

Welche Kennzahlen braucht die Spitalführung?

Konzept und Anwendung der Balanced Scorecard

M. Heberer^a, P. Imark^b, B. Bogdan^a, O. Freiermuth^a, T. Hurlebaus^a, E. Juhasz^a, A. Bodoky^c

^a Forschungsabteilung Departement Chirurgie, Universität Basel

^b SAS Institute AG, Brüttisellen

^c Chirurgische Abteilung, Regionalspital Emmental, Burgdorf

Zusammenfassung

Für die Spitalführung sind finanzlastige, einzelleistungs- und vergangenheitsorientierte Kennzahlen nicht länger ausreichend. Kennzahlen müssen heute auch die Entwicklung immaterieller Werte (Mitarbeiterqualifikation, Vernetzung, Dienstleistungsqualität) im Hinblick auf die gewählte Unternehmensstrategie (Kundennähe, Produktivitätssteigerung, Innovationen) berücksichtigen. Die vorliegende Arbeit stellt das strategische Instrument der Balanced Scorecard für den Spitalbereich vor und illustriert, wie mit diesem Instrument ein System relevanter Kennzahlen generiert und genutzt werden kann. Voraussetzungen sind die Entwicklung einer konsistenten Unternehmensstrategie und eine Informationstechnologie, welche zeitnahe Bereitstellung und unternehmensweite Kommunikation der Kennzahlen ermöglicht. Im Ergebnis werden wirtschaftliche und medizinische Ergebnisse verbessert.

Einleitung

Leitende Spitalmitarbeiter erhalten von der Administration regelmässig umfangreiches Zahlenmaterial. Die Soll-Vorgaben zu Bettenbelegung, Fallzahlen, Behandlungszahlen, Personalbestand und Ausgaben sowie entsprechende Soll-Ist-Vergleiche sollen als Grundlage und Erfolgskontrolle der Führungstätigkeit dienen. Es darf jedoch bezweifelt werden, dass die medizinische und wirtschaftliche Entwicklung eines Spitals von diesen Informationen nachhaltig profitiert: Zum einen fehlt ein Zusammenhang zwi-

schen diesen Kennzahlen und den Zielen eines Spitals; denn weder der Finanzerfolg noch die Anzahl erbrachter Pflage- oder Einzelleistungen sind die entscheidenden Ziele eines Spitals. Zum anderen lassen sich aus diesen Kennzahlen weder Problem- noch Handlungsbezug ableiten: Soll etwa auf Budgetüberschreitung mit Zurückweisung von Patienten oder auf unzureichende Bettenbelegung mit verzögerten Entlassungen reagiert werden? Darüber hinaus sind die Konsequenzen dieser Informationen auch deshalb meist eingeschränkt, weil die Kennzahlen nur einem kleinen Führungskreis und nicht allen Leistungserbringern zur Verfügung stehen.

Alternative Kennzahlensysteme sind also erforderlich. Deshalb wird nachfolgend das Potential verfügbarer Kennzahlensysteme für den Spitalbereich analysiert. Insbesondere wird das strategische Führungsinstrument der *Balanced Scorecard* vorgestellt. Dieses Instrument unterstützt die Definition von ziel- und strategierelevanten Kennzahlen sowie deren Nutzung systematisch. Anhand eines praktischen Beispiels werden die Eigenschaften der *Balanced Scorecard* und die Bedingungen ihrer erfolgreichen Einführung dargestellt.

Insgesamt unterstützt die Analyse die Auffassung, dass konventionelle Kennzahlensysteme die Existenz von Spitälern nicht sichern und deshalb durch multidimensionale und kommunikationsorientierte Führungsinstrumente ersetzt werden müssen.

Problematik aktueller Kennzahlensysteme

Kennzahlen, die wir von den Controlling-Fachleuten der Spitäler erhalten, lösen Unbehagen aus. Zwar werden digitale und graphische Informationen, schwarz-weiss und farbig, in Papierform und über das Intranet verschickt, aber an Auswahl und Vollständigkeit, Richtigkeit und Relevanz sowie Verteilern und Konsequenzen bestehen begründete Zweifel (Tab. 1). Diese Schwierigkeiten bestehen branchenübergreifend und sind ein Thema betriebswirtschaftlicher Diskurse [1–4]. Für den Spitalbereich können vier behandlungsbedürftige Symptomenkomplexe konventioneller Kennzahlensysteme diagnostiziert werden:

Einseitigkeit

Die Betonung finanzieller Kennzahlen entspricht weder dem Daseinszweck («raison d'être») noch dem wesentlichen betrieblichen Erfolg eines Spitals, nämlich der Minderung von Leid sowie der Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit. Konventionelle Kennzahlensysteme fokussieren zudem auf materielle Unternehmenswerte und Austauschbeziehungen, während die Schaffung immaterieller Unternehmenswerte etwa durch Qualifizierung von Mitarbeitern oder Verbesserung des Informationsaustausches über die Leistungskette (Zuweisener – Spital – Nachbehandler) unberücksichtigt bleibt. Ferner sind die Kennzahlen der Spitäler auf Einzelleistungen, beispielsweise auf die Anzahl von Behandlungen und Pflage-

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Michael Heberer, M.B.A.

Forschungsabteilung Departement Chirurgie

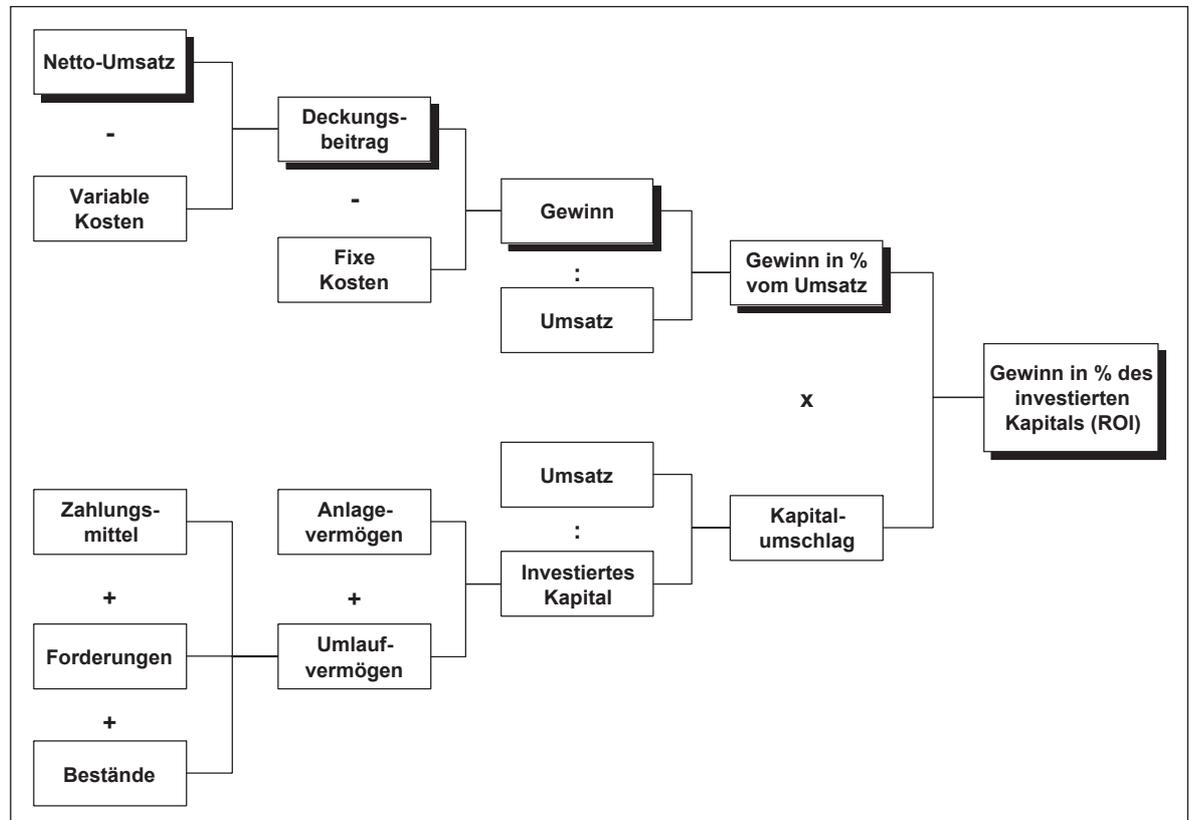
Spitalstrasse 21

CH-4031 Basel

E-Mail: mheberer@ubbs.ch

Abbildung 1

DuPont-Kennzahlensystem. Kurz nach der Jahrhundertwende wurde dieses Kennzahlensystem von der Firma DuPont entwickelt und verwendet [5]. Ziel ist die Berechnung des «return on investment» (ROI), womit der relative Erfolg des investierten Kapitals gemessen und zwischen Unternehmen unterschiedlicher Grösse vergleichbar gemacht wird.



tagen, ausgerichtet, obgleich diese Einzelleistungen weder dem Unternehmenszweck noch der künftigen Abrechnungspraxis von Fallpauschalen oder «diagnosis related groups» (DRG) entsprechen. Skepsis ist also angebracht, weil die gegenwärtigen Kennzahlen weder den tatsächlichen Erfolg noch die Effizienz eines Spitals messen.

Begrenzte Aussagefähigkeit

Die hohe Auslastung eines Spitals kann bereits zum Zeitpunkt der Berichterstattung durch Unzufriedenheit von Patienten, Hausärzten oder Mitarbeitern bedroht sein, ohne dass diese Gefahr aus den mit Latenz bereitgestellten Informationen erkennbar wäre. Umgekehrt kann ein ungenügendes Ergebnis zum Zeitpunkt der Darstellung der Kennzahlen bereits durch Rekrutierung qualifizierter Mitarbeiter oder andere Entwicklungen gelöst sein. Die Vergangenheitsorientierung der Kennzahlen ist also ein wesentliches Problem. Ferner sind die Ursachen günstiger und ungünstiger Ergebnisse aus den hoch aggregierten Kennzahlen zumeist nicht ableitbar. Und schliesslich stösst auch die prognostische Bedeutung von Kennzahlen an methodische Grenzen: Die Extrapolation von Trends ist aufgrund interner (Personalstand, Investitionsmöglichkeiten) und externer Veränderungen (Konkurrenz, Gesetzgebung usw.) mit

erheblichen Risiken belastet. Insofern ist die Aussagefähigkeit konventioneller Kennzahlen begrenzt. Aufwand und Wirkungsmöglichkeiten dieser Daten müssen kritisch beurteilt werden.

Fehlende Handlungshilfe

Spitäler verfolgen verschiedenartige Ziele, schon allein aufgrund von Unterschieden in Leistungsauftrag und Umfeld. Kennzahlen, die den Grad der Zielerreichung sichtbar machen, müssen auf Ziele und Unternehmensstrategien abgestimmt sein und dürfen sich nicht ausschliesslich an externen Informationsanforderungen vom Staat, von Versicherern und seitens der Öffentlichkeit orientieren. Schon deshalb müssten die Kennzahlen verschiedener Spitäler unterschiedlich sein, was in der Praxis nicht zutrifft. Infolge des mangelhaften Strategiebezugs der erhobenen Kennzahlen werden keine Entscheidungshilfen bei Zielkonflikten geboten, etwa bei der Wahl zwischen hoher Belegung und hohen Behandlungskosten. Die derzeitigen Kennzahlensysteme verfügen somit nicht über die erforderliche Wegweiserfunktion.

Mangelnde Kommunikation

Kennzahlen können nur dann steuernde Kraft entfalten, wenn «Ist» und «Soll» den Akteuren an der Front bekannt sind und wenn diese das Ergebnis beein-

Tabelle 1

Defizite aktueller Kennzahlen im Spitalbereich.

Einseitigkeit	Finanzlastigkeit Dominanz materieller gegenüber immateriellen Unternehmenswerten Einzelleistungsorientierung
Begrenzte Aussagefähigkeit	Vergangenheitsorientierung Aggregationsgrad der Daten Unsicherheit trendbasierter Zukunftsprognosen
Fehlende Handlungshilfe	Mangelnder Bezug zu Zielen und Strategien Keine Auflösung von Zielkonflikten
Mangelnde Kommunikation	Unzureichende Verbreitung von Soll-Ist-Informationen

flussen können. Beide Voraussetzungen sind bei den derzeitigen Kennzahlensystemen nicht gegeben.

In einem Spital bedeuten Erhebung, Verteilung und Diskussion von Kennzahlen erheblichen Aufwand, der auch monetär beziffert werden kann. Deshalb muss eine wesentliche Relevanz dieser Daten für Steuerung und Entwicklung des Unternehmens gefordert werden. In dieser Hinsicht versagen die derzeitigen Kennzahlensysteme. Wenn diese dennoch bislang weder ersetzt noch ersatzlos gestrichen wurden, so liegt dies daran, dass viele Kennzahlen aus gesetzlich vorgeschriebenen Rechenschaftsberichten abgeleitet werden können. Aus genau diesem Grund sind aber unspezifische Kennzahlen für die Spitalführung wenig geeignet.

Alternative Kennzahlensysteme zur Unternehmenssteuerung

Etwas vereinfacht können drei Entwicklungsstufen der Kennzahlensysteme zur Unternehmenssteuerung unterschieden werden: Auf klassischen Finanzkennzahlen beruhende Konzepte, Kombinationen monetärer und nicht-monetärer Kennzahlen sowie Systeme zur strategischen Unternehmenssteuerung.

Unternehmenssteuerung über Finanzkennzahlen
 Unternehmenssteuerung über Finanzkennzahlen basiert auf dem klassischen Konzept von DuPont [5], das die wirtschaftlichen Ergebnisse in bezug auf das eingesetzte Kapital zu analysieren und zu steuern sucht (Abb. 1). Der «return on investment» (ROI) ist die entscheidende Zielgrösse, und schon deshalb sind diese Kennzahlen für den Spitalbereich problematisch: Mit Ausnahme privater Spitäler ist weder das investierte Kapital («investment») bekannt noch der Gewinn («return») die wesentliche Zielgrösse.

Unternehmenssteuerung über monetäre und nicht-monetäre Kennzahlen

Unternehmenssteuerung über monetäre und nicht-monetäre Kennzahlen, die meist branchenspezifisch als «key performance indicators» (KPI) oder Hauptleistungsindikatoren definiert werden, stellen eine wichtige Weiterentwicklung dar: Der Einschluss nicht-monetärer Indikatoren trägt der zunehmend grösseren Bedeutung der immateriellen Produktionsfaktoren (Qualifikation, Netzwerke) gegenüber den klassischen materiellen Produktionsfaktoren (Maschinen, Gebäude, Grund und Boden) Rechnung [3]. Allerdings erfordern nicht-monetäre Kennzahlen eine Bewertung vergleichsweise flüchtiger und subjektiver Grössen, wie etwa Qualifikation, Teamfähigkeit und Motivation der Mitarbeiter. Die wertmässige Erfassung solcher immaterieller Faktoren ist schwieriger als die Bewertung materieller Unternehmenswerte. Dennoch gibt es insbesondere in Dienstleistungsunternehmen und der New Economy keine Alternative, weil die immateriellen Faktoren in diesen Branchen schon heute wichtiger als die traditionellen materiellen Produktionsfaktoren sind [3]. Dies gilt auch für den Spitalbereich.

Branchenspezifische Hauptleistungsindikatoren (KPI, s.o.) sind insbesondere zum Leistungsvergleich zwischen Unternehmungen geeignet. Im Spitalbereich werden beispielsweise Angaben zu Verweildauer, Komplikationen, Rehospitalisationsfrequenz und Leistungsdichte (Patienten oder Eingriffe pro Mitarbeiter) genutzt, um die Qualität verschiedener

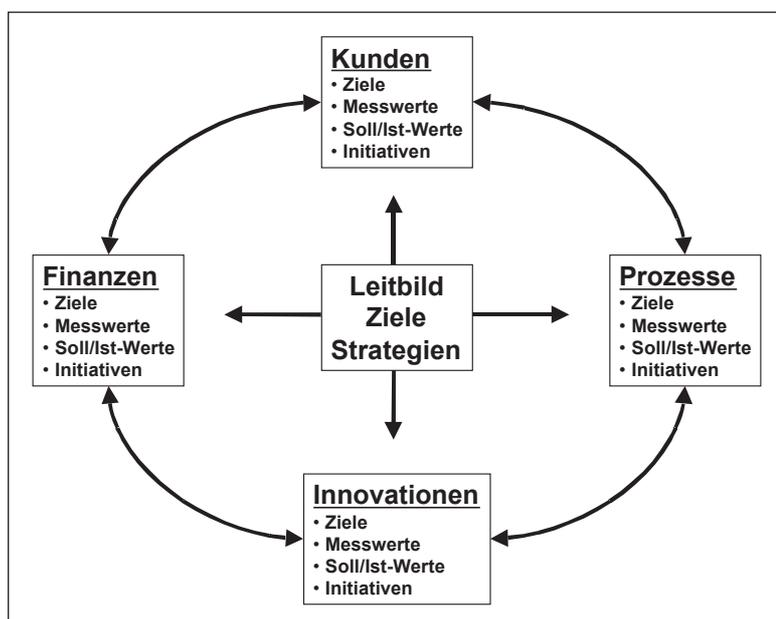
Tabelle 2

Eigenschaften einer Balanced Scorecard.

Zielsetzung	Realisierungsprinzip
Unterstützung der Unternehmensstrategie	Überprüfen der Strategiekonsistenz durch «strategische Kartierung» [14]
Berücksichtigen der Gesamtfunktionen eines Unternehmens	Standardisierte Segmentierung in vier Grunddimensionen (Abb. 2)
Berücksichtigen der Gesamtleistung eines Unternehmens	Einschluss externer (Finanzen, Kunden) und interner Indikatoren (Innovationen, Prozesse)
Lösung strategischer Zielkonflikte	Strategische Kartierung
Analyse von Ursache-Wirkungs-Beziehungen	Strategische Kartierung und anschliessende empirische Validierung
Berücksichtigung materieller und immaterieller Kennzahlen	Dimensionen Innovationen, Prozesse und Kunden zur Erfassung immaterieller Werte
Schaffung eines Frühwarnsystems	Einschluss von Früh- und Spätindikatoren
Einbindung eines Gesamtunternehmens	Kommunikationspotential der Balanced Scorecard

Abbildung 2

Wechselwirkungen der vier Dimensionen der Balanced Scorecard¹ sowie Beeinflussung durch Leitbild, Ziele und Strategien eines Unternehmens (nach [10]).



Spitäler zu vergleichen. Kostenträger und Patienten haben berechtigtes Interesse an diesen Informationen; hingegen helfen diese Kennzahlen der Unternehmensführung kaum weiter, weil sie keinen definierten Bezug zu Zielen und Strategien eines Spitals haben.

Kennzahlensysteme zur strategischen Unternehmenssteuerung

Kennzahlensysteme zur strategischen Unternehmenssteuerung wurden entwickelt, um unternehmensspezifische Ziele unter Berücksichtigung der Interessen unterschiedlicher Anspruchsgruppen zu definieren und umzusetzen [2, 6]. Strategisch ausgewählte Kennzahlen und dem Umfeld entsprechend definierte Zielgrößen sind die Basis solcher Leistungsmesssysteme. Diese Systeme sind Instrumente des strategischen Controlling, die nicht nur Leistungen, Aufwendungen und Erträge erfassen, sondern zugleich kontinuierlich prüfen, ob im Unternehmen die strategisch richtigen Dinge getan werden [7].

Für die Spitalführung haben strategische Steuerungssysteme besondere Bedeutung, weil seitens Patienten, Zuweiser, Versicherer und Öffentlichkeit –

um nur die wichtigsten Gruppen zu nennen – sehr unterschiedliche und konfliktträchtige Ansprüche gestellt werden [8]. Es gilt, diese Ansprüche im Hinblick auf strategische Zielvorgaben zu bewerten, um konkrete Handlungen auszulösen und ergebnismässig zu überwachen.

Das Konzept der Balanced Scorecard

Die Balanced Scorecard wurde 1992 von Robert S. Kaplan und David P. Norton als ein Instrument der Leistungserfassung vorgestellt [2] und in der Folge von den Autoren [9–11] und von anderen Experten [12–13] zu einem Instrument des strategischen Management weiterentwickelt. Dieses Führungsinstrument beinhaltet Methoden zu Entwicklung, Umsetzung, Monitoring und Kommunikation von Unternehmensstrategien. Es hat sich inzwischen in der Praxis von gewinnorientierten und gemeinnützigen Unternehmungen gleichermaßen bewährt.

Die Balanced Scorecard basiert auf der ebenso einfachen wie sinnvollen Strukturierung betrieblichen Handelns in die vier Dimensionen¹ Finanzen, Kunden, interne Prozesse und Innovationen² (Abb. 2). Dieses Konzept hat grundsätzliche Gültigkeit, denn ohne Innovation, kompetitive Prozessqualität, zufriedene Kunden und ein ausgeglichenes Finanzergebnis können Unternehmungen nicht längerfristig überleben – Spitäler unter Bedingungen zunehmenden Wettbewerbs eingeschlossen. Ebenso führt einseitige Fokussierung auf einzelne Dimensionen zu Schwierigkeiten: Das gilt für die kurzfristige Optimierung der Finanzen durch Veräusserung von Vermögenswerten oder Verzicht auf Investitionen ebenso wie für die Fokussierung auf Innovationen ohne Berücksichtigung von Kundenbedürfnissen. Beide Risiken sind auch im Gesundheitswesen bekannt.

Weitere wesentliche Eigenschaften der Balanced Scorecard sind Strategiebezug sowie Potential zu Konfliktlösung und Kommunikation (Tab. 2). Leitbild, resultierende Unternehmensziele und Unternehmensstrategien bestimmen die Detailziele in den vier Dimensionen der Scorecard (Abb. 2). Darüber hinaus bestehen wechselseitige Abhängigkeiten der Detailziele, die sich in ihrer Wirkung gegenseitig unterstützen müssen. Beispielsweise bestimmt die Strategie, welche Finanzmittel für welche Innovationen bereitgestellt werden müssen, um interne Prozesse zu optimieren, Kunden an das Unternehmen zu binden und die eingesetzten Investivmittel zu refinanzieren. Solche Überlegungen werden durch die Balanced Scorecard systematisch gefördert. Sie sind auch im Gesundheitsbereich zunehmend unverzichtbar.

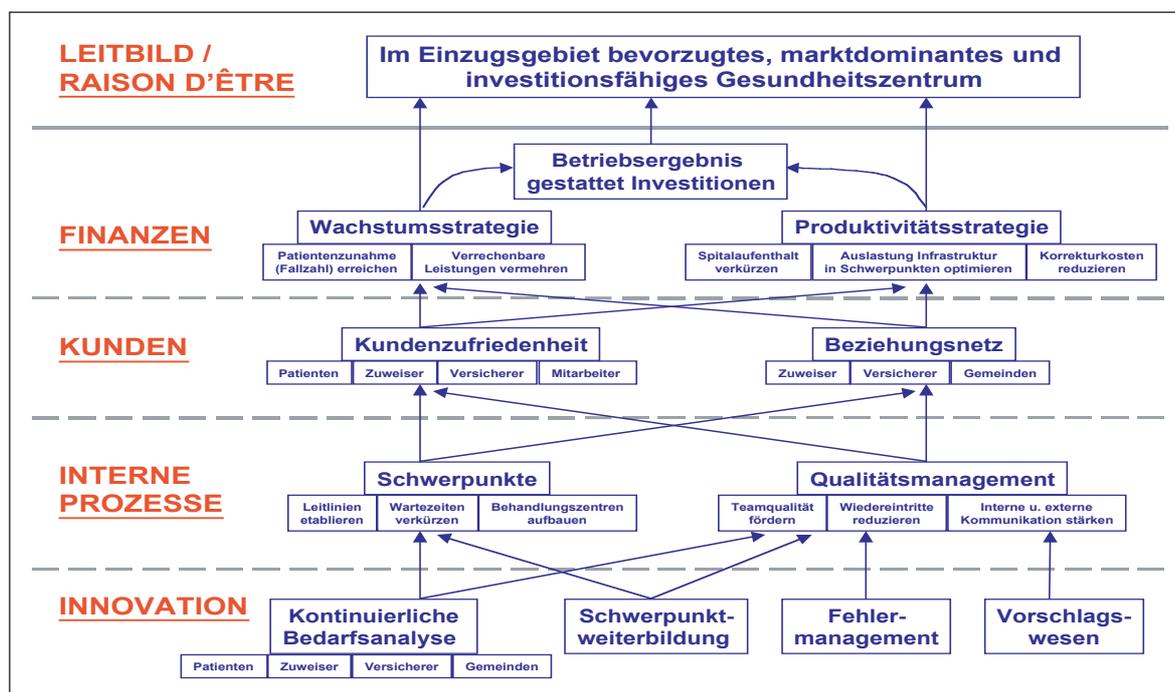
Die Balanced Scorecard bietet ferner Handlungshilfen für den Konfliktfall verschiedener Ziele und Ansprüche: Die formulierte Unternehmensstrategie wird zum Entscheidungskriterium. Mittels strategischer Kartierung (vgl. Abb. 3–5) werden Ursache-Wirkungs-Beziehungen der Detailziele dargestellt, so dass Konflikte erkannt und gelöst werden können [14].

¹ Zu Anzahl der Dimensionen und der Definition der Dimension «Innovationen» gibt es inzwischen unterschiedliche Vorschläge: Gelegentlich wird eine Erweiterung um unternehmensspezifische fünfte oder sechste Dimensionen vorgeschlagen, beispielsweise um bestimmte Kundengruppen [12] oder die Bedeutung der Mitarbeiter herauszuheben [9]. Allerdings können diese Gruppen ebenso in den bekannten Dimensionen integriert werden: Mitarbeiter beispielsweise als interne Kundengruppe in der Dimension «Kunden».

² Die Dimension «Innovation» wurde ursprünglich als «learning and growth» definiert [9]: Inhaltlich geht es allerdings um die interne Weiterentwicklung von Unternehmenspotentialen, weshalb der deutschsprachige Begriff der Innovation angemessen erscheint.

Abbildung 3

Strategische Karte eines Gesamtsitals. Dargestellt sind die generischen strategischen Ziele (z. B. Wachstum, Produktivitätssteigerung), die entsprechenden spezifischen Unternehmensziele sowie deren Wechselwirkungen.



Die Systematik der Balanced Scorecard erleichtert Ausarbeitung und Umsetzung einer konsistenten Unternehmensstrategie durch die gleichzeitige Beachtung unternehmensinterner (Innovationen, Prozesse) und -externer Variablen (Kunden, Finanzen) sowie durch den Einschluss von Früh- und Spätindikatoren: Zwischen Frühindikatoren (beispielsweise Zufriedenheit der Hausärzte) und Spätindikatoren (beispielsweise Zuweisungsfrequenz der Hausärzte) bestehen hypothetische Ursache-Wirkungs-Beziehungen, die eine Scorecard validieren und nutzen kann: Letztlich ist man zwar an der Entwicklung der Spätindikatoren («lag indicators») interessiert, aber die Erfassung der Frühindikatoren («lead indicators») ist im Sinne eines Frühwarnsystems zusätzlich sinnvoll. Bei unerwünschten Entwicklungen erlauben Frühindikatoren rechtzeitige Gegenmassnahmen.

Für verschiedene Unternehmenseinheiten (z. B. Abteilungen eines Spitals) ist die Definition von Sub-Scorecards möglich, deren Konsistenz mit den betrieblichen Gesamtzielen durch das Balanced-Scorecard-Konzept sichergestellt werden kann.

Da die Scorecards insgesamt wenige Ziele in nur vier Dimensionen beinhalten, ist die informationstechnologische Visualisierung leicht möglich: Somit wird eine breite Kommunikation von Soll- und Istzustand sowie von Zielvereinbarungen und Zielerreichung unterstützt. Mit dieser Eigenschaft wird die Umsetzung von Unternehmensstrategien wirksam gefördert. Dies gilt besonders für Unternehmungen mit hoher Autonomie ihrer Untereinheiten, beispielsweise also in Spitälern, deren Abteilungen traditio-

nell hohe Selbständigkeit geniessen und dennoch zusammenwirken sollten.

Die Praxis der Balanced Scorecard

Die Balanced Scorecard ist keine Theorie, sondern ein praktisches Führungsinstrument. Deshalb sollen die einzelnen Schritte der Umsetzung an einem Beispiel erläutert werden,³ auch wenn diese Schritte nicht sequentiell, sondern nach Möglichkeit simultan abgearbeitet werden sollen. Beispielsweise sollte mit der Analyse der Informatikstruktur eines Spitals (Schritt 6) unmittelbar nach dem Entscheid für das Balanced-Scorecard-Projekt begonnen werden.

Vorbedingung

Vorbedingung für ein Balanced-Scorecard-Projekt ist die Definition von Zielen, Ressourcen und Unterstützung. Man muss sich Klarheit verschaffen, welche Ziele mit dem Projekt im Spital erreicht werden sollen und ob dieses strategische Führungsinstrument dazu geeignet ist. Zudem ist die Unterstützung durch Unternehmensleitung und Beteiligte schon deshalb essentiell, weil mit der Einführung der Balanced

³ Im Rahmen eines Forschungsprojekts wurde die dargestellte Balanced Scorecard seitens der Forschungsabteilung des Departments Chirurgie der Universität Basel und der SAS Institute AG, Brüttsellen, realisiert. Der Zugang zu vertraulichen Informationen, den die Forschungsgruppe erhielt, wird verdankt und die Vertraulichkeit durch Anonymisierung aller Informationen gewahrt.

Tabelle 3

Abstimmung von Zielen, Messwerten und Massnahmen im strategischen Kontext einer definierten Balanced Scorecard. Die Bezeichnungen «lag» und «lead» qualifizieren das jeweilige Kriterium als Treiber- respektive Ergebnisvariable.

Perspektive	Ziel	Messwert	lead/lag	Initiative
<i>Finanzen</i>	Investitionsfähigkeit	Operativer Ertrag (Fr.)	lag	Folge aller Initiativen
	Zunahme Patienten	Fälle p.a.	lag	Folge aller Initiativen
	Zunahme erbrachter Leistungen	Leistungen p.a.	lag	Folge aller Initiativen
	Verkürzen Spitalaufenthalt	Aufenthaltsdauer (d)	lead	Etablieren Leitlinien
<i>Kunden</i>	Optimieren der Infrastrukturauslastung in Schwerpunkten	Auslastung Dialyse (%), Auslastung Ops (%)	lead	Etablieren Leitlinien
	Rückgang Fehlerkosten	Komplikationen (%)	lead	Einführung Qualitätsmanagement
	Patientenzufriedenheit	Befragungsscore	lag	Befragung jedes 10. Patienten
<i>Prozesse</i>	Zuweiserezufriedenheit	Befragungsscore	lag	Befragung bei jeder 10. Zuweisung
	Versichererzufriedenheit	Befragungsscore	lag	Jahresgespräch
	Mitarbeiterzufriedenheit	Befragungsscore	lag	Jährliches Interview via Intranet
	Enger Kontakt mit Zuweisern	Veranstaltungspräsenz	lead	Fortbildungsangebot in Schwerpunkten
	Minimieren Wiedereintritte	Ung geplante Wiedereintritte (%)	lag	Weiterbildung, Leitlinien
	Kurze Wartezeit auf elektive Operationen	Eintritt – Operation (h)	lag	Weiterbildung, Leitlinien
	Kurze Wartezeit Warten auf Aufgebot in Schwerpunkten	Anmeldung – Aufgebot (d)	lag	Weiterbildung, Leitlinien
<i>Innovation</i>	Hohe Teamqualität	Patientenbefragung	lag	Weiterbildung
	Standardisierte Abläufe in Schwerpunkten	Beachtung der Leitlinien (%)	lead	Weiterbildung, Leitlinien einschliesslich Checklisten
	Effiziente Kommunikation mit Zuweisern	Ereignis (Aufnahme, Ops, Austritt) – Bericht (d)	lead	Leitlinien
	Kenntnis der Bedürfnisse aller Partner	Befragung Zuweiser, Versicherer, Gemeinden	lead	Kontinuierliche Befragung etablieren und auswerten
	Kompetenz in Schwerpunkten	Weiterbildungen (n/MA)	lead	Interne und externe Weiterbildung fördern
	Fehlermanagement	Reports (n/Zeiteinheit)	lead	Aufbau eines anonymisierten Critical-Incidents-Reporting-Systems
Verbesserungsvorschläge	Vorschläge (n/MA×Zeit)	lead	Aufbau und Förderung Vorschlagswesens	

Scorecard die Unternehmenskultur verändert wird, schon allein infolge der ungewohnten Transparenz von Zielen und Leistungsgeschehen. Schliesslich müssen zeitliche und monetäre Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Gültigkeitsbereiche und Architektur

Gültigkeitsbereiche und Architektur der Balanced Scorecard, also die teilnehmenden Kliniken und Abteilungen, müssen definiert werden: Auf der obersten Ebene sollte die Scorecard für ein Spital oder für eine Spitalgruppe entwickelt werden (Unternehmensscorecard). Die Scorecards der nachfolgenden Ebenen (Kliniken, Abteilungen) müssen anschliessend geplant und auf Konsistenz geprüft werden. Im Beispiel wurde eine Spital-Scorecard (Abb. 3) und eine abgeleitete Scorecard für die Folgeebene einer Chirurgischen Abteilung definiert (Abb. 4).

Strategische Ziele

Strategische Ziele, die sich aus Historie, Umfeld und Leitbild einer Unternehmung ergeben, müssen erarbeitet werden. Es ist dabei sinnvoll, das Leitbild so prägnant und verkürzt wie möglich zu definieren, um es zur Prüfung der Übereinstimmung von Einzelzielen in den vier Dimensionen heranzuziehen. Im

Beispiel wurde das Leitbild auf einen einzigen Satz komprimiert, der allerdings zentrale Aussagen zum Markt, zur Technologie und zur Unternehmensstrategie vermittelt (Abb. 3). Zudem wurde sichergestellt, dass das Leitbild der nachfolgenden Unternehmensseinheit vollständige Konsistenz aufweist (Abb. 4).

Mittelfristige Unternehmensziele

Konkrete Unternehmensziele sind anschliessend zu entwickeln, den vier Dimensionen zuzuordnen und auf Konsistenz mit den strategischen Zielen zu prüfen. Die Methode der strategischen Kartierung ist dabei hilfreich, wobei auf der Unternehmensebene (Gesamtspital oder Spitalgruppe) begonnen wird (Abb. 3). Anschliessend muss die Konsistenz der nachgeordneten Einheiten geprüft und erarbeitet werden (Abb. 4). Für die anschliessende Umsetzung ist es wichtig, sich schon jetzt auf wenige und wesentliche Ziele zu beschränken. Diese Ziele sollen das Spital von anderen unterscheiden (Differenzierung) und ihm Chancen im Wettbewerb eröffnen (Kundenorientierung). Ferner muss die Zielerreichung durch Massnahmen oder Verhalten der Mitarbeiter beeinflussbar sein. Im Beispiel kann nachvollzogen werden, dass alle gewählten Ziele von den Mitarbeitern beeinflussbar sind und die Gesamtziele des Spitals unterstützen.

Abbildung 4

Strategische Subkarte der Chirurgischen Abteilung desselben Spitals (vgl. Abb. 3). Die Balanced Scorecard dieser Ebene, die eine Stufe unter der Ebene des Gesamtspitals angesiedelt ist, zeigt Übereinstimmung in sämtlichen Grundzügen und zusätzliche Details, beispielsweise hinsichtlich konkreter Festlegung der Schwerpunkte.

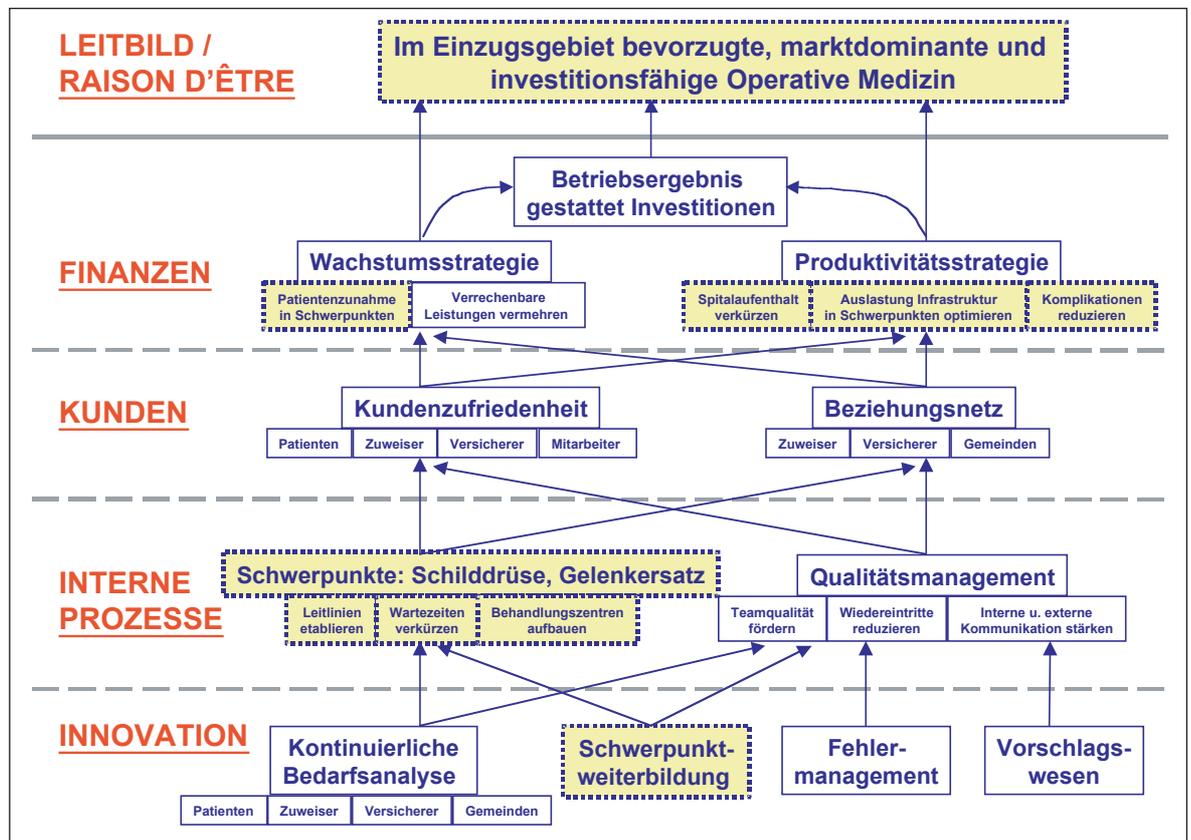
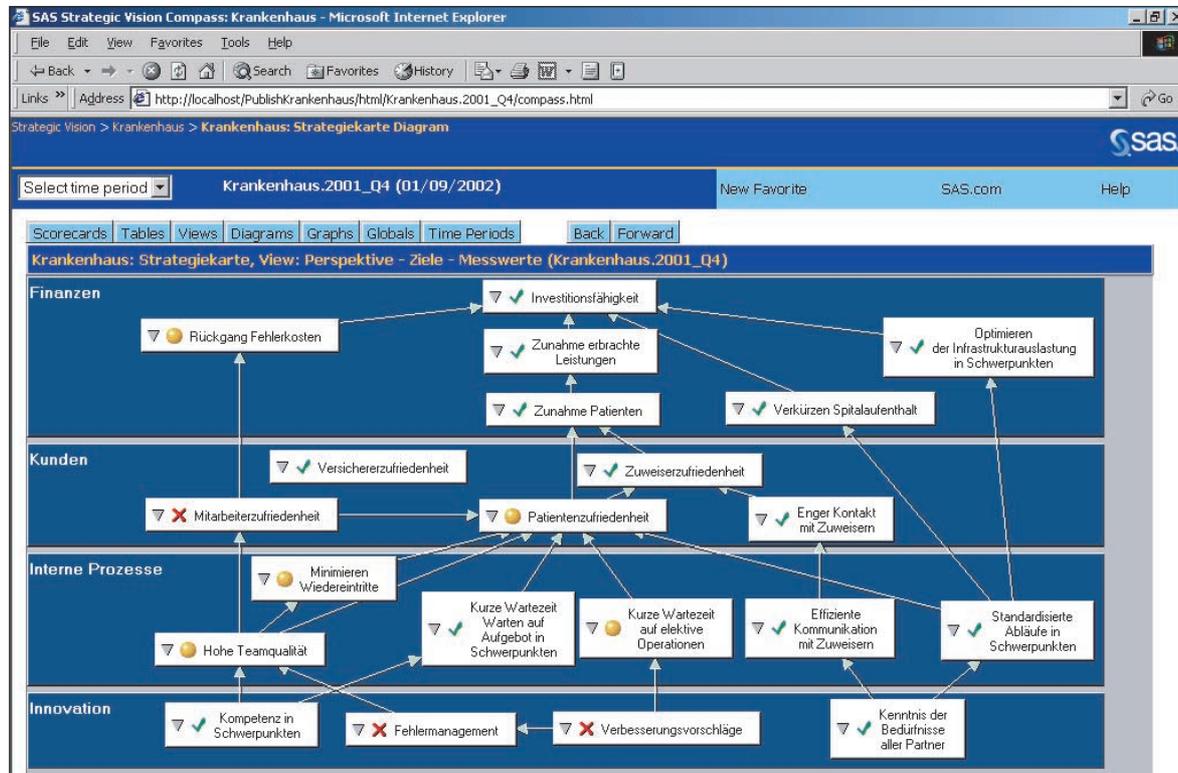


Abbildung 5

EDV-gestützte Umsetzung der Strategiekarte. Die Software Strategic Vision (SAS Institute AG, Brüttisellen) erlaubt nicht nur die Darstellung der gewählten Kennzahlen, deren visuelle Einordnung in Ziel- (grüner Haken), Warn- (gelbe Kugel) oder Problembereich (rotes Kreuz), sondern auch die Überprüfung der Ursache-Wirkungs-Annahmen: Im Beispiel zeigt die fehlende Verknüpfung des Kriteriums «Versichererzufriedenheit» mit Kriterien der Nicht-Kundendimensionen, dass keine plausible Beziehung zur aktuellen Strategie besteht. Deshalb wird dieses Kriterium letztlich gestrichen.



Konkrete Messwerte

Konkrete Messwerte müssen festgelegt und den vier Perspektiven zugeordnet werden (Tab. 3). Dabei darf man sich nicht von der Verfügbarkeit einiger Daten verführen lassen: Sonst entsteht ein Kennzahlenwerk von zweifelhaftem Nutzen. Die Relevanz jedes Messwertes für die zuvor festgelegten strategischen Ziele muss sichergestellt sein, wenn ein strategisches Führungssystem entstehen soll. Es ist sinnvoller, einige Positionen (zunächst) leer zu belassen, als nicht-strategierelevante Messwerte einzuführen. Wenn für jede Dimension und jedes Ziel gleichermaßen Treiber- und Ergebnisvariable definiert werden können, ist dies hilfreich: Man verfügt dann über Frühindikatoren und Ergebnisindikatoren gleichermaßen und kann den vermuteten kausalen Zusammenhang später empirisch überprüfen. Wenn den Zielen jeweils konkrete Massnahmen zugeordnet werden können, spricht dies für die Beeinflussbarkeit der gewählten Zielgrösse. Ferner müssen für alle Messwerte Soll- und Ist-Werte, Datenquelle, Periodizität der Erhebung und Verantwortlichkeiten festgelegt werden.⁴

Informationstechnologische Rahmenbedingungen
 Informationstechnologische Rahmenbedingungen verdienen frühzeitige Analyse, weil die Installation der Balanced Scorecard wesentlich von den informa-

tionstechnologischen Möglichkeiten des Spitals beeinflusst wird. Dabei geht es ebenso um den Datenimport aus bestehenden Klinikinformationssystemen wie um die spätere Kommunikation der Balanced Scorecard über Intra- oder Internet. Für erste Versuche erscheinen einfache Hilfsmittel wie Excel-Tabellen oft ausreichend; sehr bald erfordern aber Datenextraktion und spitalweite Kommunikation den Einsatz spezialisierter Software (Abb. 5). Die notwendige Investitionsentscheidung sollte nicht zu lange hinausgezögert werden. Durchaus nicht alle Daten müssen vom Spital selber erhoben werden: Insbesondere für Kundenbefragungen (Patienten, Zuweiser, Versicherer) kann Outsourcing vorteilhaft sein.

Probeinstallationen

Probeinstallationen bereits unter Einschluss mehrerer Unternehmensebenen (Gesamtspital, Kliniken, Abteilungen) können auf dieser Basis kurzfristig erarbeitet und getestet werden. Dabei kann man sich mit Schätzungen oder simulierten Daten zufriedengeben, bis Echtdaten erhältlich sind. In unserem Beispiel waren Testläufe bereits nach 4monatiger Arbeitsphase möglich. Die anschliessende Bewertung der befragten

⁴ Auf die Angabe der konkreten Zielwerte wurde im Beispiel aus Gründen der Vertraulichkeit verzichtet.

Kadermitarbeiter sprach dafür, dass die Balanced Scorecard wesentliche Bedürfnisse der Mitarbeiter eines Spitals abdeckte (Abb. 6). Auch wenn aus dieser Befragung keine Hinweise auf die Erreichung der Unternehmensziele abgeleitet werden können, so sichert doch die Akzeptanz des Systems bei den Mitarbeitern einen ersten wichtigen Schritt auf diesem Weg.

Automatisierte Abläufe

Automatisierte Abläufe, also die Anforderung und Extraktion von Daten aus Spitalinformationssystemen, die Erzeugung der definierten Kennzahlen und die Verbreitung der Balanced Scorecard über Intra- oder Internet, fördern Produktivität und Effizienz des Systems. Sie sollten softwaremässig unterstützt und möglichst rasch nach der Testphase installiert werden.

Anpassungen der Balanced Scorecard

Anpassungen der Balanced Scorecard müssen nicht nur nach Abschluss der Testphase, sondern fortlaufend durchgeführt werden. Die Zielgrößen sind mindestens jährlich zu überprüfen, während der Rhythmus der Strategieüberprüfung von der Dynamik des Umfelds abhängt. Schliesslich ist die Balanced Scorecard kein Messsystem, das den Informationsbedarf externer Interessengruppen (Öffentlichkeit, Kassen, Zuweiser) befriedigen soll, sondern ein betriebliches Führungsinstrument, das die Effizienz eines Spitalbetriebs kontinuierlich zu verbessern erlaubt.

Schlussfolgerungen

Wie jede Unternehmensführung braucht auch die Spitalführung Kennzahlen. Allerdings erfüllen die heute mehrheitlich eingesetzten Systeme die Anforderungen einer strategierorientierten Spitalführung nicht. Dies gilt sowohl für die wenig zielorientierten Messkriterien als auch für die unzureichende Erfassung immaterieller Leistungen und Werte, deren Bedeutung heute unbestritten ist [3].

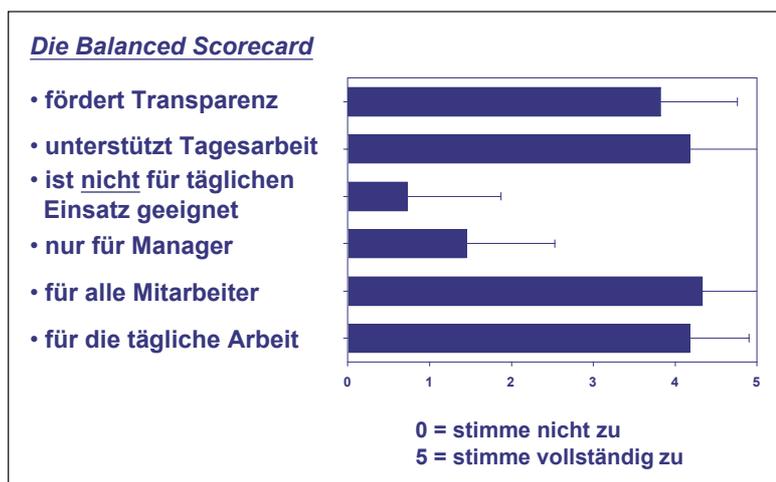
Die Balanced Scorecard erfüllt wesentliche Bedingungen, die an ein strategierorientiertes Führungssystem gestellt werden müssen. Dieses Instrument stellt hinsichtlich Strategieorientierung und Kommunikationspotential eine Innovation dar und ist keine Modeerscheinung der Beratungsindustrie [4]. Die Balanced Scorecard ist für gemeinnützige und gewinnorientierte Unternehmungen gleichermaßen geeignet, unterstützt die rationale Lösung von Zielkonflikten und gestattet die Kommunikation von Soll-Ist-Vergleichen strategisch wichtiger Zielgrößen über ein Gesamtunternehmen. Die Architektur der Balanced Scorecard kann eine Unternehmensorganisation adäquat abbilden und erlaubt die Entwicklung eines hierarchischen und konsistenten Scorecard-Systems.

Zum Einsatz in Spitälern wurde die Balanced Scorecard verschiedentlich empfohlen [15–17]. Längerfristige Erfahrungen sind allerdings noch rar: Im Duke Children's Hospital, Durham, USA, wurden über einen fünfjährigen Beobachtungszeitraum gleichzeitige Verbesserungen von Behandlungsqualität und wirtschaftlichem Ergebnis erreicht und auf die Einführung der Balanced Scorecard zurückgeführt [17]. Damit wird das Potential der Balanced Scorecard für den Spitalbereich bestätigt.

Die Einführung einer Balanced Scorecard stellt einige Anforderungen: Engagement der Führungsebene, personelle und finanzielle Mittel, die Erarbeitung einer dem Umfeld angemessenen Spitalstrategie sowie Kompetenz in Balanced-Scorecard-Methodik und Informationstechnologie sind unverzichtbar. Unter solchen Voraussetzungen kann ein mächtiges Führungsinstrument geschaffen werden, welches ein Dienstleistungsunternehmen auf gemeinsame Ziele ausrichtet und diese mit hoher Erfolgsaussicht verfolgen lässt. Gerade für Spitäler ist diese konsistente strategische Ausrichtung wichtig: Zu oft stehen grundsätzlich nachvollziehbare Interessen von Abteilungen und Berufsgruppen dem Gesamterfolg eines Spitals im Wege. Die Balanced Scorecard kann für Identifizierung und Umsetzung prioritärer Ziele eines Gesamtsitals wesentliche Hilfestellung bieten.

Abbildung 6

Bewertung der Balanced-Scorecard-Pilotinstallation durch Kadermitarbeiter des Spitals aufgrund eines schriftlich und anonym beantworteten Fragebogens.



Literatur

- 1 Barney JB. Gaining and sustaining competitive advantage. New York: Edison Wesley Publishing Company; 1996.
- 2 Kaplan RS, Norton DP. The Balanced Scorecard. Measures that drive performance. Harvard Business Review 1992; 70(1):71-9.
- 3 Rifkin J. The weightless economy. The age of access. New York: J. P. Tarcher/Putnan; 2000.
- 4 Speckbacher G, Bischof J. Die Balanced Scorecard als innovatives Managementsystem. Konzeptionelle Grundlagen und Stand der Anwendung in deutschen Unternehmen. Betriebswirtschaft 2000;60(6):795-810.
- 5 Kaplan RS. The evolution of management accounting. Accounting Review 1984;59(3):390-418.
- 6 Atkinson AA, Waterhouse JH, Wells RB. Stakeholder approach to strategic performance measurement. Sloan Management Review 1997;38(3):25-37.
- 7 Barbier L. Vernachlässigtes strategisches Controlling. Ein Frühwarnsystem für die Unternehmensspitze. Neue Zürcher Zeitung, 24. Dezember 2001; S. 18.
- 8 Fottler MD. Assessing key stakeholders: Who matters to hospitals and why. Hospital Health Service Admin 1989; 34(4):525-46.
- 9 Kaplan RS, Norton DP. Translating strategy into action. The balanced scorecard. Boston: Harvard Business School Press; 1996.
- 10 Kaplan RS, Norton DP. Using the Balanced Scorecard as a strategic management system. Harvard Business Review 1996;74(1):75-85.
- 11 Kaplan RS, Norton DP. The strategy-focused organization. How balanced scorecard companies thrive in the new business environment. Boston: Harvard Business School Press; 2001.
- 12 Horvath P, Kaufmann L. Balanced Scorecard. Ein Werkzeug zur Umsetzung von Strategien. Harvard Business Manager 2001;20(5):39-48.
- 13 Weber J, Schäffer U. Balanced Scorecard. Gedanken zur Einordnung des Konzepts in das bisherige Controlling-Instrumentarium. Zeitschrift für Planung 1998;9(4):341-65.
- 14 Kaplan RS, Norton DP. Having trouble with your strategy? Then map it. Harvard Business Review 2000;78(5):167-77.
- 15 Einwag M, Häusler E. Die Steuerung von Krankenhäusern über Balanced Scorecard. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2001;18(1):20-1.
- 16 Heberer M. Erfolgsfaktoren der Krankenhausführung. Chirurg 1998;69:1305-12.
- 17 Meliones J. Saving money, saving lives. Harvard Business Review 2000;78(6):57-67.