

Benchmarking im Gesundheitswesen

– Weg zu mehr Dienstleistungsqualität und Patientenorientierung –

Prof. Dr. rer. pol. Gerhard F. Riegl*

Einzelvertragliche Regelungen mit Leistungserbringern, Disease Management Programme (DMP), einrichtungsinterne Qualitätsmanagement-Programme, Modellvorhaben, Verträge zur integrierten Versorgung oder Vereinbarungen zur hausarztzentrierten Versorgung haben alle eines gemeinsam: Sie benötigen eindeutige Nachweise herausragender Versorgungsqualitäten und wissenschaftlich fundierte Evaluationen zur Patientenakzeptanz und zur Patientenzufriedenheit. Hierbei sollte der Aufwand zur Qualitätsbewertung und -sicherung in der Praxis nicht deren Nutzen für Kostenträger und Leistungserbringer übersteigen. Genau diese Vorteile bietet das professionelle Benchmarking von vertragsärztlichen Praxen, Apotheken und Kliniken.^{1,2}



Was ist Benchmarking?

Die Bezeichnung Benchmarking kommt ursprünglich aus der englischen Landvermessung. Man stellt fest, ob und wie weit ein Punkt in der Landschaft über oder unter einer Peilgröße liegt. Inzwischen hat sich dieses Messen und Vergleichen wegen seiner Vorteile auch im Gesundheitssektor eingebürgert. Jeder Leistungserbringer (Arzt, Apotheker, Kliniker, Versorgungsverbund) kann damit von den Besten lernen oder sich selbst als Besten erkennen. Besonders wertvoll ist dieses erzieherische Prinzip, wenn Qualitäten aus der Sicht der tatsächlich Betroffenen (der Versicherten, Patienten, Überweisungspartner) gemessen und verglichen werden. Da es sich um die eigene Klientel handelt, sind die Ergebnisse erfahrungsgemäß für die Kostenträger (vornehmlich die Versicherer) besonders motivierend.

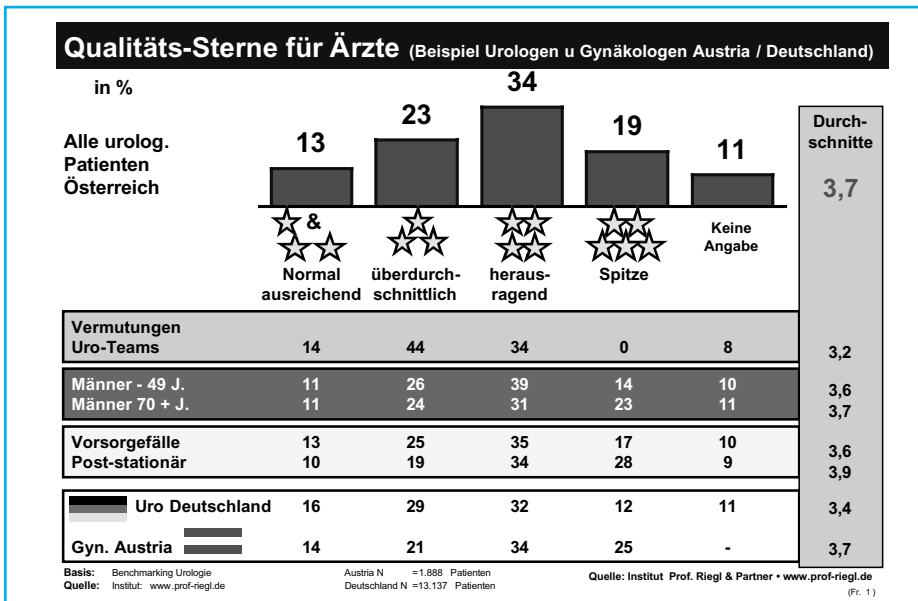
Jeder Einzelbetrieb des Gesundheitswesens wird mit Benchmarking zur lernenden Organisation und orientiert sich aus „sportlichem“ Ehrgeiz am Prinzip der Peilgröße „Best Practice“. Das ist in der jeweiligen Disziplin oder Fachrichtung so etwas wie der Goldstandard bzw. die ideale Dienstleistungserstellung. Diese Messungen sind dynamisiert, denn was gestern ideal war, kann morgen durch noch bessere Qualitätsergebnisse beim Benchmarking in der Fachgruppe übertroffen und damit obsolet werden. Benchmarking initiiert den kontinuierlichen Verbesserungsprozeß (KVP), bei dem sich aus Praxen, Kliniken oder Apotheken allmählich Spitzeneinrichtungen entwickeln, sogenannte „Centers of Excellence“, die immer anspruchsvollere Leistungsempfänger (Patienten) anziehen.³

Benchmarking misst zugleich die authentische Qualität des Versorgungsmanagements selbst. Jeder Benchmarking-Teilnehmer erkennt sofort, was in seinem Fall

- vergleichsweise außergewöhnlich gut oder herausragend ist (exzellent),
- was mittelmäßig, durchschnittlich, normal ausfällt,
- was auffallend ungünstig, unterdurchschnittlich, verbesserungsbedürftig und steigerungsfähig oder
- noch nicht ordentlich, akzeptabel ist.

Alles was Patienten, Leistungsempfänger oder Klienten im Gesundheitswesen als teilnehmende Augenzeugen des Dienstleistungsprozesses erleben, empfinden, wahrnehmen und im Gedächtnis speichern, lässt sich als Erfolgsindikatoren

* Wissenschaftlicher Leiter des Instituts für Management im Gesundheitsdienst (www.prof-riegl.de), Dozent University of Applied Sciences, Augsburg, School of Business



messen und vergleichen (= Ergebnis-Indikatoren-Set). Die zunehmend eigenverantwortlichen, aufgeklärten, mündigen und gelernten Patienten sind zu erstaunlich genauen treffsicheren Beurteilungen in der Lage. Das belegen über 400.000 Evaluationen im Gesundheitswesen. Die Patienten spielen beim Benchmarking hervorragend mit, wenn es zielgruppen-gerecht organisiert und gestaltet wird. Rücklaufquoten von 70–80 % sind bei guten Selbstausfüller-Fragebogen realistisch.^{4,5,6}

Das Besondere: Beim Benchmarking wird nicht nur die Leistung ihrer Erbringer (Anbieter) gemessen, sondern

auch die Qualifizierung der Leistungsempfänger im jeweiligen Fachgebiet. Das bedeutet: Es gibt keine DIN-gemerten oder zertifizierten Patienten, Krankheiten oder Klienten, sondern nur Individuen. Der Mensch ist und bleibt in der Medizin der wichtigste Erfolgsfaktor und der Schlüssel zum Gemeinschaftswerk einer guten medizinischen Qualität.

Patienten sind bei jeder Dienstleistung persönlich integriert. Letztlich ist Qualität im Gesundheitswesen nur dann auf Dauer ein echter Mehrwert, wenn sie von Patienten oder beteiligten Heilberufen erkannt, bewertet und freiwillig

bevorzugt werden kann. Zu den mess- und vergleichbaren Erfolgsindikatoren beim Benchmarking zählen alle klassischen QM-Merkmale:

- **Strukturqualität**, wie z. B. Apparatenausstattung, Facility, Lift, Parkplatz, Personaleinsatz, Dokumentationen, Kommunikationsnetzwerke, Medien, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel oder Notfallausstattungen;
- **Prozessqualitäten**, wie z. B. Patientenumgang, Sprechzeiten, Termine, Telefonqualitäten, Wartezeiten, Kooperationen, Patientenpfade und -leitlinien, Überweisungen, Second Opinion oder Compliance;
- **Ergebnisqualitäten**, z. B. bei Präventionsmaßnahmen, Untersuchungen, Diagnosen, Therapien, Beratungen, Rezidivraten oder Drehtüreffekte.

Selbstverständlich sind Befragungs- und Messergebnisse aus der Sicht einzelner Patienten oder Überweiser subjektiv. Aus gleichartigen subjektiven Rückmeldungen werden jedoch - bei entsprechender Anzahl - intersubjektive Tatsachen, also objektive Qualitätsmerkmale. 100 Patienten oder Klienten können nicht irren. Ärzte, Kliniken und Apotheken erkennen beim Benchmarking sehr schnell ihre auffälligen, unbestechlichen Qualitätsunterschiede.⁷

Wie funktioniert Benchmarking im Gesundheitswesen?

Basis für das Design des Benchmarking sind die erwarteten maßgeblichen Kernkompetenzen, -ziele oder -aufgaben der jeweiligen Einrichtung, Fachrichtung und Dienstleistung. Hier liegen die Erfolgstreiber, die Erfolgsgeheimnisse und die Qualitätsindikatoren der jeweiligen ärztlichen, klinischen oder pharmazeutischen Spezialisten. Daraus wird der Blueprint des Patientenpfades oder der Kooperationsablauf mit erfahrenen Institutsexperten und mit Expertise der Heilberufe aus Sicht der jeweils Betroffenen abgeleitet. Das Qualitätsprofil und das Erfolgsindikatorenset ist beispielsweise für eine frauenärztliche Praxis völlig anders als für eine urologische.^{8,9}

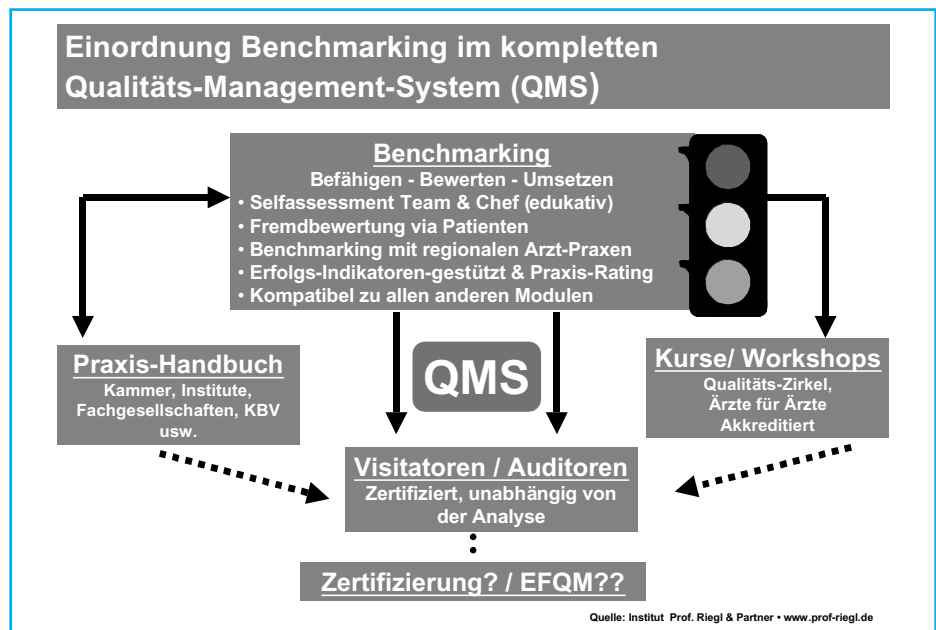


Herzstück jedes Benchmarkings sind wissenschaftlich fundierte Selbstaussfüller-Fragebogen für Patienten/Zuweiser, Mitarbeiter/Teammitglieder sowie Ärzte, Apotheker und Chefs.

Benchmarking ist ein abgeschlossenes Qualitätssystem auf der Basis von Qualitätsanalysen (Befragungen) und Vergleichsmessungen einschließlich qualitätsbezogener Unternehmensberatung via Begutachtung und Empfehlungen. Für alle Interessierten lässt sich jedoch Benchmarking kompatibel mit anderen vorhandenen Systemen ergänzen, z. B. mit Handbüchern, Qualitätszirkeln, Auditoren/Visitatoren bis hin zu den zwar nicht notwendigen, aber auch nicht ausgeschlossenen Zertifizierungen.

Beim Benchmarking werden drei Phasen wie folgt unterschieden:

- **Befähigungsphase**
Die am Benchmarking teilnehmenden Heilberufe erhalten programmierte Unterweisungen vom Institut zur selbständigen, unbürokratischen und zeitlich wenig belastenden Durchführung neben ihrem laufenden Gesundheitsbetrieb. Für spezielle Fragen besteht eine Hotline zum wissenschaftlichen Institut. Von Anfang an können zeitlich mehrere 1000 Praxen, Kliniken oder Apotheken unabhängig von bestimmten Veranstaltungsterminen autonom starten.
- **Bewertungsphase**
Im Mittelpunkt stehen Evaluationen durch Befragungen (jeweils mit Selbstaussfüller-Fragebogen) von *Patienten oder Kooperationspartnern* (= Fremdbild und externe Fremdbewertung), von *Angestellten* (= Selbstbild und Selfassessment) und von *Ärzten, Apothekern oder Inhabern* (= Selbstbild und Handbuchkompatibles Selfassessment). Den Datenschutz sowie die Hauptarbeit der Auswertung und Begutachtung übernimmt das wissenschaftliche Institut ohne Betreten der Praxis, der Klinik oder der Apotheke. Ermittelt werden alle relevanten Qualitätsstärken und -schwächen, also das, was die Praxis, Apotheke oder Klinik so erfolgreich werden ließ und alles,



was verbesserungsbedürftig ist. Die Qualitätsmessungen gewinnen an besonderem Wert, weil sie stets regional (nicht überregional oder bundesweit) den vergleichbaren Einrichtungen gegenübergestellt werden.

- **Umsetzungsphase**
Ein vertrauliches, objektives Praxisrating nach dem Ampelkonzept definiert für jeden Benchmarking-Teilnehmer in einem individuellen Qualitätsbericht konkrete Handlungsempfehlungen, z. B. zum roten Bereich mit dringendem Nachholbedarf (Fortbildungen, Neuorganisationen, Verhaltensänderungen).

Ohne den Betrieb betreten zu müssen, werden in der Benchmarking-Expertise des Instituts für die Teilnehmer konkrete Mittel und Wege zur Qualitätssicherung aufgezeigt, z. B. Hilfsmittel für den Betrieb, Qualitätsmanagement-Seminare oder Qualitätszirkel der Selbstverwaltung, der Berufsverbände, Handbücher, Qualitätssysteme für Fortgeschrittene sowie eine Wiederholung des Benchmarking zum Messen der eingetretenen und aufgehobenen Verbesserungen.

Einen wesentlichen Teil der Umsetzungsempfehlungen machen die von den Patienten, Zuweisern und Beschäftigten selbst definierten anwendungsbezogenen Vorschläge aus. Dies ist Unter-

nehmensberatung und Shared Decision Making durch „Kunden“ sowie das Verbesserungsvorschlagssystem von Angestellten.¹⁰

Vorteile von Benchmarking für die Qualitätssicherung

Insgesamt betrachtet hat Benchmarking im Gesundheitswesen beträchtliche Vorteile. Dazu ist im Einzelnen zusammenfassend oder in Form weiterführender Hinweise festzustellen:

1. Die inhaltlichen Qualitätskriterien und Messungen werden stets auf der Basis von Expertenberatungen aus dem Kreis der jeweiligen Heilberufe und der betroffenen Leistungsempfänger entwickelt.
2. Das Benchmarking bietet einen Beitrag zum Erfüllen gesetzlicher Anforderungen für die Qualitätsmessung im Gesundheitswesen.
3. Benchmarking bietet von Anfang an vollständige Transparenz bezüglich des relativ geringen Zeit- und Arbeitsaufwands neben der beruflichen Tätigkeit im laufenden Betrieb.
4. Teilnehmer am Benchmarking haben volle Kostentransparenz zu ihren direkten oder indirekten Aufwendungen oder Folgekosten. Außerdem gibt es Re-

6 Gesundheitswesen

ferenzen mit bislang über 6000 Benchmarking-Teilnehmern in Gesundheitseinrichtungen in Europa.

5. Das Benchmarking spiegelt die typischen und wichtigen Dienstleistungsmerkmale der Fachrichtung und der Heilberufe, insbesondere aus der Sicht der betroffenen Klientel (Patientenorientierung und Kundenorientierung) wider.

6. Jede Benchmarking-Teilnahme ist ausbaufähig und kann flexibel und offen in andere Systeme integriert werden (siehe Abbildung).

7. Benchmarking ist mit minimalem Einsatz der Beschäftigten, ohne Bürokratie, ohne Betreten des Betriebes durch externe Berater realisierbar. In dieser Stufe sind keine aufwendigen Auditoren/Visitatoren nötig.

8. Benchmarking bietet individuelle Hilfen zur Selbsthilfe. Es handelt sich um ein edukatorisches Selfassessment. Alle Ergebnisse werden durch Fremd-Evaluationen überprüft und verglichen.

9. In der Schweiz erhalten Ärzte als Teilnehmer am Benchmarking von ihrer Fachgruppe Fortbildungs-Credits.

10. Benchmarking bietet neben der obligatorischen Qualitätsmessung den Zusatznutzen beim Aufdecken von Effizienzreserven und von Marketingchancen mit Patienten einschließlich kundenorientierter Verbesserungen. Das Benchmarking selbst ist bereits äußerst marketingwirksam bei der Klientel und in der Öffentlichkeit.

11. Benchmarking bewirkt Motivierung der Leistungsträger und initiiert gesunden Leistungswettbewerb unter Kollegen und Teams. Typische Resentiments gegenüber provozierenden Qualitätsmessungen im Gesundheitssektor werden reduziert. Das Interesse am Qualitätsmanagement wird generell beflügelt.

12. Jeder Benchmarking-Teilnehmer erkennt exakt, wie viel sein Betrieb und seine Leistungen den Klienten heute wert sind.

13. Benchmarking rückt die medizinischen Dienstleistungen als einzigartige, unverzichtbare und unaustauschbare Marken-Qualitätsleistungen in den Mittelpunkt.

14. Die Teilnehmerzahlen beim Benchmarking sind praktisch unbegrenzt. Es können mehrere Tausend gleichzeitig starten.

15. Die Gesamtdurchführung eines Benchmarkingzyklus von der Befähigung zur Bewertung bis zum Beginn der Umsetzung ist innerhalb von zwölf Wochen möglich.

16. Benchmarking stärkt die Patientenrechte und fördert die Partnerschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Benchmarking ist damit auch ein guter Beitrag zur partizipativen Entscheidungsfindung mit Patientenbeteiligung.

Anmerkungen

- 1 Verf.: Zahnarztpraxis als „Center of Excellence“, Neue Wertschöpfungen für Zahnärzte und Labors, 3. Auflage, 2003.
- 2 Vgl. *Glasmacher, S.*: Der Patient, das unbekannte Wesen, Bericht zum Benchmarking der KV Berlin mit dem Institut Prof. Riegl in KV-Blatt März 2000 S. 16–19.
- 3 Verf.: Erfolgsfaktoren in der Apotheke, Imageanalyse und Entscheidungshilfen für das künftige Apothekenmarketing, 2. Auflage, 2004.
- 4 Verf.: Ideale zukunftssichere Geburtsklinik, Wöchnerinnen sehen – Geburtskliniken – sehen Wöchnerinnen, Klinikstudie zum Image der stationären Geburtshilfe in Deutschland, 1966.
- 5 Verf.: Ideale Kinderklinik, Kinderklinikimage- und Benchmarkingstudie Deutschland, 1999.
- 6 Verf.: Ideales reproduktionsmedizinisches Zentrum, Image- und Benchmarkingstudie, Augsburg 1999.
- 7 Vgl. o. V.: Zensuren für Ärzte, Bericht zum Benchmarking der KV Berlin bei Vertragsärzten, in Süddeutsche Zeitung 29.6.1999 S. 11.
- 8 Vgl. o. V.: Jüngere Männer im Focus der Urologen, Umfrage des BDU, Bericht zum Benchmarking der Urologen, in Deutsches Ärzteblatt 2000S. A 352.
- 9 Verf.: Dokumentation zum Image und Qualitätsmanagement der Gynäkologie aus Patientinnen-sicht, SWISS Gyn Benchmarking, eine Initiative der SGGG, Schweiz 2000.
- 10 Verf.: Qualität und Service der Deutschen IVF-Zentren, in aktuelle Reproduktionsmedizin, Herausgeber Dieter Krebs und Hans van der Ven, 1999 S. 94–101.