess leiten.
  - Ärzte sind gehalten, den Behandlungsprozess anhand von Leitlinien, in denen für

angemessen gehaltene Formen der Diagnostik und Therapie, gewichtet nach der Beweiskraft vorhandener Studien, veröffentlicht sind, zu organisieren.

- Verantwortungsträger in Unternehmen, die sich in einer wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenordnung bewegen, richten ihr Handeln zum anderen an rechtlichen Normen aus, also an den einschlägigen Gesetzen, sowie an Unternehmenszielen, die Gegenstand von Satzungen und ähnlichen Dokumenten sind und in Zielvereinbarungen konkretisiert werden.
- Eine Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen dienen dem Schutz von Patienten und Mitarbeitern vor Schäden, die durch den Einsatz medizinischer Geräte verursacht werden können. So soll zum Beispiel die Beachtung der Vorschriften der Strahlenschutzverordnung Menschen vor der schädlichen Wirkung ionisierender Strahlung und radioaktiver Stoffe schützen.
- Hinzu kommen teils geschriebene, teils ungeschriebene Regeln, die sich vor allem aus Wissenschaft und Praxis, der Rechtsprechung sowie Empfehlungen von Wirtschaftsverbänden ergeben. Zu diesen Regeln zählen zum Beispiel die Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung, deren Aufgabe es ist, Gläubiger und Unternehmenseigner vor unkorrekten Daten, Informationen und möglichen Verlusten weitestgehend zu schützen. Zu diesen Regeln zählen auch die unter dem Terminus Basel II zusammengefasste Gesamtheit der Eigenkapitalvorschriften, die vom Basler Ausschuss für Bankenaufsicht in den letzten Jahren vorgeschlagen wurden; das Ziel ist die Sicherung einer ausreichenden Eigenkapitalausstattung der Banken und damit der Schutz der Kreditnehmer.

Viele dieser Normen sind wenig präzise formuliert und überlassen deshalb dem Verantwortungsträger einen mehr oder weniger großen Entscheidungsspielraum.

#### Beispiel

§ 252 Abs. 1 Nr. 4 Handelsgesetzbuch (HGB) bestimmt allgemeine Bewertungsgrundsätze wie folgt:

„Es<sup>48</sup> ist vorsichtig zu bewerten, namentlich sind alle vorhersehbaren Risiken und Verluste, die bis zum Abschlussstichtag entstanden sind, zu berücksichtigen, selbst wenn diese erst zwischen dem Abschlussstichtag und dem Tag der Aufstellung des Jahresabschlusses bekanntgeworden sind; Gewinne sind nur zu berücksichtigen, wenn sie am Abschlussstichtag realisiert sind.“

Dieser Gesetzestext enthält – möglicherweise gewollt (?) – einige unbestimmte Rechtsbegriffe – wie „vorsichtig zu bewerten“, „vorhersehbare Risiken und Verluste“ sowie „bekanntgeworden“. Er ist als Handlungs- und somit auch als Kontrollnorm noch nicht geeignet. Der mit diesem Text zum Ausdruck gebrachte Entscheidungsspielraum muss vielmehr ausgefüllt werden.

Der Verantwortungsträger füllt den Entscheidungsspielraum durch individuelle Charaktereigenschaften aus, die insbesondere dessen Bereitschaft zur Suche nach Alternativen, zur Zusammenarbeit mit bestimmten Partnern und zur Übernahme von Risiko steuern (Küppers, S. 209). Die genannten Charaktereigenschaften kommen zum Ausdruck in der Bereitschaft, besondere Anstrengungen hinsichtlich der Suche nach Informationen auf sich zu nehmen, um dadurch die Qualität von Entscheidungen positiv zu beeinflussen (Sauer mann; Selten, S. 579).

Bei der Formulierung einer Norm gilt es, jeweils einen Kompromiss zu finden zwischen einer sehr eindeutigen und präzisen und damit den Entscheidungsspielraum für den Verantwortungsträger eher einengenden Textierung und einer Form, die dem Verantwortungsträger einen mehr oder weniger großen Entscheidungsspielraum lässt, die aber die Gefahr von Missverständnissen in sich trägt.

Es gibt Normen, die der Gestaltung durch die Geschäftsführung entzogen sind. Dazu zählen unter anderem die einschlägigen Gesetze und die Rechtsprechung. Andere Normen können durch die Geschäftsführung als Ziele in dem bisher beschriebenen Sinne oder als präzise Handlungsanweisungen ausgelegt werden, deren Verfolgen dem Erreichen eines bestimmten Zieles dient. Es hängt von der Führungskultur in einem Unternehmen ab, welche Normen der gestaltbaren Art dort jeweils praktiziert werden. Eine eher partizipative Führung bevorzugt die Zielsetzung als

<sup>48</sup> Damit sind die im Jahresabschluss ausgewiesenen Vermögensgegenstände und Schulden gemeint.

Norm, während der autoritär führende Vorgesetzte die Handlungsanweisung als Norm präferiert.

### 5.6.4 Kontrollinstanz i.e.S.

Ausgehend von der Definition von Verantwortung als für etwas eintreten müssen werden zwei Arten von Kontrollen unterschieden:

1. **Selbstkontrolle:** Die Instanz, der Verantwortung zugeschrieben worden ist, kontrolliert das Ergebnis ihres Handelns selbst.
2. **Fremdkontrolle:** Das Ergebnis unternehmerischen Handelns wird von einer Person oder Institution, die nicht der Verantwortungsträger ist, kontrolliert.

Zwar ist es wichtig, dass jeder Verantwortungsträger sich immer wieder prüft, ob er entsprechend den Normen des Unternehmens-Leitbildes handelt. Für die Sicherstellung des Praktizierens dieser Normen reicht dieses jedoch im Regelfall nicht aus. Die auf einer partizipativen Führung basierende Selbstkontrolle wird deshalb durch drei Arten von Fremdkontrolle – zwei davon sind rechtlich vorgeschrieben – ergänzt. Die Abgrenzung zwischen den drei Arten ist nicht immer ganz eindeutig.

- Im Zusammenhang mit dem Management der sozialen Verantwortung ist der Adressat der Verantwortung als Kontrolleur von zentraler Bedeutung. Der Adressat prüft, ob der Verantwortungsträger seinen Verpflichtungen gegenüber dem Adressaten nachgekommen ist, ob die Bedürfnisse, die er als zu befriedigen angemeldet hatte, tatsächlich befriedigt worden sind.

In diese Kategorie fällt – gewissermaßen als Vertreter einer Gruppe von Stakeholdern – auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK), der im Auftrag des Adressaten „Krankenkassen“ feststellt, ob zum Beispiel die Bestimmungen des § 27 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V eingehalten werden.

Schließlich sollen die Wirtschaftsprüfer genannt werden, die als Vertreter der Adressaten „Eigentümer“ und „Gläubiger“ den Jahresabschluss des Krankenhauses prüfen, um feststellen zu können, ob bei dem Aufstellen des Jahresabschlusses die einschlägigen Rechnungslegungsvorschriften des Aktiengesetzes und des Handelsgesetzbuches zum Schutz der Eigentümer und Gläubiger sachgerecht an-

gewandt worden sind. Bei Krankenhäusern in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft findet zusätzlich zu dieser formalen eine materielle Prüfung statt. Es wird festgestellt, ob die Betriebsführung den einschlägigen Grundsätzen entsprochen hat.

- Als zweite Art von Kontrollinstanz kommt eine Person oder Institution in Betracht, die dem Verantwortungsträger Verantwortung zugewiesen hat. Das ist im Regelfall der Vorgesetzte des Verantwortungsträgers. Diese Art von Kontrollinstanz gibt es in allen Leitungsebenen des Krankenhauses. In der obersten Leitungsebene ist dieses – je nach Rechtsform des Krankenhauses – der Aufsichts- oder der Verwaltungsrat oder eine vergleichbare Funktion, die das Krankenhaus als Institution und die Geschäftsführung kontrolliert.
- Schließlich gibt es eine Vielzahl externer Kontrolleure, die im Folgenden beispielhaft und nicht mit dem Anspruch auf Vollständigkeit genannt werden.

Zu diesen Kontrollinstanzen zählen diverse staatliche Institutionen. Damit sind vor allem die Gerichte gemeint, die darauf zu achten haben, dass die diversen Gesetze und Verordnungen zum Schutze diverser Stakeholder eingehalten werden.

Die Medien prüfen als Vertreter der Öffentlichkeit das Verhalten des Krankenhauses und seiner Akteure.

Das Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit wacht zum Schutze diverser Stakeholder darüber, dass die Bestimmungen der Strahlenschutzverordnung beachtet werden und dass der Betreiber medizinisch-technischer Geräte seinen Meldepflichten gemäß § 3 Medizinprodukte-Betreiberverordnung nachkommt.

### 5.6.5 Organisation des Kontrollprozesses

Im Zusammenhang mit der Organisation des Kontrollprozesses gibt es zwei Themen, die zu bearbeiten sind:

1. Zum einen ist danach zu fragen, wie die Normen zustande kommen.
2. Zum zweiten interessiert es, wie die Kontrolle ausgeübt wird.

Zu 1. Normen müssen sowohl von dem Verantwortungsträger als auch von dem Adressaten akzep-

tiert werden können – von dem Verantwortungsträger als Voraussetzung für die sach- und zeitgerechte Umsetzung und von dem Adressaten, damit dieser die Folgen des Verantwortungsträger-Handelns anerkennen kann. Für das Zustandekommen von Normen ist es deshalb von zentraler Bedeutung, dass diese im Rahmen eines Diskurses, durch die argumentative, dialogische Verständigung zwischen allen Beteiligten entwickelt werden. Wenn dieser Diskurs mit einem Konsens abgeschlossen werden soll, sind für dessen Durchführung bestimmte Regeln einzuhalten (Näheres s. Kap. 7.2.3) (Göbel 2006, S. 37f.).

Voraussetzung für die Interaktion zwischen dem Verantwortungsträger und den Stakeholdern ist, dass Letztere ihre Anliegen explizit zum Ausdruck bringen und zu einer fairen Verständigung bereit sind. Nicht alle Stakeholder sind aber in der Lage, ihre Interessen persönlich zu vertreten. Die Interessen werden deshalb nicht nur direkt, sondern auch über vermittelnde Zwischenstufen – zum Beispiel über Politiker, Verbände, Personalvertretungen und Kammern – an den Verantwortungsträger herangetragen. Die genannten Agenten werden im Regelfall nicht für einzelne Stake-

holder, sondern eher für eine Gruppe von ihnen tätig. Deshalb kann nicht immer gewährleistet werden, dass das individuelle Anliegen in seiner ursprünglichen Ausprägung als Grundlage einer unternehmerischen Entscheidung Berücksichtigung findet.

Die praktische Durchführung eines solchen Diskurses kann außerordentlich kompliziert, möglicherweise für die Beteiligten sogar unzumutbar werden, zumal dann, wenn die Zahl der Beteiligten auf beiden Seiten sehr groß ist und deren Ausgangspositionen sehr heterogen sind.

### Beispiel

Dieses ist regelmäßig bei Tarifverhandlungen der Fall. Man hilft sich dann damit, dass sich

- die große Zahl der Arbeitgeber durch den jeweils zuständigen Arbeitgeberverband und
- die im Regelfall unübersichtliche Zahl der Mitarbeiter als Adressaten der Verantwortung durch die jeweils zuständige Gewerkschaft vertreten lassen.

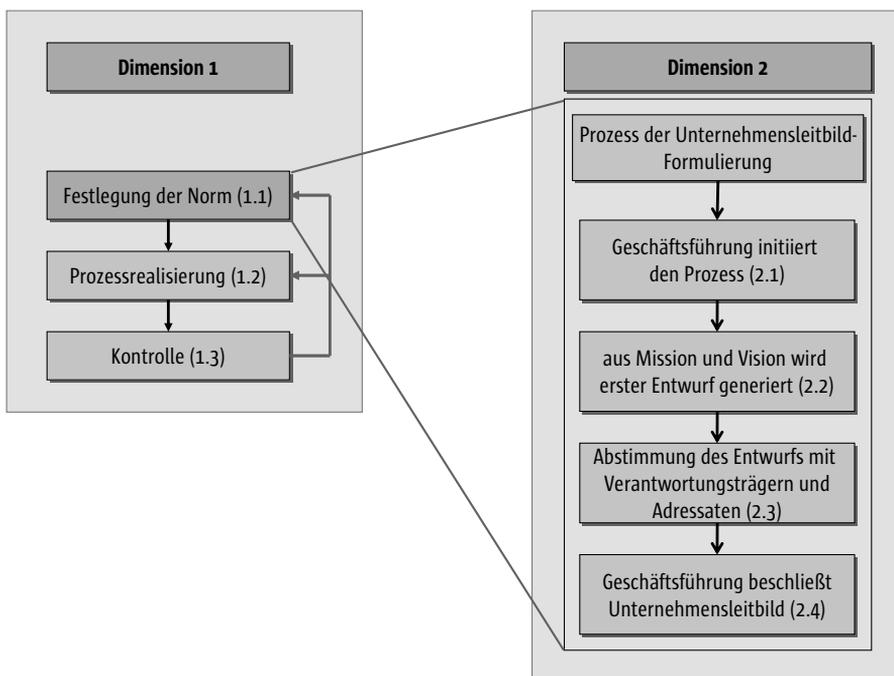


Abb. 34 Kontrollprozess

**Zu 2.** Wenn der Vergleich des tatsächlich Erreichten mit der Norm (s. Abb. 34, Dimension 1.3) eine Differenz zeigt, wenn festgestellt wird, dass ein Verantwortungsträger seinen Verpflichtungen nicht, wie dieses in dem Unternehmensleitbild festgelegt worden ist, nachkommt (Dimension 1.2), kann dieses zwei Gründe haben:

1. Der Verantwortungsträger hat sich nicht leitbildkonform verhalten. Das im Unternehmensleitbild von ihm geforderte sozial verantwortliche Handeln hat er nicht realisiert.
2. Eine Abweichung zwischen der Norm und dem tatsächlich Erreichten kann auch deshalb entstanden sein, weil eine Norm fest-

gelegt worden war, die von Anfang an oder, weil sich in der Zeit zwischen dem Festlegen der Norm und der Realisierung der für deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen die Umsetzungsbedingungen verändert haben, nicht hat realisiert werden können (Dimension 1.1). Die Kontrolle bezieht deshalb in der Dimension 2 des Kontrollprozesses den Prozess der Normen-Festlegung in die Abweichungs-Analyse mit ein und untersucht, ob in diesem Zusammenhang möglicherweise fehlerhaft gearbeitet worden ist und/oder ob die der Norm-Festlegung zugrunde gelegten Umsetzungsbedingungen noch aktuell sind.