

„Es fehlen Tausende von qualifizierten Managern“

Ein Interview mit Professor Dr. Andreas J. Goldschmidt über die Anforderungen an Führungskräfte in der Gesundheitswirtschaft.

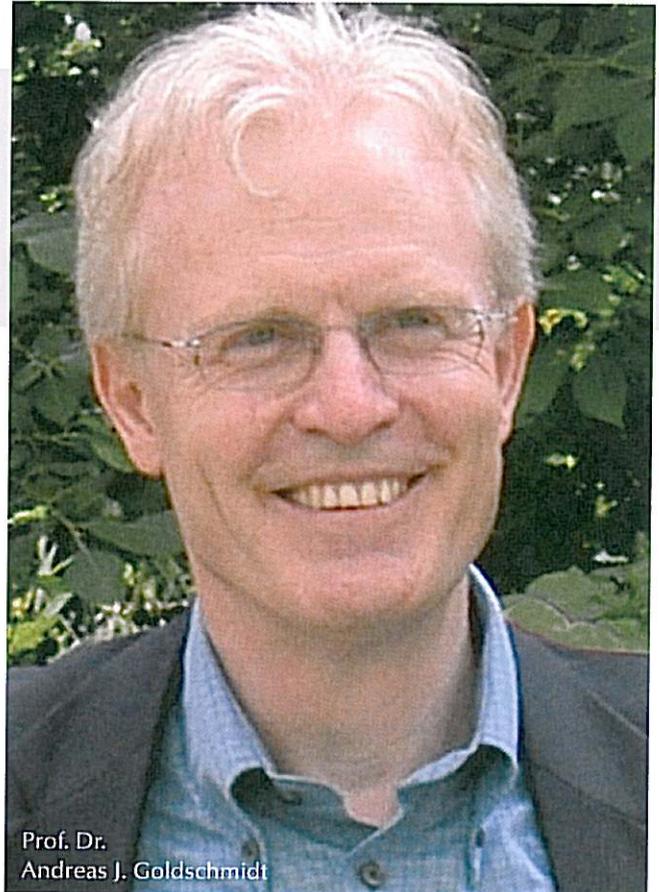
Sehr geehrter Herr Professor Dr. Goldschmidt, wie viele Menschen arbeiten in der Gesundheitswirtschaft?

Goldschmidt: Etwa 4,2 Millionen. Dies entspricht ungefähr 10,6 Prozent aller Beschäftigten in Deutschland. Von diesen haben 52,4 Prozent und damit etwa 2,2 Millionen einen Gesundheitsberuf. Sie sind zum Beispiel Ärzte und Krankenpfleger. Die andere Hälfte arbeitet in der Administration der Gesundheitseinrichtungen sowie in der Pharma- und Medizingeräteindustrie.

Wie viele von diesen tragen Managementverantwortung in Krankenhäusern und in Praxen, in der Pharmaindustrie und in der Medizingeräteindustrie?

Goldschmidt: Zunächst Gratulation zu dieser Formulierung. Management heißt nicht in erster Linie, nur an der Spitze zu stehen, wie es oft umgangssprachlich verstanden wird, sondern Verantwortung für etwas zu tragen. Management ist etwas sehr Vielfältiges und reicht von der Geschäftsführung bis zur pflegerischen Stationsleitung in einem Krankenhaus. Ich kann die Zahlen also nur schätzen. Aber in allen teilstationären und stationären Einrichtungen dürften etwa 150 000 Personen Managementverantwortung tragen. In Medizin und Pflege sind es ungefähr 115 000 Personen, in der Administration und den nicht medizinisch-pflegerischen Berufen etwa 35 000.

Unter den insgesamt etwa 380 000 Berufstätigen mit Führungsaufgaben in der gesamten Gesundheitswirtschaft sind auch jene gut 200 000 Inhaber von Kleinst- und Kleinunternehmen wie Praxen und Apotheken, Zahntechnikerlabore, Physiotherapiepraxen oder Pflegedienste. In solch kleinen Gesellschaften ist spezifisches betriebswirtschaftliches Fach-, Rechts- und Managementwissen erforderlich, das heute noch nicht hinreichend von den Hochschulen in Weiterbildungs-



Prof. Dr.
Andreas J. Goldschmidt

Zur Person

Univ.-Prof. Dr. Andreas J. Goldschmidt ist Gesundheitsökonom, Medizin-Informatiker und Biostatistiker mit einem C4-Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement und -logistik an der Universität Trier. Darüber hinaus ist er Geschäftsführer des Zentrums für Forschungs-koordination und Bildung GmbH in Offenbach, wissenschaftlicher Studienleiter der Hessischen Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie Offenbach sowie Studienleiter des Mentoringprogramms für junge Führungskräfte der B. Braun-Stiftung.

studiengängen vermittelt wird. Hier tummeln sich daher auch die meisten fragwürdigen und hochschulfernen „Akademien“ und „Institute“ ohne anerkannte Akkreditierung. Zudem tragen in der Pharmaindustrie etwa 9 000 und in der Medizinprodukteindustrie einschließlich der IT-Hersteller noch einmal etwa 6 000 Beschäftigte Führungverantwortung.

Wie viele dieser Verantwortungsträger können aufgrund ihrer Qualifikation ihrer Aufgabe überhaupt gerecht werden?

Gold Schmidt: Ich möchte nicht zu streng urteilen. Aber Tatsache ist, dass meinen laufenden Untersuchungen zufolge immerhin über die Hälfte der Manager in der Pharma- und Medizinprodukteindustrie, aber nur jeder zweite bis vierte Manager allein auf der ersten Ebene in den teilstationären und stationären Gesundheitseinrichtungen über eine nachweisbare, professionelle Managementausbildung verfügt. Und auf der zweiten und dritten Ebene in Kliniken sieht es noch deutlich schlechter aus.

Das heißt, wir haben einen dringenden Bedarf, sagen wir knapp 200 000 Manager für die Gesundheitswirtschaft vom Pharmakonzern über ein Großklinikum bis zur Arztpraxis und zum Pflegedienst möglichst ad hoc zu qualifizieren?

Gold Schmidt: Wenn Sie so konkret fragen, muss ich wohl mit einem Ja antworten. Mit „ad hoc“ meinen wir aber einen Zeitraum von mindestens zehn Jahren. Es können ja nicht alle gleichzeitig geschult werden. Der Qualifikationsbedarf ist in der zweiten und dritten Managementebene der teilstationären und stationären sowie in den Klein- und Kleinstunternehmen am größten. Je größer die Organisation, desto höher ist die notwendige Anzahl professionell ausgebildeter Manager.

Was passiert, wenn wir diese Führungskräfte nicht qualifizieren?

Gold Schmidt: Dann würden am Ende vor allem die Patienten verlieren, da der Weg zu „ihrer“ Gesundheitseinrichtung im Durchschnitt immer länger wird. Denn schlecht geführte Einrichtungen und Unternehmen werden sich aufgrund mangelnder Wettbewerbsfähigkeit und Qualität im Vergleich zu den gut geführten nicht halten können. Damit würden dann auch die Beschäftigten verlieren, da ihre Arbeitsplätze verloren gingen.

Lässt sich der schon entgangene und künftig entgehende Ertrag ermitteln?

Gold Schmidt: Gut geführte Unternehmen arbeiten bei ansonsten gleichen Voraussetzungen in der Wirtschaft gegenüber schlecht geführten erfahrungsgemäß mit der doppelten bis vierfachen Produktivität und Gewinnmarge. Das dürfte auch auf die Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft zutreffen. Allerdings ist mir keine Untersuchung bekannt, die sich mit Gesundheitsunternehmen und deren Ertragsunterschied in Abhängigkeit vom Management bereits ernsthaft beschäftigt hat. Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist vor allem der managementbedingte Unterschied in der Versorgungsqualität und dessen Auswirkung auf die direkten und indirekten Gesundheitskosten in der Gesamtbevölkerung von Bedeutung. Hierzu gehen aber



In den Kliniken ist das ungenutzte Weiterbildungspotenzial erschreckend groß

die Meinungen vor allem in der angloamerikanischen Literatur weit auseinander.

Welche Managementebenen unterscheiden Sie in den Kliniken, und von den Angehörigen welcher Berufe werden sie besetzt?

Gold Schmidt: Zur ersten und damit strategischen Managementebene zählen im Krankenhaus beispielsweise Geschäftsführer und Vorstände oder die hauptamtliche kaufmännische und ärztliche Geschäftsführung. Einen Sonderfall können frei-gemeinnützige Organisationen bilden, die noch von einem Ordensbruder oder einer Ordensschwester geführt werden. Nur in Ausnahmefällen und je nach Unternehmensart und -größe können auch die Pflegedienstleitung sowie die leitenden Abteilungs- und Chefärzte hinzugezählt werden. Zur zweiten, gleichermaßen taktischen und operativen Managementebene gehören konsequent Abteilungsleitungen, Stabsstellen und Geschäftsprozessverantwortliche, die Pflegedienstleitung sowie in zunehmendem Maße auch leitende Oberärzte neben den leitenden Abteilungs- und Chefärzten. Zur dritten, rein operativen Managementebene zählen alle operativen Leitungsfunktionen in Gruppengrößen von fünf bis zu 20 Beschäftigten, wie Stations- und Gruppenleitungen.

Wie sollte das Topmanagement der gut 2000 Krankenhäuser in Deutschland qualifiziert sein, und wie ist es qualifiziert?

Gold Schmidt: Gut ausgebildete Führungskräfte müssen zunächst einmal zumindest die betriebswirtschaftlichen und rechtlichen Grundlagen in der Gesundheitsbranche kennen. Das ist schon nicht ganz wenig, da hierzu – vereinfacht formuliert – neben Betriebsverfassungs- und Gesellschaftsrecht, Controlling und Finanzen – eine Menge von Besonderheiten gehören, die in anderen Branchen nicht existieren, wie die Sozialgesetzgebung, öffentliche Budgetierung, duale Finanzierung, DRG oder Medizincontrolling.

Daneben stellen aber realitätsnahe Problem- und Ergebnisformulierungen in Teamarbeit, Kommunikations- und dialogorientiertes Konfliktmanagement, Fallstudien und Wirtschaftsplanspiele in der Gruppe sowie Leadership besondere Herausforderungen dar.

Wir können schätzungsweise davon ausgehen, dass im Klinikbereich auf der ersten Managementebene ein Managementweiterbildungspotenzial von ungefähr 25 bis 50 Prozent besteht. Das heißt, die Hälfte bis ein Viertel der Topmanager könnte oder sollte sich dringend weiterbilden. Aber auf dieser ersten Ebene wurde das Problem bereits erkannt. Ein Indiz dafür sind die aktuellen Stellenanzeigen für das Top-Management, die eine entsprechende Zusatzqualifikation – zum Beispiel Promotion oder MBA – für die Bewerber zwingend vorschreiben.

Wie steht es um die Qualifikation der Führungskräfte auf der zweiten und dritten Ebene im Krankenhaus?

Goldschmidt: Das Management-Weiterbildungspotenzial auf der zweiten Managementebene beträgt schätzungsweise 50 bis 70 Prozent und auf der dritten Managementebene erschreckende 90 Prozent.

Fällt es den Schwestern und Pflegern, aber auch den Ärzten schwer, Distanz zur eigenen Berufsgruppe zu finden und sich Managementaufgaben zuzuwenden?

Goldschmidt: Ja, das beobachten wir immer wieder bei unseren klinikinternen Studien. Typisch ist beispielsweise, dass sich eine Krankenschwester als Stationsleiterin zeitlich und inhaltlich nicht ausreichend genug um ihre Führungsaufgaben kümmert, sondern lieber noch im Team mitarbeitet, weil dies eine höhere soziale Anerkennung durch die Kollegen mit sich bringt. Unseren Beobachtungen zufolge sind Stationsleitungen noch zu durchschnittlich 50 bis 70 Prozent im Pflorgeteam tätig, obwohl – das unternehmerische Gesamtziel vor Augen – annähernd null Prozent anzustreben wären. Häufig ist allerdings auch zu beobachten, dass die Gruppengröße pro Leitung zu klein angesetzt wird.

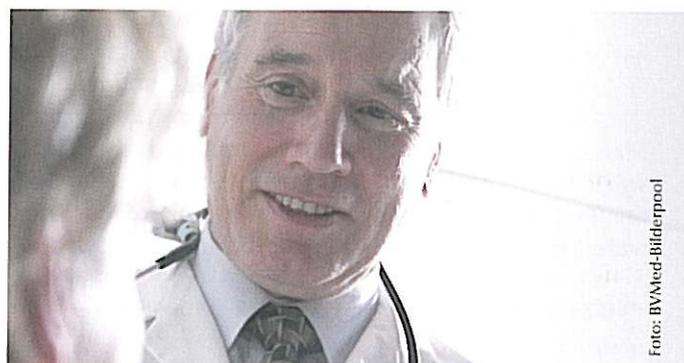
Warum ist es so wichtig, Manager aus der Gruppe des Pflegepersonals zu qualifizieren?

Goldschmidt: In dieser Personalgruppe schlummern natürlich die größten Dienstleistungspotenziale, aber auch Kostenressourcen. 40 bis 45 Prozent der Personal- und Sachkosten in den teilstationären und stationären Gesundheitseinrichtungen resultieren aus der Pflege. Noch vor wenigen Jahren war es den meisten Pflegekräften ein Greuel, sich neben dem Patienten und der zugehörigen Dokumentation auch mit Computern beschäftigen zu müssen. Heute erscheint es noch der Mehrzahl der Pflegekräfte, aber auch der Ärzte nahezu unethisch, sich neben der Arbeit am Patienten auch mit Wirtschaftlichkeits- und Management-Angelegen-

heiten zu beschäftigen. Die Frauen und Männer in Weiß, Schwestern wie Ärzte, verkennen jedoch, dass „Geld, Ethik und Krankenhaus“ schon seit Jahrhunderten untrennbar miteinander zu leben gelernt haben – wenn man einmal von den „goldenen“ sechziger bis achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts absieht. Pflege und Ärzte mussten historisch betrachtet schon immer ethische Fragestellungen und begrenzte Ressourcen ausbalancieren.

Wie qualifiziert sich eine Schwester am besten für Führungsaufgaben im Unternehmen?

Goldschmidt: Führungsqualifikation kann nicht in einem grundständigen Studium erworben werden. In Deutschland bieten sich daher sinnvollerweise berufsbegleitende, weiterbildende Pflegemanagement- und andere Studiengänge im Anschluss an die Pflegeausbildung und einige Jahre Berufserfahrung an.



Kaum ein Arzt oder Apotheker ist der geborene Unternehmer

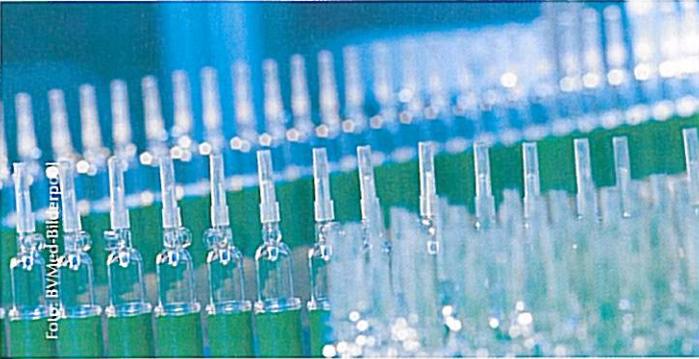
Sind im Gegensatz dazu der niedergelassene Arzt oder dessen Ehefrau die geborenen Unternehmer?

Goldschmidt: Erfahrungsgemäß vereinen niedergelassene Ärzte, Apotheker oder kleine ambulante Pflegedienstleister alle Managementebenen in einer Person, die gleichsam für Strategie und das operative Geschäft zuständig ist. Man muss davon ausgehen, dass – wie in der Wirtschaft – maximal nur jeder zehnte bis 50. dieser Selbständigen ein „geborener“ Unternehmer ist. Alle anderen müssen das zugehörige Handwerkszeug erlernen.

Gibt es Wege und Konzepte, das Unternehmen Arztpraxis oder Pflegedienst durch Managementkompetenz zu stärken?

Goldschmidt: Es gibt momentan ein recht unübersichtliches Angebot an Weiterbildungskonzepten. Die Inhaber solcher Kleinst- und Kleinunternehmen benötigen einerseits ein betriebswirtschaftliches Fach- und Managementwissen auf Basisniveau und andererseits

Spezialwissen aus ihrem Sektor des Gesundheitswesens. Keinesfalls müssen sich diese Angebote nur auf universitärem Niveau bewegen. Derzeit bleibt den Betroffenen leider nur, sich die ständig in Bewegung befindlichen Studienpläne der Hochschulen und Akademien anzusehen.



Die Managementdefizite sind in der Industrie am geringsten

? Herr Goldschmidt, kommen wir auf die Pharmaindustrie zu sprechen, wenn es diese überhaupt in jener Homogenität gibt, die der Begriff nahe legt. Haben wir also *eine* Pharmaindustrie oder müssen wir differenzieren, wenn es um den Bedarf an Managern geht?

Goldschmidt: Die Pharmaindustrie als „Apotheke der Welt“ gibt es ja heute leider nicht mehr bei uns. Die Pharmaindustrie in Deutschland spaltet sich heute vor allem in zwei Lager: die einen, die eher forschen, die anderen, die eher Präparate nachmachen. Entsprechend differenziert sind auch die Führungsanforderungen. Früher haben wir übrigens auf die Nachahmer aus Japan herabgeblickt, heute ahmen wir selbst nach.

? Haben die forschenden Pharmaunternehmen also Managementdefizite?

Goldschmidt: Die Managementdefizite in der Pharmaindustrie sind heute vor allem an der Spitze sowie in Forschung und Entwicklung vergleichsweise nur noch gering und resultieren meiner Beobachtung nach eher aus einer relativ hohen Fluktuation der Führungskräfte. Die meisten Fehler wurden meines Erachtens in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten gemacht, als es zu von einem miserablen, egozentrischen „Management“ getriebenen Ausverkauf deutscher Arzneimittelhersteller ohne entsprechende Ausbalancierung für die lokale Forschung, Entwicklung und Produktion kam.

Die eher forschende Pharmaindustrie hat auf der ersten Managementebene einen geschätzten Anteil von etwa 200, auf der zweiten Managementebene von etwa 800

und auf der dritten Managementebene von ungefähr 4 000 Führungskräften. Die primären Generikahersteller haben auf der ersten Managementebene einen geschätzten Anteil von etwa 300, auf der zweiten Managementebene von etwa 700 und auf der dritten Managementebene von etwa 3 000 Führungskräften.

? Welche Kompetenz und welches Wissen sind in der Pharmaindustrie vor allem gefragt? Und welche Ausbildungswege haben sich bewährt, die nötigen Stärken zu vermitteln?

Goldschmidt: In der Forschung der Pharmaindustrie ist ein sehr spezielles Know-how und auch Wissenschaftsmanagement erforderlich, wozu nach wie vor eine einschlägige naturwissenschaftliche Promotion und Habilitation sowie eine ergänzende Ausbildung als Drug Regulatory Affairs-Spezialist befähigen wie der DGRA-Ausbildungsweg an der Universität Bonn.

Für Produktion, Marketing und Vertrieb erlernt man über einen fachspezifischen – je nachdem also einen kaufmännischen oder naturwissenschaftlichen – Bachelor-Grad die richtigen Handwerkszeuge zum Einstieg. Vielleicht sollte später berufsbegleitend ein branchenspezifischer Master oder MBA für die erste oder zweite Managementebene erworben werden wie der Consumer Health Care-Master an der Charité in Berlin.

? Ist die Medizingeräteindustrie ebenso gut aufgestellt wie die Pharmaindustrie?

Goldschmidt: Die beiden Branchen sehe ich ähnlich aufgestellt, wobei in der Medizingeräteindustrie eine stärkere Konstanz der beschäftigten Manager zu beobachten ist – nicht zuletzt auch durch einen größeren Anteil an Familienunternehmen.

? Wie stehen die Medizinprodukte- und die Pharmaindustrie im internationalen Vergleich?

Goldschmidt: Die Medizinprodukteindustrie hat noch weniger Erfahrung im Beherrschen der internationalen Spielregeln in Forschung und Entwicklung als die Pharmaindustrie. Das Medizinproduktegesetz (MPG) und dessen Zulassungsregeln für den internationalen Markt kamen bei uns beispielsweise mit deutlicher Verzögerung erst nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) und den Zulassungsregeln für die Erforschung, Entwicklung und das Inverkehrbringen von Arzneimitteln.

? Welche berufliche und welche hochschulische Qualifikation sollte das Management in der Medizingeräteindustrie mitbringen?

Goldschmidt: Hier trifft in etwa das Gleiche zu, was ich bereits für die Pharmaindustrie gesagt habe, nur eben mit dem Fokus auf deren jeweilige branchenspezifische Besonderheiten, das heißt: MPG statt AMG.

Impressum

Die GesundheitsWirtschaft
ISSN: 1864-3469

Die Gesundheits
Wirtschaft

Das Journal für die Akteure der Gesundheitsbranche

Erscheinungsweise: 2-monatlich

Herausgeber und Verlag:

Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft mbH
34212 Melsungen, Stadtwaldpark 10, Telefon (056 61) 73 44-0
www.bibliomed.de, info@bibliomed.de

Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

Geschäftsführung und Verlagsleitung:

Uta Meurer, Dr. Annette Beller

Redaktion:

Uta Meurer (Chefredaktion), uta.meurer@bibliomed.de,
Telefon (0 56 61) 73 44-82
Corinne Ludwig, corinne.ludwig@bibliomed.de,
Telefon (0 56 61) 73 44-95
Postfach 11 50, 34201 Melsungen
Uwe K. Preusker, uwe@preusker-healthcare.de

Redaktionssekretariat:

Jutta Groß, jutta.gross@bibliomed.de, Telefon (0 56 61) 73 44-28

Grafik: Nina Dietrich, Christiane Meurer

Illustrationen: Ulrike Vater, Kassel

Druckerei: A. Bernecker, Melsungen, www.bernecker.de

Anzeigenverwaltung:

Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft mbH
Postfach 11 50, 34201 Melsungen
Waltraud Zemke (verantw.), Telefon (0 56 61) 73 44-81,
Telefax (0 56 61) 83 60

Gültige Anzeigenpreisliste: Nr. 1 vom 1. Januar 2007

Verlagsvertretung:

med.medien.gmbh, Rotdornallee 31 a,
51503 Rösrath, Telefon (0 22 05) 9 00 75-0

Abonentenservice:

Bibliomed Leserservice – 65341 Eltville,
bibliomed@vertriebsunion.de
Telefon (0 61 23) 92 38-2 27, Telefax (0 61 23) 92 38-2 28

Jahresabonnement:

120,00 Euro (inkl. MwSt. und Versandkosten)
Einzelpreis: 22,00 Euro + Versandkosten (inkl. MwSt.)

Kombi-Abonnement mit f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 142,20 Euro; Kombi-Abonnement mit Die Schwester Der Pfleger 130,00 Euro (Inland), 136,60 Euro (Ausland); Kombi-Abonnement mit Pflegen Ambulant 130,00 Euro (Inland), 136,30 Euro (Ausland); Kombi-Abonnement mit PKR Pflege- & Krankenhausrecht 130,00 Euro; Kombi-Abonnement mit Pflegen Ambulant 130,00 Euro (Inland), 136,30 Euro (Ausland); Kombi-Abonnement mit Pflegen Intensiv 130,00 Euro; Kombi-Abonnement mit kontinenz aktuell 130,00 Euro (Inland), 132,00 Euro (Ausland)

Studenten erhalten 33 Prozent Nachlass für das Jahresabonnement.

Mindestbezugsdauer 12 Monate (ausgenommen Einzelhefte). Das Abonnement verlängert sich nur dann um ein weiteres Jahr, wenn es nicht 2 Monate vor Ablauf des Bezugszeitraums schriftlich gekündigt wird.

Postgirokonto: Frankfurt/Main, Nr. 78 30-603 (BLZ 500 100 60)

Bankkonto: Kreissparkasse Schwalm-Eder, Melsungen,
Nr. 0010049 500 (BLZ 520 521 54)

Die Redaktion übernimmt für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder keine Verantwortung.

Nachdruck – auch auszugsweise – sowie die Herstellung von fotografischen Vervielfältigungen sind nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Verlages und unter genauer Quellenangabe gestattet.

Der Verlag behält sich das Recht vor, die veröffentlichten Beiträge (inkl. Tabellen und Abbildungen) auf CD-ROM und im Internet zu übertragen und zu verbreiten.

© Bibliomed – Med. Verlagsgesellschaft mbH, Melsungen

Druckauflage: 20 000