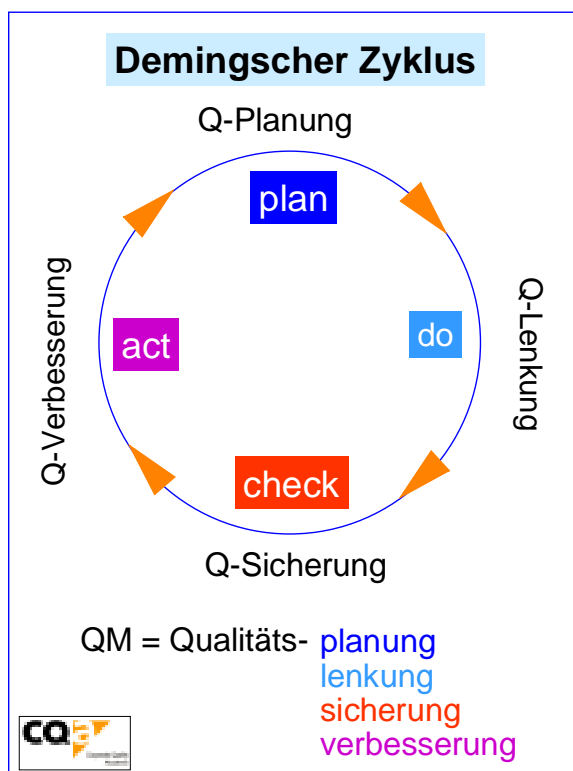


## Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen und in sozialen Einrichtungen

Unter Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung versteht unter Umständen jeder etwas anderes. Ähnlich verhält es sich mit der Kenntnis des Begriffs Qualitätsmanagement: Qualität soll gemanaged werden, die Frage ist aber wie. Eine erste Antwort hierauf gibt die Definition des Begriffs nach Norm. Nach der QM-Begriffsnorm DIN ISO 8402 von 1992 ist unter Qualitätsmanagement zu verstehen:

Alle Tätigkeiten der Gesamföhrungsaufgabe, welche die Qualitätspolitik, Ziele und Verantwortungen festlegen sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems verwirklichen.

In dieser Definition werden die von dem amerikanischen Unternehmensberater Deming bereits in den fünfzigern veröffentlichten Ratschlöge hinsichtlich der zyklisch auszuföhrenden Tätigkeiten des Planens, Lenkens, Prüfens (check) und des Lernens aus Erreichtem (act) aufgegriffen, siehe die Abbildung zum PDCA-Zyklus.



Unabhängig davon, ob Produkte hergestellt oder Dienstleistungen erbracht werden – alles was wir tun, sollte

- hinreichend geplant sein,
  - ordentlich ausgeföhr werden, wo immer
  - sinnvoll und möglichen überpröft werden und
  - aus Fehlern sollte gelernt werden
- und dies alles in einem über die Zeit stets wiederkehrenden Prozeß.

Dementsprechend wird unter heutigem Qualitätsmanagement das Zusammenspiel dieser vier Bereiche der Planung, Lenkung, Sicherung und Verbesserung verstanden und zwar sowohl der Produkt- wie der Arbeits- bzw. Prozeßqualität.

Abb. 1: PDCA-Zyklus nach Deming

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen oder in sozialen Einrichtungen ist sicher zwingend notwendig, aber keineswegs hinreichend, denn es kann nur diejenige

Qualität der Arbeitsausführung sichergestellt werden durch entsprechende Prüfungen, die zuvor ausreichend geplant und erbracht wurde. Daher ist die ganzheitliche Sichtweise des Qualitätsmanagements insbesondere in Dienstleistungsbereichen und dabei speziell im Gesundheitswesen und im Sozialmanagement unbedingt notwendig.

Das Qualitätsmanagementsystem ist nach der QM-Begriffsnorm DIN ISO 8402 von 1992: *Die Organisationsstruktur, Verantwortlichkeiten, Verfahren, Prozesse und erforderlichen Mittel für die Verwirklichung des Qualitätsmanagements*. Oder nach der DIN EN ISO 9000 von 2000: *QM-System: Managementsystem für die Ausrichtung und Lenkung einer Organisation bezüglich der Qualität*.

**Damit stellt ein QM-System nicht anderes als ein Organisationssystem dar.**

### **Vorteile eines QM-Systems**

Worin bestehen nun die Vorteile eines QM-Systems gegenüber schon bestehenden Organisationssystemen? Vor allem darin, daß hier mit sehr wachsamem Blick die gesamte Organisationsstruktur sowohl hinsichtlich der Aufbau- und vor allem bezüglich der Ablaufstruktur unter die Lupe genommen wird. Ein umfassendes und von allen Beteiligten gelebtes QM-System hilft der Einrichtung:

- das **Leitbild** (Unternehmensgrundsätze/Philosophie) umzusetzen durch Verwirklichung der Ziele,
- die **Qualität aller Belange** (Produkte, Prozesse, Abläufe, Aspekte der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes) besser zu erzielen,
- Probleme erst gar nicht entstehen zu lassen (**Fehlervermeidung**) bzw.
- Probleme aktiv zu lösen,
- die in der Einrichtung vorhandenen **Abläufe / Prozesse transparenter** und damit für alle einsichtiger zu machen,
- einen gezielteren **Informationsaustausch** zu führen und
- Mitarbeiter wie **Kunden** (Patienten, zu Pflegenden oder zu Betreuenden) zufrieden zu stellen.

### **Organisationsstrukturen in Einrichtungen des Gesundheitswesens**

Wie aber funktioniert z. B. ein Krankenhaus? Üblicherweise wird ein Krankenhaus entsprechend den vorhandenen Funktionsbereichen geleitet, also aufgesplittet in die Bereiche medizinische Versorgung, Pflegedienst, Funktionsdienste und Servicebereiche, siehe die Abbildung 2.

Demgegenüber würde ein in Prozessen denkendes Krankenhaus völlig anders organisiert sein, denn bei einem idealtypischen Versorgungsprozeß wie im rechten Teil der Abbildung 2 ist alles auf den **Behandlungsprozeß des Patienten (Kunde) auszurichten**. Dieses zugegebenermaßen noch ungewohnte Prozeßdenken ersetzt das traditionelle ergebnisorientierte Denken einzelner Funktionsbereiche.

# Denken in Dienstleistungsprozessen

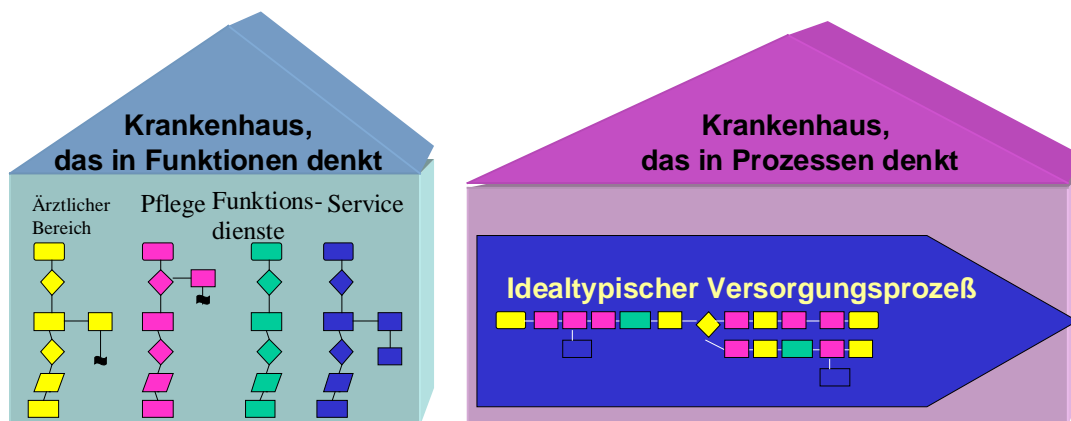


Abb. 2: Funktions- und Prozeßdenken im Krankenhaus Quelle: P.Wieteck, PCC

Erschwert wird die prozeßorientierte Umsetzung durch eine **oft anzutreffende organisatorische Zergliederung und Trennung von interdisziplinären Hauptprozessen wie dem Behandlungsprozeß des Patienten**. Aus dessen Sicht bildet die Gesamtheit von an ihm auszuführenden Arbeitsabläufen in einem Krankenhaus keine logische Kette. Vielmehr erfolgt eine unnötige Belastung des Patienten, siehe die Abbildung 3 „der Untersuchungstag“. Oder denken Sie nur daran, daß ein Patient den ganzen Vormittag nüchtern auf seinen Operation wartet, die dann doch nicht stattfinden kann.

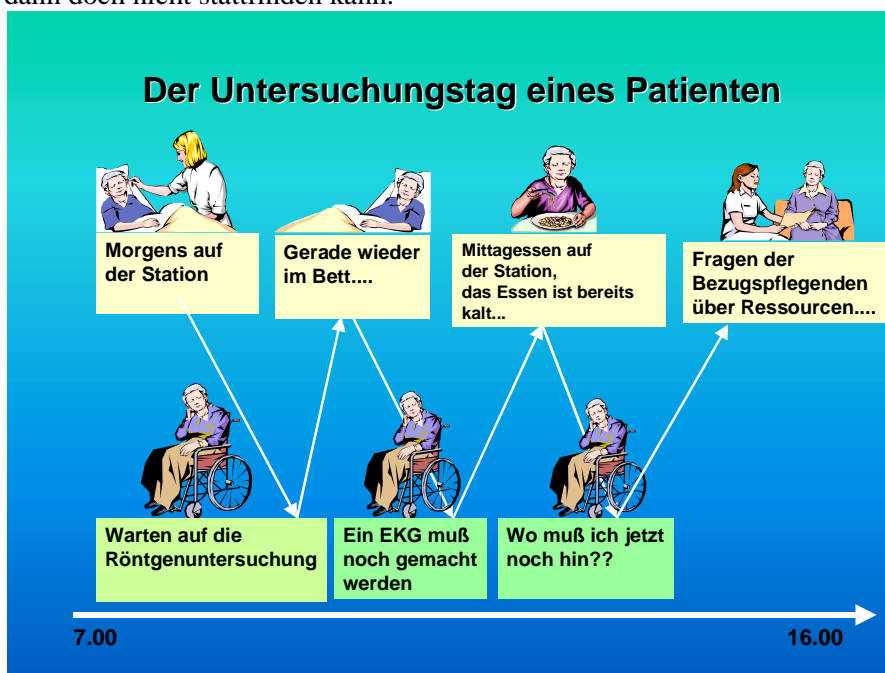


Abb. 3: Der Untersuchungstag eines Patienten Quelle: P.Wieteck, PCC

Liegt in dem genannten Beispiel Qualität vor? Aus Sicht des Patienten wohl kaum!

Die Qualität von Dienstleistungen in Einrichtungen des Gesundheitswesens und im sozialen Bereich muß systematisch geplant und erbracht werden.

Erfolgsversprechend sind z. B. Vorgehensweisen wie:

- die **prozeßorientierte Ausführung der Arbeiten,**
- die **zielorientierte Auslegung aller Tätigkeiten,**
- die Unterstützung aller Tätigkeiten durch **arbeitsmethodische Techniken**
- und durch **verhaltensorientierte Maßnahmen.**

Die Anwendung dieser genannten Vorgehensweisen bedeutet aber auch eine weitgehende Aufhebung der bisherigen Sichtweise in Funktionen und erfordert die Sicht des ganzheitlichen Behandlungsprozesses. Eine beteiligte Personengruppe ist sich der Notwendigkeit dieser Ganzheitlichkeit durchaus bewußt: die Pflege. Abbildung 4 zeigt das enorme Spektrum an Einflüssen auf die Pflegequalität.

Bei genauem Betrachten der Abbildung 4 werden die verschiedensten Einflußfaktoren deutlich, die sich einteilen lassen in die drei Bereiche der Qualitätsbeurteilung:

- Strukturqualität
- Prozeßqualität
- Ergebnisqualität

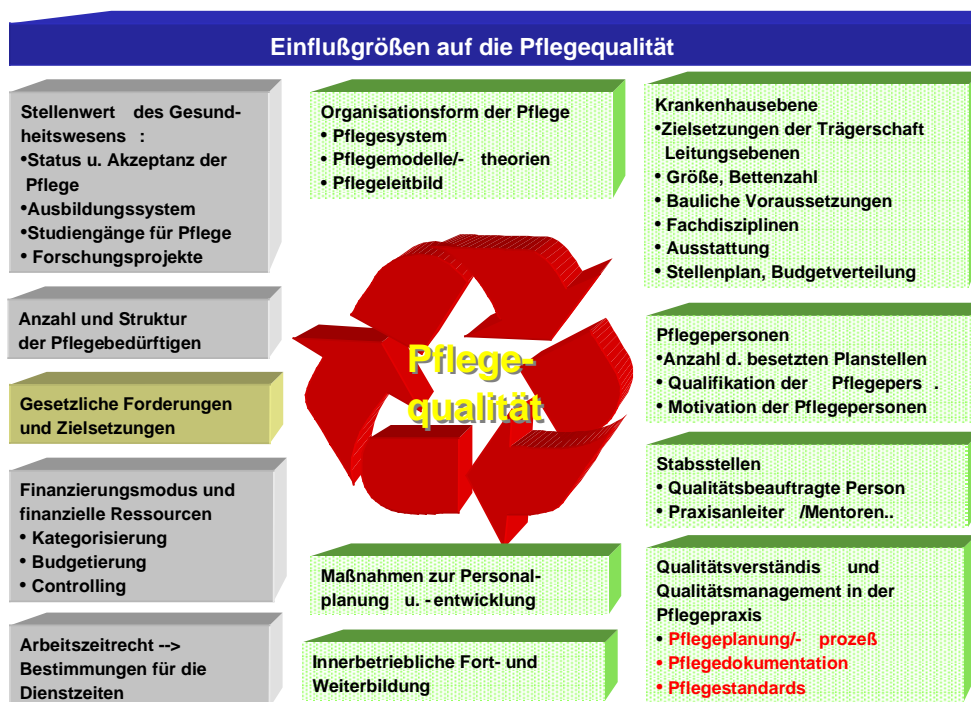


Abb. 4: Die Einflußgrößen auf die Pflegequalität

Quelle: P. Wieteck, PCC



Abb. 5: Qualitätsbeurteilung durch Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität  
 Quelle: P. Wieteck, PCC

### TQM und Prozeßdenken

Die hier genannte **Qualität der Struktur der Einrichtung, der Prozesse und der Ergebnisse** ist aber auf alle Bereiche und somit alle Personen z. B. in einem Krankenhaus anwendbar nicht nur auf das Pflegepersonal. Und dementsprechend ist ein **Qualitätsmanagement-System mehr als die Addition von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität**, denn es zielt darauf ab insbesondere die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Bereichen, Abteilungen und Berufsgruppen im Sinne des Kunden/Patienten besser in den Griff zu bekommen als bisher. Hierauf beruht die Philosophie des TQM-Prinzips:

#### **Jeder Mitarbeiter ist Kunde und Lieferant gleichzeitig!**

Jeder kann seinen Anteil am Behandlungsprozeß des Patienten nur mit Erfolg erbringen, wenn die notwendigen Informationen rechtzeitig zu ihm gelangen und alle Vorarbeiten ausgeführt sind. Andererseits hängt die Leistung des in der Prozeßkette nachfolgenden Mitarbeiters von der Leistung des Kollegen ab. Der in der Behandlungskette nachfolgende Mitarbeiter ist also als interner Kunde des vorherigen Arbeitsschrittes, der als Lieferant fungiert, anzusehen, siehe Abb.6.

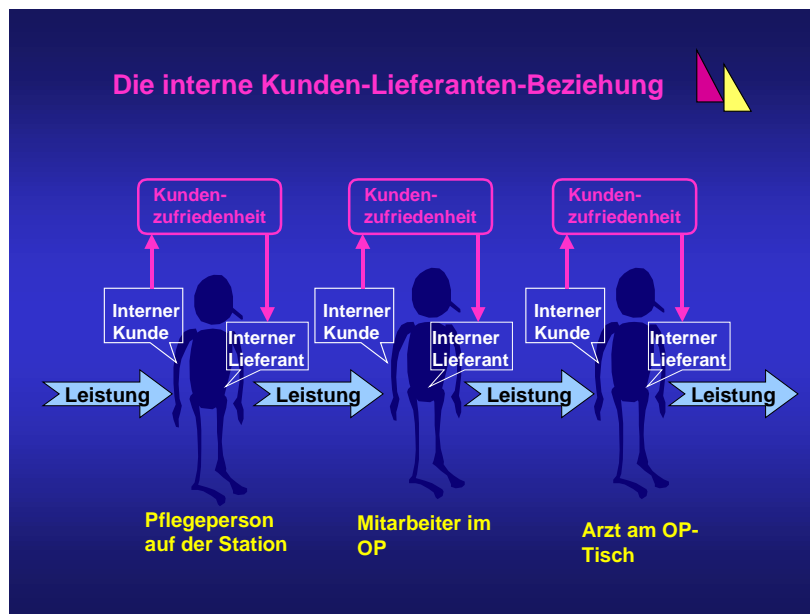


Abb. 6: Das TQM-Prinzip: Jeder ist Kunde und Lieferant gleichzeitig  
Quelle: P. Wiroteck, PCC

Und damit ist QM bzw. dies TQM-Prinzip auf alle Einrichtungen des Gesundheitswesens oder des Sozialmanagements anwendbar, denn die Methoden und Vorgehensweisen des QM bzw. TQM zielen auf eine Verbesserung bisheriger Schnittstellen und tradierter Abläufe durch eine veränderte Sichtweise. Die stetige Frage muß sein:

**Ist dies im Sinne des Kunden eine optimaler Vorgang / Prozeß?**

Zur Beantwortung dieser Frage ist aber ein Mindestmaß an **Prozeßdenken** notwendig. Dazu gehören:

- Ist der **Prozeß** definiert? Ist bekannt welches die Eingabegrößen (Input) sind?
- Welche Bereiche sind vorgelagert und damit Lieferanten von z. B. Informationen?
- Gibt es eine Prozeßbeschreibung? Als Text oder besser als Ablaufdiagramm?
- Sind die Prozeßergebnisse definiert? Woran läßt sich erkennen, ob die Ausführung gut oder weniger gut war?
- Wie erfolgt die Messung des Prozeßergebnisses (Output)?
- Welche Bereiche sind nachgelagert (Kunde dieses Prozesses) und benötigen daher welche Informationen?

Abb. 7: Prozeßdefinition

**Normforderungen**

Diese Prozeßsichtweise ist das Anliegen eines Organisationssystem gemäß Qualitätsmanagement. Die neue Ausgabe der QM-Nachweisnorm, die DIN EN ISO 9001 von 2000 hat noch stärker als ihre Vorgängerversionen die **Kunden- und Prozeßorientierung** im Blick.

Schon die erste Ausgabe dieser Normen, die zur Grundlage für den Nachweis eines vorhandenen funktionierenden Organisationssystems herangezogen werden können, hatte die folgenden Anliegen:

- **Schaffung** einer Aufbau- und Ablauforganisation ( → Prozeßqualität)
- **Qualifikation** von Mitarbeitern und Mitteln (→ Strukturqualität)
- **Regelung** von Zuständigkeiten, Verantwortung und Befugnissen
- **Dokumentationspflicht** für Regelungen (→ z. B. Pflegestandards) und Ergebnisse (→ z. B. Patientendokumentation)
- **Berichtspflicht** bis zur höchsten Leitungsebene (→ z. B. Nachweise für Abrechnungen)
- **Beherrschung** von Risiken (→ z. B. Nutzung spezieller Medizintechnik) und Wirtschaftlichkeit (Auslastungsgrad)
- **Vorbeugende Maßnahmen** zur Vermeidung von Problemen

Abb. 8. Anliegen der QM-Normen,  
in Klammern typische Beispiele aus einem Krankenhaus

Dementsprechend lauten **die Forderungen der Nachweisnorm DIN EN ISO 9001 von 2000:**

4	Qualitätsmanagementsystem Qualitätsmanagement-Handbuch Lenkung von Dokumenten (z. B. Pflegestandards) Lenkung von Qualitätsaufzeichnungen (z. B. Patientendokumentation)
5	<b>Verantwortung der Leitung</b> Kundenorientierung (z. B. Patientenorientierung) <b>Qualitätspolitik</b> (z. B. Leitbild) Planung <b>Qualitätsziele</b> (z. B. Ziele zur Umsetzung des Leitbildes) Verantwortung, Befugnis und Kommunikation Interne Kommunikation (z. B. Austausch von Patientendaten) Managementbewertung (Jahresbericht)
6	<b>Management von Ressourcen</b> Personal: Fähigkeit, Bewußtsein und Schulung (z. B. Qualifikation, Weiterbildung) Infrastruktur, Arbeitsumgebung (z. B. Einhaltung der Arbeitssicherheit)
7	<b>Produktrealisierung</b> Planung der Produktrealisierung Kundenbezogene Prozesse (z. B. Behandlungsprozeß) Entwicklung Beschaffung (z. B. Einkauf von Hilfsmaterialien) Lenkung der Dienstleistungserbringung (z. B. Behandlungsprozeß) Eigentum des Kunden (z. B. Patienteneigentum)
8	<b>Messung, Analyse und Verbesserung</b> Überwachung und Messung der Prozesse (z. B. Eintrag in Patientendokumentation) Lenkung fehlerhafter Produkte (z. B. Dekubitus) Datenanalyse (z. B. Patientendokumentation auswerten) <b>ständige Verbesserung</b> <b>Vorbeugungsmaßnahmen</b> Kundenzufriedenheit

Abb. 9: Forderungen der Nachweisnorm DIN EN ISO 9001 von 2000

Die Struktur der neuen QM-Norm zeigt insbesondere die Notwendigkeit der Ausrichtung der Prozesse auf den Kunden, siehe die Abbildung 10.

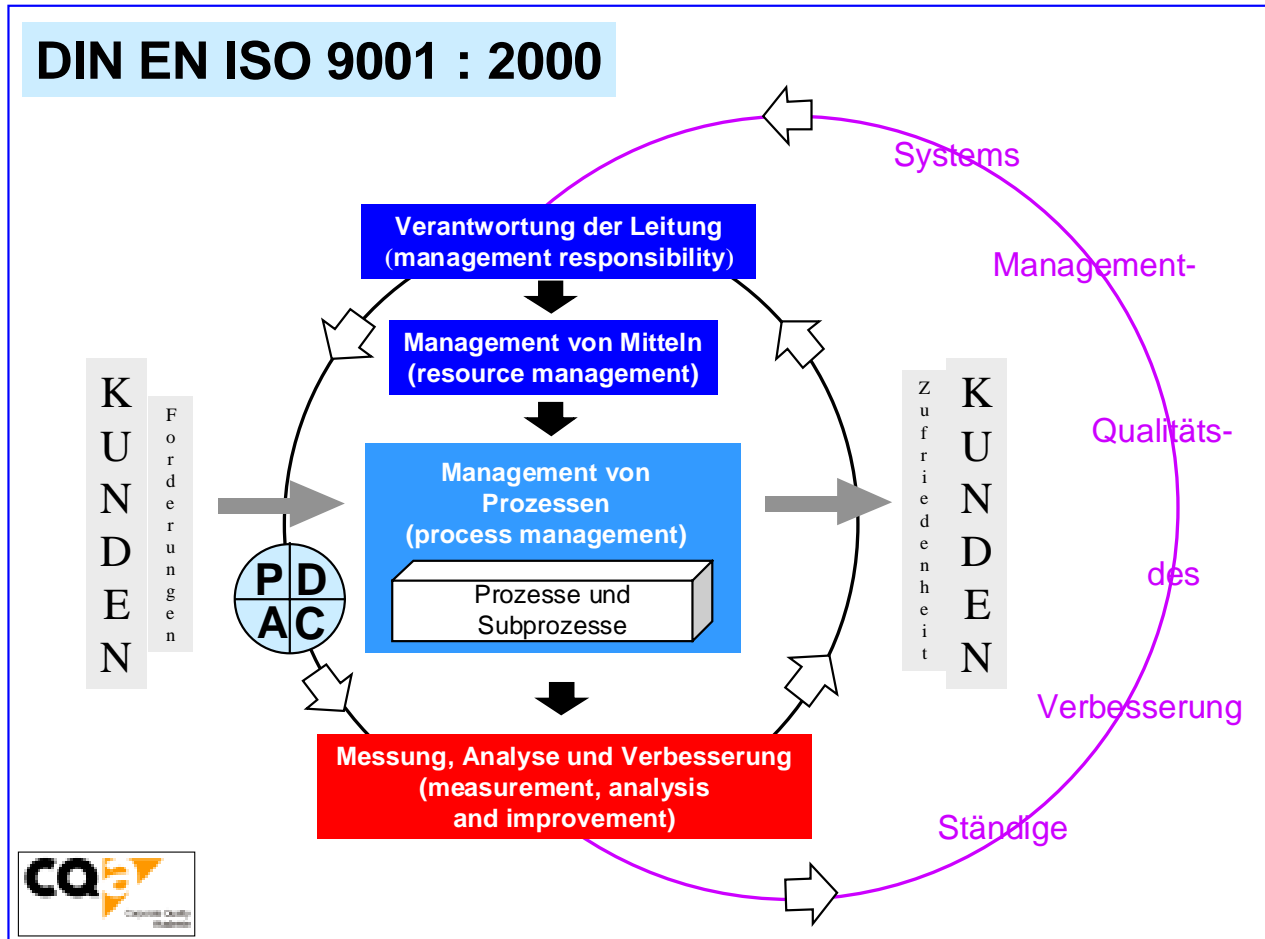


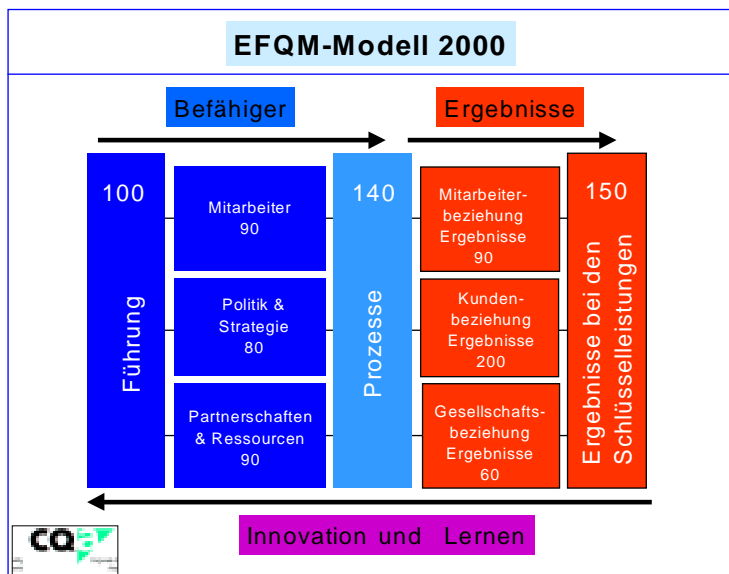
Abb. 10: Die Struktur der Nachweisnorm DIN EN ISO 9001 von 2000

Die im Gesundheitswesen bekannte Einteilung in Strukturqualität, Prozeßqualität und Ergebnisqualität läßt sich hier wiederfinden, denn die blau dargestellten Bereiche „Verantwortung der Leitung“ und „Management der Mittel“ erzeugen eine entsprechende Qualität der Struktur der Einrichtung, das hellblau dargestellte Prozeßmanagement, das im Blick des Kunden ist, entspricht der Prozeßqualität und die Ergebnisqualität wird durch die rot dargestellten Messungen und Analysen festgestellt. Damit entspricht diese Normstruktur aber auch dem von Deming genannten Vorgehen des plan, do check, act (PDCA), das zur Erinnerung in dieser Graphik nochmal zusätzlich als kleiner Kreis integriert ist, denn jeder Bereich, jeder Ablauf ist zu planen, auszuführen, zu überprüfen und zu verbessern. Außerdem enthält die Norm den generellen Hinweis auf die ständige Verbesserung (violett dargestellt), durch die die Einrichtung sich auf ein höheres Niveau begibt auf dem natürlich erneut alles nach PDCA auszuführen ist.

Mit dieser neuen Struktur nimmt die Nachweisnorm etliche Vorgehensweisen aus dem total quality management (TQM) in ihren Forderungskatalog auf. Diese Forderungen sind wie eine Checkliste zu verwenden: **WAS** muß alles berücksichtigt werden. **WIE** dies zu tun ist, dazu macht die Nachweisnorm keine Vorschriften, Hinweise gibt es allenfalls in den Leitfäden der 9000er Normenreihe und selbstverständlich im TQM-Modell der EFQM (European Foundation for Quality Management).

## TQM-Modell der EFQM

Seit 1992 vergibt die European Foundation for Quality Management (EFQM) den europäischen Qualitätspreis (EQA). Grundlage dieser Preisvergabe ist das Selbstbewertungsmodell der EFQM, ein Managementmodell, das auf der ganzheitlichen Sichtweise (total quality management oder TQM) eines Unternehmens oder einer Einrichtung basiert, durch die Excellence erreichbar wird. Dieses Selbstbewertungsmodell stellt in neun sogenannten Befähiger- und Ergebniskriterien Fragen an das Management des Unternehmens / der Organisation. Die vorhandenen oder zukünftig erzielbaren Ergebnisse hängen von den Befähigerkriterien ab, also von den Vorgehensweisen, die die Organisation befähigen, gut zu sein bzw. zu werden.



Zu den Befähigerkriterien gehören: die Vorgehensweisen – also das WIE der

1. Führung der Organisation
2. Mitarbeiterorientierung
3. Politik und Strategie der Organisation
4. Umgang mit Partnerschaften und Ressourcen
5. Prozessorientierung.

Zu den Ergebniskriterien zählen

6. die Mitarbeiterzufriedenheit
7. die Kundenzufriedenheit
8. die gesellschaftsbezogenen Ergebnisse
9. die Ergebnisse bei den Schlüsselleistungen.

Abb. 11: Das EFQM Excellence Modell von 2000

Die erzielten Schlüsselleistungen werden als Ergebnis des gesamten Managements angesehen. Somit ist es bei einer Selbstbewertung zunächst sinnvoll, sich mit den derzeitigen Ergebnissen auseinanderzusetzen, daraus zu lernen und sodann Maßnahmen der Innovation festzulegen, um dadurch das Unternehmen zu befähigen, die angestrebten Ziele zukünftig zu erreichen. Dies heißt eine Organisationseinheit muß angeben, welche Ergebnisse sie mit ihrem Politik- und Strategieprozess erzielen möchte. Dazu sind integrierte und fundierte Vorgehensweisen zu planen, systematisch umzusetzen und schließlich zu bewerten und zu überprüfen.

Diese Herangehensweise (im Bild durch die Pfeile verdeutlicht, die insgesamt einen Kreis darstellen) wird als RADAR-Logik benannt nach R - Results (Ergebnisse), A - Approach (Vorgehen), D - Deployment (Umsetzung), sowie Assessment and Review (Bewertung und Überprüfung). Dementsprechend startet das EFQM-Modell 2000 auf der Seite der Ergebnisse, bei den **Results** und geht dann zu den Befähigerkriterien, die bei ihrer Bewertung unterteilt werden in die Bereiche:

**Approach** (fundiertes und integriertes Vorgehen),

**Deployment** (eingeführte, systematische Umsetzung)

**Assessment** (Bewertung) und

**Review** (Überprüfung) hinsichtlich lernorientierter Maßnahmen und Verbesserungen.

Durch die RADAR-Logik enthält auch das EFQM-Modell den PDCA-Zyklus von Deming. Die Befähigerkriterien 1 bis 4 (blau) entsprechen dem plan und die Prozesse (hellblau) dem do, die Ergebniskriterien (rot) entstehen durch Prüfungen (check) und durch Lernen und Innovation

(violett) ist eine ständige Verbesserung (act) möglich. Die Farbgebung in den Bildern Deming, Norm und EFQM-Modell verdeutlicht die Zusammenhänge insbesondere zwischen den Normforderungen und den EFQM-Kriterien.

Die bei jedem Kriterium angegebenen Zahlen ergeben in Summe 1000. Die höchste Punktzahl (200 = 20%) erhalten die Ergebnisse hinsichtlich der Kundenbeziehung. Der Kundenzufriedenheit gibt das Modell damit die höchste Priorität. Diese Zahlen repräsentieren die jeweils maximal vergebaren Punkte bei Vorliegen eines excellenten Unternehmens. Wieviel Prozent davon zur Zeit schon erreicht werden, kann die Organisation in einer Selbstbewertung mithilfe der EFQM-Unterlagen zur Selbstbewertung ermitteln. Aus den Bewerbungen um den Europäischen Qualitätspreis (EQA) ist bekannt, daß auch die bisherigen Sieger nur etwa 800 Punkte errungen haben.

Hinter jedem der neun Kriterien stehen mehrere Unterkriterien, die ihrerseits wiederum durch sogenannte Ansatzpunkte belegt sind, die typische Fragen zu dem jeweiligen Thema aufgreifen. Die EFQM-Unterlagen zur Selbstbewertung bieten der Organisation damit ein umfangreiches Fragenpaket, das zur systematischen Durchleuchtung des Unternehmens, bezüglich des WIE etwas gemacht wird, herangezogen werden kann. Einziges Manko der original EFQM-Unterlagen besteht darin, daß diese Fragen so allgemein gehalten sind, das einzelne Branchen wie das Gesundheitswesen oder der Bildungsbereich die allgemeine Fragestellung zunächst auf die Branche ausrichten müssen, bevor eine Befragung im eigenen Hause erfolgen kann. Auch ist anzumerken, daß eine derartige Selbstbewertung nicht zu früh durchgeführt werden sollte, da sonst ein gewaltiges Frustrationspotential entsteht, schließlich haben zertifizierte Unternehmen, die sich dem EQA gestellt haben oft nur 400 bis 500 Punkte erhalten.

### **Zertifizierung oder Selbstbewertung**

Was der Pflegeprozess nur von der Pflege fordert - ein ständiges Planen, Dokumentieren und Neubewerten - verlangt das EFQM-Modell für die gesamte Einrichtung. Wichtigstes Kernstück aller Aussagen sind Zahlen, Daten, Fakten, die für eine Bewertung, sei es eine Selbstbewertung oder eine durch Dritte, vorliegen müssen. Alle Bereiche müssen deshalb berücksichtigt und bedacht werden. Gerade hierbei kann die QM-Norm als Checkliste des Hinterfragens sowohl der Abläufe entlang der Prozesse wie der notwendigen unterstützenden Vorgehensweisen angesehen werden.

Nur ein Erfüllen von Forderungen der QM-Norm kann nicht im Sinne stark kundenorientierter Einrichtung wie denen des Gesundheitswesens oder aus dem sozialen Bereich sein. Vielmehr ist es sinnvoll und auch notwendig, zunächst eine Struktur in die Organisation einer Einrichtung zu bringen und diese dann mit den Forderungen und Anleitungen der QM-Normen unter Anwendung von TQM-Methoden in Einklang zu bringen. Erst dann macht es Sinn, sich mit den darüber hinausgehenden Fragestellungen des EFQM-Modells auseinanderzusetzen.

Andererseits ist eine Ausrichtung nur auf das EFQM-Modell ohne vorherigen Aufbau eines funktionsfähigen Organisationssystems (QM-Systems mit Erfüllung der Normforderungen) zwangsläufig zum Scheitern verurteilt, da zum einen ein extremer Frustrationspegel bei womöglich nicht einmal 100 erreichten Punkten entsteht und andererseits auch keine Organisationsstruktur vorhanden ist, die festgestellten Mißstände bald abzubauen. Der Königsweg ist der Aufbau eines QM-Systems mit TQM-Methoden also einer starken Kunden-, Mitarbeiter- und Prozessorientierung.