

Die Balanced Scorecard als Steuerungsinstrument im Krankenhaus

Von Dr. Peter Borges, Köln*) und Dr. Ralf Schmidt, Aachen**)

Seit mehreren Jahren erfährt die Methode der Balanced Scorecard eine weite Verbreitung in den führenden Industrieunternehmen. In zunehmendem Maße findet dieser Ansatz auch Verbreitung im Krankenhausesektor. Der Beitrag beschreibt zunächst die Ursachen für die Komplexität des Leistungsgeschehens im Krankenhaus und die aktuellen Herausforderungen, mit denen die Krankenhäuser derzeit konfrontiert werden. Im Anschluß an eine Darstellung der Methode der Balanced Scorecard, wird anhand eines aktuellen Praxisbeispiels die Umsetzung in einem Universitätsklinikum beschrieben und bewertet.

1 Einleitung

Seit ca. 7 Jahren erfreut sich die Methode der Balanced Scorecard zunehmender Beliebtheit beim Management führender deutscher Unternehmen. Mittlerweile setzen mehr als 40% der DAX 100-Unternehmen die Anfang der 90er Jahre von Kaplan und Norton entwickelten Methode zur strategischen Steuerung des Unternehmens ein. Inzwischen mehren sich jedoch aus Sicht der Kritiker die Indizien dafür, dass sich die Balanced Scorecard dem absteigenden Ast ihrer Lebenszykluskurve und ihrem „Ausverkauf“ zu nähern scheint: Ungeachtet dieser Entwicklungen und der altbekannten Diskussionsbeiträge, es handle sich bei der Balanced Scorecard ohnehin nur um „alten Wein in neuen Schläuchen“, erhält die Scorecard verspäteten aber breiten Einzug im Krankenhausesektor.

So stellt sich die Frage, was wirklich dran ist an dieser Methode und inwieweit sie geeignet ist, Krankenhäuser auf dem Weg durch das unruhige Fahrwasser der bevorstehenden Veränderungen des Gesundheitsmarktes zu begleiten.

Nach einem kurzen Überblick über die wichtigsten zukünftigen Herausforderungen für Krankenhäuser ist es das Ziel dieses Beitrags, die Praxistauglichkeit der Methode im Krankenhausesektor einer kritischen Prüfung zu unterziehen. Dabei wird auf Grundzüge der Methodik ebenso eingegangen wie auf konkrete Anwendungsbeispiele und –erfahrungen im Krankenhaus, die insbesondere auf der Entwicklung einer Balanced Scorecard für eine deutsche Universitätsklinik beruhen.

2 Notwendigkeit neuer Steuerungssysteme im Krankenhaus

Die Entscheidung, das Entgeltsystem im Krankenhausbereich auf DRG's umzustellen, hat weitreichende Auswirkungen auf die Struktur und internen Steuerungsmechanismen der deutschen Krankenhäuser zur Folge. Viele der für die Krankenhäuser zu erwartenden Konsequenzen, wie sie in der gegenwärtigen „Prä-DRG-Phase“ diskutiert werden, sind nicht neu, sondern aus den Jahren 1995/96 bestens

*) Geschäftsführender Gesellschafter der GEBERA mbH, Richard-Wagner-Strasse 9-11, 50674 Köln, e-mail: borges@gebera.de

***) Geschäftsführender Gesellschafter der team steffenhagen GmbH marketing research & consulting, Vaalser Str. 17, 52064 Aachen, e-mail: schmidt@steffenhagen.com

bekannt, in denen die Fallpauschalen und Sonderentgelte eingeführt wurden. Dennoch ist die gegenwärtige Situation für die Krankenhäuser deutlich anders zu bewerten: Machten die pauschalierten Entgelte bislang nur einen Teil des Gesamtbudgets aus, so wird in Zukunft der gesamte Leistungsbereich des Krankenhauses über Festpreise vergütet. Die Kompensationsmöglichkeiten über Ist-Kostenbasierte Abteilungspflegesätze entfallen für die Krankenhäuser.

Die akute Gefahr, finanzielle Verluste zu erleiden und die gleichzeitig abnehmende Bereitschaft und Fähigkeit der Krankenhausträger, diese Verluste auszugleichen in Verbindung mit den vorhandenen Überkapazitäten im stationären Krankenhausbereich, führen zu einem stark erhöhten Wettbewerbsdruck bis hin zu einer akuten Existenzbedrohung für viele Krankenhäuser.

Die pauschalierte Vergütung des gesamten Behandlungsfalles macht deshalb eine integrative, d.h. funktions- und abteilungsübergreifende betriebswirtschaftliche Planung und Steuerung aller Leistungsprozesse erforderlich.

Dies gilt insbesondere auch vor dem Hintergrund, daß die Einführung der DRG's zu einer weiteren zeitlichen Komprimierung der Behandlungsprozesse führen wird, was in kontinuierlich sinkenden stationären Verweildauern der Patienten zum Ausdruck kommt und stark erhöhte Anforderungen an die Organisation der Schnittstellen zwischen allen beteiligten Funktionen und Abteilungen zur Folge hat.

Abgesehen von diesen aktuellen Entwicklungen, weist das „Unternehmen Krankenhaus“ Charakteristika auf, die – verglichen mit Industrieunternehmen – erheblich komplexitäts-steigernd wirken:

a) Hohe Arbeitsteiligkeit durch zunehmende Spezialisierung und Aufgabenvielfalt

Der medizinische Fortschritt bewirkt eine immer stärkere Verzweigung und Spezialisierung von Fachgebieten und Aufgabenumfang. Die Arbeitsteiligkeit bei der Behandlung eines Patienten nimmt stark zu und führt zu einer hohen organisatorischen Komplexität hinsichtlich der Planung und Koordination der einzelnen beteiligten Abteilungen und Funktionen.

b) Funktions- statt prozeßorientierte Aufbauorganisation

Die – teilweise gesetzlich vorgeschriebene – Aufbauorganisation von Krankenhäusern trägt der zuvor dargestellten hohen Arbeitsteiligkeit und Spezialisierung insofern Rechnung, als Aufgabenbereiche, die spezifisches Know-how erfordern und mit teuren, medizinischen Technologien und Geräten ausgestattet werden, zu eigenständigen (Organisationsbereichen) Abteilungen zusammengefaßt werden. Hieraus resultiert selbst in kleinen Krankenhäusern eine sehr hohe Anzahl Abteilungen, deren Teilprozesse mit hohem Aufwand koordiniert werden müssen.

c) Hohe Individualität der Leistungsprozesse

Selbst bei gleicher Diagnose sind in Abhängigkeit patienten- und systemindividueller Parameter vielfältige Kombinationen der Teilprozesse und Varianten der Aktivitäten selbst möglich.

d) Hohe Entscheidungsautonomie der Funktionen

Die 3-Säulen-Organisation deutscher Krankenhäuser mit einer Trennung in die Bereiche Verwaltung, Medizin und Pflege sowie die inhaltliche Gestaltung von Chefarztverträgen (Abteilungsleitern) führen zu einer sehr hohen Entscheidungsautonomie der jeweiligen Funktionen und somit in der Regel stark eingeschränk-

ten Einflußmöglichkeiten auf die Gestaltung der Leistungsprozesse in den einzelnen Teilbereichen eines Krankenhauses.

e) Dezentrale Planung des Leistungsgeschehens

In Krankenhäusern existiert - im Gegensatz zu Industriebetrieben - keine „Konstruktion“ die zentral unter einheitlichen Gesichtspunkten das Leistungsgeschehen plant und überwacht. Es erfolgt vielmehr eine dezentrale Planung und Ausgestaltung des Leistungsgeschehens aufgrund der aufbauorganisatorischen Eigenständigkeit der Funktionen in Form von Abteilungen. Der zeitlich und inhaltlich vollständige Behandlungsablauf eines Patienten im Krankenhaus ist den einzelnen Beteiligten oftmals nicht bekannt. Ein „Auftragsmanager“ im Sinne eines Case Managers existiert nicht.

f) Mangelnde Ausrichtung des Leistungsgeschehens auf übergeordnete betriebswirtschaftliche Zielgrößen

Eine Reduktion der organisatorischen Komplexität anhand von allgemein akzeptierten und übergeordneten betriebswirtschaftlichen Zielkriterien ist aufgrund der zuvor skizzierten Überlegungen, insbesondere aber aufgrund der Ziel- und Interessenkonflikte zwischen den „Stakeholdern“ im Krankenhaus stark erschwert. Die Ausrichtung des eigenen Handelns im ärztlichen und pflegerischen Bereich unterliegt oftmals anderen Zielsetzungen als der Verwaltung. Betriebswirtschaftliche Zielgrößen variieren aber auch zwischen dem Krankenhaus (Erlösoptimierung) und den Krankenkassen (Ausgabenminimierung). Ähnliche Ziel- und Interessenkonflikte existieren auch zwischen den externen Anspruchsgruppen eines Krankenhauses.

g) Erschwerte Bewertung der medizinisch initiierten Leistungen und Leistungsprozesse unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten

Der überwiegende Teil der Leistungsprozesse und damit auch der Kostenverursachung im Krankenhaus ist medizinisch initiiert. Eine Bewertung dieser Leistungen hinsichtlich Notwendigkeit, Effizienz und Effektivität ist für einen Nicht-Mediziner fast unmöglich. Erst die umfangreiche Sammlung und Analyse von Informationen über die klinischen Teilprozesse in Form von Indikatoren und Benchmarks schaffen die hierfür notwendige Transparenz bzw. Informationsbasis (z.B. Tracer-Diagnosen).

Die Komplexität des Leistungsgeschehens im Krankenhaus in Verbindung mit den aktuellen Herausforderungen verdeutlicht den Bedarf an neuen Steuerungssystemen. Da eine radikale Reorganisation der Krankenhausstrukturen kurzfristig eher unwahrscheinlich ist, bedarf es eines Instrumentariums, das die bestehende Komplexität beherrschbar macht.

Die Balanced Scorecard versucht, durch eine konsequente Fokussierung auf die strategisch wirklich bedeutsamen Zielgrößen und deren Quantifizierung, eben dies zu erreichen. Diese Zielgrößen sind nicht – wie bei allen übrigen Kennzahlensystemen – normativ vorgegeben, sondern resultieren aus der individuellen Unternehmensstrategie und den spezifischen Stärken und Schwächen der einzelnen Einheiten. Inwieweit dieses Konzept geeignet ist, die aktuelle Problemstellung in Krankenhäusern zu lösen, wird im Folgenden beleuchtet.

3 Grundlagen der Balanced Scorecard

3.1 Überblick

Primäres Ziel der Balanced Scorecard ist es, die Strategieumsetzung in Unternehmen zu unterstützen und das Engagement der Mitarbeiter auf die Strategie und die Vision des Unternehmens auszurichten¹.

Die BSC schließt damit die methodische Lücke zwischen Strategieentwicklung und Tagesgeschäft und bietet zugleich die Möglichkeit, den strategischen Erfolg des Unternehmens auch jenseits der finanziellen Ziele im Sinne von Frühindikatoren zu messen.

„Making strategy everyone's job“ und die Fokussierung der gesamten Organisation auf die Strategie sind kurz gefasst die Ansprüche der Balanced Scorecard². Hierzu werden auf mehreren Ebenen strategische Ziele definiert, die durch eindeutige Kennzahlen konkretisiert und der Messbarkeit überführt werden. Die Ziele sind durch Ursache-Wirkungsbeziehung miteinander verbunden und werden mit Zielwerten versehen.

Abbildung 1 zeigt die logische Verknüpfung der Zielebenen bzw. Perspektiven „Finanzen“, „Kunden“, „Prozesse“ und „Potentiale“, die gewissermaßen den BSC-Standard repräsentieren. Sowohl die Bezeichnung der Ebenen, als auch ihre Anzahl und Anordnung kann je nach Anwendungsfall variieren³.

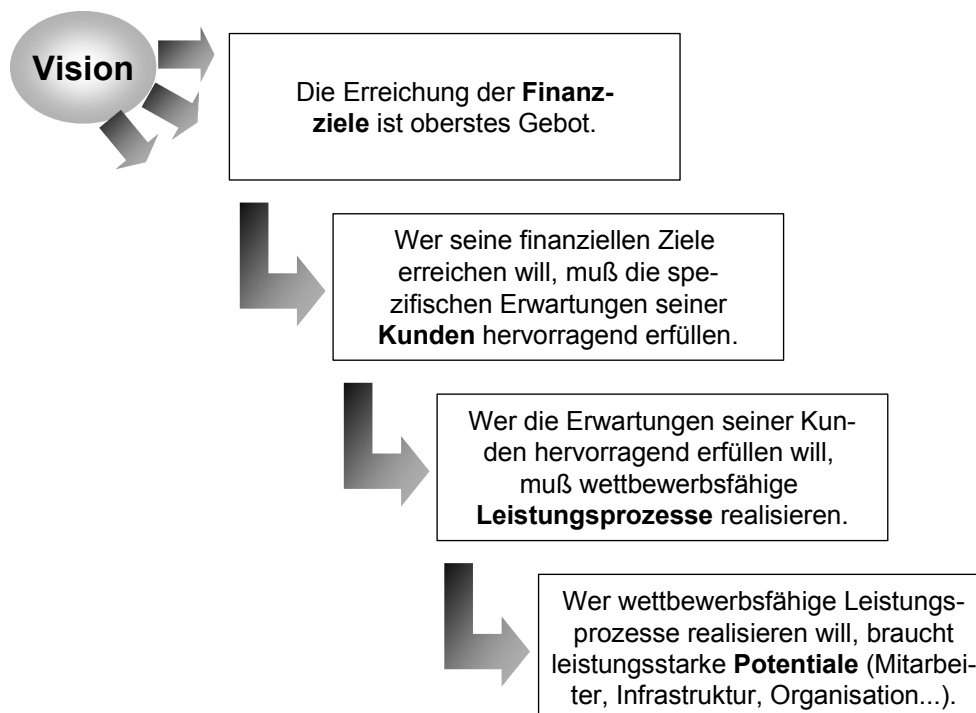


Abb.1: Die 4 Perspektiven der Balanced Scorecard

¹ Vgl. Kaplan, R. S. / Norton, D. P.: Die strategiefokussierte Organisation, Stuttgart 2001, S. VII. Zur methodischen Vorgehensweise der Balanced Scorecard vgl. z.B. Horváth & Partner (Hrsg.): Balanced Scorecard umsetzen, Stuttgart 2000, S. 9ff.

² Vgl. Kaplan, R. S. / Norton, D. P. (2001), ebenda, S. 12f.

³ Vgl. Kaplan, R. S. / Norton, D. P.: Balanced Scorecard, Stuttgart 1997, S. 33f.

3.2 Methodik

Abbildung 2 zeigt zusammenfassend das Grundgerüst der Balanced Scorecard: Auf den i.d.R. vier Perspektiven werden strategische Ziele durch *Kennzahlen* und *Zielvorgaben* eindeutig konkretisiert. Bei Bedarf werden *Initiativen* bzw. *Projekte* ergänzt, die die Erreichung der Zielwerte ermöglichen oder unterstützen sollen.

Die Scorecard

Auf jeder Ebene/Perspektive für jedes Ziel zu definieren:

- eindeutige **Kennzahl**
- **Zielvorgabe** (eindeutige Meßbarkeit)
- bei Bedarf konkrete **Initiative**

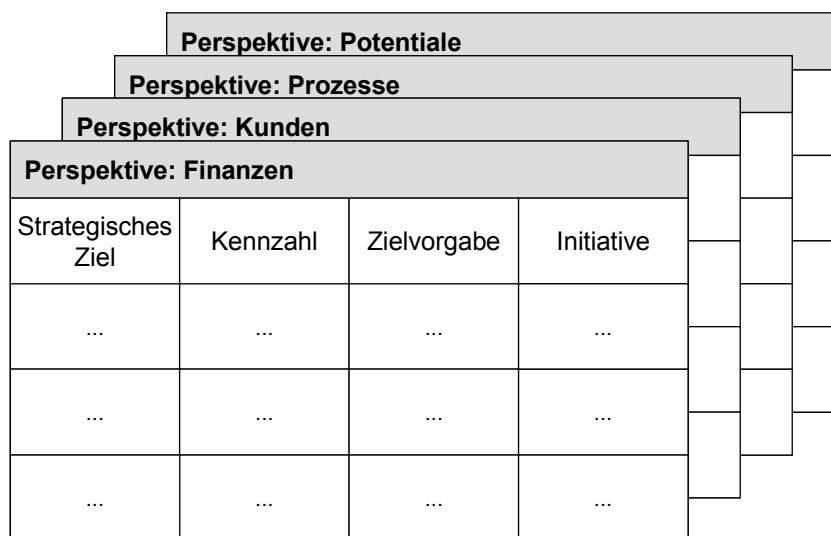


Abb.2: Grundgerüst der Balanced Scorecard

Eine der größten Herausforderungen bei der Entwicklung einer Balanced Scorecard besteht in der Fokussierung auf die ca. 20 wichtigsten strategischen Ziele des Unternehmens, die in Ursache-Wirkungsbeziehungen zueinander stehen (müssen) und so alle einen zumindest indirekten Beitrag zur Erfüllung der übergeordneten Finanzziele leisten.

Abbildung 3 zeigt die strategischen Ziele eines Herstellers von Kopiergeräten, deren Ursache-Wirkungs-Beziehungen zueinander durch diese Strategy Map zum Ausdruck kommen.

An diesem Beispiel wird auch die Frühwarnfunktion einer Balanced Scorecard deutlich: Durch die Quantifizierung aller aufgeführten Ziele ist es diesem Unternehmen möglich, bspw. schon heute Mißstände auf der Potentialebene aufzudecken, die ohne Intervention später zu Einbußen bei dem Unternehmensergebnis führen können. Traditionell werden dagegen häufig nur die finanziellen Zielgrößen konsequent erfasst und berichtet. Eine Analyse der Ursache für ein rückläufiges Unternehmensergebnis würde dann erst rückwirkend eingeleitet, jedoch ohne über Daten zu den eher weichen Zielen der nachgelagerten Ebenen zu verfügen. Inwieweit die nachlassende Motivation der Mitarbeiter und eine fehlende Feedback-Kultur im Unternehmen für die Fehlentwicklung ursächlich waren, ließe sich datengestützt nachträglich nicht zweifelsfrei feststellen.



Abb. 3: Beispiel einer Strategy Map

Vorausgesetzt, alle in der Strategy Map dieses Unternehmens festgehaltenen strategischen Erfolgsfaktoren ließen sich zuverlässig messen, steht mit der Balanced Scorecard durch die kontinuierliche Messung der Istwerte und den Abgleich mit den Zielwerten folglich ein Navigationssystem zur Verfügung, das dem Top Management jederzeit verdeutlicht, inwieweit es auf strategischem Kurs ist und in welchen Bereichen aktiv gegengesteuert werden sollte. Damit ist ein weiterer Bereich angesprochen, der bei „hartgesottene“ Controllern häufig Skepsis hervorruft. Im Gegensatz zur Messung finanzieller Zielgrößen ist die Messung der häufig eher weichen Ziele der übrigen Perspektiven mindestens ungewohnt. Erst langsam setzt sich die Erkenntnis durch, dass die Marktforschung gut geeignete Methoden bereitstellt, um auf der Kundenperspektive Ziele wie Kundenzufriedenheit oder Kundenbindung zuverlässig zu messen.

Doch wie kann man die Erreichung der Ziele „interne Kundenorientierung“ oder „Kundenbetreuung aktiver gestalten“ quantitativ erfassen? Abbildung 4 zeigt Beispiele zu Kennzahlen der zuvor erläuterten Strategy Map. Dabei gibt es für jedes Ziel bzw. jede Kennzahl ein ganzes Bündel möglicher Kennzahlen. Bei der Entscheidung für eine Kennzahl kommt es folglich darauf an, genau die Operationalisierung des jeweiligen Ziels zu wählen, die laut Konsens des Top Managements das Ziel im Sinne der Unternehmensstrategie treffend konkretisiert.

Mit Strategy Map, Kennzahlen und Zielwerten ist die Strategie des Unternehmens interpretationsfrei dokumentiert und leicht kommunizierbar. Die Scorecard trägt so entscheidend zu Klarheit und Konsens bei und ermöglicht eine einheitliche strategische Ausrichtung. Zugleich bietet sie Cockpit-Funktionalität für das Top Management und einen Orientierungsrahmen für die Mitarbeiter. Um die Strategie tatsächlich zu „everyone’s everyday job“ zu machen, bedarf es aber weiterer Schritte, nämlich dem Herunterbrechen der Scorecard auf Organisationseinheiten des Unternehmens und dem der Scorecard-Implementierung.

Ziele, Meßgrößen, Zielwerte, Aktionen			
Strategisches Ziel	Messgrößen	Zielwerte	Strategische Aktionen
Unternehmensergebnis steigern	CFROI	18%	
Konkurrenzfähige Kostenstruktur aufbauen	% Gesamtkosten vom Umsatz ...	80% ...	
Internation. Wachstum vorantreiben	Gesamtumsatz	2Mrd. DM	Task Force Pacific
Einfachgeräte am Markt positionieren (cheap but good)	Marktanteil im Massensegment Bewertungsindex Händler	12% 88 Punkte	Marketingoffensive Einrichten Händlerforum
Funktionssicherheit erhöhen	Anzahl Störfälle	-45%	Projektgruppe einrichten
Kundenbetreuung aktiver gestalten	Wiederverkaufsquote	75%	Key Account Management
Produkte standardisieren	Gleichteilekosten / ges. Mat.kosten	65%	Benchmarking Baukastenanalyse
Interne Kundenorientierung erhöhen	Schnittstellen-Befragungsindex	75 Punkte	Einführung Prozessmanagem.

© Horváth & Partner 2000

Abb. 4: Beispiele für Ziele und Kennzahlen

3.3 Roll-out und Implementierung

Der Roll-out der Scorecard betrifft das "Herunterbrechen" der Scorecard auf Abteilungen oder Organisationseinheiten - ggf. auch auf einzelne Mitarbeiter - des Unternehmens. Hierbei gibt es im Wesentlichen folgende unterschiedlichen Ansätze⁴:

- a) eigenständige Scorecard für die Organisationseinheit, die zur Scorecard des Unternehmens kompatibel ist,
- b) Auswahl der für die Organisationseinheit relevanten strategischen Ziele der Gesamt-Scorecard,
- c) Übertragung der Gesamt-Scorecard mit allen Zielen und angepassten Zielwerten auf die Organisationseinheit,
- d) Auswahl von Zielen gem. a oder b, die durch zusätzliche Ziele der Organisationseinheit ohne direkten Bezug zur Gesamt-Scorecard ergänzt werden.

Ergebnis des Roll-outs sind Scorecards für einzelne Organisationseinheiten, die deren Beitrag zur Umsetzung der Strategie des Unternehmens abbilden und dadurch eine größere Handlungsnähe für die betroffenen Mitarbeiter aufweisen als die Gesamt-Scorecard.

Die Implementierung der Gesamt- oder Bereichs-Scorecards umfasst dagegen die Ausrichtung des gesamten Managementsystems auf die entwickelte Scorecard. Hierzu zählen u.a.

- die Verzahnung der Balanced Scorecard mit dem Prozess der strategischen und operativen Planung,
- die Kopplung von Scorecard und Budgetierung,

⁴ Vgl. Horváth & Partner (2000), ebenda, S. 225ff.

- die Verbindung zwischen Controlling und Balanced Scorecard,
- die Integration der Scorecard in das interne und ggf. externe Berichtswesen,
- die Integration von Scorecard und Qualitätsmanagement,
- die IT-Unterstützung und IT-technische Anbindung der Scorecard,
- die Aufnahme der Balanced Scorecard in Aus- und Weiterbildungskonzepte,
- die Ausrichtung der Führung und Zusammenarbeit auf die Balanced Scorecard inkl. der Durchführung von Mitarbeitergesprächen und nicht zuletzt
- die Kopplung von Anreizsystem und Balanced Scorecard.⁵

Erst wenn diese Integrationsschritte erfolgreich vorgenommen wurden, kann von einer Scorecard-gestützten Unternehmensführung die Rede sein. Zum Beispiel wird es nur selten gelingen, die Strategie tatsächlich zu everyone's job zu machen, wenn es nicht irgendwann ein Scorecard-unterstützendes Anreizsystem inkl. Scorecard-gestützter Zielvereinbarungen und Mitarbeitergespräche gibt.

Während die Scorecard schnell entwickelt ist, vergehen nicht selten 3 bis 4 Jahre, bis ein Unternehmen die vollständige Scorecard-Implementierung erreicht. Häufig ist die Scorecard-Einführung zudem mit einem Prozess des kulturellen Wandels verbunden, an dessen Ende im Erfolgsfall die häufig zitierten Success Stories stehen mögen⁶. Eine dieser Success Stories betrifft auch den US-amerikanischen Krankenhausesektor: So schaffte das Duke Children's Hospital als Universitätsklinik der Duke University Health System in Durham, North Carolina, durch die Einführung der Balanced Scorecard den Turnaround: Die Kosten pro Behandlungsfall und die Verweildauern konnten jeweils um 25% gesenkt werden, während Patientenzufriedenheit und Weiterempfehlung jeweils um 11% verbessert und Rückfallquoten um bis zu 63% reduziert wurden⁷.

Welche Besonderheiten bei der Entwicklung einer Balanced Scorecard in einem deutschen Krankenhaus vor dem Hintergrund der bevorstehenden marktstrukturellen Veränderungen zu beachten sind, ist Gegenstand des folgenden Abschnitts.

4 Die Balanced Scorecard als Steuerungsinstrument im Krankenhaus

4.1 Überblick

Der Versuch, die Grundstruktur der Balanced Scorecard mit ihren vier Perspektiven auf den Krankenhausbereich zu übertragen, wirft zusätzlich zu den normalen Herausforderungen einer Scorecard-Implementierung schnell folgende Fragen auf:

- a) Wie realistisch ist es, daß das Balanced Scorecard-Konzept im Krankenhaus tatsächlich auf eine zukunftsorientierte Strategie und Vision zurückgreifen kann? Oder hat nicht die Regulierung des Marktes über Landeskrankenhausplan und gesetzlich bedingte Budgetrestriktionen ein hohes Maß an Strategie-

⁵ Vgl. z.B. *Horváth & Partner* (2000), ebenda, S. 253ff.

⁶ Vgl. z.B. das vielzitierte Scorecard-Beispiel der Mobil North America Marketing and Refining bei *Kaplan, R. S. / Norton, D. P.* (2001), ebenda, S. 27ff.

⁷ Vgl. *Kaplan, R. S. / Norton, D. P.* (2001), ebenda, S. 19f. und S. 135ff. Ein weiteres Beispiel des US-amerikanischen Krankenhausesektors betrifft das Montefiore Hospital in New York. Vgl. ebenda, S. 139ff.

losigkeit zur Folge?⁸ Geht es aufgrund des Strategiemangels im Krankenhaus nicht eher um (häufig dort zu beobachtende) KPI-Scorecards als um „echte“ Balanced Scorecards?⁹ (*Antwort hierauf gibt Abschnitt 4.2.*)

- b) Stehen auch im Krankenhaus finanzielle Ziele an oberster Stelle? Ist das Erreichen finanzieller Ziele tatsächlich das oberste Gebot? Oder besteht der Auftrag eines Krankenhauses nicht viel mehr in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung? (*Antwort hierauf gibt Abschnitt 4.3.*)
- c) Wer sind die Kunden eines Krankenhauses, die in der Kundenperspektive Berücksichtigung finden sollten? Sind es die Patienten und/oder die niedergelassenen Ärzte? Wie steht es um Krankenkassen und die Bevölkerung, bzw. den Teil der Bevölkerung, der nicht zu dem Kreis der Patienten zählt? Oder ist eine Perspektive „Öffentlichkeit“ zu ergänzen? Zählen Lehrkrankenhäuser zum Beispiel ebenfalls zu den Kunden eines Universitätsklinikums? Sind die Medizinstudenten bei einem Universitätsklinikum den Kunden oder den Potenzialen des Hauses zuzuordnen? (*Antwort hierauf gibt ebenfalls Abschnitt 4.3.*)
- d) Wenn auf der Kundenperspektive eine solche Vielzahl von Kunden oder besser Anspruchsgruppen zu berücksichtigen sind: Wie geht man mit der daraus folgenden Komplexität der Scorecard um, die doch eigentlich nicht vielmehr als 20 bis 25 Meßgrößen umfassen sollte?¹⁰ (*Antwort hierauf gibt Abschnitt 4.4.*)
- e) Wie und in welcher personellen Konstellation kann die Entwicklung einer Balanced Scorecard im Krankenhaus erfolgen? Wie lange dauert die Entwicklung einer Balanced Scorecard? (*Antwort hierauf gibt Abschnitt 4.5.*)
- f) Welche Möglichkeiten bestehen in der hinsichtlich der Führungsstruktur komplexen klassischen „3 Säulen-Organisation“ deutscher Krankenhäuser, eine entwickelte Balanced Scorecard erfolgreich zu implementieren?¹¹ Wie geht man in dieser Hinsicht bspw. mit Chefärzten einer Klinik um, die solchen Managementansätzen in der Regel kritisch gegenüberstehen? (*Antwort hierauf gibt Abschnitt 4.6.*)

Die Beantwortung dieser Fragen kann nicht allgemeingültig erfolgen. Bei einer Scorecard handelt es sich um ein individuell auszugestaltendes Managementsystem, dessen Einführung auch in Krankenhäusern unterschiedlich erfolgen muss. Dennoch sollen im folgenden Antworten auf die o.g. Fragen gegeben werden, die sich insbesondere aus dem Praxisfall der Entwicklung einer Balanced Scorecard für eines der größten Krankenhäuser Europas ergeben. Zusätzlich werden Hinweise eingebunden, die sich aus den wenigen in der Literatur dokumentierten Scorecard-Beispielen des Krankenhausesektors ableiten lassen.

⁸ Vgl. z.B. Conrad, H.-J.: Balanced Scorecard als modernes Management-Instrument im Krankenhaus (2001), S. 125.

⁹ KPI-Scorecard = Key Performance Indicator Scorecard: Eine häufig aus dem Total Quality Management abgeleitete KPI-Scorecard enthält eine Vielzahl wichtiger Messgrößen, die jedoch nicht mit der Strategie in Verbindung gebracht oder aus ihr abgeleitet werden. Ohne Verbindung zur Strategie vermitteln KPI-Scorecards häufig „eine gefährliche Illusion“ (Kaplan, R. S. / Norton, D. P. (2001), ebenda, S. 94).

¹⁰ Vgl. Z.B. Kaplan, R. S. / Norton, D. P. (2001), ebenda, S. 330.

¹¹ Vgl. Conrad, H.-J. (2001), ebenda, S. 124ff.

4.2 Vision und Strategie eines Krankenhauses als Scorecard-Basis

Nach wie vor haben Strategien und Visionen bei Führungskräften im Krankenhaus keine Hochkonjunktur. Auch heute noch sind häufig Führungskulturen anzutreffen, die eher an Verwaltungsaufgaben denn an ein zukunftsorientiertes Management erinnern¹². Die Kommunikation von Vision und Strategie gegenüber den Mitarbeitern tritt beispielsweise gegenüber der Auseinandersetzung mit der Frage in den Hintergrund, ab welcher Führungsebene in Verwaltung und ärztlichem Dienst ein Internetzugang zugestanden werden sollte und in welcher Form eine Betriebsvereinbarung zum Surfen im Internet zu formulieren ist.

Dennoch sind, beispielsweise in Häusern unter kirchlicher Trägerschaft, Visionen oder Leitbilder anzutreffen, die gegenüber aktuellen und potentiellen Patienten des Hauses bspw. in Form von Broschüren, Internet etc. kommuniziert werden.

Ein Beispiel einer solchen Vision, die im Rahmen der Scorecard-Entwicklung der o.g. Universitätsklinik formuliert wurde, gibt Abbildung 5.

Das Profil des Beispiel-Universitätsklinikums

Die Zukunftschancen des Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät beruhen auf der Verbindung von innovativer Forschung, konsequenter Patientenorientierung und effizienter Lehre. Dabei ist Grundvoraussetzung für die Erfüllung unserer Ziele ein wirtschaftliches Handeln.

Ein breites und differenziertes Diagnose- und Therapieangebot für Krankheitsbilder aller Schweregrade soll dem neuesten Stand der wissenschaftlich begründeten Medizin und Technik entsprechen. Gleichmaßen wichtig sind die individuellen Perspektiven und Wünsche der Patienten und ihrer Angehörigen.

Dieses Spannungsfeld erfordert eine hohe Kultur der ärztlichen Verantwortung. Unsere Arbeit geschieht ungeachtet der sozialen, kulturellen und religiösen Zugehörigkeit. Wir streben nach Verbesserung von Lebensqualität und Zufriedenheit der uns anvertrauten Patienten.

Eine hervorragende medizinische Qualität erreichen wir durch gut ausgebildete und motivierte Mitarbeiter, enge interdisziplinäre Zusammenarbeit und ein hohes Maß an Kommunikation und Kooperation. Die Transparenz der Behandlungsabläufe, der Forschungs- und Lehrstrukturen sowie der Verwaltungs-, Management- und Führungsprozesse sind wesentliche Erfolgsfaktoren. Eine gute Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und anderen Partnern im Gesundheitsmarkt ist für unsere Arbeit wichtig.

Durch flexible Nutzung der unterschiedlichen Ressourcen unseres Hauses wollen wir medizinisch und ökonomisch in Krankenversorgung, Aus- und Weiterbildung, Forschung und Lehre zur Spitzengruppe der Universitätskliniken gehören.

Abb. 5: Beispiel einer Vision einer Universitätsklinik

Häufig wird eine solche Vision mit dem Vorwurf der Allgemeingültigkeit und der Austauschbarkeit der Inhalte verbunden. Bei genauem Studium einer (guten) Vision werden jedoch schon wichtige Zielgrößen offensichtlich, die später Bestandteil der Balanced Scorecard sein werden. So wird auch hier deutlich, dass bspw. *Patientenorientierung* und *Partnerschaft mit niedergelassenen Ärzten* wichtige strategische Zielbereiche ansprechen. Ebenso wird aufgezeigt, daß *die individuellen Wünsche der Patienten*, *interdisziplinäre Zusammenarbeit* und *transparente Behandlungsabläufe* ebenso von hoher Bedeutung sind, wie *Diagnose- und Therapieangebote auf dem neuesten Stand der wissenschaftlich begründeten Medizin und Technik*. All diese Aspekte werden später quantifizierbare Bestandteile der Balanced Scorecard sein.

¹² Vgl. Conrad, H.-J. (2001), ebenda, S. 125.

Während die Vision die Vorstellung des Top Managements über das zukünftige Erscheinungsbild des Hauses wiedergibt und vor allem gegenüber den eigenen Mitarbeitern kommuniziert, ist es im Rahmen der Strategie des Hauses eher die Frage,

- welche Zielgruppen
- mit welchen Leistungsschwerpunkten angesprochen werden sollen und
- wie auf Basis der internen Fähigkeiten und Ressourcen sowie aus Sicht der Anspruchsgruppen Wettbewerbsvorteile aufgebaut werden können.¹³

Viele Häuser beschäftigen sich derzeit mit der Herausbildung ausgewiesener Schwerpunkte im Sinne des zweitgenannten Punktes. Hierzu zählt beispielsweise der Zentrumsgedanke mit der Etablierung interdisziplinärer medizinischer Schwerpunkte, wie z.B. einem *Gefäßzentrum* oder einem *interdisziplinären onkologischen Zentrum*.

Im Rahmen der Zielgruppendifkussion wird dagegen häufig auf die zunehmende Bedeutung der Wahlleistungen für Selbstzahler verwiesen, während im Rahmen der angestrebten Wettbewerbsvorteile häufig eine Konzentration auf die Kostenfrage erfolgt. Abbildung 6 macht deutlich, daß die o.g. Universitätsklinik bei dem Auf- und Ausbau von Wettbewerbsvorteilen dagegen sowohl auf Wachstum als auch auf Produktivität setzt.

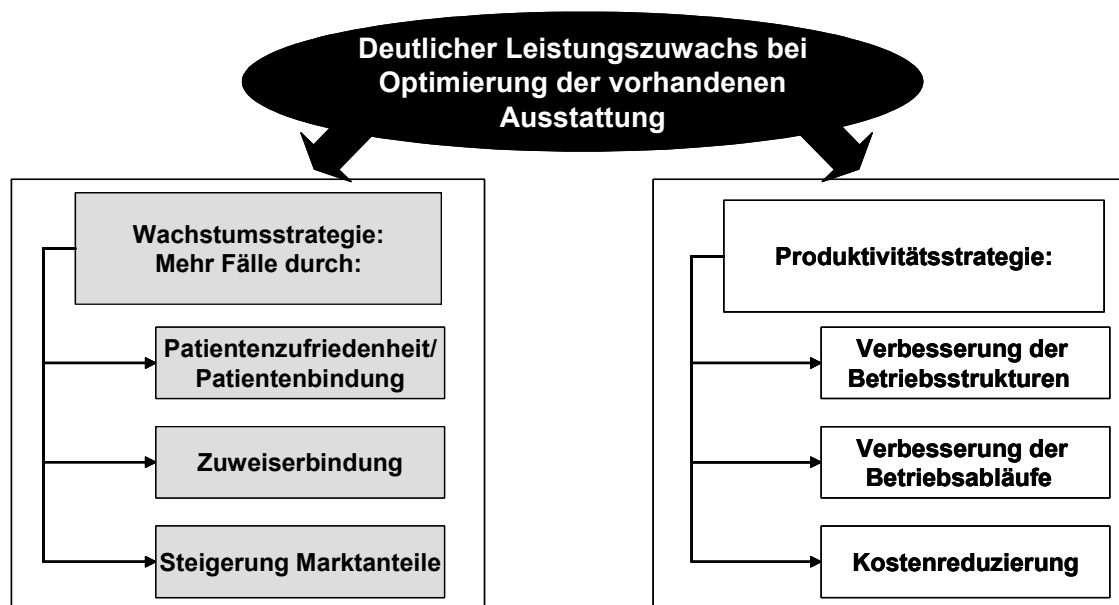


Abb. 6: Beispiel einer Rahmenstrategie einer Universitätsklinik

Die Rahmenstrategie dieses Krankenhauses zeigt die Grundthemen, die auch häufig in Scorcards anderer Wirtschaftszweige anzutreffen sind: Das strategische Thema des angestrebten Wachstums (Wachstumsstrategie) und die Produktivitätsstrategie zur Verbesserung der Kostensituation. Die Wachstumsstrategie beinhaltet hier eine regionale Verdrängungsstrategie, da die Verweildauern abnehmen und von unterproportional steigenden Fallzahlen in der Region auszugehen ist. Beide strategischen Themen bedingen sich gegenseitig, häufig in Form von negativen Korrelationen oder Zielkonflikten. Ziel der Balanced Scorecard wird es später sein, hier eine sinnvolle Balance zu finden. Andere Krankenhäuser sind dage-

¹³ Vgl. Steffenhagen, H.: Marketing. Eine Einführung, Stuttgart u.a., 2000, S. 92ff.

gen gut beraten, ganz andere Schwerpunkte hinsichtlich der strategischen Themen zu setzen. So wird der Fokus vieler städtischer Einrichtungen eher in einer starken Kostenreduktion und der Etablierung neuer Trägerstrukturen liegen, während andere Häuser aufgrund ihrer Wettbewerbsposition eher auf eine stärkere Fokussierung ihrer Leistungen setzen.

Es wird deutlich, dass das Thema der Strategieentwicklung vor dem Hintergrund der bevorstehenden DRG-Einführung an Brisanz, Bedeutung und Dynamik gewinnen wird. Nur Häuser, die sich strategisch mit den Herausforderungen des Marktes auseinandersetzen, werden in Zukunft erfolgreich sein. Eine Strategie ist jedoch nur so gut, wie ihre Umsetzung durch die Mitarbeiter. Hierzu dient die Balanced Scorecard, die eine Vision und Strategie zur Grundvoraussetzung haben sind. Aus diesem Grund beginnt jede Scorecard-Entwicklung mit der Prüfung und ggf. (Weiter-) Entwicklung von Vision und Strategie. In dieser Phase stellt sich in der Krankenhausführung häufig schnell Ernüchterung ein: Anstelle vermeintlich klarer und kommunizierter Strategien deckt der Entwicklungsprozess einer Balanced Scorecard mehr oder weniger starke Unterschiede der Meinungen, Wertungen und Einschätzungen des Top Managements bzw. obersten Führungskreises auf. Diese gilt es vor der eigentlichen Scorecard-Entwicklung durch Einzelgespräche und Workshops zu identifizieren, diskutieren und harmonisieren. Ohne eine solide strategische Basis, würde am Ende der Scorecard-Entwicklung eher eine KPI-Scorecard stehen, die zwar wichtige Kennzahlen zusammenfasst, aber keine Umsetzungshilfe bietet, wie es von einer Balanced Scorecard zu erwarten ist.

4.3 Die Ebenen einer Scorecard im Krankenhaus

Finanzielle Ziele stehen sicherlich nicht immer an erster Stelle. Oberste Priorität dürfte häufig eher der Versorgungsauftrag haben. Gleichwohl wird dieser ohne eine gesunde finanzielle Basis dauerhaft nicht erfüllbar sein. Aus diesem Grunde wird die Kundenebene in Krankenhaus-Scorecards parallel zur Finanzperspektive gleichwertig oder sogar höher angesiedelt¹⁴, während andere Krankenhäuser mit dem traditionellen Konzept auskommen¹⁵.

Im vorliegenden Fall der Universitätsklinik wurde die Anordnung der Abbildung 7 gewählt: Finanzielle Ziele sind im Gegensatz zur Erfüllung der Erwartungen der Anspruchsgruppen nicht primäres Ziel des Hauses. Dennoch wird alles, was auf den nichtfinanziellen Perspektiven gefordert wird, durch die Erreichung finanzieller Ziele erst ermöglicht.

Zusätzlich wird deutlich, mit welcher Komplexität das strategische Handeln im Krankenhaus verbunden ist. So geht es hier um eine Vielfalt an Anspruchsgruppen, von denen folgende in die Balanced Scorecard der Universitätsklinik aufgenommen wurden:

¹⁴ Vgl. z.B. Kaplan, R. S. / Norton, D. P. (2001), ebenda, S. 138 und S. 141.

¹⁵ Vgl. z.B. Conrad, H.-J. (2001), ebenda, S. 81ff.

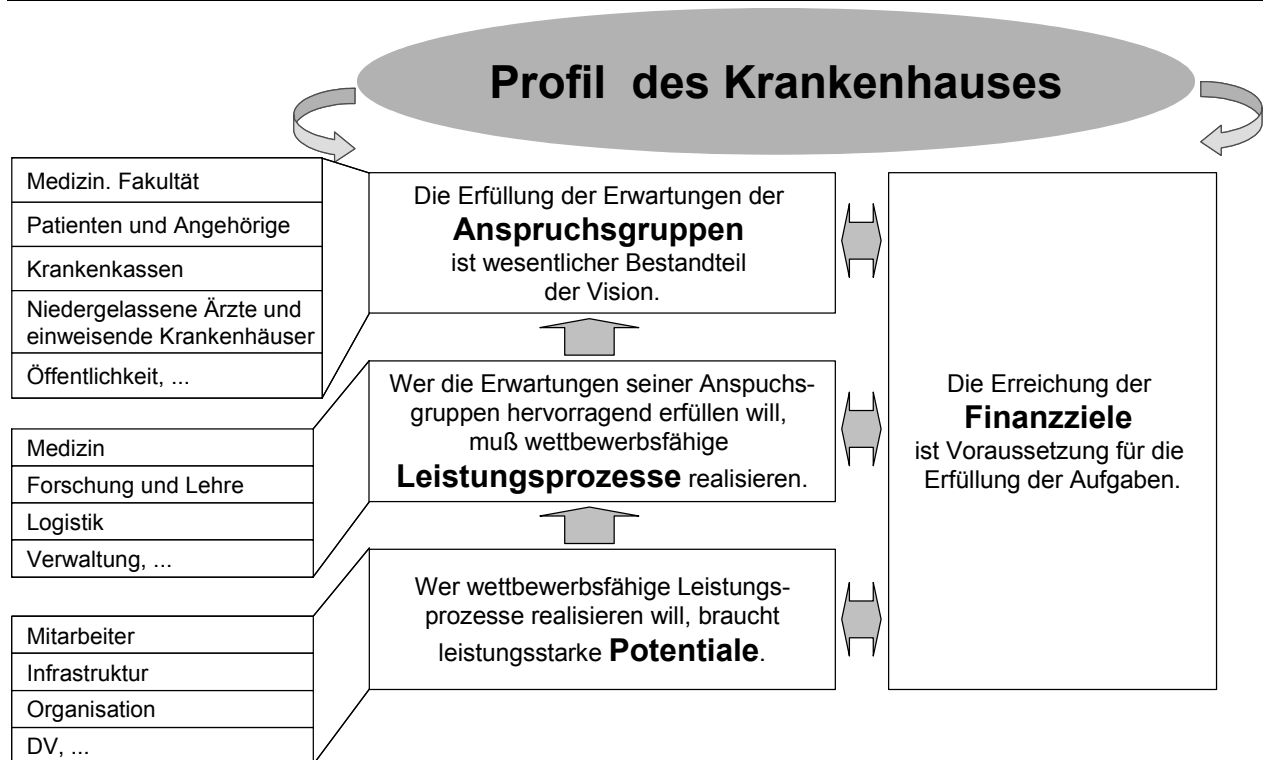


Abb. 7: Die vier Perspektiven im Überblick

- Patienten und ihre Angehörigen,
- niedergelassene Ärzte,
- Medizinstudenten,
- Krankenkassen,
- Fakultät,
- Öffentlichkeit,
- Lehrkrankenhäuser und
- übrige umliegende Krankenhäuser.

4.4 Strategische Ziele und Kennzahlen im Krankenhaus

Die Vielfalt der Anspruchsgruppen und die Komplexität der zu berücksichtigenden Prozesse bergen die Gefahr einer nicht ausreichenden Fokussierung bei der Definition der strategischen Ziele und Kennzahlen. Zusätzlich erhöht wird diese Gefahr durch den Anspruch, eine spezifische Scorecard aufzubauen, die die Strategie des Hauses angemessen wiedergibt. So reicht die Messung der pauschalen Patientenzufriedenheit sicherlich nicht aus, um zu prüfen, ob tatsächlich die gewünschte Positionierung des Hauses erfolgreich umgesetzt wurde. Abbildung 8 zeigt an einem Ausschnitt der Scorecard des Universitätsklinikums, wie die strategischen Ziele durch Ursache-Wirkungsketten miteinander verbunden sind. Hier wird das zentrale Thema der Interdisziplinarität aufgegriffen und gezeigt, welche strategischen Konsequenzen mit der gewünschten Interdisziplinarität (bis zu finanziellen Zielen) verbunden sind und was wichtige Leistungstreiber der Interdisziplinarität sind.

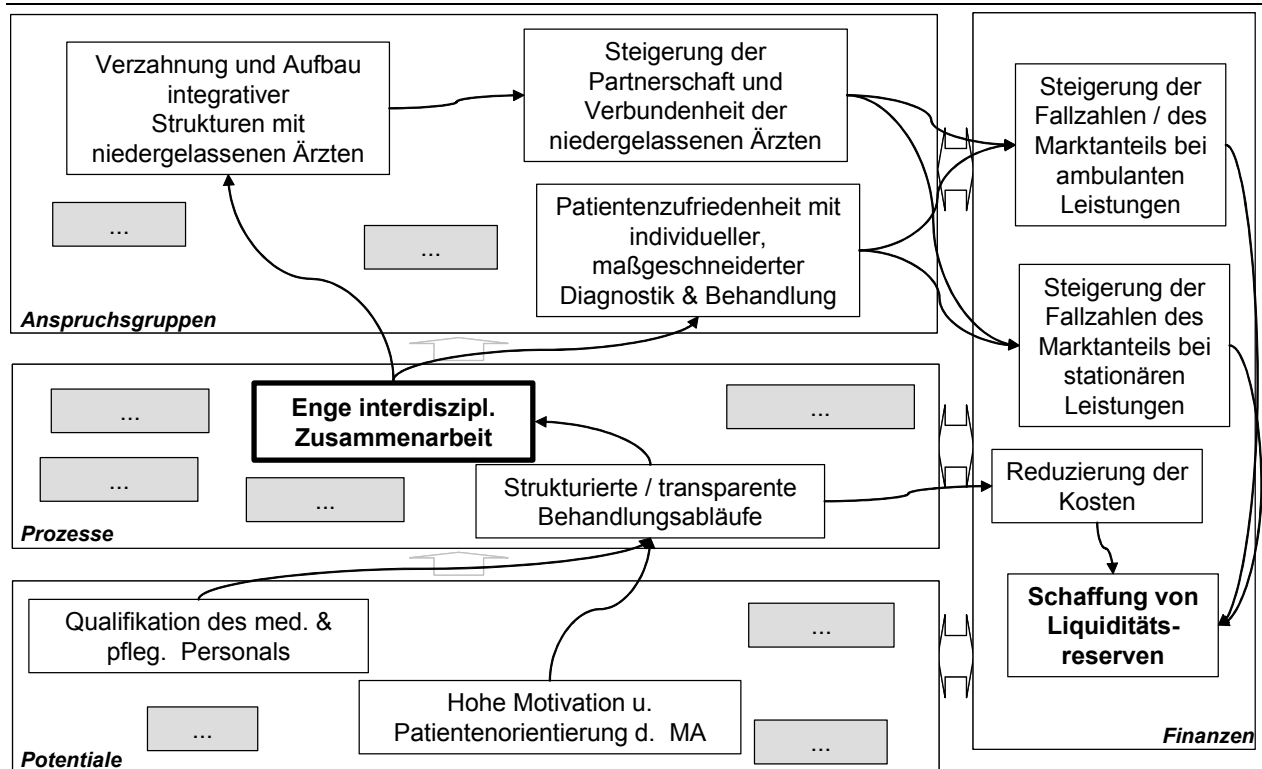


Abb. 8: Ausschnitt der Balanced Scorecard am Beispiel der Interdisziplinarität

Abbildung 9 gibt einen Einblick in ausgewählte Kennzahlen der Scorecard. Es wird deutlich, daß sich auch „qualitativ-weiche“ Ziele, wie die Partnerschaft und Verbundenheit der niedergelassenen Ärzte oder die Zufriedenheit der Patienten, mit der Maßgeschneidertheit der Diagnose und Behandlung nicht der Meßbarkeit entziehen. Dabei wird auf ganz unterschiedliche Meßansätze zurückgegriffen.

Strategisches Ziel	Meßgröße
Steigerung der Fallzahlen / des Marktanteils bei ambulanten Leistungen	Anzahl der stationären Fälle im lfd. Jahr / Anzahl der stationären Fälle im Vorjahr
Steigerung der Fallzahlen / des Marktanteils bei stationären Leistungen	Anzahl der ambulanten Fälle im lfd. Jahr / Anzahl der ambulanten Fälle im Vorjahr
Reduzierung der Kosten	Gesamtkosten d. lfd. Jahres / Gesamtkosten Vorjahr
Steigerung der Partnerschaft und Verbundenheit der niedergelassenen Ärzte	Anzahl der Einweisungen der Stammeinweiser im Vgl. zum Vorjahr
Verzahnung und Aufbau integrativer Strukturen mit niedergelassenen Ärzten	Anzahl neuer Kooperationsverträge, Gemeinschaftsprojekte mit niedergelassenen Ärzten
Patientenzufriedenheit mit individueller, maßgeschneiderter Diagnostik & Behandlung	Zufriedenheitswert der Patienten mit der wahrgenommenen Individualität der Diagnostik u. Behandlung
Enge interdisziplinäre Zusammenarbeit	Anzahl interdisziplinärer Zentren bzw. Projekte
Strukturierte / transparente Behandlungsabläufe	Anzahl etablierter Behandlungs- und Pflegestandards
Hohe Motivation u. Patientenorientierung der MA	Zufriedenheitswert der Patienten mit der Motivation u. Patientenorientierung der Mitarbeiter

Abb. 9: Ausgewählte Kennzahlen

Nach der Definition der Kennzahlen sind für diese Zielwerte festzulegen; i.d.R. für einen Zeitraum von ca. 3 Jahren mit jährlichen Etappenzielen. Zusätzlich können Initiativen aufgesetzt werden, um die Zielerreichung in kritischen Fällen zu unterstützen. Es wird deutlich, daß die Balanced Scorecard zugleich hervorragend geeignet ist, die aktuell bestehende Projektlandschaft im Hinblick auf die strategische Bedeutung der Projekte kritisch zu analysieren.

4.5 Projektorganisation

Es stellt sich die Frage, wie und in welcher Projektorganisation und personellen Konstellation eine Balanced Scorecard im Krankenhaus entwickelt werden kann. In Verbindung mit einer Scorecard-Entwicklung und -implementierung wird auf Gremien hingewiesen, wie z.B. Lenkungsausschuß, Kernteam und erweitertes Team, Arbeitsgruppen sowie Ideenwerkstätten. Zusätzlich werden die Rollen des Scorecard-Eigners, des Scorecard-Architekten sowie der Projektleitung genannt und unterstützende Funktionen, wie Controlling und EDV, in Bezug zur Scorecard-Entwicklung gebracht.¹⁶ Es bleibt festzuhalten, daß die Besetzung der verschiedenen Rollen je nach Anwendungsfall unterschiedlich vorzunehmen ist. Besondere Bedeutung kommt jedoch dem eigentlichen Projektteam, dem Lenkungsausschuß und dem Scorecard-Architekten zu.

Während das Projektteam in den Workshops die eigentliche Arbeit leistet (Ziele und Kennzahlen festlegen, Ursache-Wirkungsbeziehungen freilegen etc.), fungiert der Lenkungsausschuß als Träger der Balanced Scorecard, der die „öffentliche Unterstützung“ der Scorecard sicherstellt und strategische sowie finanzielle Zielvorgaben definiert. Der Scorecard-Architekt arbeitet dagegen aktiv an der Scorecard-Entwicklung und -implementierung mit und ist im Hinblick auf die Balanced Scorecard der interne Prozeßtreiber und Methodenverantwortliche. Unterstützt durch die in der Regel erforderlichen externen Berater sorgt er für die Vorbereitung, Moderation und Nachbereitung der Workshops und stellt die Integration der Scorecard in das Führungssystem des Hauses sicher. Ein hohes Maß an Methodenkompetenz ist hierfür unbedingt erforderlich.¹⁷ Im Falle der Unterstützung durch externe Berater sorgt die gute Besetzung und Qualifikation der Architektenrolle zudem dafür, daß die Entwicklung der Scorecard nicht an die externen Berater delegiert wird und sich dadurch nicht von einer internen zu einer externen Sache wandelt.

Im vorliegenden Falle des Universitätsklinikums bestand die Projektgruppe für die Entwicklung der Gesamt-Scorecard aus den Mitgliedern des Vorstands. Dies war aufgrund der aktuellen Rechtsformänderung und der damit verbundenen neuen Führungsstruktur unabdingbar. Zudem erwies sich dies als sinnvoll, da der Scorecard-Prozess viele strategische Fragen aufwarf, die zu diesem Zeitpunkt nur der Vorstand hinreichend beantworten konnte. Während für die Entwicklung der Gesamt-Scorecard die Besetzung eines Lenkungsausschusses deshalb nicht erforderlich war, kleidet der Vorstand im Rahmen des Roll-out auf die Kliniken und Institute diese Funktion aus. Die Rolle des Scorecard-Architekten übernahm im Rahmen der Entwicklung der Gesamt-Scorecard der Vorstandsvorsitzende, während hierfür im Rahmen des Roll-out entsprechende Fachkräfte qualifiziert werden.

¹⁶ Vgl. Horváth & Partner (2000), ebenda, S. 113ff.

¹⁷ Vgl. Horváth & Partner (2000), ebenda, S. 113f.

Es wird deutlich, daß in diesem Falle die Scorecard-Entwicklung für das gesamte Haus zur „Chefsache“ erklärt wurde. Dies hat eindeutig positive Auswirkung auf die Verbindlichkeit des entwickelten Instruments. Allerdings geht dies zu Lasten der Entwicklungsdauer, die im vorliegenden Fall inkl. der Entwicklung von Vision und Strategie etwas mehr als ein Jahr betrug.

Diese Dauer von der ersten Auseinandersetzung mit der Balanced Scorecard bis zur Entwicklung der Karte für das gesamte Haus übersteigt bei weitem Literaturangaben, die von einer Projektdauer in Höhe von drei bis vier Monaten ausgehen¹⁸. Dennoch scheint eine deutlich längere Entwicklungsdauer nicht ungewöhnlich und wird bei ähnlich komplexen Strukturen einer Universitätsklinik mit gerade abgeschlossenem Rechtsformwandel auch in anderer personeller Konstellation schnell erreicht¹⁹. In kleineren Häusern mit geringeren Komplexitätsgraden sind dagegen kürzere Entwicklungszeiten realisierbar.

4.6 Roll-out und Implementierung im Krankenhaus

Die Gesamt-Scorecard gilt als Rahmen für die Entwicklung eigener Scorecards für die verschiedenen Organisationseinheiten des Krankenhauses. Der Roll-out ist somit entscheidend dafür, daß Strategie und Strategieumsetzung den Mitarbeitern der Organisationseinheiten nähergebracht werden. Ohne den Roll-out besteht die Gefahr, daß die Scorecard des gesamten Hauses zwar eingesetzt und kommuniziert wird, aber noch zu weit weg vom Tagesgeschehen der Mitarbeiter ist, die einem strategisch orientierten Denken und Handeln näher gebracht werden sollen.

Neben den Kliniken und Instituten mit Patientenkontakt sind Organisationseinheiten, wie die Notaufnahme, die Ambulanzen und Polikliniken, die Verwaltung und die Schnittstelle zur Fakultät hier von besonderem Interesse. Ziel des Roll-out auf diese Einheiten ist es, den jeweiligen Strategiebeitrag der Organisationseinheit zu definieren und meßbar zu machen. Der Roll-out erfordert insbesondere eine professionelle Projektorganisation, die die Kompatibilität der Scorecards der Einheiten mit der Gesamt-Scorecard gewährleisten muß.

In dem hier beschriebenen Beispiel der Universitätsklinik kommen dabei alle der unter a bis d in Abschnitt 3.3 genannten Varianten der „Sub-Scorecards“ zum Einsatz.

Die Implementierung der Scorecard umfaßt die in Abschnitt 3.3 genannten Sachverhalte. Von primärer Bedeutung ist zunächst die Definition eines Prozesses der strategischen Planung unter Einbeziehung der Balanced Scorecard. Dies ist unabdingbar, um die jährlich erforderliche Anpassung der Zielwerte und ggf. Ziele vornehmen zu können und den Aufwand für die Balanced Scorecard in den Folgejahren deutlich zu reduzieren. Die größte aber entscheidende Schwelle der Implementierung besteht schließlich in der Entwicklung und Umsetzung eines Scorecard-gemäßen Anreizsystems. Dieser sensible Schritt sollte jedoch erst gegangen werden, wenn ausreichend Erfahrung mit der Balanced Scorecard und Akzeptanz der Methode vorliegen. Entscheidend hierfür ist eine professionelle Kommunikation bzw. ein gelungenes internes Marketing für die Balanced Scorecard.

¹⁸ Vgl. Horváth & Partner (2000), ebenda, S. 116f.

¹⁹ Vgl. z.B. Conrad, H.-J. (2001), ebenda, S. 70ff.

5 Fazit

Das Konzept der Balanced Scorecard ist für Krankenhäuser anwendbar. Die Erfahrung zeigt, dass insbesondere für Krankenhäuser bereits der Prozeß der Entwicklung einer BSC nachhaltigen Nutzen dadurch stiftet, dass eine intensive Auseinandersetzung mit strategischen Planungsüberlegungen in einem mehrköpfigen Gremium stattfindet.

Erkennbar ist jedoch, dass die alleinige Entwicklung und Einführung einer Scorecard nicht ausreicht, um allen zuvor skizzierten Herausforderungen zu begegnen. Vielmehr bedarf dieses Instrument einer Vielzahl flankierender Maßnahmen, um nachhaltig erfolgreich zu sein. Hierbei bietet die BSC jedoch einen geeigneten Rahmen. Insofern charakterisiert die Entscheidung für eine Balanced Scorecard eine Unternehmensphilosophie, die auf Transparenz und Zielorientierung des Managements basiert. Eben diese Aspekte werden allerdings in Zukunft die „guten“ von den „schlechten“ Krankenhäusern unterscheiden.