

# BSI Kundentag

- ◆ Die QM-Bewertung als Steuerungsinstrument für Krankenhäuser
- ◆ Referent: Dr. Norbert Hatebur  
Hans-Räbel-Str. 9  
91301 Forchheim  
Tel.: 09191 702545



## ◆ Themen:

1. Was will die Norm?
2. „Vernachlässigte“, strategierelevante Aspekte
3. Verantwortung der Leitung
  - Strategie
  - Entwicklungen bestimmen
  - Zieldefinitionen
  - Vorgaben
4. Zusammenfassung



# Was will die Normenreihe ISO 9000 ff.?

Die Normenfamilie ISO 9000 ff. ist das Instrument Erfolgsfaktoren zur „Erzeugung von Qualität“ im Unternehmen zu

- ◆ identifizieren

- ◆ umzusetzen

und den Wirkungsgrad entsprechender Handlungen zu

- ◆ analysieren und

- ◆ zu bewerten.



## Erfolgsfaktoren:

- ◆ Verantwortung der Leitung  
→ QM als Führungsinstrument
- ◆ Mitwirkung der Mitarbeiter
- ◆ Orientierung an Kunden
- ◆ Prozessmanagement durch interne Kunden/Dienstleister-Beziehungen
- ◆ Lieferantenbeziehungen zum gegenseitigen Nutzen
- ◆ Messen von Prozess- und Ergebnisleistungen
- ◆ Feedbackschleifen
- ◆ Zielvereinbarungen durch Standardisierung und Dokumentation.

# QM-Bewertung

Die QM-Bewertung ist das zentrale Reporting-System der Leitung,

- ◆ um festzustellen, ob das QMS geeignet ist, die Erfolgsfaktoren umzusetzen,
- ◆ um weitere Ziele aus dieser Bewertung abzuleiten.

# Geforderte „Eingaben“

- ◆ Ergebnisse von Audits
- ◆ Rückmeldungen von Kunden
- ◆ Prozessleistung und Produktkonformität
- ◆ Status von Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen
- ◆ Folgemaßnahmen vorangegangener Managementbewertungen
- ◆ Änderungen, die sich auf das Qualitätsmanagementsystem auswirken könnten
- ◆ Empfehlungen für Verbesserungen.
  - ISO 9001:2000, Kap. 5.6

# Thesen

## ◆ These 1:

Die Eingaben sind Mindestforderungen und müssen um weitere Aspekte ergänzt werden, um den Ansprüchen strategischer Steuerung gerecht zu werden.

## ◆ These 2:

Eine „retrospektiv“ ausgerichtete QM-Bewertung ist Vergangenheitsbewältigung und dient nicht der Unternehmenszielentwicklung.

# Thesen

## ◆ These 3:

Die QM-Bewertung muss mit messbaren Zielen ein Führungs- und Strategieinstrument sein und somit auch Qualität „erzeugen“.

## ◆ These 4:

Die QM-Bewertung muss konsensuale Schüsselaussagen für den Entwicklungsstand der Organisation enthalten und diese muss an die Anforderungen des QMS und an die Qualitätspolitik ausgerichtet sein.

# Konsens statt Kompromiss

- ◆ Einvernehmliche Prioritäten der Leitung (mit QMB, ggf. unter Einbezug weiterer MA) hinsichtlich der Zielerreichung, Stärken und Schwächen.
- ◆ Eine Bewertung, die von diesem Personenkreis erarbeitet und getragen wird.

# Strategietagung

- ◆ Die QM-Bewertung sollte mit weiteren Planungsgrundlagen (z. B. internes Budget) gekapselt werden.
- ◆ Wenn die ökonomische und die Qualitäts-Planung getrennt erfolgt (inhaltlich, zeitlich) entstehen Parallelsysteme.

**„Vernachlässigte Aspekte“**

# Keine Bewertung des Führungsverhaltens

Unter dem Aspekt, dass die Norm „die Verantwortung der Leitung“ priorisiert, fällt auf, dass in der QM-Bewertung i. d. R. das Verhalten der Führungskräfte (Vorbildrolle) nicht analysiert wird.

# Zufriedenheit mit Führungskräften

Führungskräfte sollten regelmäßig von den Mitarbeitern zu den Kriterien Vorbildfunktion, aktive Rolle im QMS, Ermutigung der MA zur Verbesserung, Ansprechbarkeit, Erteilen von klaren Anweisungen, Umgang mit/bei Konflikten regelmäßiges Feedback erhalten.

# Keine Bewertung des Leitbildes (1)

Grundelemente der Organisation

sind Arbeitsteilung

und

Prozessmanagement

Koordination des  
Zusammenwirkens  
verschiedener Berufsgruppen

Aufgaben werden innerhalb  
einer Berufsgruppe  
verschiedenen MA zugeteilt

## Keine Bewertung des Leitbildes (2)

Ein Leitbild hat übergreifende Koordinationsfunktion, weil es das Gesamtziel des Unternehmens in einem gemeinsamen Zielsystem formuliert.

Unter dem Aspekt, dass ein Leitbild die Organisationskultur festlegt und ein (abstraktes) Prozessmanagement-Instrument ist, fällt auf, dass das Leitbild i. d. R. kein Gegenstand in der QM-Bewertung ist (Aktualität, Akzeptanz, Anwendung, Verknüpfungen, Korrekturbedarf).

# Keine Zielvorgaben

QM-Bewertungen enthalten oft keine Zielvorgaben.

Beispiel: Wie zufrieden sind Sie mit der  
(administrativen) Patientenaufnahme?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergebnis: 2,1 (Mittelwert)

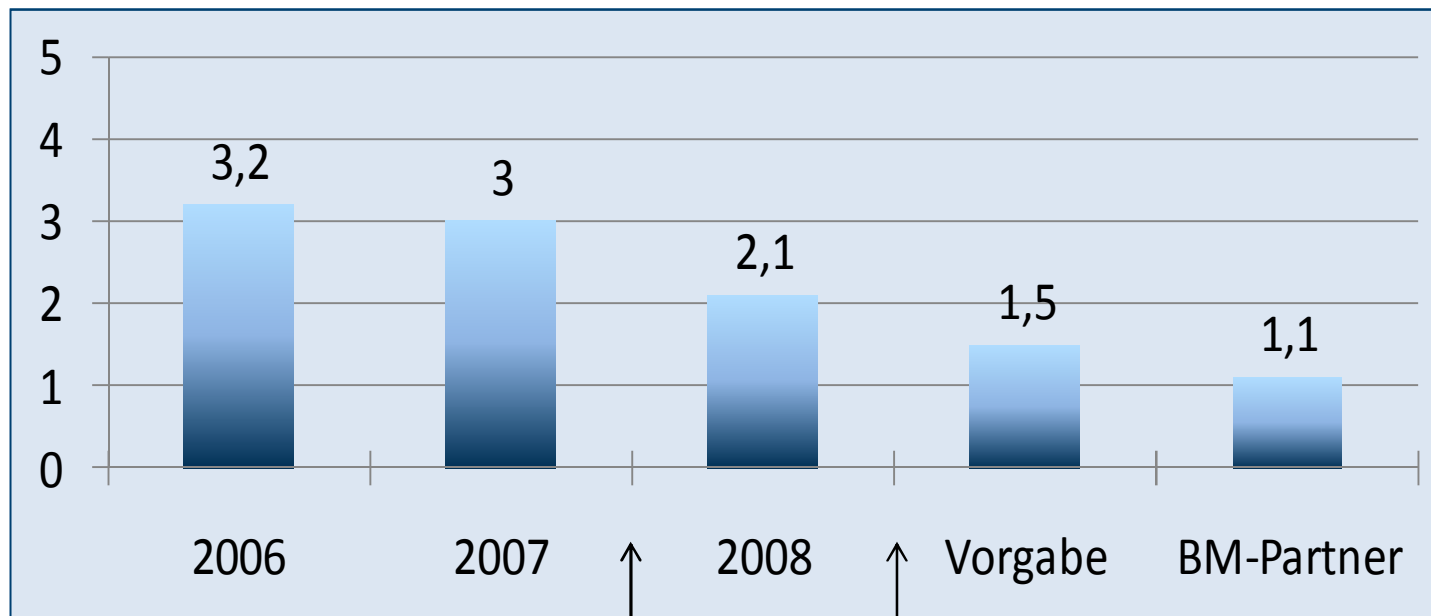
Zielvorgabe: 1,5

Entwicklungspotential: 2,1 → 1,5

Maßnahmen: ...

# Entwicklungen messen und darstellen

„Wie zufrieden sind Sie mit der (administrativen) Patientenaufnahme?“



- Workflow Management
- KIS

- Trainings
- Leitbild

# Entwicklungen

- ◆ Die **Beschreibung** von Entwicklungen verlangt „Zeitreihenanalysen“.
- ◆ Die **Bewertung** von Entwicklungen verlangt einen Ziel-/Vorgabe-Wert.
- ◆ Die Zielwerte müssen einer Absicht (**Strategie**) entstammen.

*(Es fällt auf, dass selbst in Klinikgruppen Benchmark-Verfahren [nicht: Klinik-Vergleiche] äußerst selten durchgeführt werden).*

## Hinweis: (Patienten-)Befragungen

Statt „Zufriedenheitsfragen“ sollten verstärkt „Ereignisfragen“ benutzt werden:

statt: „Wie zufrieden sind Sie mit der ärztlichen Visite?“

besser: „Wenn Sie während der Visite an den Arzt Fragen stellen, bekamen Sie verständliche Antworten?“

ja

nein

# Messung der Prozesse und der Ergebnisse nur aus Sicht der Patienten

Teilweise wird diese Normforderung erfüllt nur durch Bezug auf Ergebnisse der Patientenbefragung.

→ „Patchwork“ QM

# Qualitätsdimensionen/Küche

## Gast/Konsumtion

- Qualität der Speise
- Freundlichkeit des Personals
- zügiger Service
- Ambiente
- ...

## Produktion

- Lieferqualität
- Verhalten bei Reklamationen
- Servicequalität bei Reparaturen
- Hygiene
- Strukturqualität (Ausstattung)
- Einhaltung von Zeit- und Budgetvorgaben
- ...

# Professionelle Kennzahlen

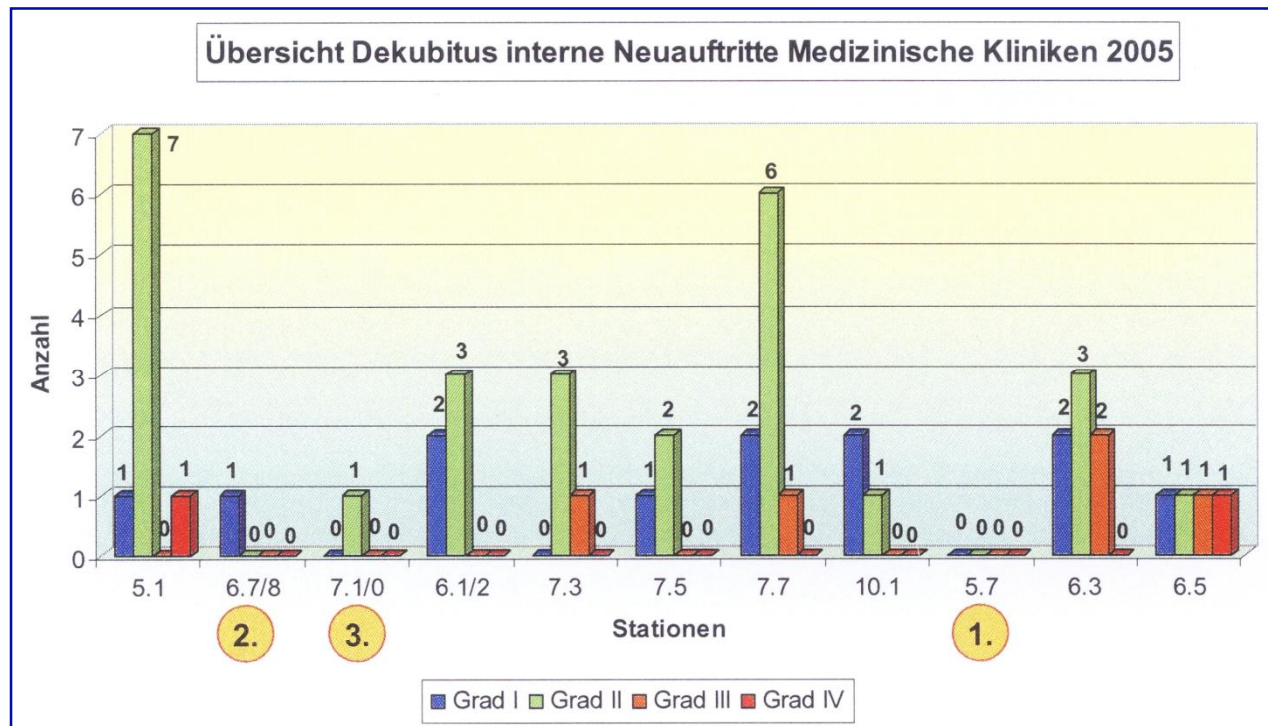
- ◆ Barthel-Index (Aufnahme – Entlassung)
- ◆ Therapieabbrüche
- ◆ entstandene Dekubiti
- ◆ Nachblutungen/OPs
- ◆ Wundinfektionen/OPs

usw.

# Potenziale des internen Benchmarks: Lernen von best practise

## Kernaufgabe Pflegequalität

Dekubitus: interne Neuauftritte (Grad I-IV) - 2005



# Compliance-Audits

## (Befolgung und Einhaltung von Gesetzen, Regelwerken, Vorgaben)

- ◆ Die meisten internen Audits werden als Compliance-Audits durchgeführt: Analysen von Konformität bzw. Einhaltung von Standards oder „Regelverstößen“.
- ◆ Der Fokus auf „Ideen, Verbesserungsvorschläge“ fehlt.
- ◆ Wenn kein Ideenmanagement/kein betriebliches Vorschlagswesen existiert, werden Entwicklungspotenziale verschenkt.

# Ideen- und Innovationsmanagement

- ◆ Wenn Ideen von (Patienten und) Mitarbeitern umgesetzt werden, führen diese zu Innovationen.
- ◆ Gründe für ein nicht-vorhandenes Ideenmanagement:
  - Innere Kündigung, „Dienst nach Vorschrift“ (ohne Weisung keine Veranlassung)
  - Burnout
  - autoritäre Führungsstile
  - bürokratischer Umgang mit Vorschlägen
  - fehlende Kreativität
  - fehlende Anerkennung von Ideen und Innovationen.

# Ideen- und Innovationsmanagement: Kennzahlen

- ◆ eingebrachte Ideen
  - absolut
  - bezogen auf MA-Zahl
- ◆ umgesetzte Innovationen
- ◆ abgeschlossene Projekte
- ◆ durchgeführte Studien
- ◆ neue Behandlungsmethoden
- ◆ MA in Projekten
- ◆ MA mit Moderations- und Projektmanagement-Erfahrungen
- ◆ Verbesserungsvorschläge aus Audits
- ◆ „anerkannte“ Mitarbeiter.

# „Trend“: Arbeitsintensität

= Arbeitsverdichtung

- ◆ ein MA muss mehr arbeiten als vorher
- ◆ weniger MA müssen das gleiche Arbeitspensum wie vorher bewältigen
- ◆ eine Kombination beider Möglichkeiten.

## daher: Risiko- und Fehlermanagement

- ◆ Bei aufgetretenen Fehlern sollte analysiert werden, ob „Wiederholungsfälle“ möglich sein können.
- ◆ Zur Senkung der „Meldeschwelle“ sollten Beinah-Fehler dokumentiert werden.
- ◆ „paradoxe Intentionen“:
  - hohe Zielvorgabe angeben, um die Erwünschtheit der Meldungen zu betonen.

**Wer arbeitet macht Fehler.**

**Wer viel arbeitet**

**... braucht ein gutes  
Risk-Management.**



## daher: Analysen zum Organisationsklima

- ◆ Fehlzeiten
- ◆ Kündigungen (Betrieb/Mitarbeiter)
- ◆ MA-Gespräche (Soll/Ist)
- ◆ anerkannte MA (Ideenmanagement)
- ◆ Beschwerden von MA (über BR)
- ◆ Ergebnisse von Gefährdungsanalysen
- ◆ psychosoziale Angebote (Gesprächsführung, Supervision, Stressbewältigung, Angebote zur Gesundheitsförderung)
- ◆ Befragungen zur Motivation
- ◆ Arbeitsgerichtliche Auseinandersetzungen.

## Retrospektiv

Nachweis von  
Qualität (was war?)



Messen von Qualität



Maßnahmen als  
Reaktionen auf  
Schwachstellen



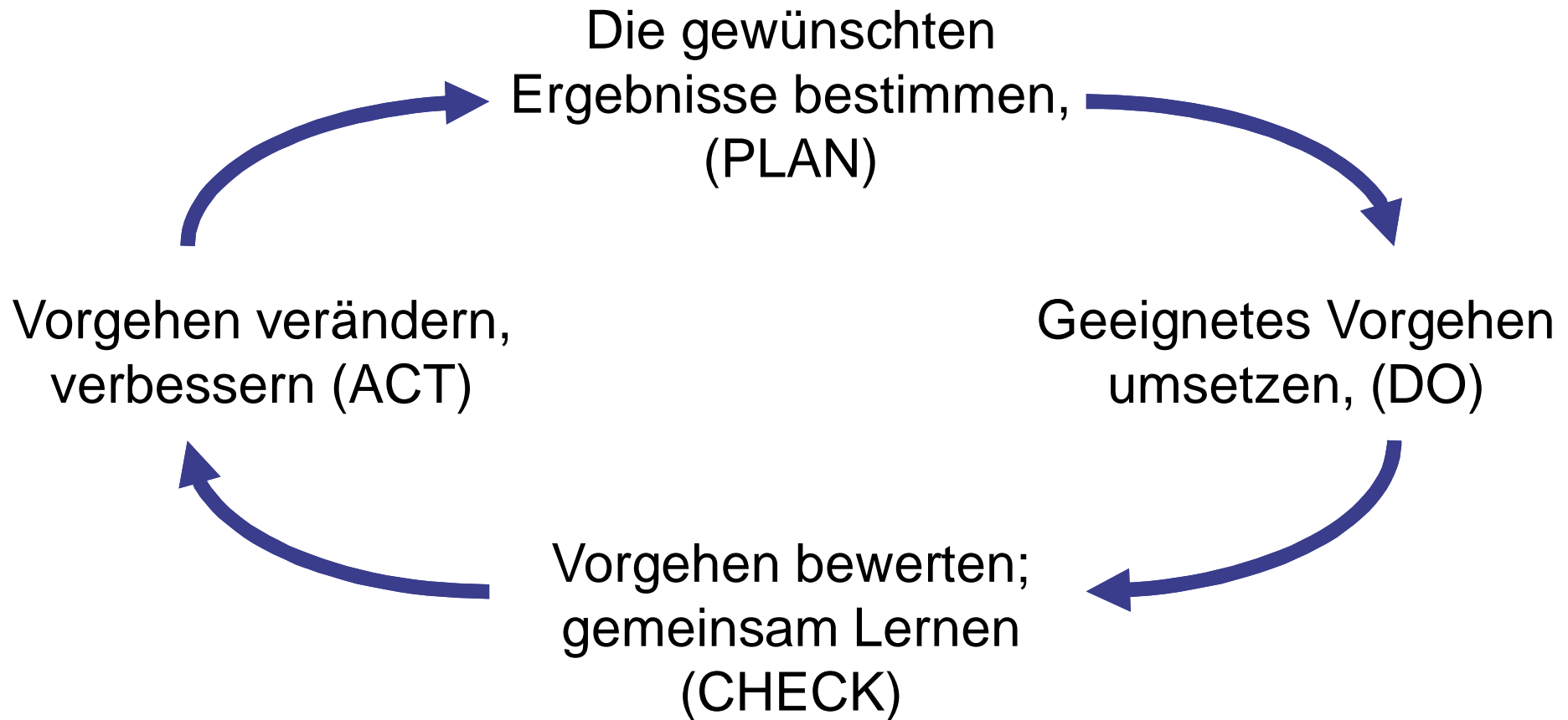
## Prospektiv

aktives Konzept zur  
Erzeugung von Qualität

Erzielen von geforderter/  
gewünschter Qualität  
(„was soll sein?“)

proaktive Schritte zur  
Zielerreichung

# PDCA ernst nehmen



# QM-Bewertung 2008

- ◆ I. Welche Ziele wir uns für 2008 gegeben haben und wie unser Vorgehen war, die Ziele zu erreichen?
- ◆ II. Welche Ziele haben wir erreicht und welche nicht?
- ◆ III. Was lernen wir daraus
  - a) für die Ziele?
  - b) für unser Vorgehen?
- ◆ III. Was folgt daraus für das Jahr 2009?