

OLIVER PATRICK MAYER

# ORGANISATIONS- ENTWICKLUNG IM KLINIKUM ESSLINGEN (KE) ZUR GENERIERUNG VON WACHSTUM

ANHAND DES EFQM-MODELLS FÜR BUSINESS  
EXCELLENCE – RECOGNIZED FOR EXCELLENCE  
IN 2010

ABSOLVENT W038  
(02/2008–01/2010)

# INHALT

Summary .....	481
1 Einleitung.....	481
2 Kapitel.....	483
2.1 Klinikum Esslingen .....	483
2.2 Der Kliniksektor: Rahmenbedingungen heute – Auszug .....	484
2.2.1 Patient.....	484
2.2.2 Medizinischer und technischer Fortschritt.....	484
2.2.3 Wettbewerb.....	484
2.2.4 Gesundheitspolitische und rechtliche Rahmenbedingungen .....	485
2.3 Krankenhausfinanzierung – DRG.....	485
2.3.1 Grundlagen der Krankenhausfinanzierung.....	485
2.3.2 Entwicklung der Finanzierung der Betriebskosten – DRG.....	485
2.3.3 Aktuelle Situation.....	487
2.4 Prozessorientierte Strukturen – bereit für den Wandel?.....	487
2.5 POS® (Patientenorientierte Organisationsstrukturen) .....	488
2.5.1 Restrukturierung nach POS®.....	489
2.6 Das EFQM-Modell für Business Excellence – generell und im KE .....	490
2.7 Einbettung von POS® in das Exzellenz-Modell der EFQM .....	491
2.8 Das Projekt.....	492
3 Kapitel.....	493
3.1 Zusammenhang Projekt – Unternehmensstrategie .....	493
3.1.1 The Strategic Planning Process.....	493
3.1.2 Business-Level Strategy.....	494
3.2 Projekt/Unternehmensstrategie (EFQM) – SWOT-Analyse .....	494
3.3 Projektdefinition und -einordnung – Funktion und Tätigkeit des Autors.....	495
3.4 Projektdurchführung .....	496
3.5 Selbstbewertung 2008 – Ergebnisse und Analysen.....	496
3.6 Projektvorschläge.....	497
3.7 Beauftragung von Verbesserungsprojekten .....	498
3.8 Projektabschluss des Autors/Ausblick/Vorschläge für das weitere Vorgehen.....	499
3.9 Marketing.....	499
3.9.1 SWOT-Analyse (Marketing KE).....	500
3.10 POS® als Unternehmensberatungskonzept für schweizerische Spitäler – Investition in den Wachstumsmarkt Gesundheitswesen .....	500
3.10.1 Wirtschaftliche Gegebenheiten .....	501

3.10.2 Chancen zur Investition im Gesundheitswesen.....	501
3.10.3 SWOT-Analyse Schweiz.....	501
3.10.4 Gesundheitskosten.....	502
3.10.5 Krankenhäuser und Krankenhausbetten .....	502
3.10.6 Krankenversicherung und Krankenhausfinanzierung.....	502
3.10.7 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen – DRG.....	502
3.10.8 POS® als Lösung.....	503
3.10.9 Nutzen für das KE – pekuniär/nicht monetär .....	503
4 Kapitel.....	504
4.1 Nutzen und Vorteile durch POS® – nicht pekuniär .....	504
4.2 Monetärer Nutzen durch POS® im Rahmen des EFQM-Projektes .....	504
4.2.1 Wirtschaftliche Entwicklung in den Jahren 2005–2008 und Prognose 2009 (Stand 16.11.09) mit Entwicklung markanter Kennzahlen .....	505
4.2.2 Fazit.....	506
4.3 Resümee.....	506
4.3.1 EFQM-Projekt und POS®.....	506
4.3.2 Krankenhausunternehmen KE.....	507
Anhang .....	510

# SUMMARY

## **Organisationsentwicklung im Klinikum Esslingen (KE) zur Generierung von Wachstum anhand des EFQM - Modells für Business Excellence – Recognized for Excellence in 2010**

Die Arbeit hat zum Ziel, das Klinikunternehmen Esslingen weiter zu entwickeln, um es auch zukünftig im zunehmenden Wettbewerb zu anderen Dienstleistern auf dem Gesundheitsmarkt zu positionieren. Dies wird anhand des Exzellenz- Modells der EFQM vollführt. Bereits im Jahr 2003 erlangte das KE den Level 1 (Committed to Excellence). Für das Jahr 2010 besteht nun die Zielvorgabe, den Level 2 zu erreichen. Dazu musste der Durchdringungsgrad der Organisation mit einem systematischen Geschäftsprozessmanagement (GPM) erweitert werden. Hierzu entwickelte das Klinikum Esslingen die Patientensorientierten Organisationsstrukturen (POS®). Dieser Aspekt der Prozess- bzw. Fallorientierung hängt mit der seit 2004 durch die Politik vorgegebenen veränderten Finanzierung der Betriebsleistung zusammen, da seit diesem Zeitpunkt die DRGs (Diagnosis Related Groups, deutsch Diagnosebezogene Fallgruppen) bundesweit eingeführt wurden. Dadurch wird jeder Patient als Fall betrachtet und bewertet, was zur Folge hat, dass der Patient mit seinem individuellen Wertschöpfungsprozess, der sich von seiner Aufnahme bis zur Überleitung in die Nachsorge nach dem Klinikaufenthalt erstreckt, von nun an im Mittelpunkt steht. Die erfolgreiche Umstrukturierung der Klinikorganisation zur Erlangung von EFQM Level 2 in 2010 wird anhand der Einbettung von POS® in den EFQM-Prozess als zentrales Element vollzogen.

## 1 EINLEITUNG

Der Krankenhaussektor befindet sich derzeit in einem Umbruch. Durch ein gestiegenes Anspruchsdenken wird der Patient zum »Kunden«, der fortschrittliche Behandlungsmethoden, eine exzellente medizinische Beratung und eine qualitativ hochwertige Krankenpflege verlangt. Dieser steigende Anspruch führt jedoch gleichermaßen zu steigenden Behandlungskosten, insbesondere im stationären Bereich.

Folglich müssen heute auch Krankenhäuser zunehmend als Wirtschaftsunternehmen agieren und sich an den Marktgegebenheiten und Kundenbedürfnissen orientieren, um langfristig ihren Erfolg zu sichern. Das zukünftige Überleben hängt somit in hohem Maße von der Anpassungsfähigkeit der sich ständig verändernden Marktbedingungen und der Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserbringung ab. Es entsteht ein Wettbewerbsumfeld, wie es bisher überwiegend in industriellen Sektoren existiert, welches das Krankenhausmanagement vor neue Herausforderungen stellt. Alle Krankenhäuser spüren den zunehmenden Wettbewerb. Um hier bestehen zu können, sind

hochqualifizierte Leistungsangebote zu den gesetzlich vorgegebenen Preisen notwendig. Der sich verstärkende Wettbewerbsdruck bei der Erbringung stationärer Krankenhausleistungen wird mehr und mehr zu einem reinen Kostenwettbewerb.

Ein großes Problem ist, dass die Entwicklung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen nicht absehbar ist, was wiederum bedeutet, dass Kliniken in ihrer Organisationsstruktur so aufgestellt sein müssen, dass sie schnell und flexibel auf Veränderungen reagieren können. Krankenhäuser, die angemessen und schnell auf wechselnde Rahmenbedingungen reagieren, haben eine Chance, wirtschaftliche Engpässe zu verhindern oder zu minimieren und sich eigenständig und langfristig im Wettbewerb zu behaupten. Weniger anpassungsfähige Häuser werden Einschnitte erfahren oder dem Wettbewerb nicht standhalten können. Unflexible Häuser, die mit dem Entgelt der Kassen nicht auskommen und deren Defizite durch die Träger nicht mehr gedeckt werden können, werden vollständig geschlossen.

Verschiedene wissenschaftliche Studien ergaben, dass für eine Vielzahl von Krankenhäusern die Schließung unausweichlich sein wird (Abb. 1, S.968). Die Krankenhausverbände befürchten, dass viele Kliniken in den kommenden Jahren zahlungsunfähig werden. Nach Meinung von Volkswirt Beivers vom Münchener Institut für Gesundheitsökonomik werden viele Kliniken ihre Türen nicht für immer schließen, sondern fusionieren, privatisiert werden oder in Form eines Medizinischen Versorgungszentrums weiterarbeiten.<sup>1</sup>

## PROGNOSEN

**Arthur Andersen, 2001:** Studie „Krankenhaus 2015 – Wege aus dem Paragraphendschungel“: Jede vierte Klinik wird schließen, bis zu 40 Prozent der Betten werden abgebaut.

**Marburger Bund, 2001:** Die Einführung des DRG-Systems lässt ein massenhaften Klinikexitus in den kommenden Jahren befürchten.

**Ernst und Young, 2005:** Bis 2020 werden nur 3 von 4 Krankenhäusern überleben.

**Steria Mummert Consulting, 2006:** Ohne weitgreifende Umstrukturierungen wird rund ein Viertel der Kliniken die nächsten 15 Jahre nicht überleben.

**Krankenhaus-Rating-Report des RWI, 2008:** Bis 2020 würden rund 20 Prozent der Krankenhäuser schließen, wären sie auf sich allein gestellt.

<sup>1</sup> Vgl. Kolbeck, C.: kma – Das Gesundheitswirtschaftsmagazin, 08/2008, S. 16 - 18.

Um auf die beschriebenen Szenarien als Dienstleistungsunternehmen, mit der Gesamtheit der darin verborgenen Komplexität des Klinikmanagements im heutigen gesundheitspolitischen Umfeld, angemessen reagieren zu können, werden zunehmend Strategien und strategische Instrumente für Krankenhäuser benötigt. Eine strategische Unternehmensplanung ist für Krankenhäuser somit ebenso von großer Bedeutung wie für Unternehmen der freien Wirtschaft, dabei zielt diese auf eine langfristige Sicherung des Erfolgs und damit das Fortbestehen des Krankenhauses ab.

Wer also langfristig überleben will, muss sich unabdingbar mit Organisationsentwicklung, (Infra-) Struktur- und Ablauforganisation sowie dem Wertschöpfungsprozess seines Klinikunternehmens beschäftigen.

## 2 KAPITEL

### 2.1 KLINIKUM ESSLINGEN

Das 1862 gegründete Klinikum Esslingen ist ein modernes kommunales Krankenhaus (KH) der Schwerpunktversorgung mit dem Anspruch, Leistungen auf dem Niveau der Maximalversorgung anzubieten. Betriebsgegenstand ist insbesondere die bedarfsgerechte medizinische Versorgung der Bevölkerung im Einzugsbereich des Klinikums Esslingen, dies umfasst rund 515.000 Einwohner. Krankenhausträgerin ist die Stadt Esslingen am Neckar. Das KE soll nach Vorgabe der Trägerin ein ausgeglichenes Jahresergebnis inklusive Abschreibungen und Zinsen erwirtschaften. Die Gewinnerzielungsabsicht ist satzungsgemäß ausgeschlossen.

Das KE steht mit seinem Markenleitbild für Erstklassige Medizin, Soziale Kompetenz und Liebevoller Zuwendung und erhebt für sich den Anspruch, Marktführer im Einzugsgebiet Esslingen (Stadt Esslingen und umliegender Landkreis) zu sein. Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen hat sich das Klinikum Esslingen verpflichtet, seine Patientinnen und Patienten nach aktuellen klinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen interdisziplinär zu versorgen. Neben der stationären und ambulanten Diagnostik und Therapie in den jeweiligen medizinischen Schwerpunkten und Zentren spielen auch gesundheitliche Aufklärung, Vorsorge und Rehabilitation sowie Fortbildung und Patientenschulung eine besondere Rolle.

Jahr für Jahr werden im Klinikum Esslingen rund 26.000 stationäre (Verweildauer durchschnittlich 6,5 Tage) und 87.000 ambulante Patienten versorgt, sowie 8.700 operative Eingriffe durchgeführt. Hierfür beschäftigt das KE 1.380 Mitarbeiter [ca. 20% Ärzte und 50% Pflegefachkräfte (Medizinische Mitarbeiter)], zudem stehen in den 19 modern ausgestatteten Kliniken und medizinischen Fachabteilungen 619 Betten bereit.<sup>2</sup>

Die Betriebsleistung lag in den vergangenen Jahren bei etwa 100 Millionen Euro.

---

<sup>2</sup> Stand: 31.12.2008.

## 2.2 DER KLINIKSEKTOR: RAHMENBEDINGUNGEN HEUTE – AUSZUG

### 2.2.1 PATIENT

Erwartungen und Ansprüche der Patienten erstrecken sich nicht nur auf die medizinische Leistungserbringung und Pflege, sondern auch auf einen adäquaten persönlichen Umgang, ein angemessenes Umfeld, Ambiente und Service etc. Sie wollen in der gesamten Gesundheitsversorgung weniger als abhängiger Patient, sondern mehr als *Konsument* wahrgenommen werden.<sup>3</sup> Die Kunden möchten künftig besser über ihre Erkrankungen informiert sein und legen großen Wert auf Kooperation und Datenweitergabe zwischen den Dienstleistern. Indikatoren für eine gute Versorgung sind Information und Kommunikation. Dies bedeutet steigende Anforderungen an die Qualität der Leistungen, die Qualifikation und die soziale Kompetenz der Mitarbeiter, denn Service und Tempo sind ein wichtiger Schlüssel für die Patientenzufriedenheit. Dies hat zur Folge, dass die Anspruchshaltung der Patienten und der wirtschaftliche Anpassungsdruck der Mitarbeiter nachhaltig das Betriebsklima im Krankenhaus beeinflussen.

Zusätzlich erfordert die soziodemographische Entwicklung, mit einer steigenden Lebenserwartung aufgrund verbesserter medizinischer, hygienischer, sozialer und ökonomischer Lebensverhältnisse, einen starken Leistungsanstieg sowie einen erhöhten Komplexitätsgrad bei der Leistungserbringung, welche zu einem vermehrten Ressourcenverbrauch führen.

### 2.2.2 MEDIZINISCHER UND TECHNISCHER FORTSCHRITT

Wissenschaft und Technik sind die Kräftefelder mit der höchsten Veränderungsdynamik im Krankenhaus, denn in immer kürzeren Abständen werden immer mehr neue Behandlungsmethoden, technische Verfahren und Medikamente entwickelt. Der Medizinische und technische Fortschritt fordert neben einer hohen Anpassungsfähigkeit und einem vermehrten Qualifikationsbedarf zusätzlich einen beträchtlichen finanziellen Investitionsaufwand.

### 2.2.3 WETTBEWERB

In Folge der Etablierung der DRGs (siehe Kapitel 3.3) machen Krankenhäuser erstmals Bekanntschaft mit den Regeln des Marktes, denn plötzlich sind Kenntnisse über Angebot, Nachfrage und Preis erforderlich.

Durch den Leistungseinkäufer Krankenkasse entsteht ein Wettbewerb um finanzielle Mittel und Patienten. Angesichts eines steigenden ambulanten Potentials und auf Grund von Verschmel-

---

3 Vgl. Wais, K.: AnyCare GesundheitsManagement, 09/2008, Newsletter.

zungen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich entsteht ein steigender Wettbewerb um Patienten und damit ein Konkurrenzkampf mit niedergelassenen Ärzten und anderen Krankenhäusern.

## **2.2.4 GESUNDHEITSPOLITISCHE UND RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN**

Gesundheitspolitische und rechtliche Rahmenbedingungen verstärken den ökonomischen Druck auf die Krankenhäuser und steigern den strategischen Handlungsbedarf, Kosten zu senken und gleichzeitig die Qualität weiter zu verbessern.

## **2.3 KRANKENHAUSFINANZIERUNG – DRG**

### **2.3.1 GRUNDLAGEN DER KRANKENHAUSFINANZIERUNG**

Mit der Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vom 29. Juni 1972, unterliegen deutsche Krankenhäuser der dualen Finanzierung. Ziel der Krankenhausfinanzierung und des KHG ist, gemäß § 1 KHG, die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung, mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen unter Beachtung der Trägervielfalt (öffentlich-rechtliche, frei-gemeinnützige und private Krankenhäuser). Charakteristisch für die duale Finanzierung ist die Trennung der Kosten in Investitionskosten, die durch die Bundesländer aufgebracht werden und pflegesatzfähige Kosten, die von den Versicherten bzw. deren Krankenkassen zu tragen sind. Das bedeutet, dass die Betriebskosten der Krankenhäuser von den Patienten bzw. ihren Krankenkassen durch Erlöse aus Pflegesätzen getragen werden.

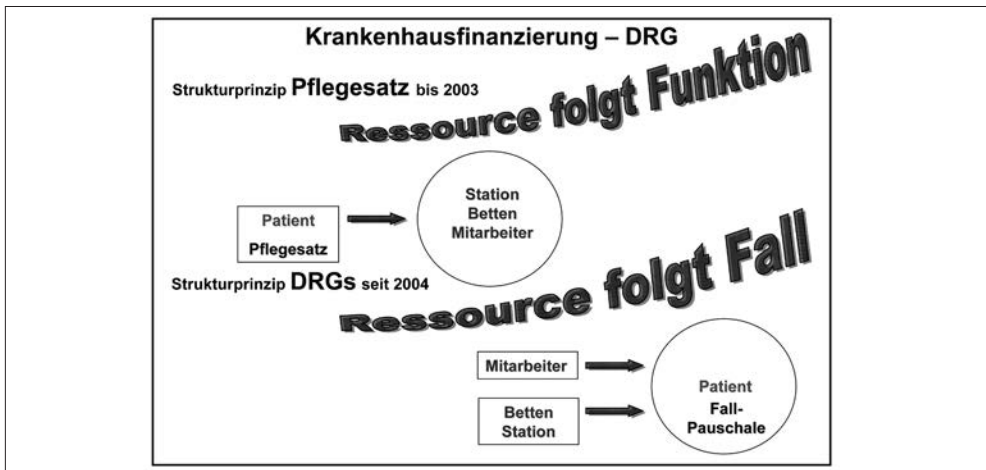
### **2.3.2 ENTWICKLUNG DER FINANZIERUNG DER BETRIEBSKOSTEN – DRG**

Zunächst wurden den Krankenhäusern über einen hausübergreifenden, tagesgleichen Pflegesatz die nachgewiesenen Selbstkosten ersetzt, sofern die Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserbringung eingehalten wurde (Selbstkostendeckungsprinzip). Mit dem 1992 verabschiedeten Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wurden tagesgleiche Abteilungspflegesätze zuzüglich Basispflegesatz für Unterkunft und Versorgung eingeführt, so dass relativ autarke medizinische Funktionseinheiten begünstigt wurden, dabei spricht man von funktionsorientierten Strukturen. Darüber hinaus wurden in den operativen Fächern für bestimmte Erkrankungen mit operativer Therapie zum ersten Mal Fallpauschalen eingeführt, die mit den Abteilungsbudgets verrechnet wurden. Durch die Einführung dieser Neuerung wurde gleichzeitig das Selbstkostendeckungsprinzip aufgegeben und eine feste Budgetierung (Budgetdeckelung) vorgegeben,



die sich an den durchschnittlichen Lohnsummensteigerungen pro Jahr orientierte und bundesweit jährlich einheitlich festgelegt wurde. Die Budgets wurden mit den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) jährlich prospektiv verhandelt. Diese Zielvorgabe wurde jedoch durch Verhandlungstermine im Spätjahr oft unterlaufen. Komplizierte Ausgleichsmechanismen bei abweichenden Leistungszahlen sollten sowohl den Krankenhäusern als auch den Krankenkassen Planungssicherheit geben. Ziel war, die immense Kostenexplosion in den Griff zu bekommen, die seit den 80er Jahren beobachtet wurde und mit zwei Neuordnungsgesetzen (1984 und 1987) dennoch nicht gestoppt werden konnte. Letztendlich führte auch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 nicht zum gewünschten Erfolg und die Kosten stiegen weiter.

Deshalb wurde im Jahr 2000 die »Gesundheitsreform 2000« verabschiedet, mit der das System der tageseichen Pflegesätze verlassen wurde und die Diagnosis Related Groups (DRG) eingeführt wurden.<sup>4</sup> Nach einer Vorbereitungszeit wurde dieses System zur Finanzierung der Krankenhausleistungen über die DRG-Fallpauschalen seit 2004 für alle Krankenhäuser verbindlich (Abb. 2).



2 | Krankenhausfinanzierung – DRG.

Bis zum 31.12.2009 bestand noch eine Konvergenzphase, in der ein Ausgleich zwischen den tatsächlichen Fallkosten im Krankenhaus (Krankenhausfallwert) zum landeseinheitlichen Basisfallwert erfolgte. Ab 01.01.2010 haben die DRGs alleinige Gültigkeit, d.h. es gilt nur noch der landeseinheitliche Basisfallwert (Festpreissystem). Durch dieses fallbezogene Pauschalvergütungssystem, entsprechend der DRG-Eingruppierung pro Diagnostik, Therapie, Pflege, Unterkunft, Verpflegung und pro Krankheitsfall (Behandlungspfad), kommt es zu einer (fall)prozessorientierten Finanzierung der erbrachten Leistungen.

<sup>4</sup> Vgl. Fischer, W.: Huber, 2002.

Alle Mitarbeiter eines Krankenhauses müssen vom tagesbezogenen Preis je Organisationseinheit (= Pflegesatz) zum diagnosebezogenen, interdisziplinären Festpreis (= DRG-Erlös) umdenken lernen. Dadurch ist das Gesundheitswesen in Deutschland einem tiefgreifenden Wandel unterworfen.

### 2.3.3 AKTUELLE SITUATION

Das Geld im staatlich regulierten Gesundheitssystem ist knapp und die Finanzierungsprobleme der öffentlichen Hand und der Sozialversicherungen nehmen zu. Die finanziellen Mittel für den medizinischen und technischen Fortschritt müssen von den Krankenhäusern trotz des weiter geltenden dualen Systems meist allein erwirtschaftet werden, denn aufgrund der Mittelknappheit ziehen sich die Bundesländer zunehmend aus der Krankenhausfinanzierung zurück.<sup>5,6</sup> Gleichzeitig verschlechtert sich die Erlössituation: Das Vergütungssystem auf Basis der Diagnosis Related Groups (DRG) und reduzierte Leistungen der Krankenhausträger üben finanziellen Druck auf Krankenhäuser aus und führen häufig zu erheblichen wirtschaftlichen Engpässen. Einnahmeverluste und Konkurrenzdruck führen zu Bettenabbau und zur Verdrängung von Krankenhäusern.

## 2.4 PROZESSORIENTIERTE STRUKTUREN – BEREIT FÜR DEN WANDEL?

Die Tatsache, dass Subventionierungen der Investitionskosten zunehmend weniger werden und eine »1:1«-Bezahlung der laufenden Kosten durch die GKV aufgrund der Mittelknappheit nicht mehr gegeben ist, erfordert in Krankenhäusern die Umorientierung von funktions- zu prozessorientierten Strukturen, um wirtschaftlich überlebensfähig zu bleiben. Dies verdeutlicht die Studie »Gesundheitsversorgung 2020«<sup>7</sup> von Ernst & Young. In ihr prognostizieren Böhlke et al., dass jedes vierte Krankenhaus bis 2020 schließen wird und von derzeit 2.157 Krankenhäusern nur 1.500 überleben werden. Die Bettenzahl wird von derzeit 570 / 100.000 Einwohner auf 293 schrumpfen. Insbesondere den kommunalen Krankenhäusern droht das Aus. Ihre Zahl wird von 723 auf 225 sinken, d.h. ca. zwei von drei kommunalen Häusern werden ihre Pforten schließen oder in private Hände übergehen. Gerade eine fehlende Wirtschaftlichkeit, nicht vorhandene prozessorientierte Strukturen, eine fehlende strategische Ausrichtung und die mangelnde Innovationsbereitschaft der Mitarbeiter, beschleunigen das Krankenhaussterben. Die Überlebensstrategie für Krankenhäuser ist die prozessorientierte Verschlankeung (Lean Management im Krankenhaus) sowie die Anpassung der Ablaufstrukturen an das DRG-System, denn eine Effizienzsteigerung kann nur durch die Optimierung der Leistungserbringung erfolgen. Da das KE trotz Mittelknappheit und starkem Leistungsanstieg noch immer funktional und pflegesatzorientiert, d.h. in Berufsgruppen

5 Vgl. Murzin, G.: kma – Das Gesundheitswirtschaftsmagazin, 09/2008, S. 3.

6 Vgl. Erens, O.: Ärzteblatt Baden - Württemberg, 09/2008, S. 398.

7 Vgl. Böhlke, R. et al.: Ernst & Young – Studie, 02/2005.

mit selbständigen und klar voneinander abgegrenzten Organisationseinheiten gegliedert war, hat die Geschäftsleitung nach einer Strategietagung in 2006 alle verantwortlichen Mitarbeiter des KE mit der Entwicklung und Erarbeitung einer hausspezifischen geschäftsprozessorientierten Organisationsstruktur beauftragt. Es entstanden die Patientenorientierten Organisationsstrukturen (POS®, siehe Kapitel 3.5). Der prozessorientierten Unternehmenskultur soll dadurch ein Fundament verliehen werden.

## 2.5 POS® (PATIENTENORIENTIERTE ORGANISATIONSSTRUKTUREN)

Mit Einführung der DRG steht der Patient mit seinen Behandlungspfaden (Prozesse) während eines stationären Klinikaufenthalts im Mittelpunkt. Um dem gerecht zu werden, wurde das hausspezifische Modell prozessorientierter Organisationsstrukturen POS® als grundlegendes Organisationsmodell und lernendes System am 01.07.2007 gestartet. POS® hat zum Ziel, die Wertschöpfung zu erhöhen und sämtliche Wertschöpfungsprozesse an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten. POS® ist wie bereits in Kapitel 3.4 beschrieben eine Eigenentwicklung des KE und als geschützte Marke eingetragen.

### **Was ist demnach Prozessorientierung im KH?**

Die wesentlichen Prozesse sind diejenigen, welche den Patienten die erforderliche medizinische Leistung zukommen lassen und gleichzeitig die Wettbewerbsfähigkeit fördern, d.h. dafür sorgen, dass Patienten bzw. deren Einweiser ein bestimmtes KH auswählen. Voraussetzung dafür sind die auf die jeweiligen Patientenanforderungen zugeschnittenen Geschäftsprozesse, denn Verursacher aller Aktivitäten im KH ist der Patient. Somit steigert Geschäftsprozessmanagement die Effektivität und Effizienz der Behandlungsabläufe und erhöht so durch optimale Patientenzufriedenheit die Wettbewerbsfähigkeit des KH.

Das GPM umfasst planerische, organisatorische und kontrollierende Maßnahmen zur zielorientierten Steuerung der Behandlungspfade hinsichtlich Qualität, Zeit, Kosten und Patientenzufriedenheit.

Die Prozessorientierung entspricht somit der Patientenorientierung (POS®) und geht entlang der Wertschöpfungskette des Patienten. Die Wertschöpfung ist die Statusveränderung des Patienten vom Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme bis zur Überleitung in die Nachsorge (Abb. 3).



3 | POS®. Quelle: Eigene Darstellung.

### 2.5.1 RESTRUKTURIERUNG NACH POS®

Um die klassische, hierarchische und sehr starre 3-Säulen-Organisation (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Verwaltung) aufzubrechen und zu lockern wurden im Zuge der Restrukturierung der Organisation (POS®) im Klinikbereich Ärztliche Koordinatoren (Oberärzte) sowie pflegerische Abteilungsleitungen mit höherer Kompetenz anstelle von Stationsleitungen im Bereich aller Betten führenden Stationen und den Medizinischen Leistungszentren (MLZ) eingeführt. In den neu geschaffenen und überschaubaren Abteilungen sind die pflegerischen Abteilungsleitungen den Ärztlichen Koordinatoren gleichgestellt. Durch eine enge Zusammenarbeit wird ein starkes Steuerungsteam gebildet, welches sich gemeinsam um die Belegungssteuerung der Stationen kümmert. Die ehemaligen Stationsleitungen jeder Station wurden in die Position eines Prozessmanagers erhoben, da in einem Klinikum eine Fülle an Prozessen und Schnittstellen vorhanden sind. Sie fungieren dabei als prozessorientierte Teamführer ihrer Station, überprüfen und überwachen die Umsetzung der Prozesse und sichern deren kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP).

Diese neue Dreieckskonstellation schafft den Rahmen für rege Kommunikation und einen regelmäßigen Informationsaustausch, sowie die Weiterentwicklung von Prozessen und Projekten, und ermöglicht zudem eine enge Zusammenarbeit der Gruppenmitglieder untereinander.

Die Verknüpfung der Verwaltungsprozesse zu den Prozessen in der Behandlung und Pflege ist durch die neue Abteilung Medizinische Administration institutionalisiert. In ihr arbeiten u.a. Medizinische Codierfachkräfte (MC), die die immer komplexer werdende Fallkodierung übernehmen und den Ärztlichen Dienst von administrativen Aufgaben entlasten.

## 2.6 DAS EFQM – MODELL FÜR BUSINESS EXCELLENCE – GENERELL UND IM KE

Das Exzellenz-Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) bildet den Rahmen für die Bewertung des Qualitätsmanagementsystems (QMS) im KE. In 9 Kriterien mit 32 Unterkriterien und 174 Anhaltspunkten wird im EFQM-Modell beschrieben, was Merkmale einer umfassenden und exzellenten Qualität einer Organisation sind. Das Modell setzt sich aus den folgenden 9 Kriterien zusammen: 1. Führung, 2. Politik und Strategie, 3. Mitarbeiter, 4. Partnerschaften und Ressourcen, 5. Prozesse, 6. Kundenbezogene Ergebnisse, 7. Mitarbeiterbezogene Ergebnisse, 8. Gesellschaftsbezogene Ergebnisse und 9. Schlüsselergebnisse.

Entsprechend ausgebildete EFQM-Assessoren aus allen Berufsgruppen des KE arbeiten den EFQM-Kriterienkatalog durch und sammeln in 9 Kriteriengruppen die Informationen, welche nach dem EFQM-Modell den Merkmalen einer exzellenten Qualität entsprechen. Aus dieser Informationssammlung wird ein Selbstbewertungsbericht erstellt, der rund 75 Seiten umfasst.

Nach einem von der EFQM detailliert vorgeschriebenen Bewertungsschema (RADAR – Results, Approaches, Deploy, Assess, Review –, deutsch: Ergebnisse, Vorgehensweisen, Umsetzen, Bewerten, Überprüfen) werden Stärken und Verbesserungspotenziale identifiziert und eine Punktbewertung vorgenommen. Das ausgereifte EFQM-Bewertungssystem garantiert, dass Selbst- und Fremdbewertungen nur gering voneinander abweichen, zumal Unternehmen auf dem Weg zur Exzellenz keinen Vorteil aus einer nicht exakt durchgeführten Selbstbewertung ziehen können, da die Selbstbewertung Grundlage für die Unternehmensentwicklung ist. Die identifizierten Stärken und Verbesserungsbereiche sind Basis für die Priorisierung von Verbesserungsprojekten, die dann bis zur nächsten Selbstbewertung umgesetzt werden.

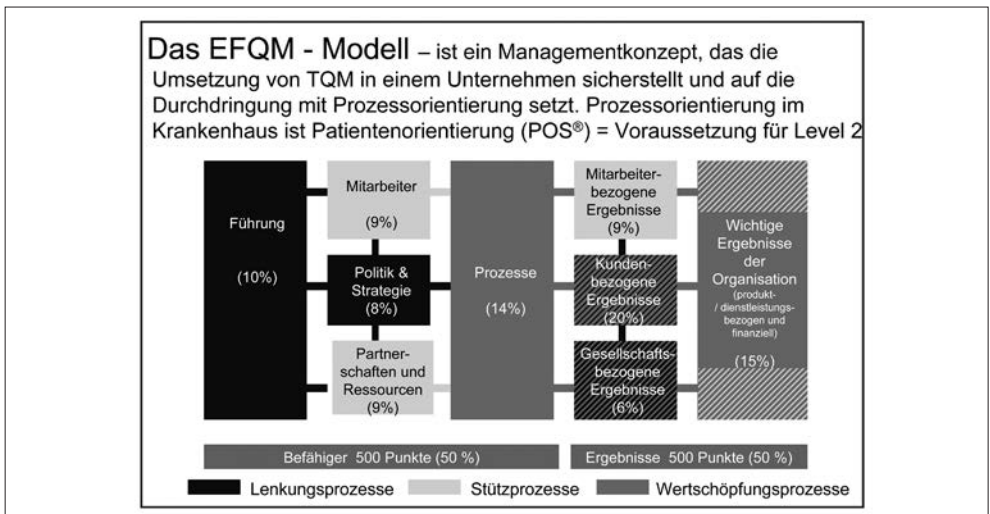
Entscheidend für die Wirksamkeit eines QMS ist der Umsetzungsgrad der Vorgehensweisen in der gesamten Organisation. Um die hohen Ansprüche dieses Bewertungsmodells erfüllen zu können bedarf es umfassender, in ihrer Wirkung nachgewiesener Methoden im Qualitätsmanagement.

Selbstbewertungen nach EFQM werden im KE im Abstand von etwa zwei Jahren durchgeführt. Der Zyklus wird so lange wiederholt, bis eine Gesamtpunktzahl von ca. 600 Punkten erreicht ist, die eine Bewerbung um den Europäischen Qualitätspreis (EQA) erfolgreich erscheinen lässt. Nach einer Bewertung von extern erfolgt eventuell die Vergabe einer Auszeichnung, einer Anerkennung als Finalist oder eben des EQA. Da der EQA nur von einer Organisation einer Branche gewonnen werden kann, validiert die EFQM Unternehmen, die eine exzellente Qualität nachweisen können und stellt Zertifikate über den Reifegrad des Qualitätsmanagements einer Organisation in Form von Levels aus. Es gibt zwei Level: 1. Die Verpflichtung zur Exzellenz und 2. Der Nachweis von Exzellenz. Das Zertifikat »Nachweis von Exzellenz« setzt voraus, dass die Organisation bei einer Fremdbewertung gemäß der Bewerbung um den EQA mindestens 300 Punkte für Level 2 \*\*\* (400 für \*\*\*\* und 500 für \*\*\*\*\*) erreicht. Wenn die entsprechende Qualität im täglichen Arbeiten objektiv erreicht ist, dann ist die Verleihung des nächsten Levels die Bestätigung dafür.

Mit dem Erreichen der verschiedenen Levels, der Finalistennominierung und letztendlich des Awards, wird es möglich, diese Qualität transparent und objektivierbar nach außen darzustellen. Diese Auszeichnungen sind somit die Folge der Bemühungen, sich ständig zu verbessern. Aus diesem Zusammenhang wird klar ersichtlich, dass der Erfolg im EFQM-Modell vom Gemeinschaftswerk aller Mitarbeiter des Klinikums abhängt. Darum ist jede einzelne Mitarbeiterin und jeder einzelne Mitarbeiter wichtig und trägt als Teil des Mosaiks dazu bei.

## 2.7 EINBETTUNG VON POS® IN DAS EXZELLENZ-MODELL DER EFQM

Unabhängig von Branche, Größe und Struktur brauchen Organisationen ein geeignetes Managementsystem, wenn sie erfolgreich am Markt agieren wollen. Seit dem Jahr 2000 ist das geschäftsprozessorientierte Managementkonzept des KE das Exzellenz - Modell der European Foundation for Quality Management. Das Modell für Business Excellence ist ein praktisches Werkzeug, das dem Unternehmen eine Hilfestellung gibt und durch Transparenz aufzeigt, wo es sich auf der Reise nach Exzellenz befindet. Durch dieses an Prozessen orientierte Total Quality Management (TQM) soll zugleich das eigene Geschäftsprozessmodell POS® vorangetrieben werden. Es stellt folglich die Umsetzung von TQM sicher und steigert die Durchdringung mit der an der Wertschöpfung ausgerichteten Prozessorientierung (Abb. 4).



Der Wertschöpfungsprozess im Krankenhaus ist wie bereits beschrieben die Statusveränderung des Patienten vom Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme bis zur Überleitung in die Nachsorge. Mit Hilfe des im EFQM-Modell implementierten Prozessmanagements wird eine exzellente Qualität in den Bereichen Patienten- und Einweiserorientierung, Führung, Mitarbeiterorientierung und Kooperationen entwickelt und kontinuierlich verbessert. In der EFQM-Welt geht es also in erster Linie nicht nur um Zertifikate, sondern um die kontinuierliche Entwicklung von erlebbarer Qualität.

## 2.8 DAS PROJEKT

Das KE befindet sich in der Region Stuttgart in einer Konkurrenzsituation zu verschiedenen Anbietern von Gesundheitsleistungen. Aus diesem Grund benötigt das KE ein Alleinstellungsmerkmal. Laut Beschluss der Eigentümerin (Stadt Esslingen) ist dieses u.a. auch durch exzellente Qualität sicher zu stellen.

Bereits im November 2003 erhielt das Management des Klinikums Esslingen als erstes kommunales Krankenhaus der III. Versorgungsstufe (Schwerpunktversorgung) den 1. EFQM-Level »Committed to Excellence in Europe« durch die Deutsche Gesellschaft für Qualität – DGQ – (im Auftrag des Deutschen EFQM-Centers) zuerkannt.

Für die Weiterentwicklung der gesamten Organisation Klinikum Esslingen ist der Level 2 (»Recognized for Excellence in Europe«) der nächste Meilenstein hin zur ständigen Verbesserung in Richtung Exzellenz.

Dieser Exzellenznachweis soll mit Hilfe des EFQM-Modells bis zum Jahr 2010 erbracht sein. Die Anerkennung dieses nächst höheren Levels setzt in allen Bereichen einen hohen Durchdringungsgrad voraus, der durch die große Restrukturierung nach dem POS®-Modell erreicht werden sollte. Dadurch wird eine neue Dimension patientenorientierter Exzellenz in einem Krankenhaus erst möglich.

Prozessorientierung im KE und somit Patientenorientierung (POS®) ist folglich Voraussetzung für EFQM Level 2 und darauf basieren die Verbesserungsprojekte innerhalb des TQM (Abb. 5).



5 | Prozesslandkarte eines Krankenhauses.

### 3 KAPITEL

#### 3.1 ZUSAMMENHANG PROJEKT – UNTERNEHMENSSTRATEGIE

Das Großprojekt ist im Leitbild des KE und somit in der Strategieausrichtung des Klinikunternehmens explizit verankert.

##### 3.1.1 THE STRATEGIC PLANNING PROCESS

###### CORPORATE MISSION

Die Erfüllung unseres Versorgungsauftrags bei höchster Behandlungsqualität und Patientenorientierung unter Beachtung des ökonomischen Prinzips!

###### CORPORATE VISION

Das Klinikum Esslingen bleibt Marktführer im Einzugsgebiet Esslingen und wird von seinen unternehmerisch denkenden und wertorientierten Mitarbeitern getragen.



### **MAJOR CORPORATE GOALS**

Das Klinikum Esslingen ist bis 2010 ein durch die EFQM anerkanntes exzellentes Krankenhausunternehmen der Stufe EFQM-Level II\*\*\*. Bis 2012 haben wir den EFQM-Level II\*\*\*\*\* erreicht. Das Klinikum Esslingen soll ein ausgeglichenes Jahresergebnis inklusive Abschreibungen und Zinsen erwirtschaften.

### **3.1.2 BUSINESS-LEVEL STRATEGY**

Aus dem Leitbild leitete der Autor die Business-Level Strategy des KE ab. Auf Geschäftsfeldebene wird die Differenzierungsstrategie verfolgt.<sup>8</sup> Anhand der sechs Methoden der Differenzierung nach Henry Mintzberg et al. unterscheidet sich das KE durch Qualitätsführerschaft von seinen Mitbewerbern.<sup>9</sup> Zudem wird die Marke Klinikum Esslingen weiterentwickelt, um ein unverwechselbares Image bei den Kunden zu erzeugen.<sup>10</sup> Der Erfolg eines Krankenhauses hängt in erheblichem Maße von externen Faktoren ab. Der stark regulierte Gesundheitsmarkt stärkt jedoch nicht zwangsläufig die Einrichtungen mit guten Managementleistungen, sondern stützt kurzfristig auch diejenigen mit schlechten Methoden, gleichwohl Letzteres nicht zu nachhaltigem Erfolg führt. Gerade diese Tatsache muss Ansporn sein, Managementmethoden und Managementleistungen im Gesundheitswesen mehr in den Fokus zu stellen. Das EFQM-Projekt ist das übergeordnete Ziel des KE und somit von zentraler Bedeutung für die Unternehmensentwicklung des Klinikums. Es dient dazu Corporate Mission, Corporate Vision and Major Corporate Goals umzusetzen, zu erreichen und zu leben.

## **3.2 PROJEKT/UNTERNEHMENSSTRATEGIE (EFQM) – SWOT-ANALYSE**

Um die Begründung für das Projekt zu bestätigen und zu untermauern, hat der Autor eine SWOT-Analyse erstellt, die einerseits bereits vorhandene Instrumente darstellt andererseits aber auch weiterführende Ideen beinhaltet, um die Fülle von Chancen, die sich dem KE auf tun, darzustellen. Die Ergebnisse sind in der SWOT-Matrix dargestellt:

8 Vgl. Porter, M. E.: Competitive Strategy, 1980.

9 Vgl. Mintzberg et al.: The Strategy process, 1995.

10 Vgl. Glatzer, U.: kma – Das Gesundheitswirtschaftsmagazin, 09/08, S. 70 - 73.

<b>S trengths (Stärken)</b>	<b>W eaknesses (Schwächen)</b>
▶ Zertifizierungen nach EFQM/QM - System der EFQM	▶ Führung/Strategie
▶ POS®	▶ Hohe politische Einflussnahme/bürokratische Verwaltung
▶ Klinische Behandlungspfade	▶ Fehlende Transparenz in vielen Bereichen
▶ Hochqualifiziertes medizinisches Personal	▶ Unternehmenskultur
▶ Pflegedienst im KE	▶ Personalentwicklung/-management nicht vorhanden
▶ Mitarbeiter-/Patienten- und Zuweiserbefragung	▶ Marktanalyse nicht institutionalisiert
▶ Richtiges Portfolio	▶ Information/Kommunikation/Kundenbindung
▶ Leistungsspektrum/Interdisziplinäre Zentren u. Schwerpunkte	▶ Finanzen
▶ Medizinische Großgeräte	▶ Kostenträgerrechnung nicht vorhanden
▶ Leistungsentwicklung	▶ Risikomanagement nicht vorhanden
▶ Ambulante und stationäre Kooperationen	
▶ Verpflegungs - Service (Essen) Firma Schubert	
▶ IT/Datenbankbasierte Systeme	
▶ BWKG DRG Benchmark	
<b>O pportunities (Chancen)</b>	<b>T hreats (Risiken)</b>
▶ EFQM Level 2	▶ Krankenhausfinanzierung
▶ Marke/Image Klinikum Esslingen	▶ Zunehmender Wettbewerb/DRG
	▶ Gesundheitspolitische und rechtliche Rahmenbedingungen
▶ Produktentwicklung	▶ Personalaufwand/Personalkosten/Ärztmangel
▶ Medizinische Versorgungszentren/Ambulante Leistungen	▶ Abbau von Krankenhausbetten
▶ Ambulantes OP - Zentrum am KE	▶ Sinkende Verweildauer/geringer Anstieg der Fallzahlen
▶ Patientenhaus	▶ Anstieg d. Fremdkapitalbedarfs/Ratingverfahren f. Kliniken
▶ Einzugsgebiete	▶ Mindestmengen
▶ Servicekräfte	
▶ Convenience Food	
▶ PPP/Private Equity	
▶ gGmbH/Fusion	

6 | SWOT-Matrix: KE.

### 3.3 PROJEKTDEFINITION UND -EINORDNUNG – FUNKTION UND TÄTIGKEIT DES AUTORS

Das Projekt ist in der Organisationseinheit Qualitätsmanagement angesiedelt. Der Autor bereitet, in seiner Funktion als Projektleiter des EFQM-Projekts, das KE auf den Level 2 vor. Sein Assessorenteam, mit dem er zusammenarbeitet und das er koordiniert, setzt sich ausschließlich aus Führungskräften aller Berufssparten des Klinikums zusammen (d.h. die gesamte Krankenhausleitung, Chefärzte, Abteilungsleitungen aus Pflege und Verwaltung, etc.). Das Projekt kann durch das EFQM-Modell und durch die Implementierung und Umsetzung von POS® innerhalb des TQM verschiedenen Projekttypen zugeordnet werden bzw. stellt eine Mischung aus diesen dar. So ist es zum einen ein QM-Projekt. Zum anderen kann es durch POS® und die daraus

resultierenden neuen Prozesse unter »Innovation/Entwicklung« angesiedelt bzw. durch Change-management und Änderung der Prozessarchitektur als Infrastrukturprojekt bezeichnet werden. Beim Projekt EFQM Level 2 handelt es sich um das größte zentrale Projekt der Geschäftsführung bis Ende 2010. Es zeichnet sich durch eine Dauer von zwei bis drei Jahren aus, bis der Level 2 formal erreicht werden kann. Das Projektvolumen beläuft sich auf über 200.000 Euro und das Risiko ist als mittel bis hoch einzustufen. Dadurch, und auf Grund der Tatsache, dass das Projekt von großer unternehmerischer Bedeutung ist, eine hohe Komplexität mit sich bringt und sich über das gesamte KE erstreckt, ordnet der Autor das Projekt der Projektkategorie Großprojekt zu. Als Voraussetzung für den Start des Projekts wurde am 19.03.2008 der Projektauftrag verabschiedet.

### 3.4 PROJEKTDURCHFÜHRUNG

Die einzelnen Phasen des Projekts sind in der folgenden Abbildung 7 zusammengefasst:

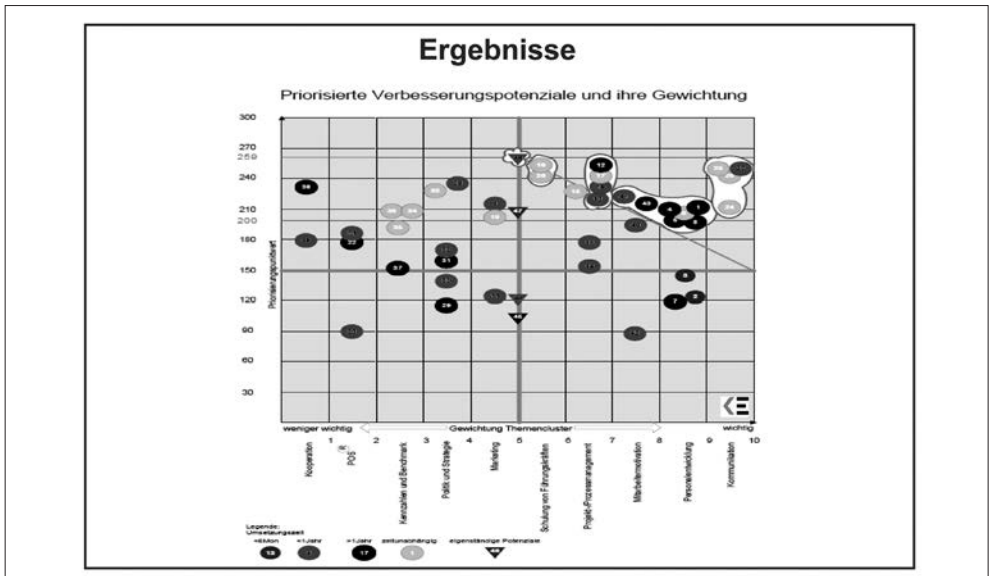
Assessorenschulung	11. KW 2008
Kick - off - Meeting	14. KW 2008
Festlegung Kriterienverantwortliche	16. KW 2008
Informationsaufnahme und Datensammlung	17.- 37. KW 2008
Erstellung Teilberichte pro Kriterium	36.- 39. KW 2008
Zusammenführung Teilberichte	41. KW 2008
Erstellung Gesamtbericht durch Projektleiter	42.- 50. KW 2008
Versand des EFQM - Selbstbewertungsberichts 2008 an alle Assessoren	51. KW 2008
Einzelbewertung des Berichts durch Assessoren	52. KW 2008- 3. KW 2009
Konsensbewertungsworkshop	4. KW 2009
Erstellung Feedbackbericht durch Projektleiter	4.-8. KW 2009
Vorpriorisierung durch Assessoren	8.-10. KW 2009
Priorisierungsworkshop	12. KW 2009
Erstellung Abschlusßbericht/Vorlage GF und KHL durch Projektleiter	13.- 16. KW 2009
Präsentation Projektvorschläge GF und KHL durch Projektleiter/Beauftragung Verbesserungsprojekte	29. KW 2009
Projektmanagement der drei Verbesserungsprojekte/Projektübergabe an QMB des KE	30. KW 2009- 4. KW 2010

7 | Übersicht: Projektphasen.

### 3.5 SELBSTBEWERTUNG 2008 – ERGEBNISSE UND ANALYSEN

Im Jahr 2008 führte das Klinikum Esslingen (Autor als Projektleiter) zum dritten Mal eine Ist-Erhebung, eine Selbstbewertung und eine Priorisierung der Verbesserungspotenziale (Vpe) nach dem EFQM-Modell durch. Die Priorisierung der Verbesserungspotenziale fand im Priorisierungsworkshop am 19.03.2009 statt, an den sich die Auswertung der Ergebnisse durch den Projektleiter anschloss. Der Projektleiter entwickelte eine dreidimensionale Vierfeldermatrix bestehend aus den Dimensionen Punktwert der Priorisierung (X-Achse), Gewichtung des Themenclusters

(Y-Achse) sowie Umsetzungszeitraum (Z-Achse). Durch die Platzierung der priorisierten Einzelverbesserungspotenziale in die Vierfeldermatrix, ließ sich so deren Wertigkeit in Bezug auf die Auswirkung auf den Qualitätsfortschritt und Politik und Strategie erkennen sowie der geschätzte Umsetzungszeitraum, in dem sich eine Beeinflussung des Verbesserungspotenzials (Vp) realisieren lässt (Abb. 8).



8 | Vierfeldermatrix: Priorisierte Verbesserungspotenziale und ihre Gewichtung.

Wenn nun Projekte entwickelt werden, welche die Verbesserungspotenziale beeinflussen, die sich im rechten oberen Quadranten oberhalb der Diagonalen zwischen dem höchsten Priorisierungspunktwert (259) und der Hälfte (150) von maximal möglichen 300 Punkten befinden, haben diese den größten Wirkungsgrad auf Qualitätsfortschritt sowie Politik und Strategie. Zusätzlich sind hoch eingestufte Vpe zu beachten und zu verfolgen (jeweils über 200 Priorisierungspunkte).

### 3.6 PROJEKTVORSCHLÄGE

Durch diese Ergebnisse war es dem Autor im Anschluss an diesen Selbstbewertungszyklus möglich, eine objektive Entscheidung herbeizuführen, welche Projekte den größten Nutzen für das KE hervorbringen können und welche Projekte im Rahmen des EFQM-Verbesserungszykluses in Auftrag gegeben werden sollten. Er erarbeitete gezielte Projektvorschläge für die Krankenhausleitung, deren Durchführung das Klinikum näher zur »Exzellenz« bringt und damit zum Erreichen des EFQM-Level 2. Entsprechende Projektvorschläge, resultierend aus der EFQM-Selbstbewer-

tung 2008, wurden dem Geschäftsführer und der Krankenhausleitung am 15.07.2009 in der Krankenhausleitungssitzung präsentiert. Anhand der Vierfeldermatrix empfahl der Autor folgende Projektvorschläge die, anhand des EFQM-Modells für Business Excellence, der Erarbeitung eines einzigartigen Images und der Weiterentwicklung der Marke Klinikum Esslingen (»KE«) dienen:

- 1 Erstellung eines **Schmerzkonzeptes** für das gesamte Klinikum.
- 2 Erarbeitung einer unternehmensinternen **Kommunikationsstrategie**, die verbindliche Regeln für das gesamte KE festlegt.
- 3 Aufbau einer systematischen **Personalentwicklung** (Kompetenzen, Wissensmanagement orientiert an Politik und Strategie). Damit wird auch die **Mitarbeitermotivation** maßgeblich beeinflusst.
- 4 Implementierung eines gesteuerten, systematischen **Projekt-/Prozess-Managements**.
- 5 Schulung von Führungskräften (Managementkompetenzen, Führungsaufgaben).
- 6 Entwicklung und Implementierung eines **Marketingkonzeptes** für das Klinikum Esslingen unter Einbeziehung des EFQM-Kriterienkatalogs mit der Wiedereinführung einer **Marketingabteilung** (geht aus den unten aufgeführten Vpen a bis e hervor); externes **Marketing/Zuweiserportal**.

#### **Weitere Verbesserungspotenziale mit hohem Priorisierungswert**

Zusätzlich zu den 6 vorgeschlagenen Projekten sind folgende hoch eingestufte Vpe zu beachten und ggf. zu verfolgen (jeweils über 200 Priorisierungspunkte):

#### **Eine Balanced Scorecard für das gesamte KE (237)**

- a. Strategische Vernetzung der vorhandenen (und zukünftigen) Kooperationen (231)  
Aufbau einer Kostenträgerrechnung (229)  
Einbeziehung aller Interessengruppen bei Veränderungsprojekten (228)
- b. Verbesserung der kontinuierlichen Kommunikation mit den Einweisern [z.B. Einrichtung eines Einweiserportals; (216)]
- c. Kennzahlen/Benchmark und Ausrichtung an Best Practice (209)
- d. Trendverbesserung in den Patientenumfragen (209)  
Überprüfung des Patientenbetten-Wechsel-Service [Neigung zu Engpässen; (206)]
- e. Umfassendes Marketingkonzept [Marktanalyse, Markenbildung; (201)]

### **3.7 BEAUFTRAGUNG VON VERBESSERUNGSPROJEKTEN**

Die Präsentation, die Vierfeldermatrix sowie der erstellte Abschlussbericht zur EFQM-Selbstbewertung 2008, mit seinen klaren Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung des Qualitätsniveaus im KE, dienen dem Geschäftsführer und der Krankenhausleitung (Ärztlicher Direktor, Pflegedirektorin und Verwaltungsdirektor) als Entscheidungsgrundlage zur Beauftragung

von Verbesserungsprojekten. Um im EFQM-System zu bleiben, müssen zumindest drei Projekte durchgeführt werden, die sowohl im »Strukturierten Qualitätsbericht« dargestellt, als auch in der Validation zum Level 2 als Nachweis vorgelegt werden können. Von diesem Gremium wurden noch in derselben Sitzung (15.07.2009) Projektvorschlag **1 (Schmerzkonzept)**, **4 (Projekt-/Prozess-Management)** sowie die **Überprüfung des Patientenbetten-Wechsel-Services** [Neigung zu Engpässen, (206)] als konkrete Projekte beauftragt.

### 3.8 PROJEKTABSCHLUSS DES AUTORS/AUSBLICK/VORSCHLÄGE FÜR DAS WEITERE VORGEHEN

Inzwischen haben die Projekte, die allesamt nach den klassischen Elementen des Projektmanagements angelegt sind, begonnen und deren Ergebnisse bzw. Zwischenergebnisse werden in die Selbstbewertung 2010 einfließen. Alle drei Projekte erfuhren eine hohe Ansiedlung, was sich in der Auswahl der jeweiligen Projektleiter widerspiegelt. Projektvorschlag 1 verantwortet die Abteilungsleiterin der IBFW, Projektvorschlag 4 die Assistentin des Geschäftsführers und der Überprüfung des Patientenbetten-Wechsel-Services steht die Pflegedirektorin vor. Die Aufgabe der EFQM-Projektleitung (Autor) besteht in der Koordination und der Projektstandsüberwachung der drei Verbesserungsprojekte sowie der Erzielung der zeitgerechten Projektabschlüsse und deren Bewertung im Sinne von RADAR zum Ende Januar 2010 (Projektabschluss). Der Autor übergibt sein Projekt anschließend an den QMB des KE. Dieser hat ab Februar zur Aufgabe, die nächste Selbstbewertung einzuleiten, welche das Ziel hat, die Bewerbung um den Level 2 vorzubereiten. Der Aufwand wird nach der gründlichen Arbeit zur Selbstbewertung 2008 deutlich geringer ausfallen, da die Erstellung der Selbstbewertung 2010 auf der Basis von 2008 erfolgen wird.

Der QMB hat den EFQM-Selbstbewertungsbericht 2008 lediglich aufzuarbeiten, der Grundlage für die Selbstbewertung und den Bericht 2010 ist, welchen er für die Bewerbung um den EFQM-Level 2 verwendet. Um extern die 300 Punkte zu erreichen, muss darauf geachtet werden, dass für den aktualisierten Bericht 2010 klare Maßnahmen aus der Patientenumfrage abgeleitet werden und eine aktuelle Mitarbeiterumfrage durchgeführt und nachgewiesen wird, die im Bericht 2008 fehlte, um in den Kriterien 6 und 7 des EFQM-Models eine Wertung von jeweils 30 Punkten zu erhalten. Des Weiteren sollte ein Assessment simuliert werden, um vor Ort zu überprüfen, inwieweit das im Bericht Beschriebene in allen Bereichen umgesetzt wird. Hierzu wird die Assessorengruppe deutlich kleiner sein als bei der Erstellung des Berichtes 2008, was eine Ressourceneinsparung ermöglicht. Der Einstieg in die Validation zum EFQM-Level 2 ist dann Ende 2010 anzusetzen.

### 3.9 MARKETING

Da die Wiederbelebung eines Unternehmensmarketings für den Autor eine Überlebensfrage für das KE darstellt, sollte sich die Geschäftsführung unabhängig von den drei oben genannten Projekten mit

der Thematik Marketing nachhaltig auseinandersetzen. Aktuell werden im Klinikum Esslingen so gut wie keine Analysen in dem für die Unternehmensführung relevanten Themenschwerpunkt Marketing durchgeführt. Deshalb hat der Autor proaktiv auf das signifikante Defizit einer fehlenden Marketingabteilung reagiert und eigenverantwortlich exemplarisch im Rahmen seines EFQM-Projekts ausführliche Marktanalysen betrieben.

Seine SWOT-Analyse bezieht er auf die aktuell wichtigsten Themenbereiche des Klinikmarketings. Sie zeigt auf, in welcher der vier Kategorien (Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken) diese Themenfelder im Klinikum Esslingen einzuordnen sind. Die 3 - 5 Hauptthemen jeder Kategorie sind zukünftig unbedingt zu verfolgen. Sie können späteren regelmäßigen Analysen, Beobachtungen und Aufgabenstellungen einer zukünftig wieder eingeführten Marketingabteilung (Empfehlung Autor) als »Starthilfe« dienen.

### 3.9.1 SWOT-ANALYSE (MARKETING KE)

Zusammenfassende Darstellung der SWOT-Analyse

<b>Stärken</b>	<b>Schwächen</b>
▶ Mitarbeiter-, Patienten-, Zuweiserbefragung	▶ CRM/Kommunikation
▶ Leistungsspektrum/Portfolio	▶ Marktanalyse
▶ Kooperationen	▶ Ressourcenplanung
▶ POS®	
<b>Chancen</b>	<b>Risiken</b>
▶ Kundenorientierung	▶ Wettbewerb/DRG
▶ Geomarketing/Soziodemographische Entwicklung	▶ Gesundheitspolitische und rechtliche Rahmenbedingungen
▶ Geschäftsfelder/Wachstumsmärkte	▶ Fallzahlen/Verweildauer
▶ Marke/Image Klinikum Esslingen	
▶ Medizinischer und technischer Fortschritt	

9 | SWOT-Matrix: Marketing KE.

### 3.10 POS® ALS UNTERNEHMENSBERATUNGSKONZEPT FÜR SCHWEIZERISCHE SPITÄLER – INVESTITION IN DEN WACHSTUMSMARKT GESUNDHEITSWESEN

POS® eignet sich optimal als Unternehmensberatungskonzept für andere Kliniken und speziell für den großen und wachsenden Gesundheitsmarkt und Kliniksektor in der Schweiz. Warum?

### 3.10.1 WIRTSCHAFTLICHE GEGEBENHEITEN

Die Schweiz gehört zu den wohlhabendsten Ländern der Welt. Gemessen am BIP pro Kopf (41.152 €) lag sie 2007 auf dem 6. Platz. Im Global Competitiveness Report 2008 - 2009 des Weltwirtschaftsforums, das die Wettbewerbsfähigkeit von Ländern misst, rangiert die Schweiz nach den Vereinigten Staaten auf dem zweiten Platz. Die Volkswirtschaft der Schweiz ist unbestritten eine der stabilsten der Welt; als Erfolgsfaktor gilt insbesondere die Preisstabilität. Der größte Teil des Bruttoinlandsproduktes wird im sekundären und tertiären Sektor erwirtschaftet, der bei weitem auch die meisten Erwerbstätigen (72 %) zählt. Dominant sind hierbei der Handel, das Gesundheits- und Bildungswesen sowie das Banken- und das Versicherungswesen. Der wichtigste Export- und Importpartner der Schweiz ist Deutschland.

### 3.10.2 CHANCEN ZUR INVESTITION IM GESUNDHEITSWESEN

Insgesamt gesehen steht die Schweiz wirtschaftlich gut da und wird nach Ansicht von Fachleuten auch diese aktuelle Finanzkrise überstehen. In den Jahren vor der Krise entwickelten sich die Staatsfinanzen positiv und ein Absinken der Verschuldungsquote konnte verzeichnet werden. Da die kaum konjunkturabhängige Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auch in der Rezession stabil bleibt, dürfte insbesondere der Gesundheitssektor ausländischen Firmen Geschäftschancen bieten.

### 3.10.3 SWOT-ANALYSE SCHWEIZ

<b>S trengths (Stärken)</b>	<b>W eaknesses (Schwächen)</b>
▶ stabiles politisches System, hochentwickeltes Rechtssystem	▶ Investorenschutz
▶ erstklassige Infrastruktur	▶ unzureichende Liberalisierung des
▶ hohe Produktivität	Telekommunikationsmarktes
▶ effizienter Kapitalmarkt	
▶ exzellentes Ausbildungsniveau	
<b>O pportunities (Chancen)</b>	<b>T hreats (Risiken)</b>
▶ Gesundheitswesen, Medizintechnik und Energiebereich	▶ hohe Abhängigkeit vom Finanzwesen
▶ Infrastruktur	▶ hohe Exportabhängigkeit einzelner Branchen
▶ PPP - Modelle	



### 3.10.4 GESUNDHEITSKOSTEN

Die Schweiz ist eines der vielen OECD-Länder, in denen die Gesundheitskosten stärker wachsen als das BIP. Nach den Resultaten einer großen Studie des Institut de recherches économiques, Université de Neuchâtel<sup>11</sup>, steigen die Gesamtkosten zwischen 2004 und 2030 von 51,6 auf 122,8 Milliarden Franken, und damit um das 2,4 fache an. Der BIP-Anteil steigt von 11,5 auf 16,7%. Die mittlere jährliche Erhöhung der Gesamtkosten des Gesundheitswesens für den Prognosezeitraum bewegt sich zwischen 2,8 und 3,8%.

Nach Berechnungen der Konjunkturforschungsstelle KOF haben die Gesundheitsausgaben 2008 um 4,2% zugelegt und werden 2009 um 4,0% steigen. Für 2010 sagte das Institut einen Zuwachs um 3,8% voraus.

### 3.10.5 KRANKENHÄUSER UND KRANKENHAUSBETTEN

Mit 4,3 Krankenhäusern pro 100.000 Einwohner [(BFS 2007); BRD: 2,5 in 2008 (Statistische Ämter des Bundes und der Länder)] und 5,4 Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner [(BFS 2007); BRD: 6,2 in 2008 (Statistische Ämter des Bundes und der Länder)] bietet die Schweiz einen enorm großen Zielmarkt.

### 3.10.6 KRANKENVERSICHERUNG UND KRANKENHAUSFINANZIERUNG

Die Schweiz hat wie Deutschland ein duales System der Krankenhausfinanzierung mit den bereits für Deutschland weiter vorne beschriebenen Finanzierungsproblemen.

### 3.10.7 GESUNDHEITSPOLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN – DRG

Wie in den meisten westlichen Ländern ist auch in der Schweiz die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ein Dauerthema mit wechselnden Schuldzuweisungen und immer neuen Ideen, wie man die Trendwende herbeiführen könne. Im Rahmen von politischen Gegenmaßnahmen werden unter anderem Krankenhaus-Finanzierungssysteme eingeführt, welche die Kosten eindämmen sollen (Fallpauschalen/DRG). Im Dezember 2005 entschied sich das zuständige Gremium der Schweiz zur Einführung eines DRG-Systems auf Grundlage des deutschen Modells. Durch den Prozess der »Helvetisierung« (Anpassung an die schweizerische Behandlungswirklichkeit) werden daraus die SwissDRG entstehen. Die SwissDRG AG, gegründet am 18. Januar 2008 in Bern, ist gemäß der gesetzlichen Vorgaben (Art. 49 KVG) zuständig für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie

11 Vgl. Vuilleumier, M. et al.: Office fédéral de la statistique (OFS), 2007.

die Anpassung und Pflege des SwissDRG-Fallpauschalen-systems zur Abgeltung der stationären Leistungen der Spitäler. Die landesweite tarifwirksame Einführung erfolgt am 1. Januar 2012.

### **3.10.8 POS® ALS LÖSUNG**

Die vom BFS in Auftrag gegebene Studie »Effizienz und Produktivität in den Schweizer Spitätern« liefert darin eine Kostenanalyse der Schweizer Spitäler. In der im März 2006 publizierten Erweiterung des ersten Berichts (Juni 2004) sind die durchschnittliche Aufenthaltsdauer, sowie die Größe und der Spezialisierungsgrad des Betriebes die wichtigsten Faktoren zur Erklärung der Kostenunterschiede zwischen den Schweizer Spitätern. Für diese Faktoren bietet das Geschäftsprozessmodell POS® einen möglichen Lösungsansatz. Am 17.01.2008 wurde POS® markenrechtlich geschützt. Durch dieses geschäftsprozessorientierte Managementmodell wird die Ablauforganisation verbessert, Schnittstellenprobleme bereinigt und der Patient mit seinen während eines klinischen Aufenthaltes durchlaufenen Stationen und Prozessen (Wertschöpfung) in den Vordergrund gestellt. Erst dadurch ist es möglich, komplizierteste Fälle in kürzester Zeit selbst in großen Spitalern effektiv und effizient mit höchster Qualität reibungsarm zu begleiten und wirtschaftlich zu behandeln. Durch die mit POS® einhergehenden Maßnahmen zur Effizienzförderung und verstärkten Kostenkontrolle kommt es zu Erlössteigerungen, durch die sich die Spitäler auch in Zukunft erfolgreich am Markt positionieren werden. Somit wird die Erfüllung des Versorgungsauftrags bei höchster Behandlungsqualität und Patientenorientierung unter Beachtung des ökonomischen Prinzips erst möglich.

### **3.10.9 NUTZEN FÜR DAS KE – PEKUNIÄR/NICHT MONETÄR**

Neben dem direkten pekuniären Nutzen, den das KE mit POS® als Unternehmensberatungskonzept generieren wird, sind es zudem indirekte Vorteile, die sich im weiteren Verlauf ebenfalls monetär niederschlagen werden. Dazu gehört die damit verbundene Erfolgskommunikation nach innen zur Stärkung und Unterstützung des eigenen Organisationsmodells (kontinuierliche innerbetriebliche Weiterentwicklung der Restrukturierung nach POS®) und zur Förderung der Motivation sowie des Empowerments der Mitarbeiter. Dieser innovative Schritt würde gleichzeitig einen zusätzlichen Imagegewinn für das Klinikum Esslingen mit sich bringen und zugleich ein optimales Marketingkonzept darstellen. Die Marke Klinikum Esslingen wird dadurch automatisch weiterentwickelt, um ein unverwechselbares Image bei den Kunden aufzubauen und somit das Klinikunternehmen KE in Richtung exzellentes Krankenhausunternehmen (EFQM Level 2 in 2010) voranzubringen und auch in Zukunft erfolgreich am Markt zu positionieren. Das Klinikum Esslingen bleibt Marktführer im Einzugsgebiet Esslingen und wird von seinen unternehmerisch denkenden und werteorientierten Mitarbeitern getragen.

## 4 KAPITEL

### 4.1 NUTZEN UND VORTEILE DURCH POS® – NICHT PEKUNIÄR

#### **PROZESSE UND QUALITÄT**

Seit dem Start von POS® sind nachweislich mehr definierte Prozesse und Fallpfade entstanden und aktuell vorhanden. Zudem kommt es durch POS® (Prozessmanagement) zu einer merklichen Verbesserung der Prozesse. Im KE gehen die Anstrengungen folglich dahin, dass durch gut aufeinander abgestimmte Prozesse die erlebte Qualität und damit die Zufriedenheit der Patienten, Einweiser und Mitarbeiter kontinuierlich weiterentwickelt und verbessert wird. Damit einhergehend kommt es zu einer Effizienzsteigerung und es werden umfassend gute Ergebnisse bei den medizinischen Leistungen erzielt.

#### **PERSONALENTLASTUNG UND SICHERE ABLÄUFE**

Durch POS® kommt es zu sichereren Abläufen und folglich zu einer deutlichen Entlastung des Personals in den patientennahen Bereichen.

#### **MARKE UND IMAGE**

Durch POS® entwickelt sich einerseits das KE auf seinem Weg hin zu einem exzellenten Krankenhausunternehmen weiter, andererseits wird gleichzeitig die Marke »KE« ausgebaut; dadurch wird ein unverkennbares Image bei den Kunden erzeugt.

### 4.2 MONETÄRER NUTZEN DURCH POS® IM RAHMEN DES EFQM-PROJEKTES

Durch POS® wurden im Geschäftsjahr 2008 große Leistungssprünge und -erweiterungen im medizinischen Spektrum des Klinikums Esslingen möglich, die sich auch in der vermehrten Behandlung von Patienten höherer Schweregrade widerspiegeln. Aufgrund der starken Auslastung des Klinikbetriebs nach dem Start der Implementierungsphase von POS® und einer positiven Leistungsentwicklung, mit einer daraus resultierenden Erlösbudgetsteigerung, war der Betrieb des Klinikums Esslingen im Geschäftsjahr 2008 außerordentlich profitabel. Mit Hilfe der durch POS® entstandenen Impulse für eine straffere Prozessorganisation, war es trotz stark wachsendem Aufwand für die Betriebsleistung (v.a. Personal- und Materialaufwand) möglich, einen monetären Nutzen in Form eines beinahe Nullergebnisses (nach EBITDA) im Vergleich zu 2007 zu erzielen (siehe Kapitel 5.2.1, Seite 990).

#### 4.2.1 WIRTSCHAFTLICHE ENTWICKLUNG IN DEN JAHREN 2005 - 2008 UND PROGNOSE 2009 (STAND 16.11.09) MIT ENTWICKLUNG MARKANTER KENNZAHLEN

<b>Monetärer Nutzen durch POS® im EFQM - Projekt</b>					
<b>Position</b>	<b>Prognose 2009 (Stand 16.11.2009)</b>	<b>2008</b>	<b>2007</b>	<b>2006</b>	<b>2005</b>
<b>Betriebsleistung</b>	<b>112.041</b>	<b>108.435</b>	<b>100.950</b>	<b>95.751</b>	<b>89.115</b>
VwD	6,4	6,4	6,5	6,6	6,4
Fallzahl	26.310	26.926	26.152	24.944	24.740
CMI	1,08	1,06	1,05	1,05	1,00
CM	27.889	28.534	27.432	26.233	24.708
<b>Erlöse aus allgemeinen Krankenhausleistungen</b>	<b>91.486</b>	<b>88.023</b>	<b>82.335</b>	<b>79.724</b>	<b>74.975</b>
Personalaufwand	62.108	58.994	55.696	52.560	51.828
Materialaufwand	31.188	31.158	28.564	25.417	22.394
Sonstiger betrieblicher Aufwand	15.577	14.149	12.343	12.192	10.402
<b>Aufwand für die Betriebsleistung</b>	<b>108.873</b>	<b>104.301</b>	<b>96.603</b>	<b>90.169</b>	<b>84.624</b>
<b>EBITDA</b>	<b>3.169</b>	<b>4.134</b>	<b>4.347</b>	<b>5.582</b>	<b>4.491</b>
Ergebniswirksame Abschreibung	5.122	4.783	4.616	4.112	3.478
<b>EBIT</b>	<b>-1.953</b>	<b>-649</b>	<b>-269</b>	<b>1.470</b>	<b>1.013</b>
Förderergebnis	-46	-136	-6	713	962
Finanzergebnis	-2.642	-2.474	-2.225	-2.072	-1.802
<b>Jahresergebnis vor Steuern</b>	<b>-4.641</b>	<b>-3.259</b>	<b>-2.500</b>	<b>111</b>	<b>173</b>
Steuern	26	26	15	20	15
<b>Jahresfehlbetrag / -überschuss</b>	<b>-4.667</b>	<b>-3.285</b>	<b>-2.515</b>	<b>91</b>	<b>158</b>

11 | Zusammengefasster Erfolgsplan für die Jahre 2005 - 2009 in T Euro.

Durch den zweimaligen Geschäftsführerwechsel, und die dadurch entstandene Unruhe sowie strategische Unsicherheit und Unklarheit über die organisatorischen Vorgaben der täglichen Arbeitsabläufe und -prozesse, reduziert sich im Geschäftsjahr 2009 bei den Mitarbeitern die Motivation und das Bewusstsein zur Fallzahlsteigerung sowie zum ökonomischen und unternehmerischen Denken unter POS® in einem starken Wettbewerbsumfeld. Folglich kam es im Jahr 2009 zu erheblichen Einbrüchen von wichtigen Kennzahlen wie Verweildauer (VwD), Fallzahl, Case Mix Index (CMI) und CM (Case Mix). Diese elementaren Kennzahlen blieben konstant oder sanken im Vergleich zu 2008, was sich auch in einer deutlichen Verschlechterung im EBITDA, EBIT und dem wachsenden Jahresfehlbetrag 2009 niederschlagen wird.

## 4.2.2 FAZIT

Auf das Klinikum Esslingen werden schwierige Zeiten zukommen, was mitunter die eben gezeigten Kennzahlen widerspiegeln. Hauptursache für die wirtschaftliche Situation des KE sind frühere Managementfehler. Unkoordinierte Bautätigkeiten führten zu einer Verschuldung mit resultierender Zinsbelastung und hohen Abschreibungen, welche die Ertragslage auf lange Zeit erheblich belasten. Im Gegensatz dazu ist der Klinikbetrieb, mit einer hohen Auslastung und einem positiven Jahresergebnis in 2008 (EBITDA), außerordentlich profitabel, lässt er jedoch kaum noch Steigerungsmöglichkeiten zu. Um dieses hervorragende Resultat des Geschäftsjahres 2008 erneut zu erreichen ist die Wiederaufnahme bzw. Weiterentwicklung von POS®, d.h. gezieltes und koordiniertes Geschäftsprozessmanagement im Rahmen des EFQM-Prozesses, Grundvoraussetzung. Hierunter ist die vermehrte Behandlung von Patienten höherer Schweregrade wieder möglich, die für einen zukünftigen Anstieg der Betriebsleistung notwendig sein wird. Ansonsten wird sich der in 2009 zu verzeichnende Abwärtstrend fortsetzen und an die Stelle einer Anpassung des Stellenplans an eine positive Leistungsentwicklung, werden Personalmaßnahmen als reines Einsparprogramm ohne Nachhaltigkeit rücken.

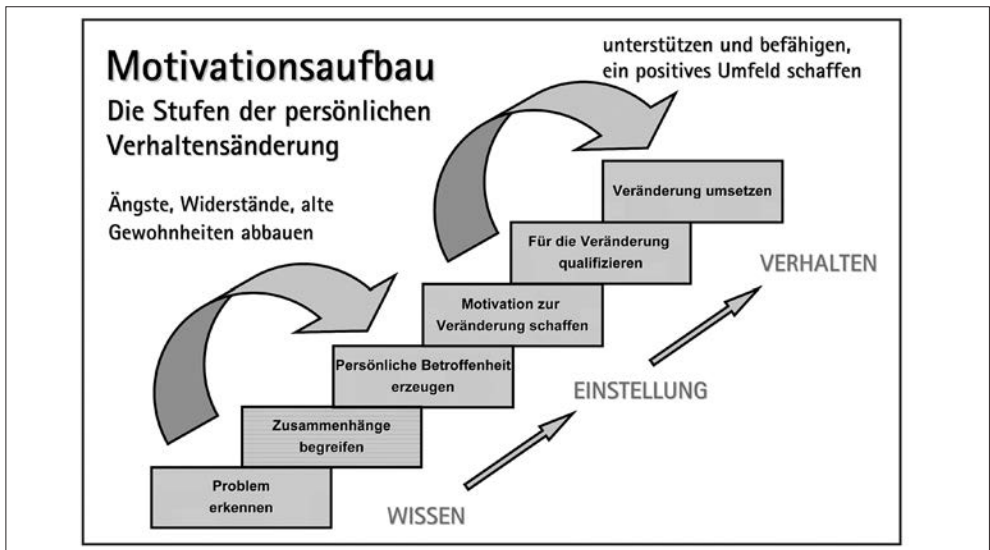
## 4.3 RESÜMEE

### 4.3.1 EFQM-PROJEKT UND POS®

Changemanagement kann nur durch eine konsequente Unterstützung der Geschäftsleitung »Top-down« funktionieren und zum Erfolg führen. Die Unterstützung der Eigentümerin bei der Umsetzung der »Patientenorientierten Organisationsstrukturen« war gewiss, da sie sich eindeutig hinter POS® gestellt hatte und signalisierte, dass der nachfolgende Geschäftsführer (seit 01.01.2009) dieses Konzept ebenso als Zielvorgabe beibehalten werde. In zahlreichen Gesprächen mit der Geschäftsführung sicherte diese ihre Unterstützung der Assessoren sowie die aller Führungskräfte zu. Dieser Beistand war für den Autor als Projektleiter von großer Bedeutung, da er keine eigenständige Weisungsbefugnis besaß. Durch eigene Beobachtungen im KE stellte der Autor fest, dass die Mitarbeiter, welche aktiv durch ihre Teilnahme an Projekten an der Verbesserung von Prozessen mitwirkten sowie bei der Gestaltung ihrer Arbeitsplätze mithalfen, dies als persönliche Chance sahen; dennoch ist es zukünftig wichtig durch Motivation und Kontinuität eine hohe Durchdringung zu erreichen (Abbildung 12, Seite 992). In Anlehnung an ein Zitat von Albert Einstein *»Die Probleme, die es in der Welt gibt, können nicht mit den gleichen Denkweisen gelöst werden, die sie erzeugt haben«* setzt eine erfolgreiche Organisationsveränderung neue Strategien und Ziele voraus. Organisationsveränderungen, die mit der Umstellung eines ganzen Systems (wie im Gesundheitsbereich) verbunden sind, müssen auf die gesamte Wertschöpfungskette ausgerichtet sein (POS®). Doch bis das POS®-System verinnerlicht und gelebt wird und die Qualitätsverbesserungen im Rahmen des EFQM-Weges sichtbar werden, wird es einige Zeit benötigen, Zeit in der viel Kraft sowie viel Anstrengung und Durchhaltevermögen von allen Beteiligten abverlangt

wird. Zudem stellt das Erreichen des Levels 2 in 2010 (Leistungsstarkes Gesundheitszentrum von überregionalem Rang) nur ein Zwischenerfolg des Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses hin zum möglichen Erreichen des EQA und höchster Qualität dar.

Im Rahmen des Großprojekts EFQM Level 2 war es dem Autor möglich mitzuhelfen und seinen Teil dazu beizutragen, das Krankenhausunternehmen und die Marke Klinikum Esslingen kontinuierlich weiter zu entwickeln.



12 | Motivationsaufbau.

#### 4.3.2 KRANKENHAUSUNTERNEHMEN KE

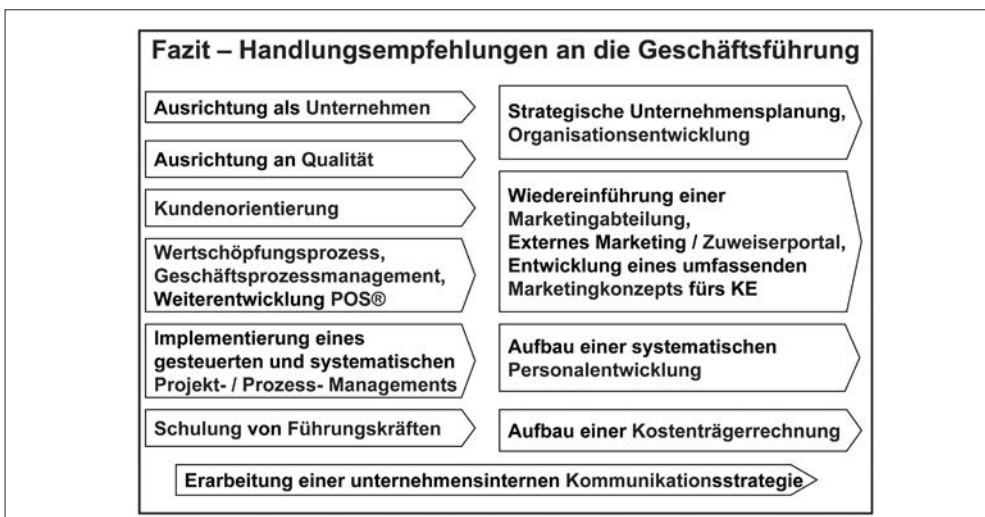
Einrichtungen des Gesundheitswesens sind Unternehmen, die in einem ganz besonderen Markt ganz besondere Dienstleistungen für Menschen in ganz besonderen Lebenssituationen erbringen. Das erfordert, auf Grund der bereits jetzt schon hohen und immer weiter zunehmenden Komplexität des Klinikmanagements im heutigen gesundheitspolitischen Umfeld, besonders gute Managementleistungen.

Gerade kommunale Krankenhäuser wie das Klinikum Esslingen sind zukunftsfähig und nicht weniger effizient als private Häuser, wenn sie sich als Unternehmen ausrichten.<sup>12</sup> Erkenntnisse aus Literaturrecherchen zeigen, dass die von der Leitung eines Krankenhauses beeinflussbaren

<sup>12</sup> Vgl. Richter, H.: KU Gesundheitsmanagement, 05/2008, S. 14 - 16.

Faktoren dieselben internen Themen beinhalten, die auch in klassischen Wirtschaftsunternehmen eine Rolle spielen.

Das sind u.a. Führung, Strategie, Marketing, Kunden, Mitarbeiter, Ressourcen, Innovation und Prozesse. Erfolgreiche Unternehmen sind kundenorientierter und können durch eine systematische Personalentwicklung besser qualifizierte Mitarbeiter vorweisen. Dies wird insbesondere durch durchdachte Unternehmensstrategien und nachhaltig aufgestellte Prozesse erreicht. Sie rücken dabei Marketingmaßnahmen zur Akquisition und Bindung von Patienten und Einweiser für Kliniken als wichtige Marktteilnehmer in den Vordergrund. Die Strategische Unternehmensplanung einschließlich Marketing und Organisationsentwicklung ist somit für Krankenhäuser ebenso bedeutend wie für Unternehmen der freien Wirtschaft und zielt auf die langfristige Sicherung des Erfolgs und damit auf das Fortbestehen des Krankenhauses ab. Genau diese Themen sind es, die die Unternehmen vor ihre größte Herausforderung stellen.<sup>13</sup> Die Ausrichtung an Qualität, der Grad der medizinischen Spezialisierung und das konsequente Eingehen auf die regionalen Bedarfsstrukturen, sind die entscheidenden Faktoren für den zukünftigen Markterfolg der Klinik. Infolge eines weiter zunehmenden Wettbewerbs zwischen den verschiedenen Anbietern auf dem Gesundheitsmarkt, wird der effiziente, von höchster Qualität und Kundenzufriedenheit geprägte Wertschöpfungsprozess, die zentrale und überlebenswichtige Rolle einnehmen (Abb. 13).



13 | Fazit – Handlungsempfehlungen an die Geschäftsführung.

13 Vgl. Kaerkes, W. M.; Becker, R.: ExBa 2007, Benchmarkstudie zur Excellence in der deutschen Wirtschaft, 12/2007, S. 4 Vorwort.

Die Patientenorientierten Organisationsstrukturen (POS®) sind aus diesem Grund nicht nur für das Klinikum Esslingen unerlässlich, sondern bieten auch für andere Krankenhäuser (siehe Kapitel 4.10) eine gute Möglichkeit sich am Gesundheitsmarkt zu behaupten. Mit der Entwicklung eines auf alle Krankenhäuser anwendbaren innovativen Geschäftsprozessmodells hat sich das KE somit das Potential erarbeitet, einen neuen, über ihren bisher rein regionalen Wirkungsbereich hinausgehenden Markt zu erschließen.



# ANHANG

## LITERATUR

- BÖHLKE, R.; SÖHNLE, N.; VIERING, S.: GESUNDHEITSVERSORGUNG 2020, in: Studie Ernst & Young, Eschborn/ Frankfurt/M., 2005.
- ERENS, O.: Rettung der Krankenhäuser, in: Ärzteblatt Baden-Württemberg, Stuttgart, 63. Jahrgang, Ausgabe 9, Alfons W. Gentner Verlag GmbH & Co. KG, 2008, S. 398.
- FISCHER, W.: Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten, Bern: Verlag Hans Huber, 2002.
- GLATZER, U.: Erfolg mit Transparenz, in: kma – Das Gesundheitswirtschaftsmagazin, Heft 147, Wegscheid: WIKOM GmbH Kommunikation für die Gesundheitswirtschaft, 2008, S. 70-73.
- KARERES, W. M.; Becker, R.: Wer Führt, Führt., in ExBa 2007, Benchmarkstudie zur Excellence in der deutschen Wirtschaft, Frankfurt, Mainz: 2007 forum! Marktforschung GmbH, DGQ – Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V., 2007, S. 4 Vorwort.
- KOLBECK, C.: Totgesagte leben länger, in: kma – Das Gesundheitswirtschaftsmagazin, Heft 146, Wegscheid: WIKOM GmbH Kommunikation für die Gesundheitswirtschaft, 2008, S. 16-18.
- MINTZBERG, H.; Quinn, B. J.; Ghoshal, S.: The Strategy process, New York: Prentice-Hall, 1995.
- MURZIN, G.: Ausgezeichnete Krankenhäuser, in: kma – Das Gesundheitswirtschaftsmagazin, Wegscheid: WIKOM GmbH Kommunikation für die Gesundheitswirtschaft, 2008, S. 3.
- PORTER, M. E.: Competitive Strategy: Techniques for analyzing industries and competitors: with a new introduction/ Michael E. Porter, New York: Free Press, 1980.
- RICHTER, H.: Das Krankenhaus muss sich völlig neu erfinden, in: KU Gesundheitsmanagement, Kulmbach: Baumann Fachverlage GmbH & Co. KG, 2008, S. 14-16.
- VUILLEUMIER, M.; PELLEGRINI, S.; JEANRENAUD, C.: Déterminants et evolution des coûts du système de santé en Suisse – Revue de la littérature et projections à l’horizon 2030, in: Studie Office fédéral de la statistique (OFS), Neuchâtel, 2007.
- WAIS, K.: Der Patient von morgen – Veränderungen und Trends im Gesundheitswesen, in: AnyCare Gesundheits Management, Newsletter Nr. 5, Stuttgart: AnyCare GmbH, 2008.

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

1   Prognosen.	S. 482
2   Krankenhausfinanzierung – DRG.	S. 486
3   POS®.	S. 489
4   Das EFQM-Modell und POS®.	S. 491
5   Prozesslandkarte eines Krankenhauses.	S. 493
6   SWOT-Matrix: KE.	S. 495
7   Übersicht: Projektphasen.	S. 496
8   Vierfeldermatrix: Priorisierte Verbesserungspotenziale und ihre Gewichtung.	S. 497
9   SWOT-Matrix: Marketing KE.	S. 500
10   SWOT-Matrix: Schweiz.	S. 501

11   Zusammengefasster Erfolgsplan für die Jahre 2005 - 2009 in T Euro.	S. 505
12   Motivationsaufbau.	S. 507
13   Fazit – Handlungsempfehlungen an die Geschäftsführung.	S. 508

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BWKG	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft
CM	Summe der effektiven Relativgewichte (Case Mix)
CMI	Durchschnitt der effektiven Relativgewichte (Case Mix Index)
CRM	Customer Relationship Management
DGQ	Deutsche Gesellschaft für Qualität
Dr. med	Doktor der Medizin
DRG	Diagnosis Related Groups, deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen/Euro
EBIT	earnings before interest and taxes
EBITDA	earnings before interest, taxes, depreciation and amortization
EFQM	European Foundation for Quality Management
EQA	European Quality Award, deutsch: Europäischer Qualitätspreis
ES	Esslingen
et al.	und andere
etc.	et cetera
FP	Fallpfad
GF	Geschäftsführer
ggf.	gegebenenfalls
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GPM	Geschäftsprozessmanagement
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
IBFW	Innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung
IT	Informationstechnik
KE	Klinikum Esslingen
KH	Krankenhaus
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHL	Krankenhausleitung

---

KOF	Konjunkturforschungsstelle
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
KW	Kalenderwoche
MBA	Master of Business Administration
MC	Medizinische Codierfachkraft
MLZ	Medizinisches Leistungszentrum
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OFS	Office fédéral de la statistique
POS®	Patientenorientierte Organisationsstrukturen
PPP	Public Private Partnership
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragter
QMS	Qualitätsmanagementsystem
RADAR	Results, Approaches, Deploy, Assess, Review; deutsch: Ergebnisse, Vorgehensweisen, Umsetzen, Bewerten, Überprüfen
RWI	Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats; deutsch: Stärken, Schwächen, Chancen, Risiken
T	Tausend
TQM	Total Quality Management
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
Vp(e)	Verbesserungspotential(e)
VwD	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen