

Andreas Born / Alexandra Dülberg / Karin Scharfenorth

Lassen sich schlafende Riesen wecken?

Qualitätsmanagement und Benchmarking
in der Gesundheitswirtschaft

1. Einleitung

Der stationäre Gesundheitssektor (Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen) zählt mit seinen rund 1,2 Mio. Beschäftigten (1998) zu den wichtigsten Wirtschaftszweigen der Bundesrepublik Deutschland. Trotz (oder gerade wegen?) seiner hohen beschäftigungspolitischen Relevanz blieb dieser Bereich nahezu unbeschadet von neuen Organisations- und Managementkonzepten, die insbesondere in den 90er Jahren Einzug in viele Unternehmen hielten. Dem „Riesen“ Krankenhaus gelang es tapfer, sich organisatorischen Neuerungen zu widersetzen. Das Festhalten an bestehenden Traditionen wurde vor allem damit begründet, dass solche Innovationen zu Lasten des Patienten gingen.

Aufgrund des wachsenden Kostendruckes und der Einführung von Fallpauschalen scheint dieser Dornröschenschlaf wohl endgültig beendet zu sein. Die Bedeutung von umfassenden Qualitätsmanagementsystemen zur Kostensenkung und Qualitätssteigerung wird seit kurzem von immer mehr stationären Einrichtungen als Schritt in die richtige Richtung erkannt. Der vorliegende Beitrag gibt daher zunächst einen Überblick zu den sich verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen, um danach bestehende Qualitätskonzepte und deren Anwendbarkeit im stationären Gesundheitssektor zu diskutieren. Abschließend wird aus dem zur Zeit laufenden Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“, an dem sich 40 stationäre Gesundheitseinrichtungen beteiligen, berichtet. Das Projekt zielt auf die Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems, basierend auf dem Europäischen Qualitätsmodell.

2. Rahmenbedingungen

Gesundheit hat ihren Preis. Die steigenden Kosten im Gesundheitswesen sind daher seit Jahren ein Dauerbrenner in der öffentlichen Diskussion. Insbesondere die Finanzierung der stationären Versorgung steht immer wieder im Mittelpunkt der Debatte. Trotz regelmäßig wiederkehrenden Gesetzesnovellierungen in den zurückliegenden Jahrzehnten gelang es bisher nicht, die stetig wachsenden Gesundheitsausgaben in den Griff zu bekommen. So stiegen die Gesamtkosten aller Krankenhäuser weiter an und erreichten im Jahre 1998 mit einem Gesamtvolumen von fast 100 Milliarden Mark ihren bisherigen Höhepunkt. Mit knapp 70% entfiel der größte Ausgabenposten auf die Personalkosten.

Als Gründe für die stark ansteigenden Kosten wurden vor allem die Betten-Überkapazitäten sowie die zu lange stationäre Verweildauer der Patienten genannt. Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland hier eine Spitzenstellung ein. Während bspw. in den Niederlanden auf 1.000 Einwohner 3,9 Betten entfallen, lag 1996 der Versorgungsquotient in Deutschland bei 7,2. Als Ursachen für die Überversorgung können in erster Linie falsche Planungsgrundlagen bzw. Prognosen über den zukünftigen Bettenbedarf sowie das Prinzip der Selbstkostendeckung angeführt werden. Gerade letzteres führte dazu, dass unwirtschaftliches Handeln der Krankenhäuser belohnt wurde und keine Innovationsanreize bestanden.

Wenn von Fortschritt im Gesundheitswesen gesprochen wird, so ist damit in aller Regel der medizinisch-technologische Fortschritt (High-Tech-Medizin) gemeint. Neue, fortschrittliche Organisations- und Managementkonzepte konnten dagegen in nur wenigen Krankenhäusern Einzug halten und zur Steigerung der Effizienz und der Kundenzufriedenheit beisteuern. Unzureichende Prozessabstimmungen zwischen den verschiedenen Abteilungen, Doppelarbeiten, wenig Flexibilität bei den Hotelfunktionen, geringe Transparenz für Mitarbeiter über verfügbare Ressourcen und eine unüberschaubare Anzahl an Zulieferern, welche die

unterschiedlichsten Bedarfe der Krankenhäuser decken, sind nur einige Beispiele für noch brachliegende Verbesserungspotenziale.

Durch die Bundespflegesatzverordnung von 1995 wurden die Krankenhäuser zum ersten Mal mit dem Wettbewerb konfrontiert. Mit der Einführung von Fallpauschalen wurden Entgelte festgesetzt, wonach nicht mehr die Verweildauer im Krankenhaus abrechenbar wurde, sondern pauschalierte Beträge eingeführt wurden. Dieses betraf ca. 20% aller Fälle. Als Konsequenz der veränderten Abrechnungsmodalitäten sank die durchschnittliche stationäre Verweildauer von 11,4 Tagen (1996) auf 10,7 Tage (1998). Zugleich erhöhte sich die Bettenauslastung im gleichen Zeitraum von 80,2% auf 81,9%.

Mit der Reform zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz) vom 1.1.2000 soll der eingeschlagene Weg zur Kostendämpfung konsequent fortgesetzt werden. Ein wesentlicher Eckpfeiler der jüngsten Reform ist neben der Umsetzung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems (Ausnahme: Psychiatrie) die Einführung eines Qualitätsmanagements in Krankenhäusern und Kliniken. Letzteres beinhaltet sowohl einen internen als auch einen externen Aspekt: Die Krankenhäuser sind verpflichtet, ein innerbetriebliches Qualitätsmanagement zu implementieren, wobei insbesondere die Intensivierung einer abteilungs-, berufsgruppen- und hierarchieübergreifenden Kooperation ein wesentliches Anforderungsmerkmal darstellt. Die konkreten Qualitätsinhalte werden von den Vereinbarungspartnern (Krankenkassen und Krankenhäuser) definiert.

Neben der Ein- und Fortführung eines internen Qualitätsmanagements sollten sich die Krankenhäuser zudem an organisationsübergreifenden Vergleichen beteiligen. Der direkte Vergleich zwischen einzelnen Häusern soll die jeweiligen Stärken und Defizite herausarbeiten, und somit eine valide Beurteilung der Leistungsstärke ermöglichen. Den Einrichtungen wird die Möglichkeit eröffnet, sich anhand dieser Daten im Wettbewerb verorten und voneinander lernen zu können.

Dass mit der Einführung von Qualitätssystemen enorme Verbesserungs- und Einsparpotenziale erschlossen werden können, wurde von einzelnen Einrichtungen in der Vergangenheit bereits erfolgreich realisiert. Vor allem die Optimierung medizinischer Prozesse kann nicht nur allein zur Kostensenkung, sondern auch zur Erhöhung der Kundenzufriedenheit beitragen (Krista/Berndt, 1998, S. 160). Aus Patientensicht führt die Verbesserung der internen Prozesse zu einer Verringerung der Wartezeiten bei Behandlungen sowie zu einer kürzeren Verweildauer in der Einrichtung, bei gleichzeitig hoher Medizin- und Servicequalität. Auch niedergelassene Ärzte, als weitere wichtige Kundengruppe, profitieren von verbesserten Abläufen. Sie weisen ihre Patienten natürlich lieber in ein Krankenhaus ein, welches eine direkte und schnelle Kommunikation und Information mit ihnen gewährleistet. Dies gilt einerseits im Falle der Einweisung (Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Arzt) und andererseits für den schnellen und vollständigen Erhalt der Patientenfotografien nach der Entlassung. Nicht zuletzt auch die Krankenkassen bevorzugen Häuser mit effizienter abgestimmten Prozessen als Vertragspartner, da hier Kosten eingespart werden.¹

3. Total Quality Management im Krankenhaus

Um die neuen Herausforderungen, denen Krankenhäuser sich heute gegenübersehen, bewältigen zu können, müssen sie sich neuen Managementstrategien zuwenden. Die größten Erfolgchancen werden dabei den Total Quality Management (TQM) Ansätzen zugeschrieben. "Unter TQM werden alle Strukturen, Abläufe, Vorschriften, Regeln, Anweisungen und Maßnahmen verstanden, die dazu dienen, die Qualität von Produkten und Dienstleistungen einer Unternehmung in allen Funktionen (...) und allen Ebenen durch die Mitwirkung aller Mitarbeiter termingerecht und zu günstigen Kosten zu gewährleisten sowie kontinuierlich zu verbessern, um eine optimale Bedürfnisbefriedigung der Konsumenten und der Gesellschaft zu ermöglichen." (Oess, 1993, S.89). Das

¹ Alle Daten in diesem Kapitel siehe: Statistisches Bundesamt

Konzept des TQM basiert auf *drei zentralen Prinzipien*, die im folgenden näher beschrieben werden sollen:

3.1 Grundlegende Prinzipien des Total Quality Managements

a) Kundenorientierung:

Als Kunde wird jede Person betrachtet, die ein Produkt/eine Dienstleistung erhält, beurteilt, handelt, mit seiner Nutzung oder Erstellung auf welche Weise auch immer in Verbindung steht. Die Entwicklung einer engen Beziehung zwischen Kunden/Lieferanten einer Leistung verbessert die Qualität der Leistung. Qualität wird durch den Kunden definiert. Der Begriff Qualität hat verschiedene Dimensionen, von denen zwei von besonderer Bedeutung sind:

1. Qualität besteht aus den Produkt-/Dienstleistungsmerkmalen, die den Bedarf des Kunden erfüllen und so Zufriedenheit mit dem Produkt/der Dienstleistung erzeugen.
2. Qualität beruht auf Fehlerfreiheit (Juran, Gryna, 1988, S. 22)

Alle Kunden haben einen Bedarf, der gedeckt werden soll. Die Produkt- bzw. Dienstleistungseigenschaften sollten diesen Bedarf berücksichtigen. Dies trifft sowohl auf den Bedarf interner Kunden (Mitarbeiter), wie auch auf den Bedarf externer Kunden zu. Die Deckung des vorhandenen Bedarfs bestimmt den Grad der Kundenzufriedenheit und damit die Konkurrenzfähigkeit des Produktes/der Dienstleistung am Markt.

b) Prozessorientierung:

TQM basiert auf der Betrachtung von Prozessen. Die meisten Qualitätsprobleme von Organisationen basieren auf fehlerhaften Prozessen, und nicht auf fehlerhaft handelnden Mitarbeitern. Schätzungen besagen, dass nicht weniger als 80% der Qualitätsprobleme von Organisationen in ihren Arbeitsprozessen begründet sind. Die meisten Abteilungen einer Organisation sind nur für den Teil eines Prozesses verantwortlich, der in

ihren Arbeitsbereich fällt. Die meisten Prozesse hingegen finden abteilungsübergreifend statt. Es finden sich nur vereinzelt Prozesse, bei denen die Verantwortlichkeit von Anfang bis Ende im gleichen Verantwortungsbereich liegt. Daraus folgt, dass eine interne Kontrolle über den Gesamtprozessverlauf, an der alle beteiligten Bereiche Anteil haben, sinnvoll ist.

c) Kontinuierliche Weiterentwicklung:

Aufgrund sich verändernden Umwelten wird der Qualitätsbegriff von den Kunden stets neu definiert. Organisationen müssen sich auf diese Veränderungen einstellen. Der Prozess der Qualitätsweiterentwicklung zielt auf die kontinuierliche Verbesserung der Leistungen, die eine Organisation anbietet. Durch den Qualitätsverbesserungsprozess soll sowohl eine höhere Anpassung des Produkts an die Kundenerwartung und eine Verbesserung der Gebrauchsfähigkeit (Fitness for use), als auch eine Verringerung der Defizite von Produkten erreicht werden.

⇒ Die Verbesserung der Gebrauchsfähigkeit bedeutet:

- Bessere Qualität für den Kunden
- Einen höheren Marktanteil für den Leistungserbringer

⇒ Die Verringerung der Produktdefizite führt zu:

- Verringerung der Beschwerden und Irritationen auf der Seite des Kunden.
- Erheblich verringertem Ressourcenaufwand auf der Seite des Leistungserbringers.

Im Rahmen des kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozesses soll die Qualität des Produkts einen höheren Grad erreichen und damit der bis dahin erreichten Qualität überlegen sein.

3.2 Anwendbarkeit des TQM im Krankenhaus

Steigender Kostendruck sowie veränderte Qualitätsanforderungen der Kunden von Krankenhäusern haben die Sichtweise vieler Gesundheitseinrichtungen in Richtung einer stärker strategischen und umfassenden Qualitätsorientierung verändert. Obwohl es, besonders auf dem Gebiet der Dienstleistungen im Gesundheitssystem Kritiker gibt, sprechen doch zahlreiche Gründe für die Übertragbarkeit des im industriellen Bereich erfolgreichen TQM-Konzepts:

Qualität bedeutet die "richtigen" Dinge auf die "richtige" Art zu tun. Schätzungen zufolge beruhen große Anteile der Personal- und Sachkosten von Dienstleistungsunternehmen auf schlechter Qualität (im Krankenhaus z.B. Wartezeiten, Informations- und Kommunikationsprobleme, Wiederholungen von diagnostischen Maßnahmen etc.). Folge davon sind Personal- und Sachkosten bei der Korrektur der aufgetretenen Qualitätsmängel. Diese Kosten sind in einem unter finanziellem Druck stehenden Krankenhaus/Gesundheitssystem nicht zu rechtfertigen und müssen reduziert werden, oder im besten Falle gar nicht entstehen.

Krankenhäuser sind hochkomplexe Organisationen. Ihr Leistungsspektrum umfasst neben der Erbringung von medizinischen und pflegerischen Leistungen sowohl Verwaltungs- als auch Hotelleistungen. Häufig sind sie mit der Ausbildung diverser Gesundheitsberufe befasst und in einigen Fällen gehört medizinisch/technische Forschung ebenfalls in ihren Aufgabenbereich. Die stark hierarchische Organisation, die zusätzlich durch die Unterteilung in verschiedenste Fachgebiete gekennzeichnet ist, führt zu zahlreichen Schnittstellenproblemen, die durch Abteilungs-egoismen noch verstärkt werden. Die Komplexität der Leistungserstellung in Krankenhäusern macht eine prozessorientierte Herangehensweise zur Optimierung der Leistungen erforderlich und unverzichtbar.

Die Patienten, ehemals schlicht Konsumenten angebotener Krankenhausleistungen, entwickeln sich mehr und mehr zu kritischen Kunden, welche Leistungen, die sie erhalten, hinterfragen und auch selbst An-

sprüche an ihre Gesundheitsversorgung stellen und formulieren. Diese Haltung spiegelt sich u.a. deutlich in der stetig steigenden Anzahl von gerichtlichen Klagen wider, die von Patienten gegen Krankenhäuser angestrengt werden. Nur 13% aller Kunden des Gesundheitssystems fühlen sich im Krankheitsfall „sehr gut versorgt“, 57% „eher gut“, doch immerhin 23% „eher schlecht“ und 7% sogar „sehr schlecht“ versorgt (Der Spiegel, 1998, S. 52ff). Kunden/Patientenorientierung, eine häufig formulierte Forderung an Krankenhäuser, gehört zu den grundlegenden Anforderungen des TQM und kann durch die Anwendung dieses Ansatzes gestärkt werden.

Qualität ist auch im Gesundheitsbereich eine dynamische Größe. Schon der medizinischer Fortschritt und die demographische Entwicklung erfordern stetige Veränderung und Verbesserung bereits existierender, sowie die Planung und Einführung neuer Krankenhausleistungen. Eine hohe Versorgungsqualität in Krankenhäusern kann nur durch die kontinuierliche Weiterentwicklung der angebotenen Leistungen in den Gesundheitseinrichtungen erreicht werden.

Um Leistungen kontinuierlich verbessern zu können, muss sich ein Krankenhaus, ebenso wie jede andere Organisation, die folgenden Fragen stellen:

- Bieten wir unseren Kunden die richtigen Leistungen an ?
- Bieten wir sie in guter Qualität an?
- Entwickeln wir unser Leistungsangebot weiter und verbessern wir es?
- In welchen Bereichen könnten wir uns noch stärker verbessern?
- Welche Verbesserungen wären am wichtigsten (hätten höchste Priorität)?

Diese Fragestellungen werden für Krankenhäuser durch den zunehmenden Wettbewerb zwischen den Anbietern, Kostendruck und den nach wie vor drohenden Bettenabbau von immer größerer Bedeutung. Um sie

beantworten zu können, muss eine Methode verfügbar sein, mit der das Krankenhaus seine IST-Situation sowie seine Stärken und Schwächen in allen für die Gesamtorganisation relevanten Bereichen ermitteln kann, denn nur ein klares Verständnis der IST-Situation kann Basis effektiver Veränderungen bzw. Verbesserungen sein.

Die systematische Bewertung einer Organisation kann auf der Basis verschiedener Modelle des TQM durchgeführt werden. International wurden einige TQM-Bewertungsmodelle, die der Selbst- und Fremdbewertung von Organisationen dienen, entwickelt. Dazu gehören in Japan die Bewertungskriterien des *Deming-Preises* (erstmal verliehen 1951), die Bewertungsmatrix des *Malcom Baldrige Quality Awards* in den Vereinigten Staaten (erstmal verliehen 1988) und das *EFQM-Modell für Business Excellence* der European Foundation for Quality Management (EFQM) in Europa, die den European Quality Award (erstmal verliehen 1992) als Auszeichnung für Organisationen, welche die besonders erfolgreiche Umsetzung des TQM-Ansatzes in ihrem Unternehmen nachweisen können, verleiht.

<u>Kriterien des Deming Preis:</u>	<u>Kriterien des Malcom Baldrige National Quality Award:</u>	<u>Kriterien des European Quality Award:</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Unternehmenspolitik und Unternehmensziele 2. Organisation und ihre Wirkungsweise 3. Aus- und Weiterbildung 4. Information 5. Analysen 6. Standardisierung 7. Steuerung 8. Qualitätssicherung 9. Ergebnisse 10. Zukunftspläne <p>Quelle: Deming Prize Committee (Hrsg.): <i>The Deming Prize Guide</i>, Tokyo 1992, S. 24</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Führung 2. Prozessmanagement 3. Mitarbeiter-Entwicklung/Management 4. Strategische Planung 5. Information und Analyse 6. Kundenorientierung und -zufriedenheit 7. Geschäftsergebnisse <p>Quelle: The MBQA - Award Criteria 1995</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Führung 2. Politik und Strategie 3. Mitarbeiterorientierung 4. Partnerschaften & Ressourcen 5. Prozesse 6. Mitarbeiterbezogene Ergebnisse 7. Kundenbezogene Ergebnisse 8. Gesellschaftsbezogene Ergebnisse 9. Schlüsselergebnisse <p>Quelle: European Foundation for Quality Management: <i>Das EFQM-Modell für Excellence</i> 1999</p>

Ist die Selbstbewertung eines Krankenhauses abgeschlossen und eine Analyse der IST-Situation erstellt, können zielgerichtete Handlungsstrategien entwickelt werden, um Verbesserungen der ermittelten Schwächen einzuleiten.

Hilfreich bei der Einschätzung und Überprüfung der eigenen Leistungen sind Vergleiche mit anderen Leistungsanbietern, denn sie machen eine objektivere Beurteilung der eigenen Position möglich. Zahlreiche Leistungsvergleiche von Krankenhäusern werden, z.B. im Krankenhausreport oder durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, veröffentlicht oder werden nach §5 Bundespflegesatzverordnung gesetzlich eingefordert. Krankenhäusern wird es so ermöglicht sich auf verschiedensten Gebieten zu vergleichen und ihre eigene Position zu verorten. Doch selbst wenn diese Verortung möglich ist, besteht für das einzelne Krankenhaus das Problem zu erkennen aufgrund welcher Maßnahmen die Konkurrenz besser ist bzw. welche eigenen Maßnahmen zu eigenen überdurchschnittlichen Leistungsergebnissen führten.

Um eine zielgerichtete, kontinuierliche Weiterentwicklung in den unterschiedlichsten Organisationsbereichen zu erreichen, muss eine Möglichkeit des Informationsaustausches zwischen den einzelnen Anbietern geschaffen werden, die neben einem Ergebnisvergleich den Austausch von Informationen über Ursachen der unterschiedlichen Leistungsergebnisse ermöglicht.

Sicher wird nicht jede gute Lösung, die zu positiven Ergebnissen einer Einrichtung beigetragen hat, unreflektiert von anderen Krankenhäusern übernommen werden können. Dennoch können auf diese Art Hinweise für die Umgestaltung von Prozessen gewonnen werden, die angepasst an die Verhältnisse eines anderen Krankenhauses die zielgerichtete Optimierung erheblich vereinfacht. Da sich Stärken und Verbesserungsbeiriche der einzelnen Krankenhäuser in vielen Punkten unterscheiden, entsteht eine Situation, in der jede Organisation von den Stärken einer anderen Organisation lernen und sich verbessern kann.

4. BMBF-Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“

Das Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“² kombiniert das TQM-Modell der EFQM mit einem systematischen Unternehmensvergleich. Damit wird darauf abgezielt, die Vorteile der systematischen Ermittlung von Stärken und Verbesserungspotenzialen und die Vorzüge von unternehmensübergreifenden Lernprozessen gleichermaßen aususchöpfen.

Die Qualitätsphilosophie des Projektes setzt auf kontinuierliche und ambitionierte Verbesserungen. Dies drückt sich darin aus, dass in erster Linie nicht Qualitätsstandards und -sicherung angestrebt werden, sondern Qualitätsziele und -verbesserungen im Mittelpunkt des Interesses stehen. Nicht Zertifizierung und Strukturqualität werden fokussiert, sondern Qualitätsmanagement sowie die Prozess- und Ergebnisqualität. Statt der Kosten von Qualität werden die Kosten mangelnder Qualität betont. Schließlich ist anzumerken, dass innerhalb des Projektes nicht die fachlich-medizinische oder fachlich-pflegerische Qualität im Blickpunkt steht, sondern die Managementkompetenz und die Selbststeuerungsfähigkeit der 40 beteiligten Krankenhäuser, Rehabilitations- und Suchtkliniken³.

„Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ setzt damit einen Kontrapunkt zu denjenigen Qualitätsmodellen, mit denen Qualität verordnet und von außen in Unternehmen hineingeprüft werden soll. Statt dessen geht es um die Anwendung eines Instrumentariums, das den beteiligten Unternehmen Wege aufzeigt, wie sie zu Qualitätsverbesserungen gelangen.

² Das Projekt wird von einem Konsortium mehrerer Organisationen unter Federführung des Instituts Arbeit und Technik durchgeführt. Es wirken mit: Konkret Consult Ruhr, das Sozial- und Seniorenwirtschaftszentrum, die WEGE, das Zentrum für Innovation im Gesundheitswesen sowie die Universitäten Bielefeld und Hannover.

³ An dem Projekt sind Einrichtungen aus insgesamt vier Bundesländern beteiligt: Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt.

Nachfolgend werden das EFQM-Modell für Excellence sowie der Benchmarking-Ansatz des Projektes dargestellt. Anschließend erfolgt eine Beschreibung der Projektbausteine und –perspektiven.

4.1 EFQM-Modell für Excellence

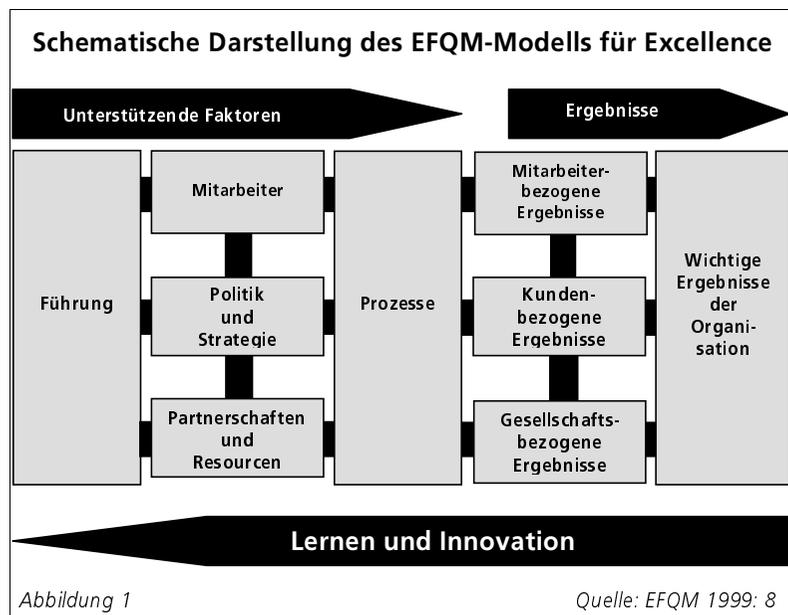
Seit 1988 pflegt die European Foundation for Quality Management (EFQM) mit dem EFQM-Modell für Excellence einen weit anerkannten Qualitätsmanagementansatz und stellt ihn den Unternehmen aller Wirtschaftszweige als Instrument zur Verbesserung ihrer Vorgehensweisen und ihrer Performance zur Verfügung. Dieses Qualitätsmanagement-Modell⁴ folgt der Logik der systematischen, kontinuierlichen und messbaren Verbesserung. Dabei wird folgende Prämisse zugrundegelegt: „Exzellente Ergebnisse im Hinblick auf Leistung, Kunden, Mitarbeiter und Gesellschaft werden durch Führung erzielt, die Politik und Strategie, Mitarbeiter, Partnerschaften, Ressourcen und Prozesse auf ein hohes Niveau hebt“ (EFQM 1999: 8).

In dem EFQM-Modell für Excellence wird also zwischen Befähiger- und Ergebniskriterien unterschieden. Während die Ausgestaltung der Kriterien Führung, Mitarbeiter, Politik und Strategie, Partnerschaften und Ressourcen sowie Prozesse das Unternehmen in die Lage versetzen soll, besondere Leistungen zu erbringen, zielen die mitarbeiterbezogenen, kundenbezogenen und gesellschaftsbezogenen Ergebnisse sowie die Schlüsselergebnisse (z.B. finanzielle Ergebnisse) auf Feststellung der Leistungsfähigkeit des Unternehmens. Die neun Kriterien sind jeweils in eine Reihe von Unterkriterien und diese wiederum in Ansatzpunkte gegliedert.

Das Modell ist darauf angelegt, dass aus den Ergebnissen regelmäßig Innovationen und Lernen abgeleitet werden, demzufolge die befähigen-

⁴ Zum EFQM-Modell für Excellence siehe ausführlich Malorny (1999).

den Kriterien gestärkt werden und auf diesem Wege auch Verbesserungen bei den Ergebnissen erzielt werden (siehe Abbildung 1).



Entlang den Kriterien des EFQM-Modells für Excellence können Unternehmen Selbstbewertungen durchführen und sich im Wettbewerb mit anderen Unternehmen um den European Quality Award (EQA) bemühen, der einmal im Jahr vergeben wird. Damit wird die Philosophie verfolgt, dass in den Unternehmen ausgelöste Qualitätsmanagementprozesse mit einer höheren und länger andauernden Motivation zur Initiierung und Implementation von Verbesserungen rechnen können als Ansätze, bei denen Qualität in die Unternehmen hinein geprüft wird, wie es z.B. bei Zertifizierungen durch externe Organisationen der Fall ist. Für die letztgenannten Ansätze zeigen die Erfahrungen, dass die Qualitätsaktivitäten unmittelbar vor der Zertifizierung vehement ansteigen und dabei auch Verbesserungen zu verzeichnen sind, wie beispielsweise die Identifizierung und Beschreibung der Kernprozesse im Unternehmen; nach er-

folgt Zertifizierung fallen die Qualitätsaktivitäten jedoch i.d.R. wieder erheblich zurück.

Als unternehmensinterne Belobigung oder Nabelschau sollte das EFQM-Modell für Excellence jedoch nicht missverstanden werden. Dies kommt nicht nur im Wettbewerb um den EQA zum Ausdruck, sondern vor allem darin, dass nur messbare und damit nachweisbare Qualität vom Modell akzeptiert wird. Das Modell stellt eine Systematik zur Punktwertung zur Verfügung, bei der die Nachweisbarkeit von Stärken eine große Rolle einnimmt. Ist kein Nachweis oder nur ein anekdotischer Nachweis für eine benannte Stärke vorhanden, so werden 0 bis 10 Punkte vergeben; nur mit umfassenden Nachweisen für eine Stärke kommt man auf die höchste Bewertung mit 100 Punkten. In diesem Verfahren ist der Vergleich mit anderen Unternehmen bereits angelegt. Denn wie kann ein Unternehmen wissen, wie z.B. die Dauer seiner Beschwerdebearbeitung, die Wirksamkeit seines Vorschlagswesens oder der Erfolg seines Einarbeitungsprogramms ohne Vergleichswerte und -wissen aus anderen Unternehmen zu bewerten ist.

3.2 Benchmarking-Verfahren

Die Anwendung eines spezifischen Benchmarking-Verfahrens im Projekt folgt der Überlegung, dass Qualitätsmanagementvorhaben, die auf einzelne Unternehmen ausgerichtet sind, der Maßstab für ihre Lernprozesse fehlt. Zwar können wie in jedem Wirtschaftszweig auch in der Gesundheitswirtschaft Vergleichskennziffern wie z.B. die Bettenzahl oder die Anzahl und Art der medizinischen Fachabteilungen herangezogen werden. Derartige Informationen lassen sich in Fachbüchern sowie in Informationsverbänden im Internet relativ leicht auffinden. Und es werden auch immer wieder öffentlichkeitswirksame Leistungsvergleiche vorgenommen wie z.B. mit der Klinikliste des Focus (1999). Dabei geht es vorrangig um die Beurteilung von außen und um die Feststellung „Wer ist der Schönste im Land?“.

Solche Vergleiche können zwar für die Kunden eine gewisse Entscheidungshilfe bieten und die verglichenen Gesundheitseinrichtungen auch zur Verbesserung ihrer Leistungen anspornen. Jedoch taugen sie i. d. R. nur wenig als Hilfsmittel für tatsächliche Qualitätsverbesserungen. Eine Stärkung der Selbststeuerungskapazitäten und der Innovationspotenziale der Einrichtungen wird damit nicht erreicht, da keine Informationen darüber bereitgestellt werden, auf welchen Wegen qualitative Verbesserungen erreicht werden können bzw. von anderen Kliniken erreicht wurden.

Da das Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ vor allem auf die Stärkung der Selbststeuerungskapazitäten von Gesundheitseinrichtungen ausgerichtet ist, wird neben der Anwendung des EFQM-Modells für Excellence das Prinzip des Lernens von guten Ideen und Lösungen anderer Unternehmen in den Mittelpunkt gestellt. Die beteiligten Einrichtungen analysieren sich nicht nur mit einem einheitlichen Instrumentarium, sondern tauschen in Benchmarkingkreisen Erfahrungen, Lösungswege und Fragestellungen aus. Das von den Einrichtungen definierte Themenspektrum der Benchmarkingkreise ist breit; es reicht vom Aufbau interdisziplinärer Ambulanzen über die E-commerce-Nutzung und interne Budgetierung bis hin zum Vorschlagswesen und zur Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten. In den Benchmarkingkreisen kommen Führungskräfte und Qualitätsmanagementbeauftragte der Einrichtungen in zwei- bis dreimonatigem Abstand zusammen. Dabei geht es nicht um reines Kopieren von erfolgreichen Lösungen; vielmehr ist es erforderlich, mit der Lösung auch deren Übertragbarkeit auf die eigenen Strukturen und Situationen zu überprüfen.

3.3 Projektbausteine und -perspektiven

Im Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ wird den beteiligten Gesundheitseinrichtungen ein spezifisches Instrumentarium zur Verfügung gestellt, mit dem sie erstens eine systematische Analyse ihrer eigenen Situation durchführen, Aktionspläne über angestrebte Qualitäts-

verbesserungen aufstellen und zweitens Vergleichsmaßstäbe anderer Einrichtungen erhalten (siehe Abbildung 2).

Ein zentraler Baustein des gesamten Verfahrens sind die zweimaligen Potenzialanalysen (Selbstbewertungen), die zur Identifizierung der wesentlichen Stärken und Verbesserungsbereiche der jeweiligen Organisation dienen. Diese Analysen sind fünftägige Selbstbewertungen entlang der neun Kriterien des EFQM-Modells, die beim ersten Mal mit Begleitung durch jeweils zwei Projektassessoren angegangen werden. Für die zweite Selbstbewertung werden im Rahmen des Projektes jeweils zwei Mitarbeiter der beteiligten Einrichtungen zu Assessoren ausgebildet. An den Potenzialanalysen nehmen Führungskräfte aus allen Bereichen der jeweiligen Einrichtung teil.

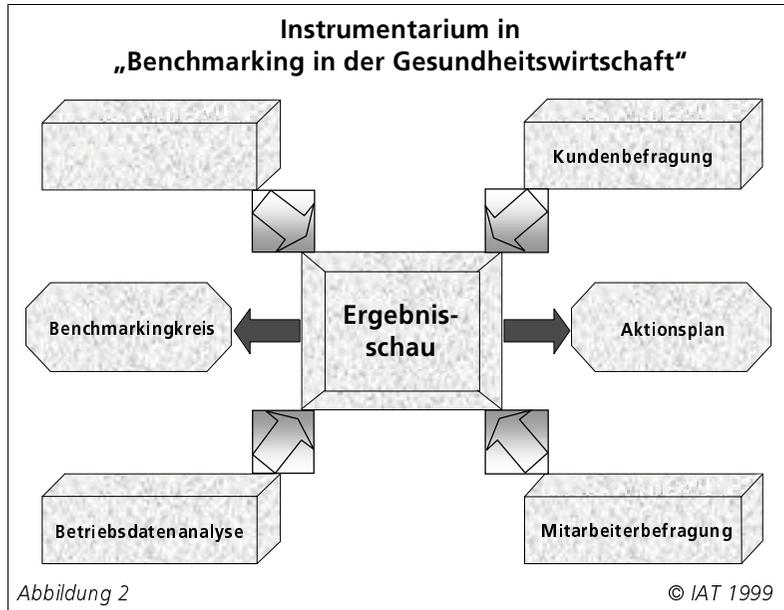
Darüber hinaus werden in jeder Einrichtung ebenfalls zweimalig Patienten- und Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, aus denen die Einschätzungen dieser beiden wichtigen Akteursgruppen abgeleitet werden können. Damit wird die Analyse der Stärken und Verbesserungsbereiche der Einrichtungen ergänzt und unterfüttert.

Aus den Potenzialanalysen und den Befragungsergebnissen leiten die Unternehmen ihre Aktionsplanung für das kommende Jahr ab. Die geplanten Maßnahmen werden dabei noch einmal reflektiert und mit Prioritäten versehen.

Zusätzlich werden vergleichende Betriebsdatenanalysen vorgenommen, wobei die beteiligten Häuser gemeinsam erarbeiten, welche Kennzahlen sie erheben und für den Vergleich nutzen möchten. Hierbei wird darauf Wert gelegt, dass nicht nur Ergebniskennzahlen, sondern auch Prozesskennzahlen ausreichend berücksichtigt werden, um die Messung von Qualitätsverbesserungen zu erleichtern.

Die Verfahren sind darauf angelegt, nach dem Ende der Projektlaufzeit von den Einrichtungen selbständig und kontinuierlich weitergeführt zu

werden. Damit soll das Projekt einen möglichst nachhaltigen Einfluss auf das Qualitätsmanagement in der Gesundheitswirtschaft ausüben.



Neben den angestrebten Qualitätsverbesserungen in den 40 beteiligten Krankenhäusern, Rehabilitations- und Suchtkliniken setzt das Projekt mit der Berücksichtigung von Zulieferbeziehungen auch an der Optimierung der Wertschöpfungsketten an. Eine Projektaufgabe ist es, die Zulieferbeziehungen in der Gesundheitswirtschaft zu untersuchen. Außerdem werden im Kontext dieses Projektteiles konkrete Vorhaben angestoßen, die an der Schnittstelle zwischen Gesundheitseinrichtungen und ihren Zulieferern zu Effizienz- und Qualitätssteigerungen beitragen sollen. 14 Zulieferbetriebe aus verschiedenen Branchen sind in einem Arbeitskreis organisiert, der in einen engen Austausch mit den Benchmarkingkreisen der Gesundheitseinrichtungen gebracht wird.

Schließlich ist als dritter Projektteil die Diffusion der Projektergebnisse in das Gesundheitssystem anzuführen. Angestrebt wird eine projektnahe Abstimmung der verwendeten Methodik und der Erkenntnisse mit den verschiedenen politischen und verbandlichen Akteuren, die das Gesundheitssystem mitgestalten.

Die Perspektive des Projektes „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ besteht in dem weiteren Ausbau des beschriebenen Qualitätsmanagementsystems. So ist geplant, nicht nur weitere Gesundheitseinrichtungen zu beteiligen, sondern auch weitere Zulieferunternehmen. Das Projekt ist mit der Beteiligung weiterer Institutionen und umfangreichen Diffusionsaktivitäten darauf angelegt, über die Projektlaufzeit hinaus zu wirken. Für die neu hinzukommenden Gesundheitseinrichtungen und Zulieferer besteht im Vergleich zu den ersten beteiligten Organisationen der Vorteil, dass sie bereits auf ein System mit etablierten Vergleichsverfahren, -kennwerten und -informationen treffen.

5. Ausblick

Schon beim derzeitigen Projektstand lassen sich positive Tendenzen erkennen. Während der fünftägigen Selbstbewertung nach dem EFQM-Modell (Potenzialanalyse) fand ein Austausch von Informationen und Einschätzungen unterschiedlichster Fachabteilungen und Berufsgruppen innerhalb jeder Organisation statt. Die Vertreter der beteiligten Einrichtungen erlebten dies größtenteils als Bereicherung. Organisationszusammenhänge, die zuvor häufig nur wenig Beachtung fanden, wurden deutlich erkennbar. Stärken und Verbesserungsbereiche wurden im Konsens definiert, und es wurden Aktionsplanungen erstellt, die den spezifischen Erfordernissen der jeweiligen Einrichtung entsprechen.

Damit sind auch für den künftigen Projektverlauf gute Voraussetzungen geschaffen. Das Interesse an einem Dialog zwischen den Einrichtungen erweist sich als durchaus lebhaft. Der angestrebte Vergleich wird nicht als Konkurrenzsituation erlebt, sondern vielmehr als Lernmöglichkeit

erkannt. Zahlreiche Themen wurden von den Einrichtungen zur Behandlung in den Benchmarkingkreisen benannt und Prozesse und Ergebnisse, die verglichen werden sollen, wurden von ihnen vorgeschlagen. Den Einrichtungen dienen die Ergebnisse von Befragung, Potenzialanalyse und Aktionsplanung zur Entwicklung zielgerichteter Handlungsstrategien, die sie befähigen können den hohen Anforderungen, die an sie gestellt werden, erfolgreich zu begegnen.

Literatur

Der Spiegel 1998

Mehr Geld ins System, Nr. 34, 1998, S. 52-61

EFQM 1999

Das EFQM-Modell für Excellence. Brüssel: EFQM

Focus 1999

350 deutsche Kliniken im Test: Die Focus-Klinikliste mit dem Lexikon für Patienten und ihre Angehörige. Mannheim/Leipzig/Wien/Zürich: Meyers Lexikonverlag

Krista, K./Berndt, M. (1998)

Konzentration im Krankenhaussektor: Management muss umdenken. In: Arnold, M./Paffrath, D. (Hrsg): Krankenhaus-Report '98. Schwerpunkt: Überkapazitäten im Krankenhaus. Stuttgart

Juran J. M./Gryna F.M. 1988

Juran's Quality Control Handbook, 4., Aufl., 1988, New York

Malorny, Ch. 1999

TQM umsetzen. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel

Oess A. 1993

Total Quality Management. Die ganzheitliche Qualitätsstrategie, 1993, 3.Aufl., Wiesbaden

