

**Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft:  
Konzept und Umsetzungsanforderungen an ein umfassendes Qualitätsmanagement in Krankenhäusern und Kliniken**

Das F&E Vorhaben Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung gefördert  
Förderkennzeichen 01 HG 9918 / 4

Stephan von Bandemer  
Munscheidstr. 14  
45886 Gelsenkirchen  
Tel. 0209/167-1363  
Fax 0209/167-1361  
bandemer@iatge.de

## Inhalt

<b>1. <u>Zusammenfassung</u></b> .....	<b>3</b>
<b>2. <u>Benchmarking als vergleichendes umfassendes Qualitätsmanagement</u></b> .....	<b>4</b>
<b>3. <u>Instrumente zum Benchmarking in Krankenhäusern und Kliniken</u></b> .....	<b>7</b>
<b>4. <u>Ausgewählte Ergebnisse und Lösungsansätze</u></b> .....	<b>10</b>
4.1 <u>Mitarbeiter und Patientenzufriedenheit</u> .....	10
4.2 <u>Management der Medizinische Versorgung</u> .....	11
4.3 <u>Sicherung übergreifender Versorgungsstrukturen</u> .....	12
4.4 <u>OP-Planung und Budgetierung im externen Benchmarking</u> .....	12
4.5 <u>Prozesskosten der Warenwirtschaft</u> .....	13
<b>5. <u>Umsetzungshindernisse und Anforderungen</u></b> .....	<b>14</b>
5.1 <u>Integriertes Veränderungsmanagement</u> .....	15
5.2 <u>Keine Verbesserung ohne Messung</u> .....	17
5.3 <u>Projektmanagement und Beteiligung</u> .....	20
5.4 <u>Veränderungsmanagement und Benchmarking</u> .....	22

# **Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft: Umsetzungsanforderungen an ein umfassendes Qualitätsmanagement in Krankenhäusern und Kliniken**

Stephan von Bandemer

## **1. Zusammenfassung**

Die Entwicklung der Anforderungen an Krankenhäuser und Kliniken bringt diese an den Rand ihrer Leistungsfähigkeit. Mehr Leistungen zu geringeren Kosten werden seit Jahren von den Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft erwartet und es ist vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung nicht absehbar, dass dieser Trend nachlässt. Diese Entwicklung bezieht sich nicht nur auf das Kerngeschäft der Gesundheitsversorgung. Auch die Umstellung auf ein neues Finanzierungssystem führt mit dem Fallpauschalengesetz (DRGs) zu beträchtlichem Mehraufwand, der Druck zu einem konsequenten Qualitätsmanagement mit der Zertifizierung nach KTQ steigert die Anforderungen an die Organisation und die Erfordernisse einer integrierten Versorgung sowie eines Disease Managements forcieren die Netzwerkbildung und den Kooperationsaufwand.

Insgesamt stehen Krankenhäuser und Kliniken vor einem bisher nicht gekannten Organisationsentwicklungsprozess, der die Beschäftigten und die Managementressourcen zu überfordern droht. Daher ist es notwendig nach Instrumenten zu suchen, die den Einrichtungen dabei helfen, die Herausforderungen besser zu bewältigen. Solche Instrumente wurden in dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Pilotprojekt zum Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft entwickelt und nach erfolgreicher Pilotierung mittlerweile verbreitet. Kern des Instrumentariums ist ein vergleichendes Qualitätsmanagement zur Unterstützung der Organisationsentwicklung, das darauf setzt, gelungene Konzepte und Lösungen zwischen den beteiligten Einrichtungen zu übertragen und damit ein wechselseitiges Lernen von guten Lösungen zu unterstützen.

An die Umsetzung eines solchen Benchmarkings sind allerdings erhebliche Anforderungen zu stellen, um zu vermeiden, dass die Einführung eines zusätzlichen Instrumentariums die Einrichtungen weiter belastet anstatt für Entlastung und Unterstützung bei der Organisationsentwicklung zu sorgen. Im wesentlichen sind es drei Punkte, die zu berücksichtigen sind, um mit dem Benchmarking einen entsprechend hohen Nutzen zu generieren:

1. Benchmarking muss als Managementplattform für bestehende Aktivitäten von der Umsetzung der DRGs über die Zertifizierung nach KTQ bis hin zur Unterstützung integrierter Versorgungskonzepte etabliert werden, um Doppelarbeiten zu vermeiden und die unterschiedlichen Innovationsprozesse in den Krankenhäusern aufeinander abzustimmen und wo nötig zu ergänzen.
2. Benchmarking muss konsequent ergebnis- und kennzahlenorientiert organisiert werden, um die erforderliche Verbindlichkeit von Verbesserungsprozessen zu erreichen. Ohne eine entsprechende Orientierung an konkreten Kennzahlen hat sich gezeigt, dass viele vereinbarte Maßnahmen bei der Umsetzung versickern und damit die intendierte Wirkung nicht erreicht werden kann.
3. Benchmarking sollte konsequent beteiligungsorientiert durchgeführt werden, da eine Delegation an wenige engagierte Beschäftigte zu einer Marginalisierung der Verbesserungsaktivitäten führt und damit die erwünschten Erfolge ausbleiben. Daher ist eine Beteiligung von ca. 30 Prozent der Beschäftigten an der Organisationsentwicklung anzustreben, um eine entsprechend nachhaltige Entwicklung auszulösen.

Neben der Vorstellung des Benchmarkingkonzepts und -instrumentariums sowie einiger wichtiger exemplarischer Ergebnisse geht dieser Beitrag insbesondere auf die Umsetzungsanforderungen und –hindernisse ein.

## **2. Benchmarking als vergleichendes umfassendes Qualitätsmanagement**

Benchmarkingkonzepte werden heute in sehr unterschiedlichen Ausprägungen diskutiert. Krankenhausvergleiche sollen der externen Qualitätssicherung dienen (Krankenhaus TÜV), öffentliche Transparenz wird unter dem Gesichtspunkt des Verbraucherschutzes gefordert, aber auch der Nutzen für die krankenhausinterne Organisationsentwicklung ist unverkennbar. Grundsätzlich mögen alle Ansätze ihre Existenzberechtigung haben. Allerdings sind sie nicht ohne weiteres miteinander vereinbar. Benchmarking als Organisationsentwicklungsinstrument setzt eine Vertraulichkeit voraus, die den Anforderungen von externer Qualitätssicherung und Verbraucherschutz entgegen steht. Bei der hier im Vordergrund stehenden Organisationsentwicklungsperspektive wäre etwa ein reines Ranking der beteiligten Einrichtungen, wie es etwa den Verbraucherschutz interessieren könnte, kontraproduktiv.

Rankingverfahren haben zwar den Vorteil einer transparenten Positionsbestimmung und können auch dazu herangezogen werden, Mindeststandards zu definieren. Gleichzeitig ha-

ben sie aber auch den Nachteil, dass sie einerseits nichts dazu aussagen, wie bestimmte Ergebnisse erreicht werden, um damit Anregungen für andere Einrichtungen zu geben, andererseits vereinfachen sie in der Regel zu stark. Keine Einrichtung wird in allen Belangen besser oder schlechter sein als die Referenzeinrichtungen. Daher darf die Frage nicht lauten: „Wer ist der Beste im ganzen Land?“, sondern es gilt, sich daran zu orientieren, wie unterschiedliche Einrichtungen dabei unterstützt werden können, wechselseitig voneinander zu lernen.

In diesem Sinne wird Benchmarking hier als „Lernen von guten Ideen und Lösungen“ definiert. Dabei wird bewusst darauf verzichtet, beste Lösungen als Referenz einzufordern, deren Übertragbarkeit die Mehrzahl der Krankenhäuser in der Bundesrepublik überfordern würde und die suggerieren, dass es einen dauerhaft gültigen Standard oder Maßstab für Qualität gäbe. Die Orientierung an „guten Ideen und Lösungen“ zielt vielmehr darauf ab, kontinuierliche Verbesserungsprozesse zu initiieren, die an dem jeweiligen Ist-Stand der beteiligten Einrichtungen ansetzen und diesen immer weiter verbessern.

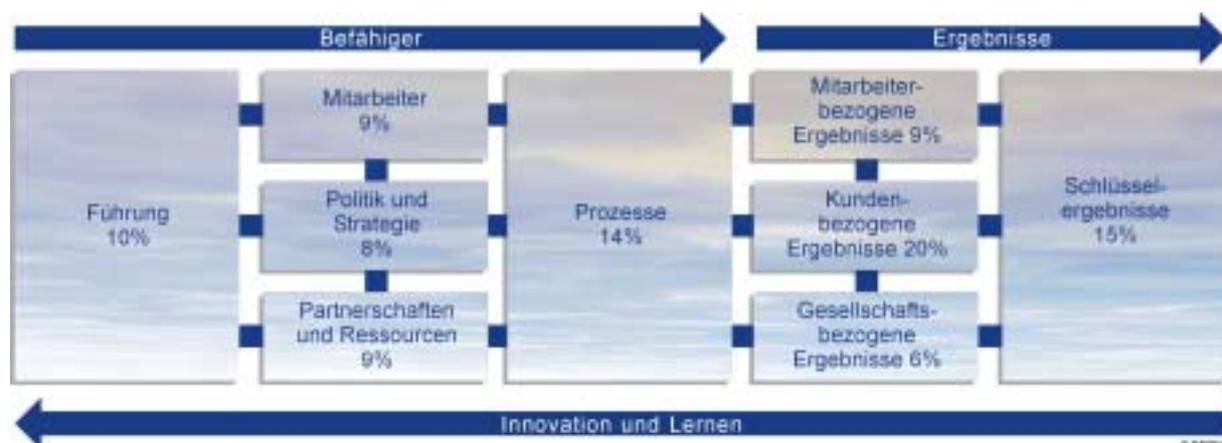
Das auf dieser Definition basierende Benchmarkingverfahren erfolgt in drei Stufen:

- Gute Ideen und Lösungen werden durch systematische Vergleiche ermittelt. Die Systematik der Vergleiche unterscheidet das Benchmarking von intuitiven, zufälligen oder gelegentlichen Lernprozessen, die etwa beim Austausch unter Kollegen, der Lektüre von Fachliteratur etc. regelmäßig genutzt werden. Die Systematik dient dazu, gezielt und kontinuierlich nach entsprechenden Verbesserungspotenzialen zu suchen.
- Das Lernen von den „guten Ideen und Lösungen“ erfolgt durch die Prüfung der Übertragbarkeit. Nicht jede Lösung, die in einem Krankenhaus zu guten Ergebnissen führt oder die gar in anderen Branchen entwickelt wurde, passt zur Organisationskultur sowie den spezifischen Aufgaben und Bedürfnissen jedes Krankenhauses. Daher sind grundsätzlich die Eignung der Ideen und Lösungen wie der Anpassungsbedarf für die eigene Situation zu ermitteln.
- Entsprechend geeignete Lösungen müssen konsequent umgesetzt werden. Es geht dabei nicht darum, jegliche Unsicherheit zu identifizieren und alle möglichen Probleme auszuschließen, sondern schnell und effizient Verbesserungen anzustoßen, die kontinuierlich weiterentwickelt werden sollen.

Zielsetzung eines derart definierten Benchmarkings ist, die Selbststeuerungskapazitäten von Krankenhäusern und Kliniken zu verbessern. Die Einrichtungen sollen durch das Verfahren unterstützt werden, besser mit den sich ständig wandelnden externen Anforderungen von Gesetzgeber, Kostenträgern, aber auch der Gesellschaft zurecht zu kommen und damit letztendlich ihre Zukunftsfähigkeit zu sichern. Dabei ist es notwendig, sich gleichermaßen an den Patienten, an den Beschäftigten aber auch der organisatorischen Effizienz der Versorgung zu orientieren.

Als Orientierung bedarf es dabei eines Referenzsystems, welches sowohl die Vergleichsmaßstäbe zwischen den beteiligten Einrichtungen festlegt als auch eine umfassende integrierte Sichtweise auf die Organisationen ermöglicht. Hierzu bietet sich das träger- und branchenübergreifende Modell der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement an, das international anerkannt und verbreitet ist.

**Abbildung 1: Das EFQM-Modell**



Der Vorteil des EFQM-Modells ist darin zu sehen, dass es eine kontinuierliche und differenzierte Messung von Ergebnissen mit den für sie ursächlichen Anforderungen und Maßnahmen verbindet und damit ein ergebnisorientiertes Handeln unterstützt. So werden bei den Ergebnissen die spezifischen Anforderungen und deren Wechselwirkungen von Kunden, Beschäftigten und Gesellschaft ebenso berücksichtigt wie wichtige Prozesskennzahlen und die finanzielle Entwicklung. Diese werden systematisch zurückgeführt auf die Organisation und Verbesserung der Prozesse, auf den Einsatz finanzieller wie Informationsressourcen und die Zusammenarbeit mit wichtigen Kooperationspartnern, auf die Unterstützung der Beschäftigten bei der Erledigung ihrer Aufgaben wie auf die strategische Planung und Ausrichtung der Institutionen und die umfassende Unterstützung durch die Führungsebene.

Damit wird eine Systematik für Vergleiche geschaffen, die sowohl ergebnis- wie auch handlungsorientiert ist. Zugleich ermöglicht diese Systematik auch branchenübergreifende Vergleiche und ist hinreichend offen für die einrichtungsspezifische Operationalisierung, die die Prüfung der Übertragbarkeit ermöglicht. Schließlich bietet sie ein Referenzmodell, das dazu geeignet ist, das eigene Vorgehen systematisch zu reflektieren. Das EFQM-Modell bietet so die Möglichkeit für Vergleiche auf unterschiedlichen Ebenen:

- Vergleiche zwischen unterschiedlichen Abteilungen von Krankenhäusern;
- Vergleiche zwischen unterschiedlichen Krankenhäusern;
- Vergleiche mit anderen Branchen;
- Vergleiche gegenüber den Anforderungen eines Referenzmodells.

So lässt sich auf dieser Basis ein internes Benchmarking zur Entlastung der Managementressourcen ebenso organisieren, wie ein wechselseitiges Lernen zwischen den Einrichtungen, die auch die eigene Positionsbestimmung unterstützt. Wichtige Impulse können in einem mehr oder weniger interessenfreien Raum aus anderen Branchen, aber auch aus den Anforderungen des Modells gewonnen werden (für Details s. Abschnitt ausgewählte Ergebnisse).

Ein derartiges Benchmarkingkonzept muss sich selbstverständlich anhand des Einsatzes konkreter Instrumente, die der Umsetzung dienen, wie der konkreten Ergebnisse, die daraus resultieren sowie an der praktischen Machbarkeit und deren entsprechenden Erfolgsfaktoren messen lassen. Diese Aspekte werden im folgenden behandelt.

### **3. Instrumente zum Benchmarking in Krankenhäusern und Kliniken**

Die Benchmarkinginstrumente müssen die Anforderungen an eine differenzierte Ergebnissicherung und Bewertung, die Identifizierung von Stärken und Verbesserungsbereichen, eine Unterstützung der Umsetzung sowie den Austausch zwischen den beteiligten Einrichtungen erfüllen. Dabei folgen die Instrumente dem Schema „Messen-Vergleichen-Verbessern“ und werden systematisch aufeinander bezogen.

**Abbildung 2: Benchmarkinginstrumente**



Den Ausgangspunkt des Benchmarkings bilden quantitative Erhebungen, die der Erfassung der Ergebnisqualität der jeweiligen Einrichtung im Vergleich zu den Benchmarkingpartnern dienen. Die Patienten- und Mitarbeiterbefragung bilden die Kriterien des EFQM-Modells ab und operationalisieren diese für die spezifischen Bedürfnisse der Krankenhäuser und Kliniken. Dabei berücksichtigt die Mitarbeiterbefragung sämtliche EFQM-Kriterien, die Patientenbefragung selbstverständlich nur diejenigen Kriterien, die von den Patienten beurteilt werden können. Ein erster Vergleich kann daher bereits durch die Gegenüberstellung der Beurteilung von Patienten und Beschäftigten erfolgen und somit die Binnen- mit der Außenperspektive abgleichen. Die Einweiserbefragung unterstützt die Ergebnisqualität hinsichtlich der einrichtungsübergreifenden Zusammenarbeit und bildet damit eine wichtige Grundlage sowohl für die Sicherung der Belegung als auch den Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen.

Mit der Betriebsdatenanalyse werden wichtige Kennzahlen zur wirtschaftlichen Situation der Einrichtungen erfasst. Dabei werden sowohl das Leistungsprofil in Form der wichtigsten Diagnosen als auch finanzielle Ergebnisse und Prozesskennzahlen erfasst, die es ermöglichen die betriebswirtschaftliche Steuerung mit der Ergebnisqualität zu verbinden.

Die beteiligten Benchmarkingeinrichtungen erhalten diese Daten jeweils als Durchschnitts-, Minimal- und Maximalwerte aller Einrichtungen im Vergleich zu den eigenen Ergebnissen. Damit wird ein umfassendes Steuern mit Kennzahlen ermöglicht, das sowohl die Kundenperspektive, die Beschäftigten, die Effizienz und Effektivität als auch gesellschaftliche Belan-

ge berücksichtigt. Um die Daten über die tiefgreifende Analyse hinaus für Steuerungszwecke einsetzen zu können, werden sie in einer Balanced Scorecard zusammengeführt.

Die Balanced Scorecard, die wiederum die EFQM Ergebniskriterien abbildet, beinhaltet zentrale Ergebnisse der jeweiligen Einrichtung im Vergleich zu den Benchmarkingpartnern und definiert zu erreichende Ziele. Mit der Gegenüberstellung der unterschiedlichen Ergebnis- und Zieldimensionen, ermöglicht sie es, die Wechselwirkungen zwischen den unterschiedlichen Zielen transparent und damit auch der Steuerung besser zugänglich zu machen.

Das kennzahlenorientierte Benchmarking ist systematisch mit einem lösungsorientierten Benchmarking verknüpft, indem im Rahmen von Selbstbewertungen jeweils Stärken und Verbesserungsbereiche ermittelt sowie Aktionspläne je Einrichtungen erstellt werden. Die Stärken sind dabei mit den Kennzahlen so verbunden, dass messbare Nachweise für entsprechende Lösungen identifiziert werden. Bei den Verbesserungsbereichen erfolgt dies durch die Verknüpfung mit ebenso messbaren Zielen. Damit lassen sich auch gute Lösungen als Grundlage für das wechselseitige Lernen zwischen den Benchmarkingpartnern benennen und ihre Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen prüfen. Da die Selbstbewertungen entlang der „Befähigerkriterien“ des EFQM-Modells verlaufen, wird zugleich der systematische Zusammenhang mit den Ergebniskriterien hergestellt, so dass der in dem Modell angelegte kontinuierliche Innovations- und Verbesserungsprozess unterstützt wird.

Zur Sicherung der Umsetzung von Verbesserungen wird für jede Einrichtung ein Aktionsplan erstellt, mit dem neben den konkreten Maßnahmen den Aufwand, die Verantwortlichkeit und die zu Beteiligten sowie verbindliche Umsetzungszeiträume definiert und vereinbart werden. Damit sind auch gezielte Erfolgskontrollen hinsichtlich der Umsetzung möglich, deren Ergebnisse im Rahmen der Wiederholungsbefragungen und Erhebungen überprüft werden können.

Als ein zentrales Instrument für den Austausch guter Ideen und Lösungen dienen begleitende Benchmarkingkreise, die die Diskussion von Ergebnissen und Erfahrung mit konkreten Lösungen unterstützen. Diese Benchmarkingkreise finden vierteljährlich statt und begleiten dabei auch die Umsetzung der in den Selbstbewertungen und Aktionsplänen identifizierten Verbesserungsmaßnahmen.

Die Instrumente werden im Sinne des „Plan-Do-Check-Act“ Zyklus in einem festgelegten Rhythmus wiederholt und sorgen damit für die Initiierung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Zu dessen Unterstützung werden in den Einrichtungen zertifizierte TQM-

Assessoren nach EFQM ausgebildet, die den Prozess selbständig tragen und mit verantworten sollen. Lediglich die kollektiven Instrumente wie vergleichende Befragungen oder Benchmarkingkreise werden nach der Initiierungsphase in der Regel weiterhin extern organisiert.

#### **4. Ausgewählte Ergebnisse und Lösungsansätze**

Der Nutzen des Benchmarkings zeigt sich anhand der konkreten Ergebnissen. Diese können hier nicht vollständig dargestellt werden, jedoch sollen die folgenden Beispiele Hinweise auf Handlungsbedarf geben, der in vielen Krankenhäusern besteht und Lösungsansätze skizzieren, wie auf den entsprechenden Handlungsbedarf reagiert werden kann. Dabei geht es mehr um eine exemplarische und schemenhafte Darstellung, die für einzelne Einrichtungen jeweils zu spezifizieren, operationalisieren und in Hinblick auf eine Übertragbarkeit zu prüfen ist. Die Datenbasis für die folgenden Beispiele bezieht sich auf 30 Krankenhäuser und 7370 beantwortete Patienten- sowie 6827 beantwortete Mitarbeiterfragebögen.

##### **4.1 Mitarbeiter und Patientenzufriedenheit**

Eine aus dem Vergleich der Patienten- und Mitarbeiterbefragung zunächst überraschende Erkenntnis ist, dass bei steigender Patientenzufriedenheit die Mitarbeiterzufriedenheit sinkt<sup>1</sup>. Dieser Zusammenhang signalisiert ein verbreitetes organisatorisches Problem der Einrichtungen. Die Organisationsstrukturen sind in der Regel nicht patientenorientiert sondern disziplinar ausgerichtet. Dies stellt hinsichtlich der interdisziplinären patientenorientierten Zusammenarbeit besonders hohe Ansprüche.

Aus Sicht von Ärzten wie Pflegekräften zeigt sich freilich, dass eine abteilungsübergreifende Zusammenarbeit in vielen Fällen nicht ausreichend funktioniert und nur durch den besonderen individuellen Einsatz der Beschäftigten aufgefangen werden kann. Dieses individuelle Engagement kommt zwar den Patienten zu Gute, verursacht jedoch für die Beteiligten zusätzlichen Aufwand, Stress und Frustration.

So bewerten 27 % der befragten Ärzte und 22,5 % der Pflegekräfte die abteilungs- bzw. stationsübergreifende Zusammenarbeit insgesamt als problematisch und lediglich rund ein Viertel der Ärzte bzw. ein knappes Drittel der Pflegekräfte sehen in dieser Zusammenarbeit keine oder zumindest überwiegend keine Schwierigkeiten. Bei der Übergabe von Patienten-

---

<sup>1</sup> Vgl. hierzu ausführlich v. Bandemer/Born/Hilbert 2002

Informationen zwischen Stationen und Abteilungen sehen gut zwei Drittel der Ärzte und knapp die Hälfte der Pflegekräfte Probleme. Bei den Patienten hingegen kommen derartige Informationsmängel nicht an. Lediglich 2 % sehen entsprechende Defizite bzw. 7,2 % gelegentliche Probleme.

Maßnahmen zur Begegnung dieser Situation bestehen insbesondere in einer Verbesserung der Patientendokumentation, der Organisation von Übergaben und dem Informationsmanagement. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Hoffnung auf umfassende elektronische Krankenhausinformationssysteme trügt. Alle Bedürfnisse abdeckende Systeme sind derzeit nicht verfügbar, so dass erfolgreiche Maßnahmen insbesondere in der Organisation des Informationsverhaltens liegen. Dies reicht von einheitlichen Patientenakten bis zur Reduzierung von Schnittstellen und der strukturierten Organisation von Übergaben.

#### **4.2 Management der Medizinische Versorgung**

Die Qualität der medizinischen Versorgung wird vielfach an den individuellen Kompetenzen der Chefarzte bemessen, deren Aufgabe es ist, ihr Wissen, ihre Erfahrungen und ihre gelebten Standards an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weiter zu geben. Dazu reichen allerdings Reputation und individuelles Engagement nicht aus. Denn auf die Frage, ob die Ärzte für ihre Aufgaben über das erforderliche Fachwissen verfügen, antworten 7,5% mit trifft gar nicht zu, 14,5% mit trifft überwiegend nicht zu und 19,8 mit trifft zum Teil zu. Dies spiegelt einerseits die Ausbildungsfunktion andererseits die Interdisziplinarität und schließlich sicherlich auch die Komplexität der Aufgaben wider. Die Ergebnisse zeigen aber auch den Bedarf an betriebsförmiger Organisation im Sinne standardisierter Behandlungsleitlinien und interdisziplinärer Zusammenarbeit.<sup>2</sup>

Entsprechende Lösungen hinsichtlich der Einführung von Behandlungsleitlinien oder gar Clinical Pathways bilden noch die Ausnahme und können von einem einrichtungsübergreifenden Erfahrungsaustausch erheblich profitieren. Dabei geht es um mehr als die Übernahme von Behandlungsleitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Von weit größerer Bedeutung ist die Umsetzung und Akzeptanz sowie die kontinuierliche Überprüfung, Fortschreibung und Anpassung im klinischen Alltag. Auch die Systematik der interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb und zwischen Abteilungen ist nicht hinreichend entwickelt.

So antworten etwa 6,8 Prozent der befragten Ärzte auf die Frage, ob eine regelmäßige abteilungsinterne Abstimmung stattfindet mit trifft gar nicht zu, 16,6 Prozent mit trifft überwie-

gend nicht zu und 29,2 Prozent mit trifft teilweise zu. Für die pflegerische Versorgung ergibt sich in der Tendenz ein vergleichbares Bild. Die Einführung evidenzbasierter Behandlungspfade bietet hierfür standardisierte Lösungen, die wichtige übertragbare Ansätze zur Abstimmung der Versorgungsprozesse liefern.

Hierzu können interne wie externe Benchmarks wesentliche Beiträge liefern. Der Austausch über die gezielte Steuerung der Versorgungsprozesse und deren Ergebnisse liefert für deren Weiterentwicklung wie für die Überwindung der individuellen Perspektive zu einer betriebsförmigen Organisation wesentliche Impulse.

### **4.3 Sicherung übergreifender Versorgungsstrukturen**

Spätestens mit Einführung der DRGs gewinnt die Organisation der Anschlussversorgung wie der Belegungssicherung eine entscheidende Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern. Allerdings zeigt etwa der Vergleich der Laufzeit von Arztbriefen zwischen 2,5 und 45 Tagen, aber auch die Vollständigkeit der Informationen bei Übergaben, dass in diesem Bereich beträchtliches Verbesserungspotenzial steckt.

„Gute Lösungen“ reichen hierbei von der Reorganisation des Schreibdienstes, über Standardisierung der Arztbriefe, der Einführung von Textbausteinen bis hin zur Vereinbarung von Behandlungsleitlinien zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und der Verbesserung der Pflegeüberleitung. Auch bei einer gezielten Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen zeigt sich, dass eine Reduzierung der Liegezeiten und eine Verbesserung der Belegung erreicht werden kann.

Ein weiterer, notwendiger Schritt bei der Vorbereitung auf DRG-Bedingungen besteht in einer systematischen Auswertung der Diagnosen hinsichtlich ihres Potenzials auf Liegezeitenreduzierung und des daraus resultierenden Bedarfs an Anschlussversorgung. So ist für viele Krankenhäuser festzustellen, dass die Kapazitäten für eine Anschlussversorgung bei verkürzten Liegezeiten nicht vorhanden sind. Lösungen reichen dabei vom Aufbau eigener Versorgungsstrukturen durch die Krankenhäuser bis hin zu vertraglichen Vereinbarungen und Kooperationen mit anderen Anbietern.

### **4.4 OP-Planung und Budgetierung im externen Benchmarking**

---

<sup>2</sup> Vgl. v. Bandemer, Management und Organisationsanforderungen im Krankenhaus. In: Chefarzt Ak-

Nur wenige Krankenhäuser haben keine Probleme bei der OP-Planung. Als einer der kostenträchtigsten Bereiche des Krankenhauses mit vielfältigen widerstreitenden Interessen aufgrund der hohen Zahl von Beteiligten und Schnittstellen sind Lösungen in diesem Bereich besonders schwierig durchzusetzen. Viele Einrichtungen haben sich an der Optimierung der OP-Planung versucht, genauso selten ist es jedoch gelungen, die gefundenen Lösungen auch umzusetzen.

Gerade für derartig konflikträchtige Fragen bieten sich branchenübergreifende Vergleiche an, anhand derer sich Lösungen in einem interessenfreien Raum analysieren lassen. Als ein hierfür besonders hilfreicher Benchmark hat sich der Vergleich mit der deutschen Flugsicherung erwiesen<sup>3</sup>. Dort müssen vergleichbare Fragen gelöst werden. Welche Fluggesellschaft erhält die attraktivsten Start- und Landezeiten, wie wird mit Verspätungen umgegangen, wie lassen sich unvorhergesehene Ereignisse und Notfälle in der Planung berücksichtigen und entsprechende Anpassungen vornehmen? Die gut funktionierenden Lösungen der Flugsicherung lassen sich auf die vergleichbaren Anforderungen der OP-Planung übertragen.

Ein wesentliches Problem bei der Umsetzung der OP-Planung besteht in der Überlastung der Managementressourcen zur Regulierung ständig auftretender Abweichungen. Insofern ist es erforderlich, Regelsysteme zu entwickeln, die automatische Konsequenzen auslösen. Dabei erscheint es als besonders erfolgversprechend, an den Leerzeiten im OP anzusetzen und diese zu budgetieren. Da die OP-Abläufe vergleichsweise gut strukturiert sind, fällt es hier relativ leicht, die Verantwortlichkeit für Planabweichungen zu identifizieren und diese mit entsprechenden Anreizen zu verbinden. Damit entfällt die Einzelfallintervention, die zu der Ressourcenüberlastung im Management führt.

#### **4.5 Prozesskosten der Warenwirtschaft**

Ein vielfach vernachlässigter Bereich des Krankenhausmanagements ist die Logistik. Viele Häuser sind mittlerweile Mitglieder von Einkaufsgemeinschaften, um die Kosten für die Beschaffung von Waren und Dienstleistungen zu reduzieren. Noch größeren Nutzen verspricht aber ein gutes Management der Bestellvorgänge, der Warenverteilung und Verwaltung bis hin zur Entsorgung. Mit diesen Vorgängen sind beträchtliche Such- und Prozesskosten verbunden, die nicht nur den Einkauf bzw. die Verwaltungen wesentlich betreffen.

---

tuell, September 2002

<sup>3</sup> Vgl. Schena/Scharfenoth, Lernen von guten Ideen und Lösungen: Parallelen zwischen OP-Organisation und Flugplanung. In: Das Krankenhaus, November 2002

So liegt etwa die Zahl der Zulieferer von Krankenhäusern zwischen 80 und über 1100 unterschiedlichen Anbietern. Der Lagerumschlag bei Arzneimitteln schwankt zwischen 4 und 196 Tagen. Vielfach gelten die Waren bei Entnahme aus dem Zentrallager als verbraucht und befinden sich in informellen Lagern, die einer gezielten Steuerung kaum zugänglich sind. Die Suchkosten, die insbesondere Pflegekräfte für das „Ausleihen“ von Pflegebedarf aus anderen Organisationseinheiten aufwenden, übertreffen vielfach die Beschaffungskosten.

So können über die Strukturierung der Warenwirtschaftsprozesse von der Bedarfsanmeldung über die Lieferantenauswahl, die Bestellung, die Warenannahme und Verteilung, deren Abrechnung, Verwendung und Entsorgung nicht nur erhebliche Prozesskosten reduziert, sondern auch Konflikte im Krankenhaus entschärft werden. Dieses Verbesserungs- und Gestaltungsfeld hat mittlerweile zu einem eigenständigen vom Bundesforschungsministerium geförderten Projekt von Krankenhäusern und Zulieferern zur Optimierung der Warenwirtschaft im Rahmen von Geschäftsprozessoptimierungen geführt<sup>4</sup>. Mit der systematischen Erfassung und Optimierung der Warenwirtschaftsprozesse wird dabei zugleich ein exemplarischer Beitrag zum Qualitätsmanagement geleistet und eine Zurechnung des Verbrauchs zu einzelnen Diagnosen im Rahmen der Einführung einer Kostenträgerrechnung vorbereitet.

## **5. Umsetzungshindernisse und Anforderungen**

Der Einsatz der Benchmarkinginstrumente und die Umsetzung einzelner Verbesserungsmaßnahmen droht dann zu scheitern, wenn die Managementressourcen der Einrichtungen überfordert werden, das Benchmarking als zusätzliche Aktivität neben andere Maßnahmen gestellt wird, die Akzeptanz bei den Beschäftigten nicht erreicht wird oder es an der Verbindlichkeit der Umsetzung mangelt. Krankenhäuser sind bereits mit einer Vielzahl von Modernisierungsprozessen belastet. Insofern können nicht sinnvoll aufeinander abgestimmte Instrumente und Maßnahmen die Komplexität der Veränderungsprozesse derart steigern, dass sich die Veränderungsprozesse wechselseitig stören ohne jeweils zusätzlichen Nutzen zu stiften.

Daher ist es erforderlich, die Umsetzung und das Veränderungsmanagement gezielt zu planen und darauf zu achten, dass keine Doppelarbeiten geleistet werden müssen, eine konsequente Ergebnisorientierung erreicht wird und sich schnell ein positives Kosten-Nutzenverhältnis einstellt. Die im folgenden formulierten Anforderungen an die Umsetzung können entsprechende Hindernisse überwinden und Risiken vermeiden.

---

<sup>4</sup> vgl. <http://www.swz-net.de>

## 5.1 Integriertes Veränderungsmanagement

Die Vielzahl von Veränderungsaktivitäten, mit denen Krankenhäuser konfrontiert werden, drohen eher kontraproduktiv zu wirken, wenn sie nicht aufeinander abgestimmt und koordiniert werden. So werden häufig die DRG-Einführung unabhängig vom Qualitätsmanagement verfolgt, eine KTQ-Zertifizierung ohne Organisationsentwicklung betrieben und die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit mit unkoordinierten Einzelaktivitäten vorangebracht. Gleichzeitig müssen die Krankenhäuser Kosten reduzieren, da etwa der Personalaufwand schneller steigt als die Budgets.

Benchmarking auf der Basis des EFQM-Modells eignet sich dazu, derartige Aktivitäten zu integrieren, besser zu koordinieren und damit insgesamt die Effektivität des Veränderungsmanagements zu verbessern. Die Vorteile des Modells liegen dabei in einer umfassenden Organisationsentwicklung, die in der Lage ist, die sonstigen Anforderungen an Krankenhäuser aufzugreifen und die Einrichtungen zu unterstützen, sich auf die permanent veränderten Rahmenbedingungen und Entwicklungen proaktiv einzustellen und vorzubereiten. KTQ-Zertifizierung und die DRG-Einführung lassen sich hier gut integrieren.

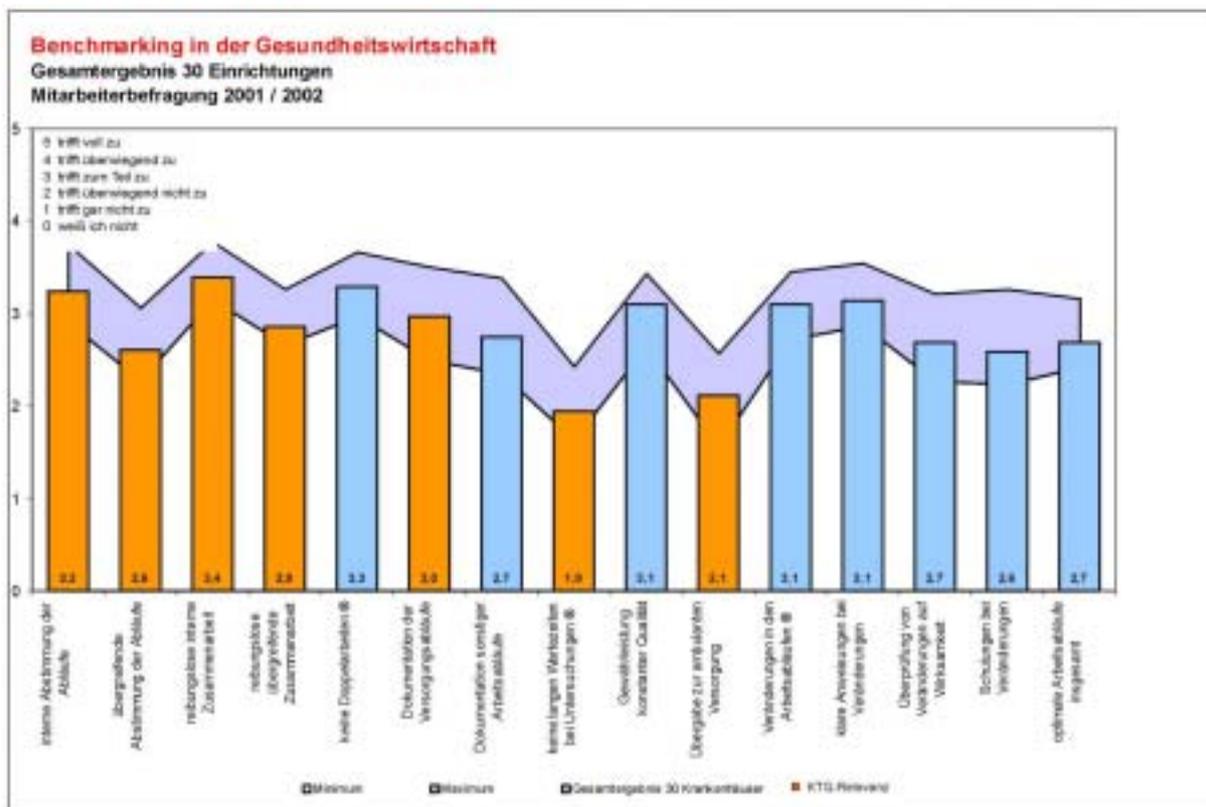
Die unterschiedlichen Anforderungen und Ansätze müssen nicht in Konkurrenz zueinander treten. Ein EFQM-basiertes Management kann die KTQ-Zertifizierung ohne Probleme vorbereiten. So wurden im Benchmarking im Rahmen eines sogenannten Crosswalk alle KTQ-Kriterien und Fragestellungen EFQM-Kriterien und Ansatzpunkten zugeordnet. Damit lässt die Organisationsentwicklung so voranbringen, dass entsprechende Verbesserungen gleichzeitig eine Zertifizierung vorbereiten. Auf diese Weise wird vermieden, dass für eine Zertifizierung lediglich bestehende Strukturen so dokumentiert und dargestellt werden, dass sie auf das Zertifizierungsverfahren hin ausgerichtet sind. Die Zertifizierung wird bei diesem Vorgehen durch echte Verbesserungen vorbereitet und nicht durch mehr Bürokratie erkaufte.

Damit lässt sich auch die Brücke zur DRG-Einführung schlagen. Die Organisationsentwicklung muss die Krankenhäuser auf die veränderten Finanzierungsbedingungen vorbereiten. So reicht es für die DRG-Einführung nicht, die Diagnosen vollständig zu erfassen und deren Dokumentation zu optimieren. Gleichzeitig sind die Kostenrechnung weiterzuentwickeln, die Anschlussversorgung zu organisieren, Schwerpunktbildungen voranzutreiben und die Belegung zu verbessern. Die in Abschnitt 4 skizzierten beispielhaften Verbesserungsmaßnahmen wie die Koordination der medizinischen Versorgung, die Organisation der übergreifenden Versorgungsstrukturen, die OP-Planung oder das Prozessmanagement in der Warenwirt-

schaft zielen sowohl auf die Anforderungen aus der DRG-Einführung als auch der KTQ-Zertifizierung.

Die EFQM-Kriterien dienen dabei sowohl als Instrument zur Klärung der Voraussetzungen als auch zur Messung der Ergebnisse bzw. der Ermittlung des Anpassungsbedarfs. Bei der Erhebung der Ergebnisqualität etwa durch Patienten- und Mitarbeiterbefragungen wird zugleich festgestellt, wie die Ergebnisse der KTQ-Systematik zugeordnet werden können indem die EFQM-Ansatzpunkte den KTQ-Fragen zugeordnet werden (Abbildung 3).

**Abbildung 3: Ergebnisqualität nach EFQM und KTQ-Relevanz**



Während etliche Fragen sowohl EFQM- als auch KTQ-Relevanz besitzen zeigt der beispielhafte Ausschnitt aus den Befragungsergebnissen in Abbildung 3, dass das EFQM-Modell zusätzliche wichtige Aspekte berücksichtigt, wie etwa die Organisation und Überprüfung von Veränderungen oder die Vermeidung von Doppelarbeiten. Gleichwohl lassen sich anhand einer EFQM-orientierten Befragung gleichzeitig die KTQ-relevanten Ergebnisse überprüfen.

Hinsichtlich der Schaffung der Voraussetzungen für die DRG-Vorbereitung und die KTQ-Zertifizierung zeigt sich am Beispiel der Einführung von Clinical Pathways, wie eine umfassende Integration erfolgen kann, die beträchtliche Auswirkungen auf die unterschiedlichen Anforderungen wie auf die Positionierung der Einrichtungen besitzt.

Mit der Einführung der Clinical Pathways werden nicht nur die sich in Abbildung 3 zeigenden Abstimmungsschwierigkeiten innerhalb und zwischen Abteilungen gelöst. Durch die Vereinbarung konkreter Behandlungsschritte begegnen die Clinical Pathways auch den im Krankenhaus bestehenden Qualifikationsunterschieden, unterstützen die interdisziplinäre Zusammenarbeit (vgl. Abschnitt 4.1), definieren die Liegezeiten, erleichtern die Dokumentation, unterstützen die systematische Erfassung des medical outcome und schaffen wichtige Voraussetzungen für eine Kostenträgerrechnung, die für die häufigsten Diagnosen und deren Clinical Pathways exemplarisch erarbeitet werden kann. Gewiss können auch Clinical Pathways nicht alle Probleme in Krankenhäusern adäquat lösen. Sie können jedoch als Beispiel dafür dienen, wie sich Verbesserungsbereiche definieren lassen, die in integrierter Form eine Vielzahl von Problemen angehen, die sich isoliert anhand von Checklisten kaum lösen lassen. Dabei werden gezielt sowohl wichtige Anforderungen von KTQ erfüllt als auch Voraussetzungen für die Vorbereitung auf die Fallpauschalen geschaffen.

Eine Messung der Ergebnisse kann dabei neben den Befragungsergebnissen auf die Betriebsdatenanalyse zurückgreifen, die einerseits die wichtigsten Diagnosen einschließlich des Case Mix festhält und andererseits wesentliche Prozesskennzahlen bereitstellt. Dabei ist schrittweise die Entwicklung des Krankenhausrechnungswesens zu berücksichtigen, dessen weitere Präzisierung in Richtung einer Kostenträgerrechnung weitestgehend noch aussteht. Gleichwohl lassen sich bereits heute etwa die Kosten je Behandlungsfall mit den wichtigsten Diagnosen bzw. dem case mix abgleichen.

Mit diesem Vorgehen wird auf der Basis des EFQM-orientierten Benchmarkings eine Integration der unterschiedlichen Veränderungen im Krankenhaus verfolgt und einrichtungsübergreifend voneinander gelernt. Das Benchmarking ist damit nicht als zusätzliches Instrumentarium zu betrachten, sondern so anzulegen, dass die laufenden Veränderungsprozesse unterstützt und integriert werden und damit eine Entlastung der Managementressourcen erreicht wird.

## **5.2 Keine Verbesserung ohne Messung**

Eine weitere wesentliche Erfolgsvoraussetzung für die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist die Herstellung von Verbindlichkeit. Die meisten Krankenhäuser haben die Erfahrung gemacht, dass viele Aktivitäten geplant, aber nur wenige auch erfolgreich umgesetzt werden. Getroffene Vereinbarungen bleiben vielfach allgemein und deren Einhaltung teilweise beliebig. Dies hängt auch damit zusammen, dass keine messbaren Ziele definiert werden und die Zielerreichung damit auch nur schwer nachvollziehbar und überprüfbar ist.

Die Verbindlichkeit von Verbesserungsmaßnahmen kann daher über die Definition und Überprüfung konkret messbarer Ziele deutlich verbessert werden. Dabei sind einerseits Ziele im Veränderungsmanagement im Rahmen der Projektplanung verbindlich zu vereinbaren (vgl. unten, Abschnitt 5.3). Andererseits geht es um die Etablierung eines kontinuierlichen Steuerns mit Kennzahlen.

Beim Steuern mit Kennzahlen erweist sich ein differenziertes Messen anhand von Balanced Scorecards als besonders nützlich. Balanced Scorecards verfolgen den Zweck, unterschiedliche Zieldimensionen in ihrer jeweiligen Wechselwirkung kontinuierlich zu erfassen und über entsprechende Zielvereinbarungen Veränderungen herbeizuführen. In ihrer einfachsten Form bilden die Balanced Scorecards im Benchmarking die Durchschnittswerte der jeweiligen Einrichtung im Vergleich zu den Durchschnitts- bzw. Minimal- und Maximalwerte aller beteiligten Häuser zentral ab. Diese Darstellungsweise ist in einem ersten Schritt geeignet, allgemeine Verbesserungsbereiche zu identifizieren und die potenziellen Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Maßnahmen und Kennzahlen zu erkennen. Allerdings erweist sich dieses Aggregationsniveau noch als zu pauschal, als dass damit entsprechende Verbindlichkeiten erreicht werden könnten.

Die erforderliche Verbindlichkeit für eine erfolgreiche Steuerung über Kennzahlen wird sich erst einstellen, wenn die wesentlich differenzierteren Ergebnisse der Häufigkeitsverteilungen sowie der abteilungsspezifischen Auswertungen für die Balanced Scorecards verwendet werden. Damit lässt sich vermeiden, dass man sich hinter Durchschnittswerten verstecken kann und damit erstens die Verantwortung auf die Gesamteinrichtung verlagert und zweitens punktuelle Probleme durch die Mittelwerte verdeckt werden.

So zeigt auch die Diskussion der einrichtungsbezogenen Balanced Scorecards in vielen Häusern, dass ein erhebliches Interesse an den spezifischen und differenzierten Ergebnissen je Abteilung/Stationen besteht. Dabei geht es ausdrücklich nicht um eine personenbezogene Steuerung, sondern die konkrete Abbildung von Ergebnissen nach Organisationseinheiten oder Funktionen. Die Anonymität ist dabei zu gewährleisten, um aus der Steuerung keine Kontrolle werden zu lassen. Das folgende Beispiel zeigt anhand ausgewählter Kennzahlen der Mitarbeiterbefragung, dass eine differenzierte Betrachtung und Messung auch bei Wahrung der Anonymität möglich ist.

**Abbildung 4: Auszug einer abteilungs-/ berufsgruppenbezogenen Balanced Scorecard**

Kriterium/Ansatzpunkt	Abteilung/ Berufsgr.	Antworten trifft gar nicht zu bis trifft teils teils zu	Antwort voll zu	Mittelwert	Mittelwert Vergleich	Benchmark/ Ziel
<b>Für die Tätigkeiten in meinem Aufgabengebiet verfüge ich über das entsprechende Fachwissen</b>	Abteilung 1	27,3	62,8	3,8	3,6	3,9
	Abteilung 2	22,3	77,7	4,1	3,5	
	Abteilung 3	57,1	28,5	2,7	3,6	
	Abteilung 4	31,9	66	3,9	3,8	
	Ärzte	38,7	61,3	3,6	3,6	
	Pflege	39,9	58,5	3,6	3,6	
<b>Wir stimmen die Abläufe unserer Station/Abteilung regelmäßig aufeinander ab</b>	Abteilung 1	44,3	38,9	3,3	3,3	3,7
	Abteilung 2	5,6	94,4	4,3	4,3	
	Abteilung 3	28,6	64,3	3,5	3,5	
	Abteilung 4	71,2	26,6	2,7	3	
	Ärzte	42	51,6	3,3	3,3	
	Pflege	42	53,2	3,3	3,5	
<b>Die wesentlichsten Versorgungsabläufe sind bei uns schriftlich dokumentiert</b>	Abteilung 1	44,3	35,5	3,1	3,1	3,5
	Abteilung 2	0	94,4	4,3	3,4	
	Abteilung 3	21,4	64,3	3,3	3,7	
	Abteilung 4	33,3	57,7	3,1	2,9	
	Ärzte	54,8	32,2	2,4	2,8	
	Pflege	28,6	66,7	3,6	3,6	
<b>Es ist sichergestellt, dass wir unsere Leistungen zu jeder Zeit mit hoher Qualität erbringen</b>	Abteilung 1	73,5	22,6	2,7	3	3,4
	Abteilung 2	44,4	50	3,3	3,2	
	Abteilung 3	28,5	57,2	3,4	3,3	
	Abteilung 4	55,9	29,5	2,8	3	
	Ärzte	33,3	60	3,5	3,2	
	Pflege	51,2	41,2	3	3,1	

Bereits dieser knappe Auszug einer Balanced Scorecard, in dem lediglich ein mitarbeiter- und drei prozessbezogene Kriterien berücksichtigt werden, zeigt, dass sowohl innerhalb dieser Einrichtung als auch im Vergleich zum externen Benchmark beträchtliche Unterschiede bestehen. Während die Mittelwerte die Ergebnisse erheblich nivellieren zeigt sich bei der Analyse der Häufigkeitsverteilung<sup>5</sup>, dass im Bereich der Durchdringung entsprechender Handlungsbedarf wie Potenzial für konkrete Zielvereinbarungen besteht. Andererseits wird auch deutlich, dass aus den einzelnen Kennzahlen kein Automatismus für entsprechende Aktivitäten abgeleitet werden kann. So wird in der Abteilung 3 die Qualifikation zwar sehr selbstkritisch gesehen, auf der anderen Seite jedoch die interne Abstimmung, die Dokumentation der Versorgungsabläufe und damit zugleich die konstante Qualität der Leistungen vergleichsweise positiv beurteilt wird. Derartige Wechselwirkungen zu berücksichtigen ist für die Glaubwürdigkeit des Steuerns anhand von Kennzahlen unabdingbar.

Gleichzeitig lassen sich auf dieser Basis jedoch auch verbindliche, konkret messbare Vereinbarungen etwa gegenüber den Benchmarkingwerten treffen. Mit der internen Offenlegung der Benchmarks kann gleichzeitig ein Angebot für eine kollegiale Unterstützung und den entsprechenden Austausch bereitgestellt werden. Selbstverständlich ist es auch in einem derartigen System möglich, sich Veränderungsprozessen zu entziehen. Andererseits schaffen die

<sup>5</sup> Aus Gründen der vereinfachten Darstellung wurden jeweils die Antworten „trifft gar nicht zu“, trifft überwiegend nicht zu“ trifft teils teils zu“ zu einer Gruppe zusammengefasst. Gleiches gilt für die Antworten „trifft überwiegend zu“ und trifft voll zu“.

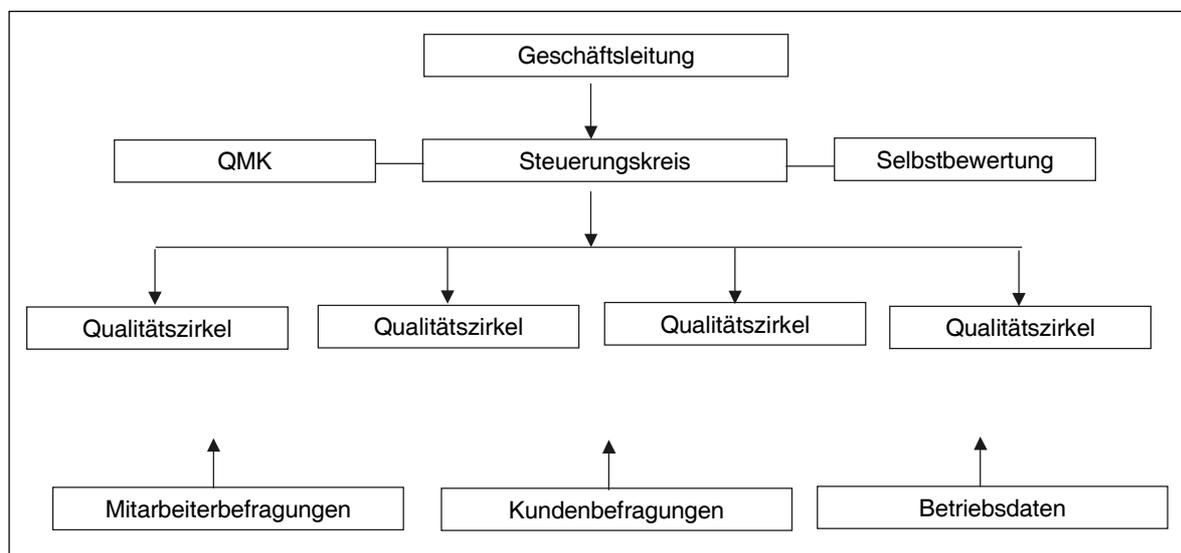
konkreten Ergebnisse eine Transparenz, die vielfach einen hinreichenden Anreiz für entsprechendes Engagement liefert. Soweit diese Anreizmechanismen nicht ausreichen, kann zusätzliche Verbindlichkeit im Rahmen des Projektmanagements hergestellt werden.

### 5.3 Projektmanagement und Beteiligung

Auch und gerade bei einem integrierten und kennzahlenorientierten Vorgehen bleiben die Anforderungen der Planung und Umsetzung der Veränderungsprozesse so komplex, dass sie nicht einfach der Alltagsroutine überlassen bleiben sollten. Der Aufbau eines gezielten Projektmanagements ist in jedem Fall erforderlich und muss gewährleisten, dass eine breite Beteiligung, klare Vereinbarungen hinsichtlich Zielen, Umsetzungszeiten und –aufwand sowie eine Ergebnissicherung erfolgt.

Idealtypisch erfolgt die Projektorganisation in einem „top down“ und „bottom up“ Gegenstromverfahren, bei dem alle Beschäftigten wie auch Patienten und Kunden in die Informationserhebung einbezogen sind, von der Leitung mit Unterstützung eines Steuerungsteams klare Aufträge erteilt und diese unter breiter Einbeziehung der Beschäftigten umgesetzt werden. Abbildung 5 gibt diese Organisation schematisch wieder.

**Abbildung 5: Projektorganisation für das Veränderungsmanagement**



Dieser im Grundsatz triviale Aufbau des Veränderungsmanagements wird in der Praxis zu häufig nicht berücksichtigt. Die häufigsten Fehler sind die mangelnde Unterstützung bzw. Verbindlichkeit durch die Geschäftsleitung, die Delegation des Qualitätsmanagements oder anderer Aktivitäten an Qualitäts- oder sonstige Beauftragte, das Fehlen einer breiten Beteiligung der Beschäftigten in Qualitätszirkeln oder Projektteams sowie Defizite in der Ab-

laufsteuerung und im Projektcontrolling. Basis eines derartigen Vorgehens ist die Erhebung von Kennzahlen der Beschäftigten, der Kunden (Patienten und Einweiser) sowie die Ermittlung der finanziellen und prozessbezogenen Daten. Auf dieser Grundlage erfolgt die Projektsteuerung durch einen repräsentativ besetzten Steuerungskreis, dem alle Berufsgruppen und unterschiedliche Hierarchieebenen einschließlich der Mitarbeitervertretung angehören sollten. Der Steuerungskreis wird in seiner Arbeit durch den Qualitätskoordinator unterstützt, sollte aber im Auftrag der Geschäftsleitung selbst Verantwortung übernehmen und diese nicht auf Beauftragte delegieren. Im Rahmen einer Selbstbewertung definiert der Steuerungskreis orientiert an den Kennzahlen Stärken und Verbesserungsbereiche, die alle Steuerungsgrößen des EFQM-Modells von der Führung bis zu den Prozessen berücksichtigen. Die Stärken sollten in ein Benchmarking einfließen, die Verbesserungsbereiche sind Grundlage einer Aktions- und Umsetzungsplanung.

Bei der Aktions- und Umsetzungsplanung ist es notwendig möglichst detailliert vorzugehen, um klare, realistische und verbindliche Aufträge formulieren zu können. Dazu gehört die Definition messbarer und damit überprüfbarer Ziele nach Möglichkeit anhand der quantitativen Daten, die in die Balanced Scorecards aufgenommen wurden. Zur Erreichung dieser Ziele werden Instrumente definiert und insbesondere der Aufwand zur Umsetzung und Einführung dieser Instrumente möglichst präzise kalkuliert. Wer sich in diesem Schritt zuviel vor- und damit von vornherein ein Scheitern oder eine Verzögerungen der Umsetzung in Kauf nimmt, verspielt die Verbindlichkeit der Umsetzung. Andererseits birgt ein zu geringer Aufwand das Risiko einer Marginalisierung der Veränderungen und forciert damit ein Versanden der Maßnahmen. Als realistische und sinnvolle Größenordnung des Aufwandes sollte als grobe Orientierung zugrunde gelegt werden, dass 20 – 30 Prozent der Beschäftigten sich im Jahresverlauf mit Verbesserungsaktivitäten beschäftigen und dabei ca. 5 % ihrer Arbeitszeit aufwenden.

Die Verantwortlichen für und Beteiligten an der Umsetzung sind im nächsten Schritt klar zu benennen, da sonst wiederum keine Verbindlichkeit hergestellt wird und die Umsetzung häufig an wenigen, oft überforderten Aktivisten hängen bleibt. Insofern müssen die Beteiligten und der kalkulierte Aufwand klar aufeinander abgestimmt werden. Schließlich sind konkrete Umsetzungszeiträume zu benennen, innerhalb derer die Gesamtmaßnahme oder einzelne Meilensteine auf den Weg gebracht sind und deren konkrete Ergebnisse anhand der in der Zielsetzung benannten Kriterien gemessen werden können. Dabei sollte ein Planungszeitraum von drei Monaten für eine Gesamtmaßnahme oder entsprechende Meilensteine nicht überschritten werden, da ansonsten allzu oft das Prinzip der „Vordringlichkeit des Befristeten“ droht und die Umsetzung verzögert wird.

**Abbildung 6: Dimensionen der Aktions- und Umsetzungsplanung**

Dimension	Ziele ▪ grundsätzlich ▪ konkret	Maßnahmen/ Instrumente	Aufwand	Beteiligt	Bis wann?	Priorität
Kriterium	Was soll erreicht werden?  Wie lässt sich der Erfolg messen?	Welche Maßnahmen und Instrumente müssen für die Umsetzung eingesetzt werden?  Möglichst gut überschaubare Schritte definieren	Personal-aufwand in Stunden  Sachauf-wand in Euro	Wer ist verant-wortlich?  Wer ist beteiligt?  Wer ist Hinzuzu-ziehen?	Bis zu wel-chem Da-tum wird umge-setzt?  Keine Pla-nungszei-träume länger als drei Mo-nate defi-nieren?	

Die konkreten Aktionspläne sollten nach Möglichkeit in Form schriftlicher Aufträge durch die Geschäftsleitung an Qualitätszirkel oder Arbeitsgruppen delegiert werden. An dieser Stelle erfolgt eine breite Beteiligung der Beschäftigten am Veränderungsmanagement, ohne die kaum substanzielle Ergebnisse zu erreichen sind. Das Controlling der Zielerreichung wie die Koordination einzelner Verbesserungsmaßnahmen kann durch Qualitätskoordinatoren übernommen werden, die über die Ergebnisse kontinuierlich dem Steuerungskreis berichten.

#### **5.4 Veränderungsmanagement und Benchmarking**

Die kontinuierliche Fortschreibung von Stärken und Verbesserungsbereichen im Sinne des Plan-Do-Check-Act Zyklus kann wesentlich durch den Austausch von Stärken und Umsetzungserfahrungen bei Verbesserungsmaßnahmen unterstützt werden. Dabei steht die persönliche Kommunikation in organisierten Benchmarkingkreisen zunächst im Mittelpunkt. Daraus ergibt sich jedoch vielfach auch ein direkter bilateraler Austausch und eine einrichtungsübergreifende wechselseitige Unterstützung.

Die Erfahrungen aus dem Benchmarking mit 50 Krankenhäusern und Kliniken zeigen, dass Konzept und Instrumente für die Organisationsentwicklung und ein wirksames Veränderungsmanagement ausgezeichnet geeignet sind. Gleichzeitig ist der individuelle Nutzen für die Einrichtungen wesentlich von der Berücksichtigung der Umsetzungsanforderungen und –hindernisse abhängig.