

**Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung
in der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe**
Hildegard Winkler, Peter Lutz, Jürgen Mühl

In einer Zeit, in der das quantitative Wachstum der medizinischen und psychosozialen Versorgungssysteme an die Grenzen des wirtschaftlich Möglichen stößt, wird weiteres Wachstum eher im qualitativen Bereich erwartet und stattfinden. – Dies gilt auch für die therapeutische Arbeit mit suchtkranken Menschen. Wesentliche Impulse, die Qualität der Leistungserbringung in das Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken, gehen zum einen vom Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger aus und zum anderen von gesetzlichen Vorgaben zur Implementierung von Qualitätsmanagement – Systemen.

Dieser Beitrag gibt nach einer kurzen Klärung der Begriffe „**Qualitätssicherung**“ und „**Qualitätsentwicklung**“ zunächst einen Überblick über den derzeitigen Stand der Ergebnisse des **Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherungsträger**. Im Anschluss daran werden die beiden grundlegenden **Konzepte des Qualitätsmanagements** – das System der DIN EN ISO und das Modell der EFQM – erläutert. Ihre **Umsetzung in der ambulanten und stationären Suchtkrankenversorgung** wird aus der Perspektive der Praxis dargestellt.

1. „Qualitätssicherung“ und „Qualitätsentwicklung“

Im Arbeitsalltag werden die beiden Begriffe oft synonym gebraucht, und bis 1994 meinten sie auch das gleiche. „Qualitätssicherung“ wurde von der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ) definiert als „Gesamtheit der qualitätsbezogenen Tätigkeiten und Zielsetzungen“. Bedingt durch einen international erfolgten Bedeutungswandel gilt diese Definition heute für „Qualitätsmanagement“ (DGQ 1995).

1.1. Qualitätssicherung

Seit 1994 verwendet die DGQ den Begriff „Qualitätssicherung“ nur noch mit der Ergänzung „.../ QM-Darlegung“ und definiert ihn als

„Alle geplanten und systematischen Tätigkeiten, die innerhalb eines QM-Systems verwirklicht sind und die wie erforderlich dargelegt werden, um ausreichendes Vertrauen zu schaffen, dass eine Einheit die Qualitätsforderung erfüllt“ (DGQ 1995)

Qualitätssicherung in diesem Sinne erfolgt durch standardisierte Kontrollverfahren und systematische Dokumentation. Dies kann intern innerhalb der Organisation erfolgen, indem z.B. in einem Handbuch beschrieben wird, wer was wann und wie zu tun hat und in welcher Form Handeln und Ergebnisse dokumentiert und überprüft werden. Eine solche Darlegung kann aber auch von externen Stellen gefordert wer-

den. Von der ambulanten Suchtkrankenhilfe erwarten die Kostenträger z.B. Leistungsdokumentationen im Jahresbericht, in der Rehabilitation werden die Leistungen seit jeher im Entlassungsbericht beschrieben. Ziel der Qualitätssicherung ist es, Transparenz herzustellen und Vertrauen in die Qualitätsfähigkeit einer Einrichtung zu schaffen. Diesem Ziel dient auch das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger.

1.2. Qualitätsentwicklung

Die Philosophie des Total Quality Managements (TQM) geht über die qualitätssichernde Einhaltung von Standards hinaus und verfolgt mit der Implementierung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses das Ziel systematischer Qualitätsentwicklung. Definiert als

„Überall in der Organisation ergriffene Maßnahmen zur Erhöhung der Effektivität und Effizienz von Tätigkeiten und Prozessen, um zusätzlichen Nutzen sowohl für die Organisation als auch für ihre Kunden zu erzielen.“ (DGQ 1995)

basiert Qualitätsentwicklung darauf, ein Qualitätsbewusstsein in der Organisation zu verankern und alle Mitarbeiter/innen in den Verbesserungsprozess einzubeziehen. Dieser wird als Zyklus strukturiert, in dem die Phasen „Planung des Vorgehens“, „Umsetzung der Planung“, „Prüfung der Ergebnisse der Umsetzung“ und schließlich „Standardisierung oder erneute Verbesserung der erprobten Vorgehensweise“ kontinuierlich durchlaufen werden.

2. Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung

Das sog. 5-Punkte-Programm wird durch die Rentenversicherungsträger seit 1994 in mehr als 900 Einrichtungen der stationären Rehabilitation umgesetzt, etwa ein Viertel davon sind Suchtkliniken. Die Grundlagen für eine Anpassung an die Bedingungen der „Ambulanten Rehabilitation Sucht“ wurden 2000 in einem Workshop mit 60 Experten erarbeitet, den die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) durchführte (s. *QM Report 1/2001*). Erste Ergebnisse wurden Anfang 2002 im Rahmen eines Pilotprojektes – Erhebung der Strukturqualität in 40 Beratungs- und Behandlungsstellen – umgesetzt.

2.1. Die 5 Punkte des Qualitätssicherungsprogramms

1. Strukturhebung, Klinikkonzepte

Dieser Programmpunkt fokussiert die Strukturqualität der Einrichtungen. In Erhebungsbögen werden Angaben zur Struktur der Kliniken, zu Indikationen, dem Leistungsspektrum, Behandlungszielen, zur Vernetzung im Versorgungssystem und zum Selbstverständnis der Klinik erfragt. Weitere Aspekte sind internes Qualitätsmana-

gement, Kommunikationsstrukturen, Dokumentation, Fortbildung und Supervision sowie die therapeutisch-konzeptionelle Ausrichtung der Kliniken.

Die beteiligten Kliniken werden nach verschiedenen qualitätsneutralen Strukturmerkmalen – Größe, Indikation, Behandlungsdauer – zu Gruppen vergleichbarer Kliniken zusammengefasst.

2. Patiententherapiepläne

Dieser Programmpunkt sollte auf der Basis einer Dokumentation von Art, Umfang und zeitlicher Abfolge von diagnostischen und therapeutischen Leistungen eine Bildung von Patientenfallgruppen mit vergleichbarem Behandlungsbedarf ermöglichen. Da dieses Ziel nicht erreicht werden konnte, wird diese Erhebung derzeit nicht umgesetzt, statt dessen liefert die Dokumentation anhand der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) die entsprechenden Daten (s. Kap. 2.2)

3. Qualitätsscreening / Peer-Review-Verfahren

Fachkollegen begutachten eine Stichprobe der ärztlichen Entlassungsberichte jeder Klinik anhand einer vorgegebenen Checkliste und beurteilen die Prozess- und Ergebnisqualität. Die Aspekte Anamnese, Diagnostik, Therapieziele und Therapieplanung, Verlauf und Epikrise, Sozialmedizinische Stellungnahme, weiterführende Maßnahmen / Nachsorge und Rehabilitationsdauer sowie zusammenfassend die Qualität des Rehabilitations – Prozesses werden dahingehend bewertet, ob sie ohne Mängel sind oder ob sie leichte, deutliche oder gravierende Mängel aufweisen.

4. Patientenbefragung

Seit 1999 wurde drei Mal eine schriftliche Befragung von entlassenen Patienten durchgeführt, jeweils im Frühjahr und im Herbst eines Jahres. Pro Einrichtung und Entlassmonat wird jeweils eine Stichprobe von bis zu 20 Rehabilitanden zufällig ausgewählt und 8 - 12 Wochen nach der Entlassung angeschrieben. Zur Beurteilung der Ergebnisqualität erhebt die Befragung allgemeine Angaben zur Rehabilitation, zum Klinikaufenthalt, zu gesundheitlichen Beschwerden und Einschränkungen, zu Lebensgewohnheiten, Erwerbstätigkeit, Leistungsvermögen und Rente.

5. Qualitätszirkel

Dieser Programmpunkt sieht die Bildung von Qualitätszirkeln in den Einrichtungen vor, in denen die zurückgemeldeten Ergebnisse aus den Erhebungen bearbeitet werden sollen. Dazu wurde ein entsprechendes Manual entwickelt. Dieser Punkt zielt jedoch auf das interne Qualitätsmanagement einer Einrichtung, seine Umsetzung ist daher den Kliniken selbst überlassen.

2.2. Weitere BfA - Statistiken

Zusätzlich zum Qualitätssicherungsprogramm erhebt die BfA weitere Daten:

- das Volumen therapeutischer Leistungen, wie es im Entlassungsbericht auf der Grundlage der KTL dokumentiert wird

- die Laufzeiten der Entlassungsberichte
- die Rehabilitandenstruktur und den Verlauf nach einer Rehabilitation wie z.B. Erwerbsfähigkeitsquoten und Wiederholungsquoten

2.3. Ergebnisse der Datenerhebungen

Die erhobenen Daten sollen eine größere Transparenz des Leistungsgeschehens herstellen und den Aufbau eines klinikvergleichenden Informationssystems ermöglichen. Sie dienen damit dem Leistungsträger zunächst zur Dokumentation der Qualität und Bedeutung der Rehabilitation. So sollen die aggregierten Daten des Peer-Review-Verfahrens und der Patientenbefragung die Ergebnisqualität der Rehabilitation belegen (s. Abb. 1). Die Statistik der Rehabilitandenstruktur und des Verlaufes nach einer Rehabilitation weist aus, dass 83% der Suchtkranken nach einer stationären Rehabilitation wieder erwerbstätig sind und nur 15% vorzeitig in Rente gehen.

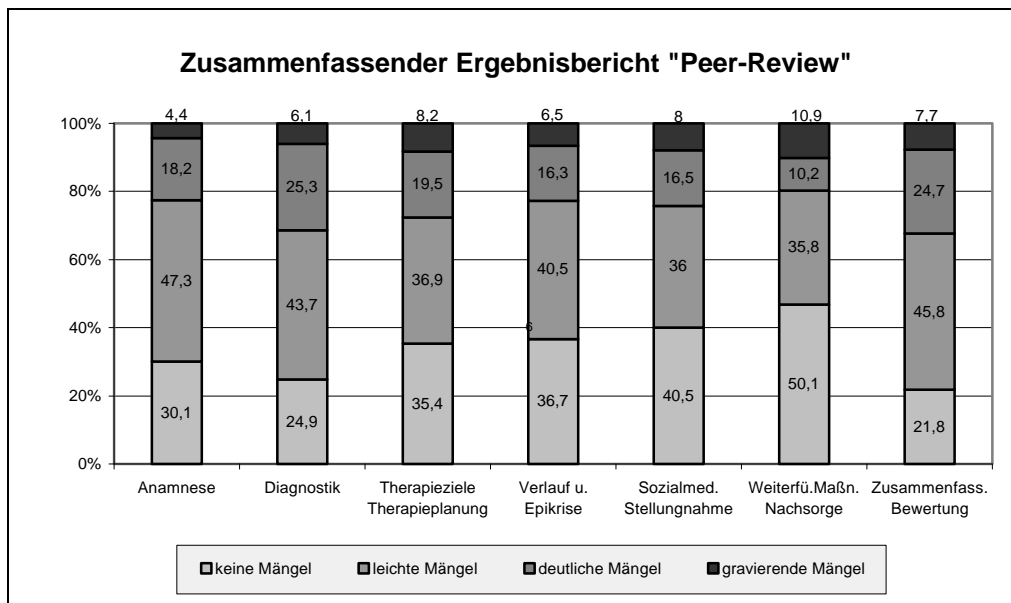


Abb. 1: Peer-Review: Indikationsbereiche Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen
Quelle: Rückmeldung eines Leistungsträgers an eine Fachklinik

Weiterhin dienen die Daten zur bedarfsgerechten Belegungssteuerung mit dem Ziel der weiteren Erhöhung von Effektivität und Effizienz. Insbesondere die KTL-Dokumentation erbringt Daten für die Bildung von Klinikprofilen und Patientenfallgruppen und soll zukünftig auch als Grundlage für die Entwicklung von Leitlinien dienen. Die Datenauswertung zeigt z.B. auf, in welchen Kliniken wie viele Patienten welche Leistungen in welchem Umfang erhalten (s. Abb. 2). Die linke Grafik bildet ab, dass in den Kliniken A bis J zwischen 75% (Klinik J) und 100% (Klinik A) der Patienten Sport- und Bewegungstherapie erhalten. Die rechte Grafik zeigt, dass in der Klinik A die Patienten 8,1 Leistungen pro Woche erhalten, in der Klinik J demgegenüber 1,3 Leistungen pro Woche.

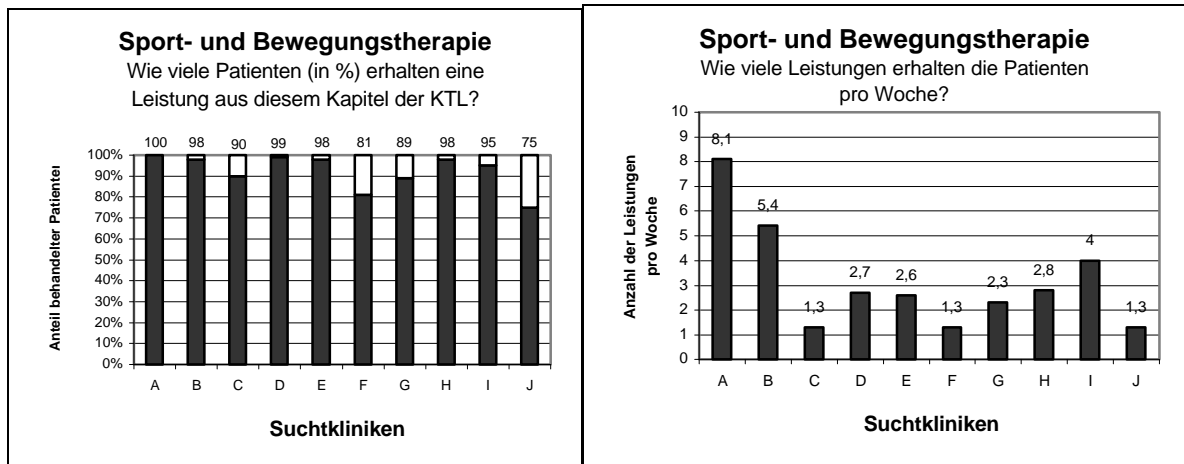


Abb. 2: Daten der KTL-Dokumentation Abhängigkeitserkrankungen
Quelle: Vortrag Frau Dr. Beckmann (BfA), 8.10.01, Management-Tagung, "buss"

Die Ergebnisse des Peer-Review-Verfahrens und der Patientenbefragung lassen jedoch auch Schwächen des Programms erkennen. Die Entlassungsberichte weisen z.B. bei der zweiten Beurteilung durch die Fachkollegen nicht die erwarteten Verbesserungen auf. Unklar ist, ob die Kollegen strenger geurteilt haben oder ob die Qualität der Berichte oder gar die der Behandlung schlechter geworden ist. Eine Prüfung und ggf. Überarbeitung des Instrumentes ist notwendig und wird von der BfA vorgenommen. Auch die Patientenbefragung ergibt derzeit z.T. keine gesicherten Ergebnisse, da der Rücklauf, insbesondere aus kleinen Drogeneinrichtungen, zu gering ist.

Seit 1999 werden Ergebnisse aus dem Peer-Review-Verfahren und der Patientenbefragung den Kliniken regelmäßig zurückgemeldet (s. Abb. 3 und 4). So sollen weitere Ziele des Qualitätssicherungsprogramms erreicht werden wie die Förderung eines klinikinternen Qualitätsmanagements, eine am Patienten orientierte Qualitätsverbesserung und eine größere Ergebnisorientierung.

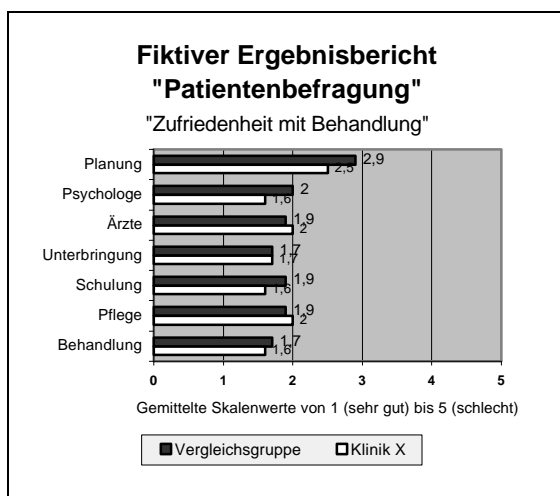


Abb. 3: Patientenbefragung
Fiktive Ergebnisse einer einzelnen Klinik im Vergleich zur Gesamtgruppe
Quelle: Vortrag Dr. Beckmann (BfA)
8.10.01, Management-Tagung, "buss"

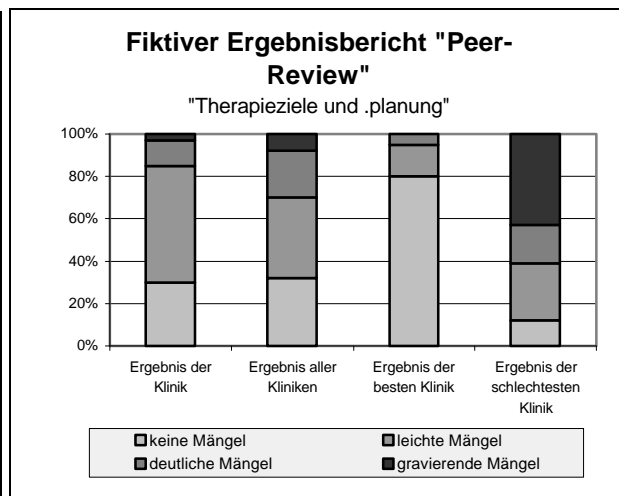


Abb. 4: Peer-Review-Verfahren
Quelle: Rückmeldung eines Leistungsträgers an eine Fachklinik

schrieben werden sowohl die Qualitätsphilosophie, als auch Aufbau und Abläufe des Qualitätsmanagements und der Prozesskette sowie die diversen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in der Organisation. Die QM-Darlegung dient als Grundlage, um in internen oder externen Audits Schwachstellen aufzudecken und Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Die Übereinstimmung der QM-Darlegung mit dem tatsächlichen Geschehen in einer Organisation und damit ihre Qualitätsfähigkeit wird durch ein Zertifikat einer unabhängigen Zertifizierungsgesellschaft bescheinigt.

Das EFQM – Modell (s. Abb. 6) unterscheidet zwischen der Qualität der Ergebnisse einer Organisation und den Mitteln, die erforderlich sind um gute Ergebnisse zu erzielen, den sogenannten Befähigern. Das Modell bildet die Grundlage für eine von der Organisation durchzuführende Selbstbewertung, die der Darstellung des QM-Systems und der Beurteilung seines Entwicklungsstandes dient. Ziel der Selbstbewertung ist es im Sinne eines Analyse- und Diagnoseinstrumentes, qualitätsrelevante Stärken und Verbesserungsbereiche zu identifizieren um anschließend Verbesserungsaktivitäten zu initiieren. Erfolgreiche Organisationen können sich um einen Qualitätspreis bewerben.

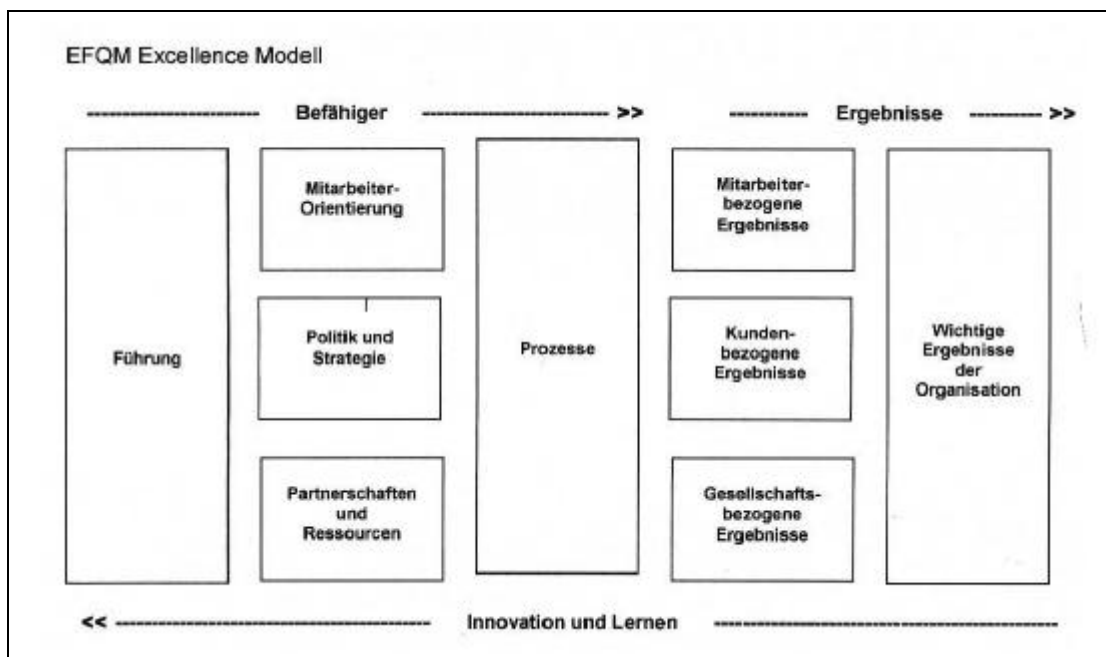


Abb. 6: Das Modell der EFQM

4. Implementierung eines Qualitätsmanagement – Systems nach DIN EN ISO 9001 im Fachkrankenhaus Hansenberg - Ein Praxisbeispiel -

4.1. Einführung

Seit nunmehr 22 Jahren führen wir eine stationäre Entwöhnungseinrichtung für alkoholabhängige Frauen und Männer mit einer Kapazität von 80 Betten. Die durchweg guten Belegungszahlen gaben zu keiner Zeit Anlass an der Qualität unserer Arbeit zu zweifeln. Stets bemüht, durch hochqualifiziertes Personal den Forderungen der Patienten und der Kostenträger Rechnung zu tragen, die „5 Punkte des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung“ im Rücken, waren die Behandlungserfolge immer zufriedenstellend.

Was konnte dennoch dazu führen, dass in einer intakten Einrichtung, an der Grenze der personellen und wirtschaftlichen Belastbarkeit, ein umfangreicher Prozess begonnen wurde, der das Ziel hat ein QM-System einzuführen?

4.1.1. Beweggründe

Getreu dem Motto „Gemeinsamkeit macht stark“ bedienen auch wir uns bei unserer täglichen Arbeit der Angebote und Leistungen eines Fachverbandes. Als Mitglied des *Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss)* vertrauen wir auf die Einschätzungen der vorhandenen Fachkräfte, deren Aufgabe es ist, Stimmungen und Strömungen aus Politik, Gesundheitswesen, Wirtschaft und Gesellschaft aufzunehmen und eventuelle Auswirkungen für die Mitgliedseinrichtungen einzuschätzen bzw. vorherzusagen.

So auch hier geschehen. Bei der Ausarbeitung des Sozialgesetzbuchs IX (SGB IX) wurde vorzeitig klar, dass der Gesetzgeber von den Leistungserbringern besondere Anstrengungen in Sachen Qualitätsmanagement fordern würde.

Zwischenzeitlich ist das SGB IX am 01.07.2001 in Kraft getreten.

Zitat SGB IX § 20, Abs. 2:

„Die Erbringer von Leistungen führen einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement ein, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert, und entwickeln dieses weiter.“

4.1.2. Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie

Im Vorgriff auf diese gesetzliche Forderung gründete der *buss* die *Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V. (deQus)*. Das Ziel der *deQus* ist es, bei den Mitgliedern des *buss* ein QM-System einzuführen.

Zunächst stand die Entscheidung für ein Modell des QM-Systems an (s. Kap. 3). Die *deQus* entschied sich für das QM-System DIN EN ISO 9001:2000 mit Berücksichtigung der EFQM-Kriterien und abschließender Zertifizierung.

4.1.3. QM-Musterhandbuch

Grundlage des QM-Systems DIN EN ISO 9001 ist die Erarbeitung eines umfangreichen QM-Handbuchs.

Als Vorarbeit für die Mitglieder des *buss* erstellte die *deQus* ein Musterhandbuch in dem alle relevanten Themen behandelt wurden.

Der Teil A des Handbuchs behandelt die Aufbauorganisation der Einrichtung. Hier finden die EFQM-Kriterien ihren Platz. Als Beispiele sind zu Nennen: Leitbild, Konzept, Verantwortung für Patienten, Mitarbeiter, Organisation u.v.a.m. In Textform sind hier Mustertexte niedergeschrieben.

Der Teil B des Handbuchs beinhaltet ca. 25 Kernprozesse, die die tägliche Arbeit der Einrichtung beschreiben. Zum Teil werden diese Kernprozesse durch Ist-Ablauf-Diagramme abgebildet, zum Teil werden auch reine Textbeschreibungen verwendet. Die Kernprozesse lauten wie folgt (unvollständige Auflistung):

- Aufnahmeplanung
- Patientenaufnahme
- Patientenentlassung
- Therapiesteuerung
- Psychotherapie
- Arbeits- und Beschäftigungstherapie
- Einbeziehung von Angehörigen
- Soziotherapie
- Sozialbetreuung
- Besondere Therapieangebote, indikative Gruppen
- Medizinische Behandlung
- Medizinische Untersuchungs- und Behandlungsgeräte
- Laboruntersuchungen
- Verwaltung von Patientenangelegenheiten
- Küche
- Hauswirtschaft

Die vorstehende Auflistung zeigt deutlich, dass alle wichtigen Kernbereiche der Einrichtung betroffen sind und dass der tägliche Arbeitsablauf der Klinik sehr genau abgebildet werden kann.

Aus der heutigen zeitlichen Distanz kann von mir die Aussage gemacht werden, dass ohne das Musterhandbuch der *deQus* eine Einführung des QM-Modells DIN EN ISO 9001 kaum möglich gewesen wäre.

4.2. Praktischer Ablauf in der Fachklinik Hansenberg

4.2.1. Grundsatzbeschluss des Trägers

In einem Qualitätsworkshop in Kassel stellte die „deQus“ ihr Konzept und das neu erarbeitete Musterhandbuch vor. Hier wurde sehr schnell deutlich, wie umfangreich dieses QM-Projekt sein würde und dass die zeitliche Dauer der Implementierung zwei Jahre nicht unterschreiten würde. Die Bereitstellung zusätzlicher Personal- und Finanzressourcen war unumgänglich und der Hintergrund, dass die Kostenträger diese zusätzlichen Kosten nicht übernehmen würden, brachte manchen Workshop-Teilnehmer zu spontanen Reaktionen hinsichtlich der Umsetzbarkeit des Projekts.

Nachdem der Träger unserer Einrichtung (*Alida Schmidt-Stiftung, Hamburg*) mit diesen umfangreichen Informationen versorgt wurde, stand der Grundsatzbeschluss an. Der Vorstand fasste den Beschluss, Mitglied der „deQus“ zu werden und ein QM-System auf Grundlage der DIN EN ISO 9001 im Fachkrankenhaus Hansenberg einzuführen und eine entsprechende Zertifizierung anzustreben.

Hauptaussage des Vorstandes war zu dieser Zeit:

„QM wird nicht viel bringen, doch wir beugen uns den Forderungen des Gesetzgebers und möchten weiterhin wettbewerbsfähig gegenüber anderen Einrichtungen bleiben.“

4.2.2. Der Qualitätsbeauftragte

Die Ernennung des Qualitätsbeauftragten (QB) ist ein wesentlicher Schritt bei der Einführung eines QM-Systems. Der QB hat folgende Aufgaben:

- Entwicklung und Umsetzung des QM-Systems innerhalb der Einrichtung
- Schulung und Beratung der Mitarbeiter
- Erstellung des einrichtungsspezifischen QM-Handbuchs
- Vorbereitung und Begleitung des Zertifizierungsverfahrens
- Begleitung und Kontrolle des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (nach Abschluss der Zertifizierung)

Persönliches Anforderungsprofil an den QB:

Der QB sollte unmittelbar der Klinikleitung zugeordnet sein. Er kann Mitglied der Klinikleitung sein.

Der QB sollte bereits längere Zeit in verantwortlicher Position tätig sein.

Der QB sollte bei der Leitung akzeptiert sein und über Formulierungs-, Moderations- und Gesprächsführungskompetenz verfügen.

Der QB muss für die Dauer der Ausbildungskurse freigestellt sein.

Wie wichtig das vorstehende Anforderungsprofil für den QB ist, ist mir im Laufe des letzten Jahres sehr deutlich geworden. Qualitätsmanagement ist unbedingt Leitungsaufgabe und liegt eindeutig in der Verantwortung der Leitung. Ein QB, der nicht zum Leitungsteam gehört und ein QM-System zum Teil gegen die Einrichtungsleitung einführen soll, wird seiner Aufgabe nicht gerecht werden können. Praxisbeispiele aus dem letzten Jahr belegen diese Aussage nur allzu deutlich.

4.2.3. Ausbildungsprogramm der *deQus* in Zusammenarbeit mit der *Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie Baden Württemberg e.V. (SAMA)*

Das Programm der „deQus“ sieht nun ein umfangreiches Ausbildungsprogramm für die QB`s in Zusammenarbeit mit der SAMA vor. Die QB`s der 21 teilnehmenden Einrichtungen werden zentral in Bad Mergentheim geschult und auf ihre Aufgaben vorbereitet. Wesentlicher Inhalt dieser Schulungen ist die Vermittlung von Methodik und Instrumenten zur Einführung des QM-Systems.

Ein erheblicher Vorteil ist der Lerneffekt in der Gruppe von Gleichgesinnten und der Erfahrungsaustausch über die Praxisarbeit.

Abb. 7 gibt einen Überblick über die Konzeption der Ausbildung der QBs.

Großes Curriculum ärztliches Qualitätsmanagement

- Umfang: 200 Stunden, kleines Curriculum ist anrechenbar
- Grundlagen: BÄK-Curriculum, harmonisiertes, europäisches QM-Ausbildungsschema (EOQ)
- Anerkennung: führende Zusatzbezeichnung gemäß ärztl. Weiterbildungsordnung
Zulassung zur Prüfung Qualitätsmanager (DGQ/EOQ)
- Voraussetzung für Ärzte am Kooperationsmodell für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen teilzunehmen (KTQ)

Zusammenfassung: das integrierte Ausbildungs- und Coachingkonzept

- QM-Kompetenz in der Klinik statt Beratung von außen
- an der Klinik angepasstes QM-System statt an das QM-System angepasste Klinik
- Ausbildung von Schlüsselpersonen statt Abhängigkeit von externen Beratern
- Unterstützung durch Fachcoaching in den Kursen und durch Prozeßcoaching situations- und problembezogen (vor Ort, telefonisch, per mail) durch kollegialen Austausch der beteiligten Kliniken
- Voraussetzungen: fester Entschluß der Klinikleitung, Personalressourcen (Q-ManagerIn) eine genügend große Zahl von Kliniken ausreichend Zeit (1- 1,5 Jahre)

Fachbereich Qualitätsmanagement

SAMA

Phasen im DeQus Zertifizierungsprozeß

- Dokumentation der Kernprozesse
- Darstellung der IST-Situation
- Organisation des QM
- Verbesserung ausgew. Kernprozesse
- Adaption des DeQus-Musterhandbuches
- Erstellung von Dokumenten/Verfahrensanweisungen
- QM-Handbuch
- Vorbereitung/Durchführung eines internen Audits

Ausbildung und Coaching für den/ die QualitätsmanagerIn (QM/QMB)

Kurs 1

Kurs 2

Kurs 3

Kurs 4

Kurs 5

Kurs 6

Coaching

Coaching

Coaching

Coaching

Fachbereich Qualitätsmanagement

SAMA

Abb. 7: Aufbau des Qualifizierungslehrgangs für die QBs

4.2.4. Mitarbeitermotivation im Hause

Die Erfahrung hat gezeigt, dass nicht wenige Mitarbeiter der Einführung eines QM-Systems sehr skeptisch gegenüber stehen. Weit verbreitet sind die Befürchtungen, dass QM eine andere Form der Arbeitskontrolle darstellt und dass die täglichen Arbeitsabläufe nur sehr widerwillig aufgezeigt werden.

Durch umfangreiche Mitarbeiterinformation können diese Missverständnisse beseitigt – und der eigentliche Sinn von QM erklärt werden.

In unserer Einrichtung sind seit Beginn der QM-Bemühungen vier Mitarbeiterversammlungen durchgeführt worden. Mit umfangreichen Präsentationen wurde der Stand der QM-Einführung dokumentiert. Diese Transparenz in Sachen QM ermutigt viele Mitarbeiter zur freiwilligen Mitarbeit.

4.2.5. Der Lenkungskreis

Der Lenkungskreis ist das wichtigste Instrument bei der Einführung eines QM-Systems. In ihm sind alle wichtigen Arbeitsbereiche der Klinik, die Leitung und die Mitarbeitervertretung präsent. Er trifft alle Grundsatzentscheidungen der festgelegten Qualitätspolitik und der Qualitätsziele. Der Lenkungskreis unterstützt den QB bei der Einführung und Umsetzung des QM-Systems. Seine Mitglieder erarbeiten gemeinsam das QM-Handbuch.

Der Lenkungskreis unserer Einrichtung setzt sich wie folgt zusammen:

- Ärztlicher Leiter
- Therapeutischer Leiter
- Betriebsratsvorsitzender
- Küchenleiter
- Qualitätsbeauftragter (Verwaltungsleiter)

Diese Zusammensetzung hat sich hervorragend bewährt. Alle wichtigen Arbeitsbereiche sind zu jeder Zeit über den Stand des QM sehr gut informiert. Die Klinikleitung arbeitet vorbildlich mit.

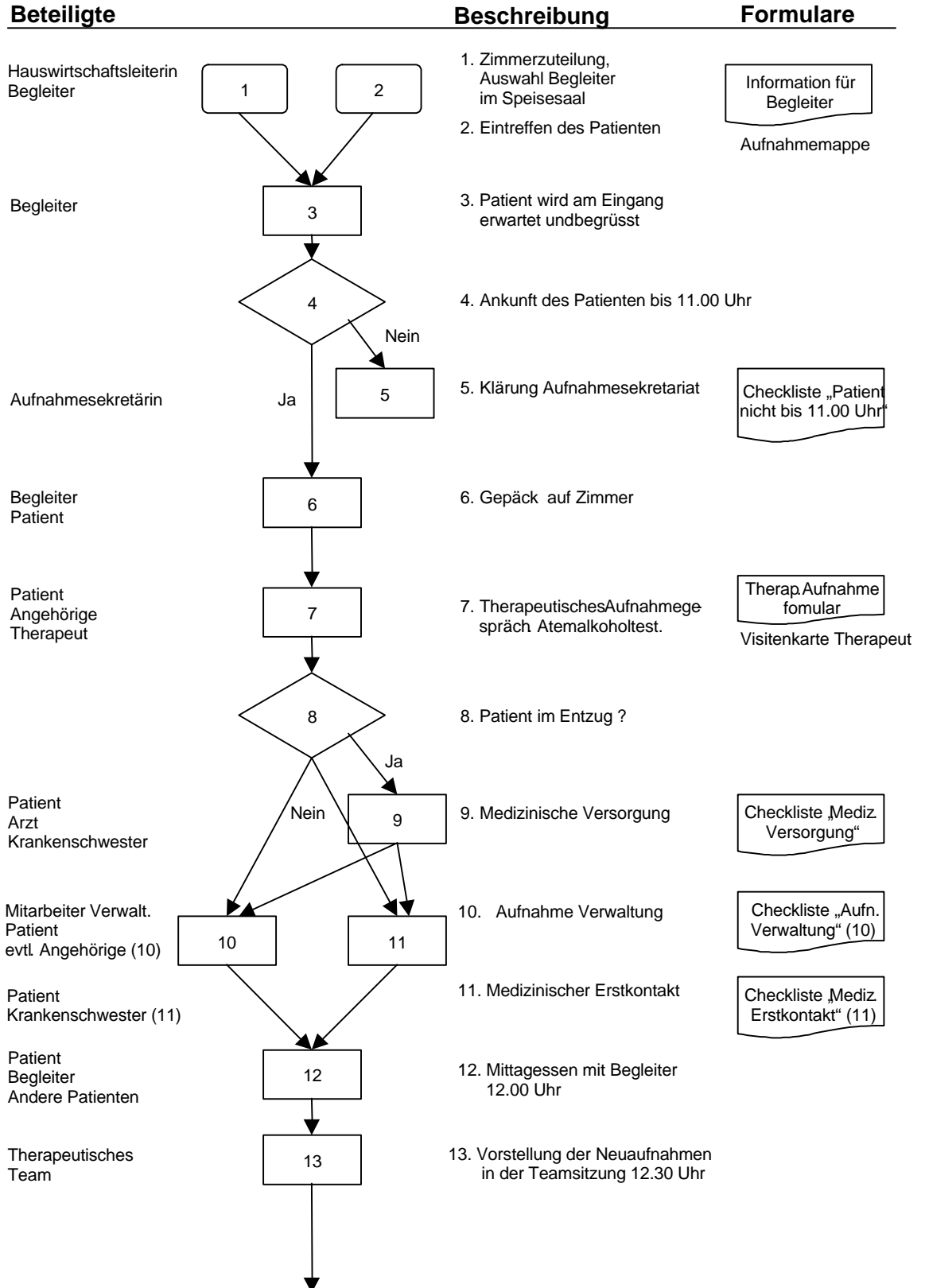
4.2.6. Der Qualitätszirkel

Im Qualitätszirkel (QZ) erfolgt die eigentliche Arbeit im QM. Für jeden der geforderten Kernprozesse (QM-Handbuch, Teil B) wird ein QZ in unterschiedlicher Zusammensetzung (nach Neigung und Erfahrung) gebildet. Die Ist-Abläufe werden in akribischer Kleinarbeit an Hand der vermittelten Arbeitstechniken (Ausbildungskurse der QB's in Bad Mergentheim) abgebildet und bewertet. Hier sind bereits erstaunliche Ergebnisse zu verzeichnen. An dem Beispiel „Patientenaufnahme“ möchte ich diese Ergebnisse kurz darstellen.

Bei der Erfassung des Ist-Ablaufs des Patientenaufnahmetages wurde schnell deutlich, wo es zu problematischen Situationen im Zusammenspiel Patient und Einrichtung kam. Zum Teil wurden diese Probleme durch langjährige Betriebsblindheit übersehen und zum Teil waren auch nur fehlerhafte Vordrucke oder fehlende Anweisungen und Checklisten Ursache dieser Unstimmigkeiten. Diese Dinge wurden innerhalb kurzer Zeit nachgebessert.

Abb. 8 bildet das Endergebnis des Patientenaufnahmetages handbuchfertig ab.

Patientenaufnahmetag – Fachkrankenhaus Hansenberg



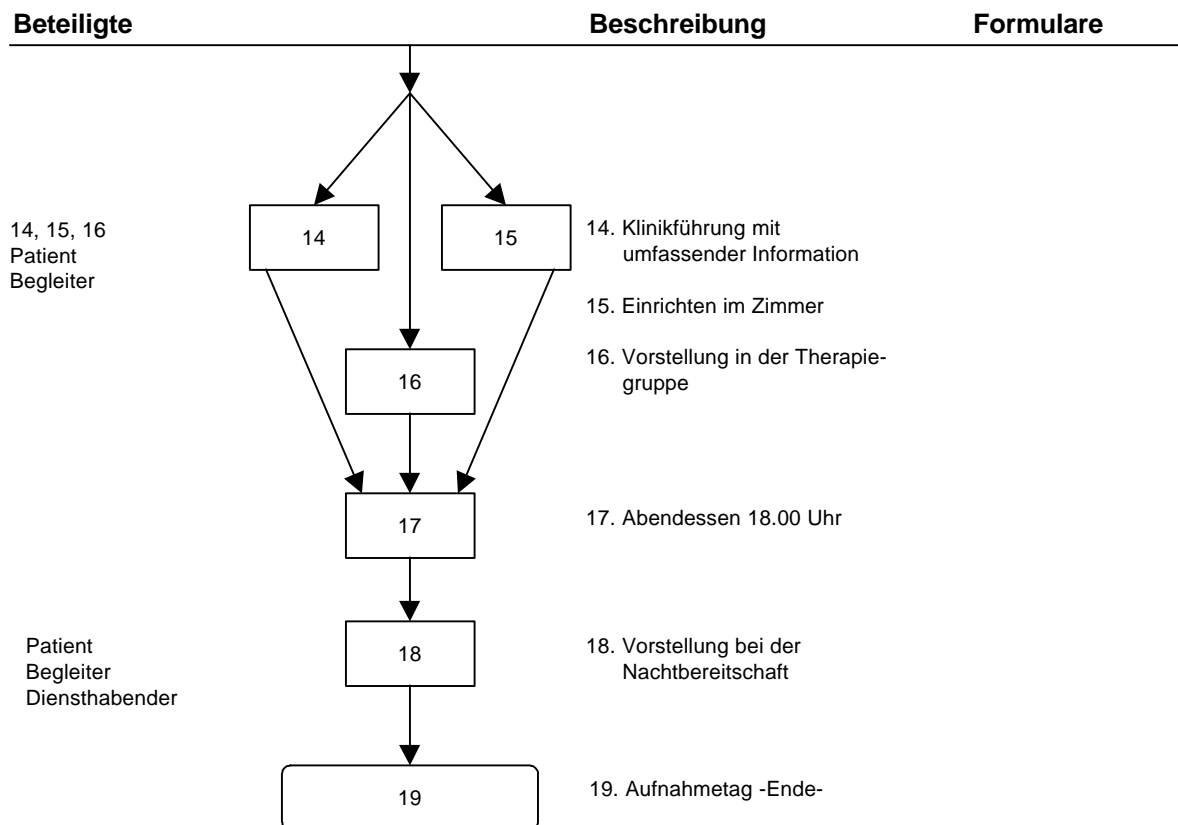


Abb. 8: Ablaufdiagramm Aufnahmetag

Zusammenfassend kann berichtet werden, dass die Arbeit in den QZ allen Beteiligten sehr viel Spaß macht. Jeder Mitarbeiter ist bei QM wichtig und kann seine Arbeits- und Betrachtungsweisen hilfreich einbringen. Immer wieder ist es erstaunlich, dass die Anschauungen von Mitarbeitern ohne Kenntnis der speziellen Materie ganz einfache Verbesserungsvorschläge parat haben, die von den Fachkräften jahrelang übersehen wurden.

Die Sinnhaftigkeit des QM wurde aufgrund der erreichten Verbesserungen erkannt. Die Motivation zur weiteren Mitarbeit im gesamten Personalbereich ist sehr gut

4.3. Sachstand der Einführung des QM-Systems

Nach den bisherigen Bemühungen im Qualitätsmanagement wurden bis heute folgende Verbesserungen erreicht:

- Erstellung und Veränderung von Vordrucken und Checklisten zur Erleichterung der täglichen Arbeit
- Beseitigung von Missständen in Ablauf und Organisation
- Neues Therapiekonzept
- Aktuelles Organigramm
- Erstellung von Stellenbeschreibungen

Der Arbeitsfortschritt zur Erstellung des QM-Handbuchs stellt sich wie folgt dar:

Von den geforderten Kernprozessbeschreibungen (ca. 25, lt. QM-Handbuch, Teil B) sind 50 % bearbeitet und zum Teil druckreif abgeschlossen.

Von den geforderten Handbuchkapiteln, Teil A (EFQM-Kriterien) sind 10 Kapitel in der Bearbeitung.

Bis zum heutigen Zeitpunkt arbeiten ca. 50 % des Personals aktiv an der Erstellung des QM-Handbuchs mit.

Übrigens:

Zwischenzeitlich hat der Vorstand des Trägers unserer Einrichtung einen Sachstandsbericht des Qualitätsmanagements vom Qualitätsbeauftragten abgefordert. In einer umfangreichen Präsentation wurde die Vorgehensweise an Hand des Beispiels „Patientenaufnahme“ dargestellt. Die Problematik wurde erläutert, die Veränderungen und Verbesserungen vorgestellt, vom Stimmungsbild unseres Personals wurde ausführlich berichtet.

Der Vorstand zeigte sich sehr erstaunt über die erreichten Ergebnisse und war sichtlich beeindruckt. Er sicherte weiterhin Unterstützung zu und ist sehr interessiert daran, über die weiteren Fortschritte informiert zu werden.

5. Praxisanwendung des EFQM-Modells am Beispiel des VIA-Beratungszentrums der AWO

In der BRD findet das EFQM-Modell in verschiedenen Sucht- und Drogenberatungsstellen Anwendung. Kernstück des Modells ist die Selbstevaluation nach den Kriterien der EFQM, welches in relevanten Einrichtungsbereichen den Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements einer Einrichtungsqualität kenntlich macht (s. Abb. 6)

In NRW wurde im Rahmen eines Modellprojektes (koordiniert vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster) ein Fragebogen als Grundlage zur Selbstevaluation entwickelt, das „*Arbeitsbuch EFQM Diagnose Suchtberatungsstellen (SB)*“ (LWL 1999). Der Fragebogen basiert auf einem Instrument des Jellinek – Zentrums, Amsterdam, dem ein um das Befähiger – Kriterium „Professionalität“ erweitertes EFQM-Modell zugrunde liegt (NABITZ et al. 2000). Nachdem wir mit unserer Einrichtung an dem Modellprojekt teilgenommen haben, wurde die Selbstevaluation bisher viermal durchgeführt.

Grundlage ist das o.g. Arbeitsbuch. Hier sind für die sechs Befähiger – Kriterien Fragestellungen entwickelt worden, die jeweils die wesentlichen Bereiche der Einrichtungsorganisation einer Suchtberatungsstelle auf ihr Qualitätsmanagement hin überprüfen. Um den Entwicklungsstand zu bewerten wurde ein fünfstufiges Rating entwi-

ckelt, dass eine Beurteilung von 0 = *wird nicht thematisiert* bis 5 = *wird systematisch entwickelt, umgesetzt, evaluiert und bei Bedarf angepasst* ermöglicht. Für die Ergebnis – Kriterien wurden jeweils drei Fragestellungen entwickelt, die ebenfalls mit einem Rating von 0 = *wird nicht erhoben* bis 5 = *ist seit Jahren Praxis des Teams* bewertet werden (aus Platzgründen muss an dieser Stelle darauf verzichtet werden, die einzelnen Fragestellungen differenziert vorzustellen).

Es wird davon ausgegangen, dass eine Organisation herausragende Resultate erreichen kann, wenn die Prozesse, aber auch die Führung, Politik und Strategie, Mitarbeiterorientierung und Ressourcennutzung optimal gestaltet, umgesetzt und ständig verbessert werden. Die Kundenorientierung nimmt dabei eine zentrale Position ein.

An der Selbstevaluation, die in der Regel jährlich bzw. zweijährig durchgeführt wird, sind alle Mitarbeiter/innen der Einrichtung beteiligt. Sie stellt eine kritische, systematische Reflexion und Dokumentation des Funktionierens einer Organisation dar.

Die Selbstevaluation erfolgt in folgenden Schritten (s. Abb. 8):

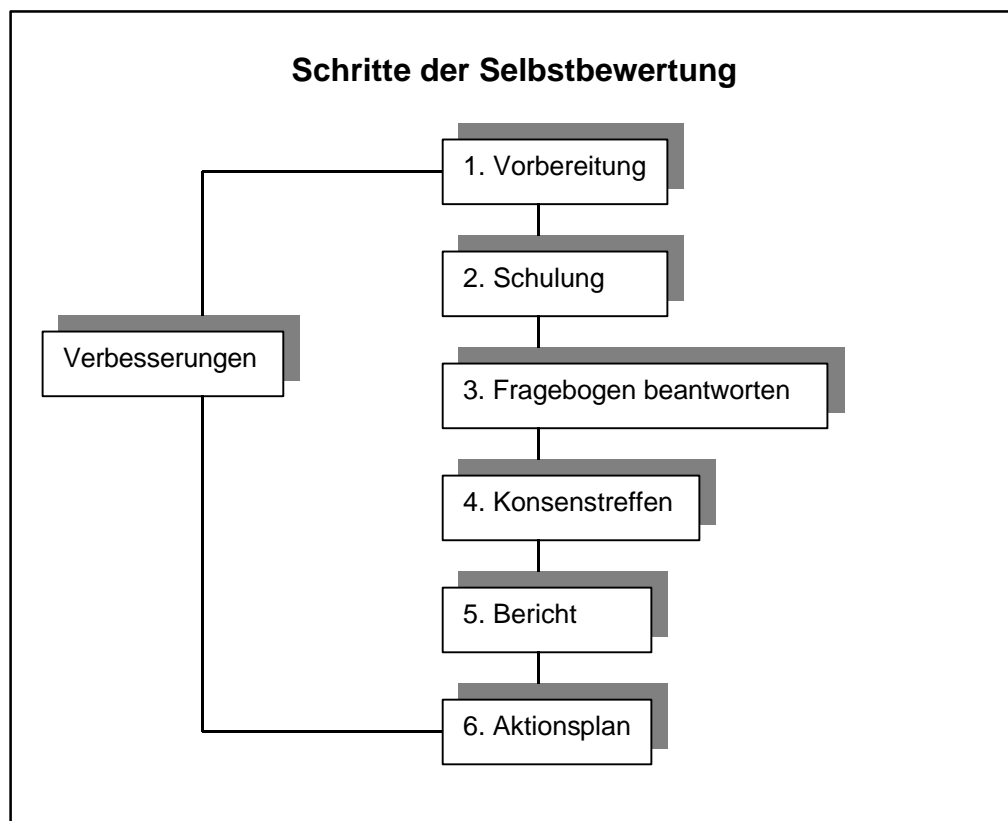


Abb. 8: Vorgehen bei der Durchführung der Selbstbewertung

Vorbereitung

Die Einrichtungsleitung stellt Zeit und Mittel für die Evaluation zur Verfügung. Sie entscheidet, ob die Evaluation mit internen oder externen Moderatoren durchgeführt

wird. Gleichmaßen informiert die Leitung darüber, wie die Ergebnisse ausgewertet werden und wer darauf Zugriff hat.

Schulung

Vorbereitet werden die Mitarbeiter/innen im Rahmen einer Schulung. Vor der ersten Evaluation wurde das EFQM-Modell und die Anwendung vorgestellt. Fragen konnten beantwortet, Verunsicherungen beseitigt werden. Gleichzeitig diene (und dient) die Schulung in den Folgejahren dazu, Verständnis- und Definitionsfragen zu klären.

Bewertung

Zwei Wochen vor der geplanten Konsensrunde erhalten die Mitarbeiter/innen das Arbeitsbuch und den Arbeitsauftrag, bis zur Konsensrunde eine individuelle Bewertung der einzelnen Kriterien vorzunehmen (Zeitaufwand: zwei bis drei Stunden).

Konsensrunde

Das Konsenstreffen findet in der Einrichtung statt (ideal ist allerdings ein Treffen außer Haus). Wir benötigen für dieses Konsenstreffen einen halben bis ganzen Arbeitstag (abhängig von der Teilnehmerzahl).

Die individuelle Bewertung des Qualitätsmanagements der Einrichtung ist das Ausgangsmaterial für das Konsenstreffen. Der Moderator sammelt und notiert die individuellen Bewertungen auf einer Matrix.

Es erfolgt dann, Kriterium für Kriterium, eine Diskussion der Bewertungen. Das Ziel ist es, einen Konsenswert der Bewertungen zu ermitteln. Dieser wird nicht rechnerisch, sondern durch das Gespräch und die Diskussion ermittelt. Dabei werden von den Mitarbeitern/innen deren Werte erläutert. Es entwickelt sich ein konstruktives Lernklima, da jeder Beitrag ernst genommen wird.

Es entsteht somit differenziertes Gesamtbild der von den Mitarbeitern/innen wahrgenommenen Qualität der Organisation in den jeweiligen Kriterien.

Analyse und Interpretation

Die Ergebnisse des Konsenstreffens werden aufgearbeitet und in einer Grafik, dem sog. Q-Net (s. Abb. 9) dargestellt. In einem zweiten Treffen werden die Ergebnisse vom Moderator vorgestellt und diskutiert. Im Vordergrund stehen dabei die Verbesserungsvorschläge. Das Q-Net weist mit seinen Unregelmäßigkeiten auf Stärken und Schwächen des Qualitätsmanagements einer Einrichtung hin. Niveau eins des Ratings ist ein Hinweis auf eine echte Schwachstelle, Niveau zwei weist auf erste Ansätze, Qualität zu steuern, hin. Niveau drei und vier sind eine gute Mittelposition. Daher

werden bei der Diskussion um Verbesserungen die Schwachstellen besondere Beachtung finden.

Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse der Evaluation speziell im Ergebnisbereich verdeutlichen, ob Instrumente zur Bewertung von Qualität vorhanden sind und genutzt werden.

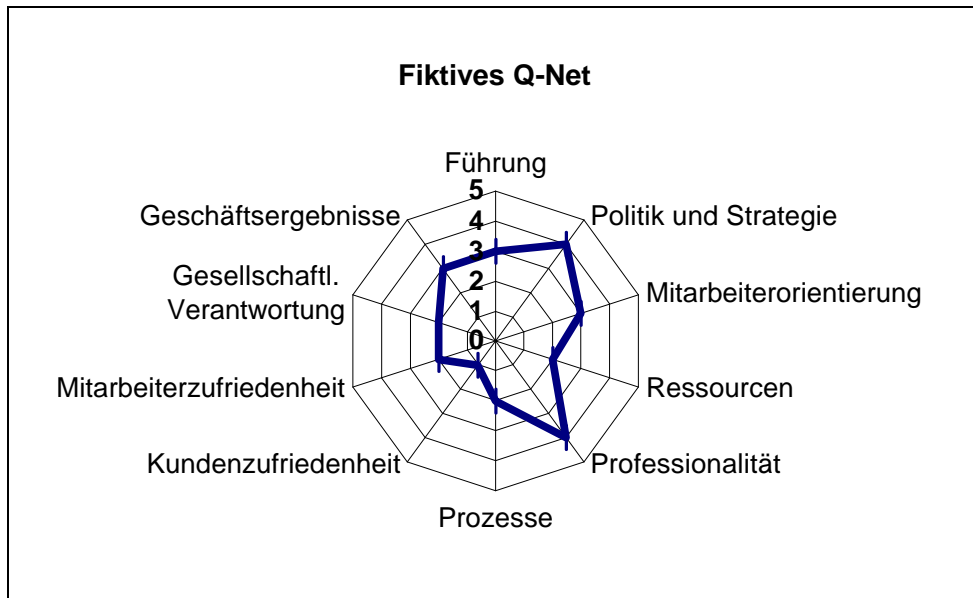


Abb. 9: Abbildung der Ergebnisse der Selbstevaluation im Q-Net

Aktionsplan

Als Ergebnis der Diskussion um die Verbesserungsvorschläge wird ein Aktionsplan erstellt. Dieser legt im Sinne einer Zielvereinbarung fest, welche Ziele bis wann erreicht werden sollen und wer für die Durchführung verantwortlich zeichnet. Im Rahmen der folgenden Selbstevaluation kann dann überprüft werden, zu welchen Veränderungen die Umsetzung des Aktionsplanes geführt hat.

Nach Ablauf der vereinbarten Frist wird eine erneute Selbstevaluation durchgeführt (frühestens nach einem Jahr). Die Einrichtung ist somit in einen ständigen Prozess der Verbesserung eingetreten (s. Abb. 8).

Nutzen für die Einrichtung

Rückblickend lässt sich feststellen, dass die Selbstevaluation als kontinuierlicher Prozess zur strukturierten Reflexion des Qualitätsmanagements der Einrichtung dazu geführt hat, dass u.a.

- Mitarbeiter/innen stärker am Entwicklungsprozess der Einrichtung beteiligt sind
- Mitarbeiter/innen mehr Verantwortung übernehmen

- die Mitarbeiterzufriedenheit gestiegen ist
- Instrumente entwickelt und genutzt werden, die Fakten liefern, auf deren Grundlage bewertet und geplant werden kann
- Kommunikationsprozesse optimiert werden konnten
- das Kundeninteresse im Zentrum von Planung und Entwicklung steht.

Insgesamt wird heute die Selbstevaluation in unserer Einrichtung als fester Bestandteil zur Reflexion, Planung und Weiterentwicklung betrachtet.

Literatur

- Bruhn, M. (1996) Qualitätsmanagement für Dienstleistungen: Grundlagen, Konzepte, Methoden, Berlin, Heidelberg: Springer
- Deming, W.E. (1982) Quality, Productivity and Competitive Position, Cambridge, Massachusetts: Institute of Technology
- DGQ – Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (Hg) (1995) Begriffe zum Qualitätsmanagement, DGQ-Schrift 11-04, Berlin, Wien, Zürich: Beuth Verlag
- Donabedian, A. (1980) Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol. I: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Ann Arbor, Michigan
- EFQM – European Foundation for Quality Management (1996) Selbstbewertung, Richtlinien für den Öffentlichen Sektor, Brüssel
- Krug, A.C. / Thun, J.W. (1999) Der neue Weg zu Business Excellence, Frankfurt a.M., Thun Consult
- LWL – Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hg) (1999) QM Modellprojekt Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe – Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB, Münster
- Möller, J. (1999) Das Europäische Modell für Qualität, in: KU Sonderheft 9, EFQM – das Qualitätsmodell der European Foundation for Quality Management, S. 9-11
- Nabitz, U. / Klazinga, N. / Walburg, J. (2000) The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care, in: International Journal for Quality in Health Care, Vol. 12, N. 3, pp. 191-201
- Seghezzi, H. D. (1994) Qualitätsmanagement, Ansatz eines ST. Galler Konzepts Integriertes Qualitätsmanagement, Entwicklungstendenzen im Management Bd.10, Stuttgart: Schäffer – Poeschel, Zürich: Verl. Neue Züricher Zeitung
- Spörkel, H. et. al. (Hg) (1995) Total Quality Management, Forderungen an Gesundheitseinrichtungen, Berlin, München: Quintessenz
- VDR – Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1994) Das Reha - Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung – Perspektiven und Ziele, Deutsche Rentenversicherung, H 11, S.745-750
- VDR – Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg) (2000) Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation, Instrumente und Verfahren, DRV – Schriften Bd. 18, Frankfurt a.M.