

Evaluation in der Entwicklungszusammenarbeit nach dem EFQM Excellence Model

Eine Machbarkeitsstudie anhand von fünf Spitälern in Sambia

Autor: Gerhard Leu
Appenzell, 26. Januar 2010

Gerhard Leu AG ■ fact based consulting® ist eine registrierte und geschützte Marke.

Copyright © 2011 Gerhard Leu AG

Dieses Werk einschliesslich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, auch Teilen davon, ist ohne Zustimmung des Autors gesetzlich verboten. Das gilt insbesondere für das Informieren, Kopieren, Übersetzen, Einspeichern, Verarbeiten und Weiterverbreiten von Text, Illustrationen, Diagrammen, Formeln und Tabellen mit elektronischen, optischen oder akustischen Mitteln.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Abbildungsverzeichnis	2
Abkürzungen	2
1 Zusammenfassung.....	3
2 Einleitung	4
3 Methode	5
3.1 Vorgehen.....	5
3.2 Das geografisches Umfeld.....	6
3.3 Spitäler	7
3.4 Das EFQM Excellence Model	8
3.5 Die RADAR-Logik	12
4 Ergebnisse.....	14
4.1 Kriterien	14
4.2 Bewertung	18
5 Interpretation	21
5.1 Relevanz & Sensitivität.....	21
5.2 Modifikationen.....	21
5.3 Vergleich mit SDC Logframe Structure	22

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Sambia im südlichen Afrika	6
Abbildung 2: Die Provinz Luapula im Norden von Sambia	6
Abbildung 3: Docter Zimba	8
Abbildung 4: Das EFQM Excellence Model	9
Abbildung 5: Bewertung nach dem EFQM Excellence Model.....	19
Abbildung 6: SDC Logframe Structure	23
Abbildung 7: Vergleich SDC Logframe Structure und EFQM Excellence Model	24

Abkürzungen

BPO	Best Practice Organization
DEZA	Direktion für Entwicklungszusammenarbeit
EFQM	European Foundation for Quality Management
EM	EFQM Excellence Model
EZA	Entwicklungszusammenarbeit
GPO	Good Practice Organization
NPO	Non-Profit Organisation
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
RADAR	Results, Approach, Deployment, Assessment & Refinement
SDC	Swiss Development Co-operation
SEVAL	Schweizerische Evaluationsgesellschaft

1 Zusammenfassung

Mit der vorliegenden Machbarkeitsstudie wird erstmals versucht, ob sich das *EFQM Excellence Model* als ein systematisches und bewährtes Instrument eignet, um Interventionen (Projekte, Programme, Organisationen etc.) in Entwicklungsländern zu evaluieren.

Dazu wurde eine Testevaluation am Beispiel von 5 Spitälern in Nord-Sambia als Evaluationsobjekte durchgeführt. Die Auswahl erfolgte aufgrund von operativen und topologischen Aspekten, d.h. dass die Evaluationsobjekte vergleichbare Aufgaben erfüllen und ähnliche Rahmenbedingungen aufweisen. Der Test gilt dann als bestanden, wenn die Kriterien des *EFQM Excellence Model* für die Evaluation relevant sind und sich die Evaluationsobjekte genügend differenzierten. D.h. das *EFQM Excellence Model* ist dann geeignet, wenn die Relevanz und die Sensitivität ausgewiesen sind.

Die Testevaluation hat ergeben, dass alle Kriterien des *EFQM Excellence Model* im Kontext der ausgewählten Spitäler relevant sind. Das zeigte sich daran, dass alle Kriterien beurteilt werden konnten. Es gab kein Kriterium, bei dem der Sinn nicht gegeben wäre. Es zeigte sich aber auch daran, dass alle Verbesserungsvorschläge, die von den Spitälern eingebracht wurden, eindeutig einem Kriterium zu geordnet werden konnten. Es gab keine Verbesserungsvorschläge, die nicht eindeutig einem Kriterium zugeordnet werden konnten.

Bei einer zahlenmässigen Bewertung auf einer Skala von 0% ... 100% zeigten sich zwischen den Spitälern deutliche Unterschiede. Die Spitäler differenzieren sich demnach in den einzelnen Kriterien klar. Allerdings liegt die Bewertung auf einem sehr tiefen Niveau (ca. 15%), weshalb sich die Spitäler nur innerhalb einer kleinen Bandbreite (ca. $\pm 10\%$) differenzieren. Doch diese Differenzierung zeigt, dass es Unterschiede gibt und das *EFQM Excellence Model* eine genügende Sensitivität aufweist.

Die Testevaluation hat ergeben, dass sowohl die Relevanz als auch die Sensitivität des *EFQM Excellence Model* zur Evaluation von Organisationen in Entwicklungsländern gegeben sind. Allerdings könnten 2 Modifikationen die Anwendung erleichtern: (1) Einführung eines „Kriteriums 0“, das die länder- und organisationspezifischen Aspekte beschreibt. Dies ist nicht ein zusätzliches Evaluationskriterium, sondern eine Beschreibung der Rahmenbedingungen. (2) Eine Vereinfachung der Evaluation, indem nicht die 32 Subkriterien einzeln, sondern nur die 9 Kriterien des *EFQM Excellence Model* bewertet werden.

Zum Schluss wurde das *EFQM Excellence Model* noch mit der in der Direktion für Entwicklungszusammenarbeit (DEZA) benutzten *SDC Logframe Structure* verglichen. Es zeigte sich, dass die *SDC Logframe Structure* ein Bestandteil des *EFQM Excellence Model* ist und nahtlos in dieses hineinpasst. Die *SDC Logframe Structure* kann als eine Vorstufe oder für eine Art Quick-Evaluation nach dem *EFQM Excellence Model* benutzt werden.

2 Einleitung

Evaluationen sind in der Entwicklungszusammenarbeit ein bewährtes Instrument, um die Wirksamkeit von Interventionen zu analysieren. Dazu gibt es verschiedene Evaluationsmethoden, die sich je nach Fragestellungen und Umfeld unterscheiden. Alle Evaluationen folgen Methoden-Standards; in der Schweiz ist dies z.B. der SEVAL-Standard.

Die Ergebnisse sind meist Evaluationsberichte, die sich auf die aktuelle und beobachtete Situation fokussieren. Sie basieren auf Analysen von Daten (z.B. Statistiken) und Informationen (z.B. Interviews), die direkt aus dem Evaluationsobjekt und dessen Umfeld gewonnen werden.

Diese Evaluationen weisen jedoch drei Schwachstellen auf:

- Der Fragenkatalog resp. die Evaluationskriterien werden bei jeder Evaluation individuell definiert. Es gibt keinen allgemein umfassenden Kriterienkatalog resp. nur rudimentäre Richtlinien (z.B. OECD) dazu.
- Die Ergebnisse werden nicht anhand einer objektiven, quantifizierbaren Bewertung mit „Best-Practices“ verglichen.
- Die Berichte zeigen vorwiegend auf, was gut oder nicht gut läuft und nicht, was gemacht werden sollte, um ein „Good Practice“ zu erreichen.

Ausserhalb der Entwicklungszusammenarbeit besteht eine gut eingeführte und robuste Evaluationsmethode, die genau diese drei Schwachstellen nicht aufweist. Es ist das *EFQM Excellence Model*, das seit 1988 in der öffentlichen Verwaltung und in der Privatwirtschaft erfolgreich angewandt wird. Organisationen, die das *EFQM Excellence Model* nachhaltig implementiert haben, weisen gegenüber einer vergleichbaren Peer-Gruppe in allen relevanten Kennzahlen die doppelte Performance auf.

Deshalb liegt es nahe, von diesem Modell zu lernen und es in die Entwicklungszusammenarbeit zu übertragen. Damit könnten – so die Annahme – auch die Wirksamkeit von EZA-Interventionen, -Projekten oder -Organisationen bedeutend erhöht werden.

Ob sich das *EFQM Excellence Model* dafür wirklich eignet, wurde bisher nie systematisch analysiert. Deshalb soll dieses Experiment mit einer Machbarkeitsstudie getestet werden. Der vorliegende Bericht ist das Ergebnis dieser Machbarkeitsstudie.

Die Studie gliedert sich in drei Abschnitte.

In Kapitel „3 Methode“ wird die Vorgehensweise dargestellt. Ausserdem werden das geografische Umfeld sowie die Evaluationsobjekte beschrieben. Für Leser, die mit dem *EFQM Excellence Model* nicht so vertraut sind, wird dieses in diesem Kapitel ebenfalls kurz vorgestellt.

Im Kapitel „4 Ergebnisse“ werden zu den einzelnen Kriterien einige Stärken und Verbesserungsbereiche beschrieben. Diese dienen vorwiegend dazu, um sich ein inhaltliches Gesamtbild über die Evaluation zu verschaffen. Die Kriterien werden anschliessend auf einer Prozentskala grafisch dargestellt, damit man den Abstand zu Good / Best Practices erkennt.

Das Kapitel „5 Interpretation“ ist die kritische Würdigung der Machbarkeitsstudie und die entsprechenden Schlussfolgerungen.

Der Autor wünscht der Leserschaft viel Vergnügen und würde sich auf anregende Gedanken freuen.

3 Methode

3.1 Vorgehen

Das Ziel dieser Studie ist es zu testen, ob sich das (bewährte) EFQM Excellence Model (EM) zur Evaluation von Projekten und Programmen in der Entwicklungszusammenarbeit (EZA) anwenden lässt. Es ist demnach eine Machbarkeitsstudie, um aufzuzeigen, ob sich das EM als Referenzmodell für Evaluationen in der EZA eignet oder nicht.

Der Test ist dann bestanden resp. das EFQM Excellence Model ist dann geeignet, wenn (a) die Kriterien des EM (→ Kapitel 3.4) als Bewertungsgrundlage benutzt werden können und relevant sind und (b) wenn sich die einzelnen Evaluationsobjekte genügend differenzieren lassen durch die Evaluation (→ Kapitel 3.5); wenn demnach das EM relevant und sensitiv ist.

Als Grundlage dient das EFQM Excellence Model 2010¹ (→ Kapitel 3.4). Dieses wurde 1:1 übernommen und inhaltlich nicht an das Umfeld der Entwicklungsländer angepasst. Selbstverständlich müssen die einzelnen Aspekte – wie dies im EM vorgesehen ist – dem Evaluationsgegenstand entsprechend interpretiert werden.

Als Testobjekte wurden 5 Spitäler in Nord-Sambia (→ Kapitel 3.2 und 3.3) ausgewählt. Bei diesen wurde ein Assessment nach dem EM durchgeführt. Die Auswahl der Testobjekte (Spitäler) erfolgte aufgrund von operativen und topologischen Gesichtspunkten. Unter operativen Gesichtspunkten ist zu verstehen, dass die ausgewählten Objekte ähnlich betrieben werden; dass demnach nicht unterschiedliche Projekte wie z.B. ein Baumwollprojekt einerseits und ein Frauenförderungsprojekt andererseits in den Test einbezogen werden. Topologisch bedeutet, dass die Objekte in einem ähnlichen geografischen Umfeld liegen und somit ähnliche Rahmenbedingungen aufweisen.

Ein Spital – das *St. Paul's Mission Hospital* in Kashikishi (→ Kapitel 3.3.1) – diente dabei als Baseline. D.h. bei diesem Spital wurde ein vollständiges Assessment inkl. Punktebewertung nach dem EM durchgeführt. Bei den anderen Spitälern wurde nur noch identifiziert, ob das entsprechende Spital im jeweiligen Kriterium besser oder schlechter abschneidet. Dies ist wichtig, um die Sensitivität des Referenzmodells zu testen.

Die 5 Spitäler wurden nicht aufgrund eines statistischen Design of Experiment (DoE) ausgewählt. Bei dieser Evaluation geht es ja nicht darum, die Spitäler zu bewerten und statistisch zu vergleichen (z.B. mittels Varianzanalysen), sondern um die Anwendbarkeit des EM zu testen.

Die Durchführung der Testevaluation vor Ort erfolgte durch Gerhard Leu. Er ist von EFQM lizenziert als Assessor und seit über zehn Jahren Assessment Team Leader im Rahmen des EFQM Excellence Awards². Ausserdem war er mehrere Jahre in der technischen EZA tätig. Er ist somit mit der Materie bestens vertraut und verfügt über das notwendige Wissen & Können. Gerhard Leu ist CMC³ und Mitglied bei SEVAL⁴. Er verpflichtet sich damit zur Einhaltung des Code of Conduct für CMC und die Anwendung der SEVAL-Richtlinien für Evaluationen.

¹ ISBN: 000-00-0000-511-4

² Der EFQM Excellence Award ist der renommierteste Preis zur Auszeichnung von Spitzenorganisationen aus der Privatwirtschaft und der öffentlichen Verwaltung.

³ CMC: Certified Management Consultant

⁴ SEVAL: Schweizerische Evaluationsgesellschaft

3.2 Das geografisches Umfeld

Für den Test zur Anwendbarkeit des EM wurden 5 Institutionen im Gesundheitswesen aus Nordsambia (Provinz Luapula) ausgewählt.

Die Republik von Sambia – früher Nordrhodesien – ist seit 1964 unabhängig vom Vereinigten Königreich. Die Hauptstadt ist Lusaka. Sambia liegt im südlichen Afrika, hat eine Fläche von 752'614 km² und ca. 14 Mio. Einwohner. 98.1% der Einwohner sind Schwarzafrikaner, der Rest sind Buschleute, Europäer oder Inder.



Abbildung 1: Sambia im südlichen Afrika

Das nationale Haushaltbudget beträgt ca. 3 Milliarden USD. 15.2% des BIP werden für das Gesundheitswesen ausgegeben. 80% der Bevölkerung sind in der Landwirtschaft, 14% im Bergbau (Kupfer, Kobalt) und 6% in den übrigen Sektoren beschäftigt. Das Bruttojahreseinkommen pro Einwohner beträgt 1'300 USD (2009).

Sambia ist eines der ärmsten Länder der Welt. Der „Human Development Index“ der Vereinten Nationen beträgt bescheidene 0.395 Punkte (Rang 150 von 169 Ländern). 70% der Bevölkerung leben unter der nationalen Armutsgrenze. Die Säuglingssterblichkeit liegt bei ca. 10%, 16% der 15 ... 49 Jährigen haben AIDS, die mittlere Lebenserwartung liegt bei ca. 35 Jahren (unter anderem wegen AIDS). Der letzte Punkt führt nebst dem medizinischen Elend noch dazu, dass die Jungen nicht von der Erfahrung der Älteren profitieren können.

Die Provinz Luapula im Norden von Sambia grenzt an die Demokratische Republik Kongo. Hauptort ist Mansa. Luapula ist eine der ärmsten Provinzen in Sambia. Sie hat ca. 1 Mio Einwohner. Mehr als 25% davon haben AIDS.

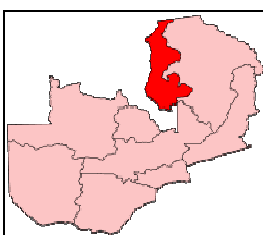


Abbildung 2: Die Provinz Luapula im Norden von Sambia

Für diese Studie wurden Spitäler in den beiden Distrikten Nchelenge und Kawambwa herangezogen, die ganz im Norden der Provinz Luapula liegen. Dort endet eine, von China gebaute Teerstrasse, auf der täglich Busse von und nach Lusaka fahren. Ab und zu fahren auch Lastwagen hin, aber eher selten. Personenautos gibt es praktisch keine. Es ist eine der ärmsten Gegenden dieser Erde überhaupt.

Die Leute in den dortigen Distrikten leben zu 80% vom Fischfang aus dem Lake Mweru. Dieser unterliegt allerdings vom Dezember bis Februar einer dreimonatigen, staatlich verordneten Sperrzeit zur Erholung wegen der permanenten Überfischung. Ansonsten sind die Bewohner Selbstversorger. Sie leben vorwiegend in Lehmhütten mit Strohdächern. Die Frauen holen das Wasser in zentralen Ziehbrunnen. Elektrischer Strom – sofern er überhaupt fließt – können sich nur einzelne leisten.

Aber die Leute sind sehr herzlich, gastfreundlich und scheinen glücklich zu sein. „Are you happy?“ fragte ich einige. Ein Junge antwortete „Yes, I am“ und pfiff ein fröhliches Lied vor sich hin. Doch die ungenügende Gesundheitsversorgung macht der Bevölkerung wirklich grosse Sorgen!

3.3 Spitäler

Für den Test wurden 5 sehr unterschiedliche Spitäler in den Distrikts Nchelenge und Kawambwa der Provinz Luapula in Sambia berücksichtigt:

- St. Paul's Mission Hospital, Kashikishi
- Mbereshi Mission Hospital, Kawambwa
- St. Paul's Eye Clinic and Optical Workshop, Kashikishi
- Tangata Community Private Surgery Chipatala, Nchelenge
- Docter Zimba, Kashikishi

Die Spitäler werden nachfolgend detaillierter beschrieben.

3.3.1 St. Paul's Mission Hospital

Das *St. Paul's Mission Hospital* ist das öffentliche Dorfspital von Kashikishi. Es bietet medizinische Leistungen in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe und Zahnmedizin. Ihm angegliedert ist eine Schule für angehendes Pflegepersonal und Hebammen. Zurzeit arbeiten 4 Ärzte sowie ein Zahnarzt im Spital. Es hat ca. 150 Betten für Frauen, Kinder und Männer.

Das Spital wird operativ von Ordensschwestern der römisch-katholischen Diözese Mansa geführt. Diese Diözese steuert auch einen Teil der finanziellen Mittel bei. Ansonsten werden die grössten Betriebsausgaben (z.B. Löhne, Medikamente) durch den Staat finanziert. Die medizinischen Behandlungen sind für die Patienten gratis.

Das Spital wird zusätzlich durch den „Basler Förderverein für medizinische Zusammenarbeit“ unterstützt. Dies vorwiegend in Form von strategischen Beratungen bezüglich medizinischer Weiterentwicklungen oder bei Investitionen. Ausserdem bietet der Förderverein – dank seinen Beziehungen zum Universitätsspital Basel – auch jungen Medizinstudenten die Möglichkeit eines Kurzzeiteinsatzes im Spital.

3.3.2 Mbereshi Mission Hospital

Das *Mbereshi Mission Hospital* in Kawambwa ist ebenfalls ein öffentliches Allgemeinspital. Momentan arbeiten 3 Ärzte in den Bereichen Allgemeine Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe. Es hat ca. 100 Betten für Frauen, Kinder und Männer.

Das Spital wird operativ von einer Spitalleitung (Ärzte, Administration) geführt. Die Diözese Mansa wirkt wohl aktiv mit, ist aber nicht direkt in den daily business Entscheidungen involviert. Die Diözese steuert ebenfalls nebst dem Staat einen wesentlichen finanziellen Beitrag bei. Auch in diesem öffentlichen Spital sind die Behandlungen für die Patienten gratis.

3.3.3 St. Paul's Eye Clinic and Optical Workshop

Die *St. Paul's Eye Clinic and Optical Workshop* ist eine Augenklinik in Kashikishi. Sie hat nur wenige Betten, dafür ophthalmologisch gut ausgerüstete Geländefahrzeuge. Mit diesen Off-Roadern fahren die Ärzte alle paar Wochen in die ländlichen Gebiete, um die Patienten vor Ort zu behandeln.

Die Klinik wurde von der *Geneva Global Performance Philanthropy* im Rahmen des *Zambia Blindness Prevention Fund's* mitgegründet. Geneva Global ist eine private NGO, die die Augenklinik weiterhin finanziert und aktiv mitwirkt.

3.3.4 Tangata Community Private Surgery Chipatala

Die *Tangata Community Private Surgery Chipatala* ist ein neueres Privatspital in Nchelenge. Es hat nur einzelne Betten und ist als Tagesklinik konzipiert. Sie ist auf besser gestellte Patienten ausgerichtet, die für die Behandlungen einen bescheidenen Betrag (ca. CHF 1.-...5.-) bezahlen. Als Tagesklinik werden jedoch nur einfachere Fälle behandelt. Eine medizintechnische Infrastruktur ist nicht vorhanden.

Die medizinischen Behandlungen werden nicht von einem Arzt, sondern von einem „Clinical Officer“ ausgeführt. Clinical Officers in Sambia sind medizinisch gut ausgebildete Personen, die aber kein klassisches Medizinstudium absolviert haben. Der Clinical Officer hat für die üblichen und häufigsten Krankheiten fast ein ähnliches Wissen und Können wie ein Arzt. Und er kennt seine Grenzen: Er weiss, was er wie behandeln kann und was nicht. Die Klinik wird von einem administrativen Leiter geführt, der Managementenerfahrung aus einem grossen Industriebetrieb mitbringt.

3.3.5 Docter Zimba

Docter Zimba ist ein „Witch Doctor“. Sie ist eine, in einer Lehmhütte wohnende Dorfbewohnerin. Sie betreibt ca. 10 kreisrunde Strohütten mit Strohmatte am Boden, die ihr Spital sind. Als Dorfmitbewohnerin kennt sie die Geschichten, Nöte und Sorgen der Leute. Lesen und Schreiben kann und darf sie nicht. Das würden ihre übersinnlichen Kommunikationskanäle kaputt machen.



Abbildung 3: Docter Zimba

Docter Zimba ist eine Art Hausarztmodell: Sie ist oft erste medizinische Ansprechperson und leistet „1st-Level Medizin“. Sie behandelt alle möglichen Leiden, indem sie mit einer unverständlich hohen Zwitscherstimme mit Ahnen, Göttern und anderen Kräften spricht, mit Hilfsmitteln komische Geräusche erzeugt, Schlangen einsetzt und Kräuter und Tees verschreibt. Bei Bedarf überweist sie die Patienten an das öffentliche Spital (u.a. auch wegen Vergiftungen mit den eigenen Kräutermischungen ...). Die Patienten bezahlen einen verhältnismässig hohen Betrag (ca. CHF 10.-) für die Behandlungen.

3.4 Das EFQM Excellence Model

EFQM ist eine gemeinnützige Organisation. Seit 20 Jahren fördert sie in Europa und dem mittleren Osten Managementstrategien für eine nachhaltige Unternehmensführung. Das EFQM Excellence Model (EM) ist ein umfassendes Managementsystem. Es wurde von Praktikern aus der Privatwirtschaft und der öffentlichen Verwaltung entwickelt und seither kontinuierlich weiter entwickelt. Organisationen, die ihr Managementsystem nach dem EM ausrichten, haben nachweislich und nachhaltig in allen relevanten Schlüsselergebnissen etwa doppelte Performance gegenüber einer

vergleichbaren Peer-Gruppe⁵. Beispiele dazu gibt es gleichermaßen von grossen und kleinen privatwirtschaftlich organisierten Unternehmen als auch von der öffentlichen Verwaltung sowie von Non-Profit-Organisationen.

Das EM ist in 9 Kriterien (5 davon Befähiger und 4 Resultate) und 32 Subkriterien (24 Befähiger und 8 Resultate) eingeteilt (→ Abbildung 4). Diese basieren auf acht fundamentalen Konzepten, die Best-Practice-Organizations auszeichnen:

- Ausgewogene Ergebnisse erzielen;
- Nutzen für Kunden schaffen;
- Mit Vision, Inspiration und Integrität führen;
- Mit Prozessen managen;
- Durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgreich sein;
- Innovation und Kreativität fördern;
- Partnerschaften aufbauen;
- Verantwortung für eine nachhaltige Zukunft übernehmen.

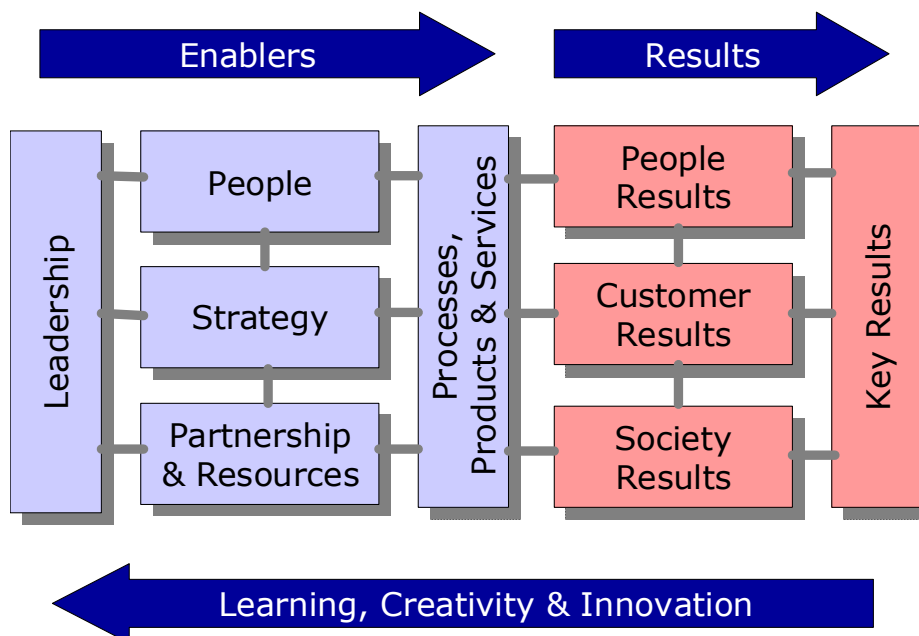


Abbildung 4: Das EFQM Excellence Model

Nachfolgend werden die 9 Kriterien näher erläutert (→ Kapitel 3.4.1 ... 3.4.9).

3.4.1 Führung

Exzellente Organisationen haben Führungskräfte, die die Zukunft konsequent gestalten und verwirklichen. Sie agieren als Vorbilder für Werte und Moral und schaffen kontinuierlich Vertrauen. Sie sind flexibel und ermöglichen der Organisation, vorausschauend zu agieren und rechtzeitig zu reagieren, um anhaltenden Erfolg der Organisation zu gewährleisten.

Das bedeutet:

- Führungskräfte entwickeln die Vision, Mission, Werte und ethischen Grundsätze und sind Vorbilder.
- Führungskräfte definieren, überprüfen und verbessern das Managementsystem und die Leistung der Organisation.
- Führungskräfte befassen sich persönlich mit externen Anspruchsgruppen.

⁵ Leu Gerhard (2007): Using the EFQM Excellence Model to add value (Metastudie)

- Führungskräfte stärken zusammen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Organisation eine Kultur der Excellence.
- Führungskräfte gewährleisten, dass die Organisation flexibel ist und Veränderungen effektiv gemanagt werden.

3.4.2 Strategie

Exzellente Organisationen verwirklichen ihre Mission und ihre Vision, indem sie eine auf die Interessengruppen ausgerichtete Strategie entwickeln. Leitlinien, Pläne, Zielsetzungen und Prozesse werden entwickelt und umgesetzt, um diese Strategien zu realisieren.

Das bedeutet:

- Die Strategie beruht auf dem Verständnis der Bedürfnisse und Erwartungen der Anspruchsgruppen und des externen Umfelds.
- Die Strategie beruht auf dem Verständnis der eigenen Leistungen und Fertigkeiten.
- Die Strategie und unterstützende Leitlinien werden entwickelt, überprüft und aktualisiert.
- Die Strategie und die unterstützende Leitlinien werden kommuniziert und durch Pläne, Prozesse und Zielsetzungen umgesetzt.

3.4.3 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Exzellente Organisationen achten ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – wertschätzen sie – und schaffen eine Kultur, die es erlaubt, wechselseitig nützliche Ziele für die Organisation und für die Menschen zu erreichen. Sie entwickeln die Fähigkeiten ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und fördern Fairness und Gleichberechtigung. Sie kümmern sich um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sie kommunizieren, belohnen und anerkennen in einer Art an, die Menschen motiviert, Engagement fördert und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Lage versetzt, ihr Können und Wissen zum Wohl der Organisation einzusetzen.

Das bedeutet:

- Personalpläne unterstützen die Strategie der Organisation.
- Das Wissen und die Fähigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden entwickelt.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter handeln abgestimmt, werden eingebunden und zu selbständigem Handeln ermächtigt.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommunizieren wirkungsvoll in der gesamten Organisation.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden belohnt, anerkannt und betreut.

3.4.4 Partnerschaften und Ressourcen

Exzellente Organisationen planen und steuern externe Partnerschaften, Lieferanten und eigene Ressourcen, um die Strategie und Leitlinien sowie die wirkungsvolle Durchführung von Prozessen zu unterstützen. Sie gewährleisten, dass sie ihren Einfluss auf die Umwelt und die Gesellschaft wirksam steuern.

Das bedeutet:

- Partner und Lieferanten werden zu nachhaltigem Nutzen gemanagt.
- Finanzen werden zum nachhaltigen Erfolg gemanagt.

- Gebäude, Sachmittel und Material werden zur Unterstützung der Strategie nachhaltig gemanagt.
- Technologie wird gemanagt, um die Realisierung der Strategie zu unterstützen.
- Informationen und Wissen werden gemanagt, um die effektive Entscheidungsfindung zu unterstützen und um die Fähigkeiten der Organisation aufzubauen.

3.4.5 Prozesse, Produkte und Dienstleistungen

Exzellente Organisationen entwerfen, managen und verbessern Prozesse, Produkte und Dienstleistungen, um Wertschöpfung für Kunden und andere Interessengruppen zu generieren.

Das bedeutet:

- Prozesse werden entwickelt und gemanagt, um den Nutzen für die Anspruchsgruppen zu optimieren.
- Produkte und Dienstleistungen werden entwickelt, um optimale Werte für Kunden zu schaffen.
- Produkte und Dienstleistungen werden effektiv beworben und vermarktet.
- Produkte werden erstellt, geliefert und gemanagt, um den laufenden Erfolg der Organisation zu sichern.
- Kundenbeziehungen werden gemanagt und vertieft.

3.4.6 Kundenbezogene Ergebnisse

Exzellente Organisationen entwickeln und vereinbaren – basierend auf den Bedürfnissen und Erwartungen ihrer Kunden – ein Set von Leistungsindikatoren und damit verbundenen Ergebnismessgrößen, um die erfolgreiche Umsetzung ihrer Strategie und der unterstützenden Vorgehensweisen zu bestimmen, basierend auf den Bedürfnissen und Erwartungen ihrer Kunden.

Das bedeutet:

- Ergebnisse bezüglich Wahrnehmungen („lagging indicators“): Diese Messergebnisse zeigen, wie die Kunden die Organisation wahrnehmen (z.B. anhand von Kundenbefragungen oder Fokusgruppen).
- Ergebnisse bezüglich Leistungsindikatoren („leading / predictive indicators“): Dabei handelt es sich um interne Messergebnisse, die die Organisation verwendet, um ihre Leistung zu überwachen, zu verstehen, zu verbessern und um zu prognostizieren, wie die Kunden diese Leistung wahrnehmen werden.

3.4.7 Mitarbeiterbezogene Ergebnisse

Exzellente Organisationen entwickeln und vereinbaren – basierend auf den Bedürfnissen und Erwartungen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – ein Set von Leistungsindikatoren und damit verbundenen Ergebnismessgrößen, um die erfolgreiche Umsetzung ihrer Strategie und der unterstützenden Vorgehensweisen zu bestimmen.

Das bedeutet:

- Ergebnisse bezüglich Wahrnehmungen („lagging indicators“): Diese Messergebnisse zeigen, wie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Organisation wahrnehmen (z.B. anhand von Umfragen, strukturierten Interviews oder Fokusgruppen).
- Ergebnisse bezüglich Leistungsindikatoren („leading / predictive indicators“): Dabei handelt es sich um interne Messergebnisse, die die Organisation verwendet, um ihre Leistung zu überwachen, zu verstehen, zu verbessern und um zu prognostizieren, wie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diese Leistung wahrnehmen werden.

3.4.8 Gesellschaftsbezogene Ergebnisse

Exzellente Organisationen entwickeln und vereinbaren – basierend auf den Bedürfnissen und Erwartungen aller weiteren relevanten externen Interessensgruppen – ein Set von Leistungsindikatoren und damit verbundenen Ergebnismessgrößen, um die erfolgreiche Umsetzung ihrer umfeldbezogenen, gesellschaftlichen und ökologischen Strategie und der unterstützenden Leitlinien zu bestimmen.

Das bedeutet:

- Ergebnisse bezüglich Wahrnehmungen („lagging indicators“): Diese Messergebnisse zeigen, wie die Gesellschaft die Organisation wahrnehmen (z.B. anhand von Umfragen, öffentlichen Veranstaltungen, Berichten, NGO, Behörden).
- Ergebnisse bezüglich Leistungsindikatoren („leading / predictive indicators“): Dabei handelt es sich um interne Messergebnisse, die die Organisation verwendet, um ihre Leistung zu überwachen, zu analysieren, zu planen, zu verbessern und um zu prognostizieren, wie die Gesellschaft diese Leistung wahrnehmen werden.

3.4.9 Schlüsselergebnisse

Exzellente Organisationen entwickeln und vereinbaren – basierend auf den Bedürfnissen und Erwartungen der relevanten Interessensgruppen – ein Set von finanziellen und nicht-finanziellen Leistungsindikatoren und damit verbundenen Ergebnismessgrößen, um die erfolgreiche Umsetzung ihrer Strategie zu bestimmen.

Das bedeutet:

- Schlüsselergebnisse bezüglich Erfolgsmessgrößen („lagging indicators“): Dabei handelt es sich um die finanziellen und nicht-finanziellen Schlüsselergebnisse, die den Erfolg der Umsetzung der Strategie der Organisation zeigen. Das Set von Messergebnissen und massgeblichen Zielen wird definiert und mit den relevanten Interessengruppen abgestimmt.
- Schlüsselergebnisse bezüglich Leistungsindikatoren („leading / predictive indicators“): Dabei handelt es sich um die finanziellen und nicht-finanziellen Indikatoren, die verwendet werden, um die operative Leistung der Organisation zu messen. Sie helfen, die wahrscheinlichen Erfolgsmessgrößen der Organisation zu überwachen, zu verstehen, zu prognostizieren und zu verbessern.

3.5 Die RADAR-Logik

Die RADAR⁶-Logik ist eine Matrix zur Bewertung der 9 Kriterien resp. 32 Subkriterien des EM. Die Bewertung erfolgt in 5%-Schritten auf einer Skala von 0% (anekdotisches Vorgehen resp. keine positiven Ergebnisse) bis zu 100% („Best-in-class“).

Die Anwendung der RADAR-Logik erfolgt durch ausgebildete EFQM-Assessoren. Gerhard Leu, der die vorliegende Test-Evaluation durchführte, ist seit 1998 Lead Assessor für den EFQM Excellence Award und mit der RADAR-Logik und der Bewertung der EM-Kriterien somit bestens vertraut.

Nachfolgend werden die Bewertungsaspekte für die Befähiger-Kriterien (→ Kapitel 3.5.1) und der Resultat-Kriterien (→ Kapitel 3.5.2) näher beschrieben.

3.5.1 Bewertung der Befähiger

Exzellente Organisationen haben fundierte und integrierte Vorgehen, deren Umsetzung systematisch eingeführt ist. Das Vorgehen und die Umsetzung werden laufend bewertet und kontinuierlich verbessert.

⁶ RADAR®: Results, Approach, Deployment, Assessment & Refinement

Das bedeutet:

- **Vorgehen:** Dies umfasst die von der Organisation geplanten Tätigkeiten und deren Begründung. Ein fundiertes Vorgehen basiert auf einer klaren Begründung, ausgerichtet auf gegenwärtige und zukünftige Ziele der Organisation, konkretisiert durch systematisch gestaltete Prozesse, die auf die Bedürfnisse der Interessengruppen ausgerichtet sind. Vorgehen müssen integriert sein. Ein integriertes Vorgehen ist in der Strategie verankert und – wo sinnvoll – mit anderen Vorgehen verknüpft. Das Vorgehen wird fortlaufend verbessert.
- **Umsetzung:** Dies umfasst, was eine Organisation tut, um das Vorgehen umzusetzen. In einer exzellenten Organisation ist das Vorgehen in den relevanten Bereichen systematisch eingeführt. Dies basiert auf einer klaren Planung und erfolgt in einer für die Organisation und für das Vorgehen angemessenen Art und Weise. Die Organisation ist in der Lage, situativ erforderliche Anpassungen des Vorgehens in einem angemessenen zeitlichen Rahmen vorzunehmen.
- **Bewertung und Verbesserung:** Dies umfasst, was eine Organisation tut, um das Vorgehen und dessen Umsetzung zu überprüfen und zu verfeinern. In einer exzellenten Organisation werden das Vorgehen und seine Umsetzung regelmässig im Hinblick auf Effizienz und Effektivität überprüft. Lernorientierte Massnahmen und Kreativität werden genutzt, um neue oder veränderte Ansätze zu generieren. Der Erkenntniszuwachs aus Messung, Lernen und Kreativität wird zur Identifizierung, Priorisierung, Planung und Einführung von Verbesserungen und Innovation verwendet.

3.5.2 Bewertung der Ergebnisse

Exzellente Organisationen erreichen mit relevanten, nützlichen Ergebnissen Leistungen, die positive Trends aufweisen. Deren Ursachen werden auf die Befähiger zurückzuführen sind. Ziele werden gesetzt und sind besser als vergleichbare Organisationen.

Das bedeutet:

- **Relevanz und Nutzen:** Die Messergebnisse sollten umfassend, zeitgerecht, verlässlich, präzise und angemessen segmentiert sein und im Einklang stehen mit der Strategie sowie den Bedürfnissen und Erwartungen der Interessengruppen. Der Zusammenhang zwischen relevanten Ergebnissen und ihrer wechselseitigen Beeinflussung sollten verstanden sein. Schlüsselergebnisse sollten identifiziert und priorisiert sein.
- **Leistungen:** In einer exzellenten Organisation zeigen die Ergebnisse positive Trends und/oder nachhaltig gute Leistung. Ziele werden für die Schlüsselergebnisse gesetzt; sie sind angemessen und werden erreicht oder übertroffen. Darüber hinaus wird bei den Schlüsselergebnissen die eigene Leistung mit derjenigen von anderen Organisationen verglichen. Diese Vergleiche fallen positiv aus, vor allem innerhalb derselben Branche und/oder im Vergleich mit Weltklasse-Organisationen. Wird der Zusammenhang zwischen den wesentlichen Befähigern und Schlüsselergebnissen verstanden, kann davon ausgegangen werden, dass auch zukünftig positive Leistungen erzielt werden können.

4 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Testevaluation werden in einem verbalen Teil (→ Kapitel 4.1) und in einem Zahlenteil (→ Kapitel 4.2) dargestellt. Der verbale Teil beschreibt übergeordnet die Befunde nach den 9 Kriterien des EM und der Zahlenteil gibt die Bewertung der 9 Kriterien wider.

4.1 Kriterien

In diesem Teil werden einige zusammenfassende Aussagen verbalen wider gegeben, um sich ein übergeordnetes Bild über die Situation der Testspitäler und die Anwendung der Kriterien machen zu können. Bei dieser Testevaluation werden nicht – wie sonst bei Evaluationen üblich – alle Stärken und Verbesserungsbereiche aufgelistet.

Nachfolgend werden die 9 Kriterien nach dem EM (→ Kapitel 3.4) beurteilt.

4.1.1 Führung

Führungskräfte müssen in EZA-Projekten unterschieden werden in Personen, die (a) Mitarbeitende führen, Teams leiten, Ressourcen bereitstellen, Budgetvorgaben kontrollieren usw. und andererseits in Personen, die (b) Visionen entwickeln und umsetzen, Werte vermitteln, Vorbildfunktionen einnehmen, übergeordnete Entwicklungsziele anstreben usw. Zur ersten Gruppe zählen alle Linienvorgesetzten in der Organisation, welche hier „Manager“ genannt werden. Zur zweiten Gruppe zählen alle diejenigen Personen, die die Organisation nachhaltig weiter entwickeln, auch wenn sie keine direkten Führungsfunktionen nach Organigramm wahrnehmen. Also z.B. auch Fachexperten, Programmleiter oder andere Schlüsselpersonen. Diese Personen werden hier „Leader“ genannt. Führung bedeutet somit „Leadership“. Viele, aber nicht alle Manager sind Leader und Leader sind nicht nur die Manager.

Bei den untersuchten Spitälern fällt auf, dass bei den privaten, kleineren Spitälern die Leadership viel stärker ausgeprägt ist als bei den öffentlichen Spitälern. Dies liegt einerseits daran, dass bei den öffentlichen Spitälern viele Parteien mit unterschiedlichen Interessen involviert sind (d.h. Spitalleitung, Ärzte, Administration, Diözese, Staat / Behörde, NGO usw.) und andererseits aber auch daran, dass das persönliche Interesse, das Eigeninteresse der Manager / Leader nicht so stark ausgeprägt ist.

Alle Spitälern haben eine Mission und eine Vision. Auch wenn diese nicht immer explizit dokumentiert ist. Diese wird jedoch von den Leadern meist nicht als Leitlinie zur Führung verwendet. Es sind eher Aussagen, die formuliert und in Stein gemeißelt wurden, weil „man es halt so hat“.

Zur Führung gehört eine systematische Steuerung eines geschlossenen Regelkreises: Planung → Umsetzung → Überprüfung → Verbesserung. Auch wenn in den einzelnen Regelkreisschritten Aktivitäten durchgeführt werden, ist in fast allen Spitälern diesbezüglich kein systematischer Ansatz erkennbar.

Auch Anspruchsgruppen müssen durch die Leader angesprochen und deren Beziehungen gepflegt werden. Zu den Anspruchsgruppen gehören in erster Linie die Patienten selbst, dann die lokale Bevölkerung und bei den öffentlichen Spitälern sicher auch die lokalen / regionalen Behörden. Haben die Leader eine medizinische oder pflegerische Funktion inne, dann ist die Beziehung zu den Patienten sichergestellt. In Spitälern, wo viele Parteien involviert sind – also die öffentlichen Spitälern –, haben jedoch nicht alle Leader direkte Kontakte zu den Patienten. Die Beziehung zu der lokalen Bevölkerung ist nur bei 2 Spitälern „gut“ etabliert. Und diese beiden Spitälern haben auch in der Bevölkerung ein besseres Image. Bei allen Spitälern ist der Kontakt zu den Behörden

gewährleistet. Jedoch wird dieser nicht systematisch zur Weiterentwicklung der Spitäler benutzt.

Leader sollen auch bei den Mitarbeitenden eine Kultur der Exzellenz fördern. Dies bedeutet, die Mitarbeitenden anspornen, um immer besser zu werden. Das war in keinem der Spitäler wirklich sichtbar.

Gerade in Ländern, wo die EZA typischerweise tätig ist, braucht es eine hohe Flexibilität und Anpassungsfähigkeit. Das bedeutet, dass auch ein Spital sich an solche Veränderungen flexibel anpassen muss. Die Fähigkeit, sich zu verändern, ist bei den betrachteten Spitälern an sich vorhanden. Allerdings erfolgt diese anekdotisch aus der Situation heraus und weniger durch systematische Änderungsansätze. Die organisatorische Flexibilität ist weniger durch die Leader bedingt, sondern kulturell durch die hohe Fähigkeit der Einwohner selbst.

4.1.2 Strategie

Als Strategie im Kontext des vorliegenden Evaluationsgegenstandes kann die kurz- und mittelfristige Planung (d.h. ein bis 3 Jahre) verstanden werden. Diese Planung geht inhaltlich weiter als nur das herkömmliche Betriebs- und Investitionsbudget.

Bei den kleineren Spitäler machen sich die Eigner mehr (strategische) Gedanken darüber, welche Bedürfnisse ihre Patienten haben und wie diese erfüllt werden können. Zum Beispiel hatte ein Spital bemerkt, dass es VIP-Leute gibt, die das Bedürfnis haben, anonym in ein Spital einzutreten und keine Wartezeiten in Kauf nehmen zu wollen. Die Spitalinfrastruktur und Geschäftsprozesse wurden dementsprechend angepasst. Bei den grösseren Spitälern haben die Erwartungen der Anspruchsgruppen weniger Einfluss auf die strategische Planung.

Schlüsselkennzahlen eines Spitals betreffen den Output (z.B. Anzahl behandelte Fälle, Güte der Behandlungen), die Kernprozesse (z.B. Warte- und Durchlaufzeiten, Verfügbarkeit der Medizintechnik), finanzielle Kennzahlen, Feedbacks (z.B. Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit) usw. Alle Spitäler fokussierten ihre Leistungsfähigkeit meist „nur“ auf die Patientenzahl und die Finanzen. Andere Kennzahlen – obwohl sie vorliegen würden – werden nicht als Input für die Strategie herangezogen.

Generell ist der strategische Planungsprozess bei allen Spitälern wenig ausgeprägt. Meist beschränkt er sich – wie oben erwähnt – auf die Budgetierung. So erfolgt weder eine systematische Erfassung der Erwartungen der Anspruchsgruppen noch eine Abstimmung dieser bei Interessenkonflikten.

Da schon keine formulierte Strategie resp. nur in Ansätzen vorhanden ist, kann diese auch nicht weiter an die Anspruchsgruppen und Mitarbeitenden kommuniziert werden. Die Anspruchsgruppen sind nicht einheitlich über die Strategie informiert.

4.1.3 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind generell in einem Spital ein Schlüsselfaktor. Während es in Entwicklungsländern meist genügend grosse Anzahl Leute gibt, ist die richtige Qualifikation jedoch ein grosses Problem. So nützt es wenig, das Personal nur quantitativ einzuplanen ohne das benötigte Wissen & Können mit zu berücksichtigen. In Sambia wurden bis anno dato ca. 600 Ärzte ausgebildet. Davon sind mehr als vier Fünftel ausgewandert. Es findet nicht nur ein „Brain Drain“ statt, sondern ein „Brain Train“. Das heisst, es gibt eine Wanderbewegung von ärmeren Ländern zu den reicheren. So kommen viele Ärzte aus dem wirtschaftlich zurückliegenden Kongo. Deshalb bereitet es allen Spitälern grosse Mühe, qualifiziertes Personal einzustellen.

Wenn schon die Rekrutierung von Fachpersonal schwierig ist, kann dem mit entsprechenden Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen teilweise entgegengewirkt werden. Aus diesem Grund betreibt z.B. das Referenzspital eine eigene Schule für Krankenpflege und Geburtshilfe. Diesbezüglich sind die grösseren, öffentlichen Spitäler besser positioniert.

Ein weiteres riesiges Personalproblem ist die Motivation und das selbstständige, engagierte Handeln. Meist werden zum Beispiel einfache Mängel wie etwa defekte Kabel und Stecker im Operationssaal oder fehlendes Material nicht eigenständig behoben. Das Personal fühlt sich nicht verantwortlich, obwohl die Mängel erkannt werden und das Geld sowie das Wissen & Können vorhanden wären. Diesbezüglich stehen die kleineren Spitäler besser da, da sich das Personal stärker mit der Organisation identifiziert.

Kommunizieren die Mitarbeitenden wirkungsvoll miteinander? Sowohl top-down als auch bottom-up und cross-functional? Selbstverständlich ist die Kommunikation besser, je kleiner die Organisation ist. In den grösseren Spitäler sind teilweise feste Meetingstrukturen vorgesehen (z.B. Quality Board), wo zwischen den Abteilungen Informationen ausgetauscht werden. Allerdings erfolgt dies eher anekdotisch als systematisch. Da das Personal nicht immer physisch für Informationsveranstaltungen versammelt werden kann, würden die modernen Kommunikationsmittel wie Haustelefonanlagen, E-Mail und Intranet oder News letters viel zur Kommunikation beitragen. Diese fehlen allerdings. Nur 3 Spitäler hatten z.B. einen Internet-Anschluss.

Um die Mitarbeitenden zu motivieren sind auch Belohnungen und Anerkennungen nötig. Diese müssen nicht immer finanzieller oder materieller Art sein. Schon nur nette Worte eines Arztes an einen Handwerker wirken Wunder. Die Leute sind sehr ansprechbar auf ein direktes Lob. Dies ist eine Führungsaufgabe. Wo die Leadership (→ Kapitel 4.1.1) hingegen nicht sehr ausgeprägt ist, fehlen auch solche Worte. Dies ist wiederum nicht sehr förderlich für das Engagement der Mitarbeitenden.

4.1.4 Partnerschaften und Ressourcen

Partnerschaften werden fast ausschliesslich verstanden als der Einbezug von NGO oder Sponsoren. Partnerschaften mit Dritten zur besseren Erbringung der medizinischen oder medizintechnischen Leistungen im Sinne von $1 + 1 = 3$ sind hingegen nicht etabliert. Möglichkeiten dazu wären viele gegeben: zum Beispiel Partnerschaften mit Apotheken oder zur Instandhaltung der medizintechnischen Geräte, der Infrastruktur usw.

Das Managen der finanziellen Mittel beschränkt sich im Wesentlichen auf die operative Finanzbuchhaltung. Aufgrund der fehlenden Mittel – insbesondere für Investitionen – kann eine längerfristige, verbindliche Finanzplanung nicht vorgenommen werden.

Infrastrukturen, Anlagen, Geräte, Material etc. werden meist einmalig beschafft resp. von NGO zur Verfügung gestellt. Allerdings fehlen die finanziellen Mittel für die Instandhaltung und Reparaturen. Eine stringente Planung unter Berücksichtigung des Betriebes und der Instandhaltung erfolgt nicht. Da die med.-techn. Geräte (z.B. Inkubatoren, Ultraschall, EKG⁷, ICT⁸ usw.) meist hoch modern sind, fehlt auch das Wissen und der Zugang zu Ersatzteilen, um sie reparieren zu können. Dann liegen sie leider brach in einer Ecke.

Technologien – hier im weiteren Sinne des Wortes die medizinischen Behandlungsmethoden mitgemeint – werden in allen Spitälern gemanagt. Dies erfolgt in der langfris-

⁷ EKG: Elektrokardiogramm

⁸ ICT: Information and Communication Technology

tigen Planung durch die Fragestellungen wo oder womit können oder sollen wir uns weiterentwickeln. Allerdings erfolgen diese Diskussionen weniger auf eine systematische Art und Weise als viel mehr ad-hoc-artig.

Eine weitere Ressourcenart sind die in der Organisation vorhandenen Informationen und das Wissen. Unter Wissen ist die Fähigkeit zu verstehen, vorhandene Informationen zu nutzen, um das Spital weiter zu entwickeln resp. zu verbessern. Ein Managen dieser Ressourcenart ist in den analysierten Spitäler nicht oder nur sehr beschränkt vorhanden.

4.1.5 Prozesse, Produkte und Dienstleistungen

Ein Prozessmanagementsystem ist in keinem Spital vorhanden. Es gibt in einigen Spitälern Ansätze, um die Arbeitsabläufe im Kleinen zu optimieren (z.B. dass im Operationssaal genügend Handschuhe vorhanden sind oder dass für die VIP keine Wartezeiten auftreten). Aber eigentliche Optimierungen von End-zu-End-Prozessen gibt es nicht. In einem Spital gibt es ein „Quality Board“, um auch Prozessthemen zu behandeln. Dieses Board tagt aber sehr selten und bespricht dann meist andere Themenbereiche.

Die Privatspitäler sind angewiesen, dass sie Dienstleistungen anbieten, die in der Bevölkerung verlangt werden. Denn sonst haben sie keine Patienten mehr. Diese Spitäler entwickeln in gewissem Sinne neue Dienstleistungen, um sich zu differenzieren. Ansonsten sind Produkt- oder Dienstleistungs-Entwicklungsaktivitäten nicht existent.

Eine Vermarktung der Dienstleistungen erfolgt ausschliesslich bei den Privatspitälern. Allerdings im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten. Das bedeutet z.B. das Aufmalen des Schriftzuges ihrer Organisation an Hauswänden und durch Mund-zu-Mund-Propaganda.

Patienten werden selbstverständlich in allen Spitälern behandelt nach den medizinischen Gepflogenheiten der Möglichkeiten entsprechend. Doch die Abläufe von der Patientenaufnahme, über die Diagnose und Therapie bis zum Austritt werden nicht systematisch optimiert. Ebenso gilt dies für die unterstützenden Prozesse wie z.B. Medikamenten- und Materialbeschaffung. Bei den kleineren Spitälern gibt es weniger personelle Schnittstellen. Deshalb sind dort die Behandlungsprozesse etwas strukturierter.

Bei leichten allgemeinen Krankheiten haben die Patienten in Kashikishi eine Wahlmöglichkeit zwischen dem öffentlichen Spital (gratis) und dem *Witch Docter* (Entgelt). Deshalb ist der *Witch Docter* darauf angewiesen, die Beziehungen zu ihren potentiellen Patienten zu pflegen. Ansonsten wird sehr wenig Wert auf eine Pflege der Beziehungen zu den Kunden der Spitäler gelegt.

4.1.6 Kundenbezogene Ergebnisse

Die Kunden der Spitäler sind die Patienten. Systematische Patientenumfragen gibt es in keinem Spital. Informelle, nicht repräsentative Interviews durch den Autor der Studie ergeben, dass die Leute mit den privaten Spitälern zufriedener sind. Dies aus verschiedenen Gründen (z.B. bessere Betreuung, tiefere Warte- und Behandlungszeiten, was nichts kostet ist nichts wert usw.). Diese Privatspitäler nehmen diese Aussagen selbst auch wahr und versuchen, darauf aufbauend ihre Prozesse und Dienstleistungen zu verbessern.

Spital interne Kennzahlen, die eine Vorhersage über die mögliche Zufriedenheit resp. Unzufriedenheit erlauben würden, werden in keinem Spital gemessen.

4.1.7 Mitarbeiterbezogene Ergebnisse

Mitarbeiterumfragen gibt es in den Spitälern nicht. Ein Spital hatte einmal eine nicht wissenschaftlich fundierte Umfrage gestartet. Doch sind die Ergebnisse nicht nur wegen der ungenügenden Methode zweifelhaft, sondern auch, weil die Leute schon deshalb zufrieden sind, dass sie überhaupt eine Arbeit und einen Verdienst haben.

Indikatoren zur Vorhersage der Mitarbeiterzufriedenheit (z.B. Abwesenheiten, Fluktuationsrate) gibt es nicht. Das bedeutet aber nicht, dass es solche Indikatoren nicht geben sollte. So könnte z.B. die Rate der Abgänge des medizinischen Personals als Indikator benutzt werden.

4.1.8 Gesellschaftsbezogene Ergebnisse

Alle Spitäler betrachten es als eine ihrer Aufgaben, das Wohlbefinden der Bevölkerung generell zu verbessern. Sie sehen ihre Rolle demnach auch gesellschaftspolitisch. Die Diozesespitaler gehen sogar noch einen Schritt weiter, indem sie in den entsprechenden Dörfern Kirchen betreiben, um so ihren Einfluss auf die Gesellschaft zu verstärken. Doch die Wahrnehmung ihrer Institution durch die Gesellschaft wird nicht erfasst und ausgewertet. So kann auch nicht gesagt werden, ob sich der Aufwand für die Wirkung lohnt.

Demnach gibt es auch keine Spital internen Indikatoren, die auf eine positivere oder negativere Wahrnehmung durch hindeuten würden.

4.1.9 Schlüsselergebnisse

Selbstverständliche, offensichtliche Schlüsselergebnisse wie zum Beispiel Anzahl behandelte Patienten oder finanzielle Kennzahlen werden in allen Spitälern ausgewiesen. Nicht finanzielle, qualitative Kennzahlen werden nur subjektiv aufgrund von eigenen Beobachtungen erfasst.

Frühwarnindikatoren oder andere Vorhersagewerte für die Schlüsselkennzahlen werden nicht erfasst.

4.2 Bewertung

Bei dieser Studie geht es, wie erwähnt, um einen Test, ob sich das EM bei Entwicklungszusammenarbeitsprojekten am Beispiel von Spitälern eignen würde. Es geht nicht darum, die einzelnen Spitäler zu bewerten. Selbstverständlich muss eine Bewertung vorgenommen werden, aber nur um zu zeigen, ob die Spitäler überhaupt nach dem EM bewertbar sind.

Die nachfolgende Grafik zeigt die Bewertung über alle Spitäler. Sie erfolgt auf einer Prozentskala von 0% ... 100% gemäss RADAR-Logik von EFQM (ur Kapitel 3.5). Die Kriterien (Crit 1, 2, ... 9) sind unterhalb der Abbildung in der Legende beschrieben und beziehen sich auf das EM.

- Der obere Balken zeigt die maximale Prozentzahl eines Spitals an;
- der untere Balken die minimale Prozentzahl;
- der mittlere, kleine Balken der arithmetische Mittelwert über alle Spitäler.
- Die rote, gestrichelte Linie bei 25% ist ein anzustrebender Zielwert (siehe weiter unten).

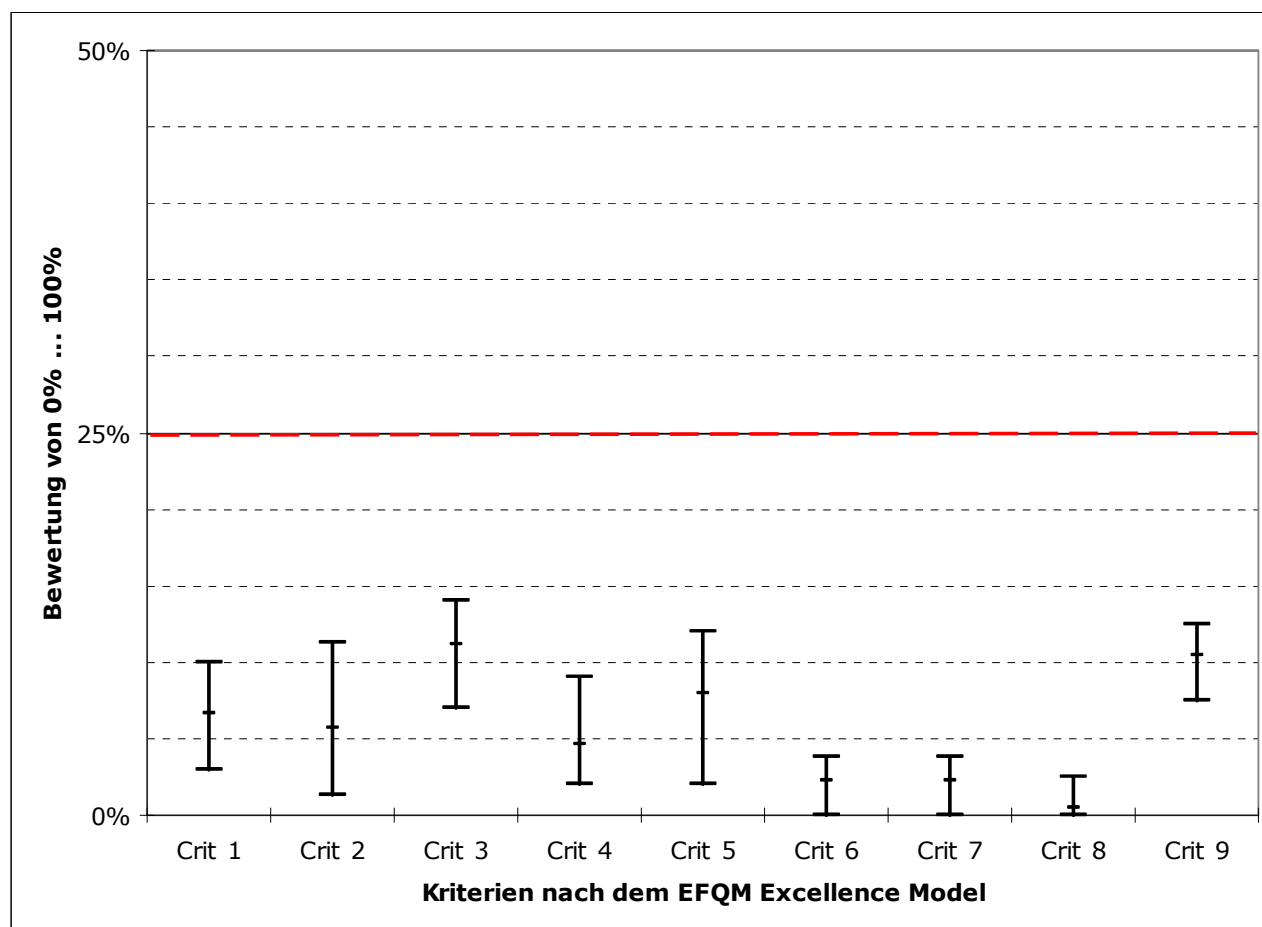


Abbildung 5: Bewertung nach dem EFQM Excellence Model

Legende zu Abb. oben

- Crit 1: Führung
- Crit 2: Strategie
- Crit 3: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Crit 4: Partnerschaften und Ressourcen
- Crit 5: Prozesse, Produkte und Dienstleistungen
- Crit 6: Kundenbezogene Ergebnisse
- Crit 7: Mitarbeiterbezogene Ergebnisse
- Crit 8: Gesellschaftsbezogene Ergebnisse
- Crit 9: Schlüsselergebnisse

Die Gesamtbewertung aller Spitäler in den einzelnen Kriterien ist sehr tief und liegt zwischen 0% ... 15%. Betrachtet man eine „normal-gute Organisation“, dann liegt diese bei etwa 25%. Dies sollte für Organisationen in den Entwicklungsländern als Massstab gesetzt werden, um als *Good Practice Organization* (GPO) zu gelten (→ Abbildung 5, rote Linie). Spitzenorganisationen (Best Practice Organizations) weisen eine Bewertung von ca. 75% auf.

Berücksichtigt man die Gewichtung der Kriterien, dann erreichen die untersuchten Spitäler Punktzahlen von 35 ... 85, auf einer Skala von 0 ... 1000 Punkte.

Die Befähiger-Kriterien (Crit 1 ... Crit 5) liegen in einem Bereich von ca. 5%...10%. Es gibt allerdings Spitäler, die erreichen in einzelnen Subkriterien bis 20%. Obwohl es oft gute Managementansätze in den einzelnen Kriterien gibt, ist die Bewertung trotzdem tief. Dies liegt daran, dass die Ansätze nicht flächendeckend umgesetzt sind und nicht

kontinuierlich verbessert werden. Dazu ein Beispiel: Obwohl eine Mission und Vision formuliert ist, ist diese den Mitarbeitenden nicht bekannt und wird nicht als Leitlinie benutzt zu kontinuierlichen Weiterentwicklung. Es wird nicht wirklich versucht, die selber definierte Vision anzustreben.

Bedeutend tiefer werden die Kriterien der Resultate (Crit 6 ... Crit 9) bewertet, mit Ausnahme des Kriteriums „Schlüsselergebnisse“ (z.B. Anzahl behandelte Patienten etc.). Es gibt in den untersuchten Spitälern keine „Balanced Scorecard“, die als systematisches Planungs- und Controllinginstrument eingesetzt wird. Der Mittelwert wird aber auch deshalb stark nach unten geschoben, weil in allen Ergebniskriterien keine Frühwarnindikatoren, also organisationsinterne Indikatoren zur Vorhersage für den Outcome etabliert sind.

5 Interpretation

In dem vorherigen Kapitel (→ Kapitel 4) wurden 5 sehr unterschiedliche Spitäler anhand des EM evaluiert. Das Ziel war, das EM zu testen bezüglich Relevanz und Sensitivität (→ Kapitel 5.1).

Aufgrund dieser Machbarkeitsstudie ergeben sich unter Umständen auch Erkenntnisse, die event. eine Modifikation des EM bedingen würden (→ Kapitel 5.2).

Ausserdem wird das EM noch verglichen mit der bei der DEZA benutzten *SDC Logframe Structure* (→ Kapitel 5.3).

5.1 Relevanz & Sensitivität

Bei der intensiven Auseinandersetzung in dieser „Testevaluation“ ist dem Autor kein Kriterium des EM aufgefallen, das vor Ort nicht relevant sein könnte. Alle Kriterien konnten angewandt werden. Im Gegenteil: Alle Verbesserungsvorschläge und -Wünsche, die sich aus den Interviews in dem Referenzspital ergaben⁹, konnten eindeutig einem Kriterium zugewiesen werden. Es gab auch keine von den Spitälern gemachten Aussagen darüber, die auf Themenbereiche hindeuten würden, die nicht im EM modelliert sind. Somit sind die Kriterien des EM auch für Organisationen in Entwicklungsländern relevant. Es spricht nichts dagegen, diese dort nicht anzuwenden.

Allerdings muss erwähnt werden, dass das EM als Evaluationsmethode in der Entwicklungszusammenarbeit anhand von Betrieben getestet wurde; also Organisationen, die ein Produkt oder eine Dienstleistung liefern. Ob es sich auch bei anderen sozioökonomischen Interventionen wie z.B. Aufklärungskampagnen, Umweltprojekten, politischen Interventionen etc. eignet, kann damit nicht abschliessend beurteilt werden. Es spricht aber auch nichts gegen eine Anwendung in diesen Bereichen.

Die Bewertung mit den Prozentzahlen (→ Abbildung 5) und der gewichteten Gesamtpunktzahlen (35...85 pt.) zeigt, dass es in den einzelnen Kriterien deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Spitälern gibt. Wegen des allgemein tiefen Niveaus sind diese nur innerhalb von 10%-Punkten resp. 50 absoluten Punkten. Die Unterschiede zwischen den Spitälern ergeben sich vor allem durch die unterschiedlichen Strukturen (z.B. Grösse, öffentlich/privat usw.). Es ist eben einfacher, ein kleines privates Spital voranzutreiben als ein grosses öffentliches mit vielen Interessengruppen und -konflikten.

Die Ergebnisse der vorliegenden Machbarkeitsstudie ergeben, dass die Kriterien des EFQM Excellence Model relevant und sensitiv sind. Das EFQM Excellence Model ist als Instrument für die Evaluation von produkt- und dienstleistungsorientierten Organisationen in Entwicklungsländern geeignet.

5.2 Modifikationen

Für die Anwendung des EM in Entwicklungsländern ergeben sich trotz den positiven Testergebnissen Modifikationen resp. Ergänzungen in 2 Bereichen:

- **Einführung eines „Kriteriums 0“;**
- **Vereinfachung der Bewertung.**

Unter *Kriterium 0* ist nicht ein neues, zusätzliches Evaluationskriterium zu verstehen, sondern eine Beschreibung des länder- und organisationspezifischen Kontexts. Das

⁹ Da dies hier eine Machbarkeitsstudie ist, werden die konkreten Verbesserungen hier nicht aufgeführt.

Kriterium 0 ist eine Art Ausgangslage, nach der sich die Interpretation der Evaluationskriterien ausrichten muss.

Der länderspezifische Kontext beschreibt das politische, soziale, kulturelle, ökonomische und technologische Umfeld, in der die Organisation wirkt. Damit sollen die Rahmenbedingungen, Grenzen und Möglichkeiten aufgezeigt werden, in der sich die Organisation bewegt und entwickeln kann.

Der organisationsspezifische Kontext beschreibt die Terminologie der Organisation zu deren besserem Verständnis. Dazu gehören z.B. Definitionen wie: Wer ist ein Leader? Wer sind die Anspruchsgruppen und Sponsoren? Wer sind die Kunden? Welche Produkte und Dienstleistungen werden wie finanziert? Welche Schlüsselpartner sind involviert? Was sind die regulatorischen oder politischen Vorgaben? Was sind die strategischen Herausforderungen usw.

Eine zweite Modifikation ist die Vereinfachung des EM. Üblicherweise wird eine Organisation auf der Ebene der 32 Subkriterien evaluiert. Das sind die aufgezählten Punkte pro Kriterium (→ Kapitel 3.4). Aufgrund der tiefen Bewertung genügt es hingegen, nur auf der Ebene der 9 Kriterien eine Evaluation vorzunehmen, wie dies oben übrigens auch gemacht wurde (→ Kapitel 4). Eine Erfassung der Stärken und Verbesserungsgebiete auf der Ebene der Subkriterien bringt keinen zusätzlichen Nutzen zum Einleiten von Verbesserungsmaßnahmen. Wäre eine Organisation bereits auf einem Güteniveau von ca. 25% (Zielwert), dann könnte eine detailliertere Evaluation auf Ebene Subkriterium angebracht sein.

5.3 Vergleich mit SDC Logframe Structure

Die DEZA (Direktion für Entwicklungszusammenarbeit) benutzt für Evaluationen in der Entwicklungszusammenarbeit teilweise ein eigenes Modell, das sich *SDC Logframe Structure* nennt. Dieses Modell ist eine hierarchische Darstellung einer Wirkungskette auf 4 Levels: Activities > Outputs > Outcomes > Impact. Dabei bedeutet das Zeichen „>“ ‚führt zu‘ (leads to...).

Die Entwicklung der *SDC Logframe Structure* erfolgt jedoch in der umgekehrten Reihenfolge, indem zuerst der Impact inkl. Messindikator definiert wird, der dann bis auf einzelne Aktivitäten hinuntergebrochen wird: Impact < Outcomes < Outputs < Activities. Dabei bedeutet das Zeichen „<“ ‚wird verursacht durch ...‘ (caused by ...).

Die *SDC Logframe Structure* ist somit ein Aktivitäten getriebenes Wirkungsmodell (→ Abbildung 6). Das Modell selbst ist offen. D.h. je nach Intervention können bei den einzelnen Levels beliebige, adäquate Informationen und Daten definiert werden. Die *SDC Logframe Structure* ist eine Art Balanced Scocard, bei der die Informationen aber in keiner systematischen Beziehung zu einander stehen (ausser dass sie in einer Hierarchie eingegliedert sind).

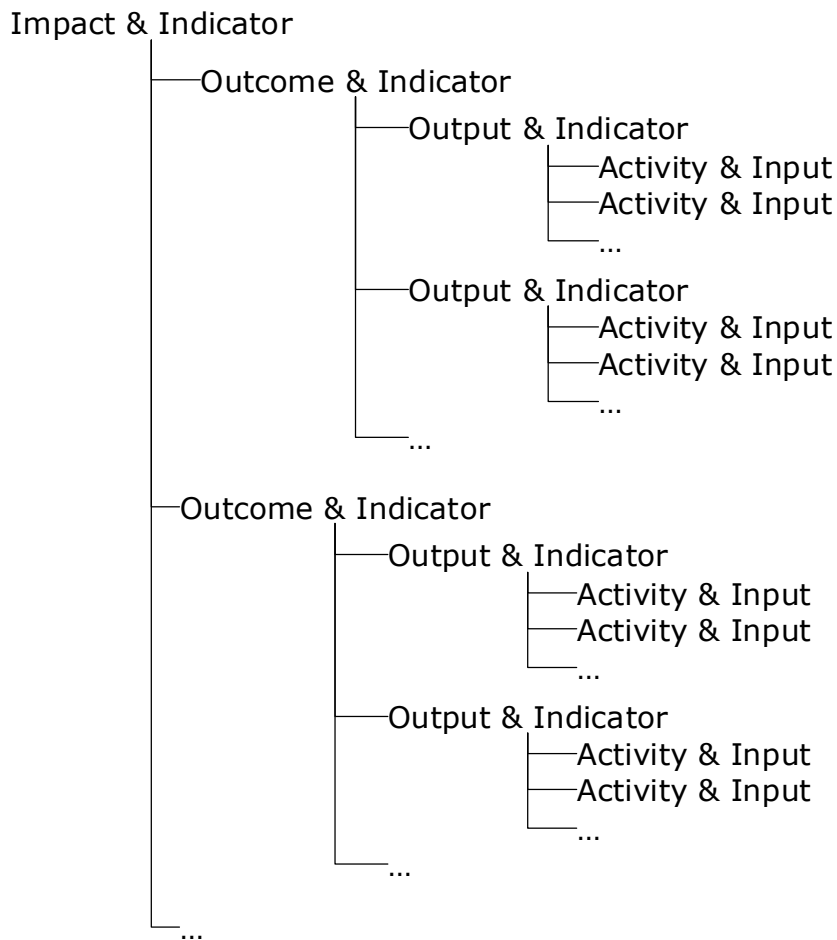


Abbildung 6: SDC Logframe Structure

Vergleicht man die *SDC Logframe Structure* mit dem *EFQM Excellence Model*, dann deckt das erstere einen Teil der Ergebniskriterien des EM (→ Kapitel 3.4.6 ... 3.4.9) sowie einen Teil des Kriteriums „Prozesse, Produkte und Dienstleistungen → Kapitel 3.4.5) ab (→ Abbildung 7).

Die *SDC Logframe Structure* kann als ein Teilbereich und damit als eine Vorstufe des *EFQM Excellence Model* betrachtet werden. Allerdings mit einem Fokus auf die Ergebnisse.

Das EM ist jedoch umfassender und fokussiert sich noch stärker auf die Befähiger als das organisatorische Stellwerk, mit dem die Ergebnisse erzielt werden. Und gerade *Best Practice Organizations* (BPO) legen ein stärkeres Gewicht auf die Befähiger als auf die Ergebnisse. Sie drehen mit dem Schraubenzieher am Stellwerk (Ursache) und die Ergebnisse stellen sich ein (Wirkung).

Aus der Sicht des Autors dieser Studie kann das *SDC Logframe Structure* im Vergleich zum *EFQM Excellence Model* als eine sinnvolle Art einer „Quick-Evaluation“ angesehen werden. Die *SDC Logframe Structure* lässt sich ebenso nahtlos zum EM weiterentwickeln.

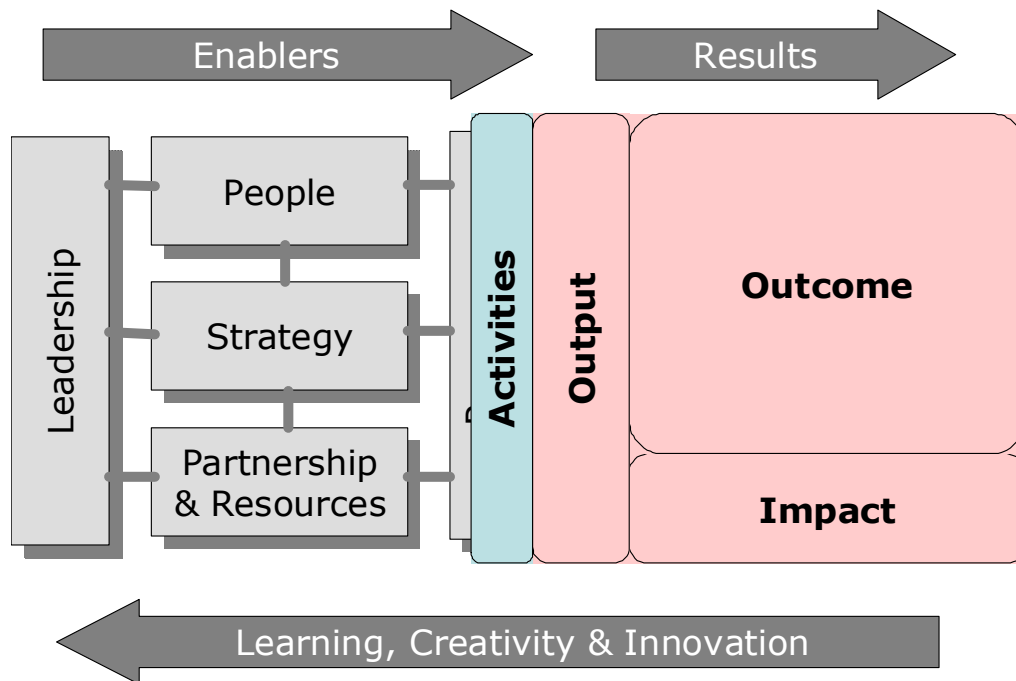


Abbildung 7: Vergleich SDC Logframe Structure und EFQM Excellence Model

In Abbildung 7 ist die *SDC Logframe Structure* (Vordergrund) dem *EFQM Excellence Model* (Hintergrund) überlagert.