

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>



ELSEVIER
URBAN & FISCHER

Online verfügbar unter www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

journal homepage: <http://journals.elsevier.de/zefq>



AUS DER GQMG

Qualitätsmanager 2.0 im Krankenhaus Eine Handreichung für Geschäftsführung, Chefärzte, Pflegedienstleitungen und praktizierende Qualitätsmanager[☆]

Quality Manager 2.0 in hospitals

A practical guidance for executive managers, medical directors, senior consultants, nurse managers and practicing quality managers

Stefan Pilz^{a,*}, Sylvia Hülsmann^b, Stefan Michallik^c, Monika Rimbach-Schurig^d,
Margarita Schollmeier^e, Benedikt Sommerhoff^f, Adelheid Weßling^g

^a PRIVAT-NERVEN-KLINIK DR. MED. KURT FONTHEIM, Liebenburg

^b Universitätsmedizin Göttingen

^c Dr. Michallik Unternehmensberatung, Berlin

^d Caritas Trägergesellschaft West gGmbH, Düren

^e Hufeland Klinikum GmbH, Mühlhausen

^f Deutsche Gesellschaft für Qualität, Frankfurt

^g KOM Consulting, Kommunikation und Kooperation in der Gesundheitswirtschaft, Düsseldorf

SCHLÜSSELWÖRTER

Qualitätsmanager;
Qualitätsmanagement;
Organisationsentwicklung;
Berufsforschung;
Profession;
Beruf

Zusammenfassung Mit dem Ziel Perspektiven und Handlungsempfehlungen für ein modernes Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung zu entwickeln, hat die GQMG eine Studie zu Rolle und Selbstverständnis von Qualitätsmanagern und Qualitätsmanagementbeauftragten in Krankenhäusern durchgeführt. Es zeichnet sich ab, dass die Wirksamkeit von Qualitätsmanagement deutlich davon abhängt, ob es der Einrichtungsleitung gelingt das Qualitätsmanagement geschickt zu positionieren, die Qualitätsmanager bei der Umsetzung zu unterstützen und v.a. in größeren Einrichtungen die Stabsabteilungen und Querschnittsfunktionen zu koordinieren. (Wie vom Autor eingereicht).

KEYWORDS

Quality manager;

Summary Aiming at the development of perspectives and recommendations for modern quality management in health services the GQMG conducted a study on the role and self-conception of quality managers in hospitals. It seems obvious that the effectiveness of quality management

[☆] Alle Autoren waren in gleichem Umfang an diesem Artikel beteiligt.

* Korrespondenzadresse: Dr. med. Stefan Pilz, PRIVAT-NERVEN-KLINIK DR. MED. KURT FONTHEIM, Schlossstraße, 38704 Liebenburg
E-Mail: dr.pilz@klinik-dr-fontheim.de (S. Pilz).

quality management;
organisational
development;
occupational
research;
profession;
occupation

clearly depends on the executive board's skilful installation of quality management, their support of quality managers and, particularly in larger-sized institutions on the coordination of staff units and cross-sectional functions.

(As supplied by author).

Worum es geht

Etwa 10 Jahre nach der gesetzlichen Verpflichtung zur Einführung von Qualitätsmanagement (QM) im Krankenhaus wollte die GQMG als Fachgesellschaft in Erfahrung bringen, wo und wie konkret Qualitätsmanager und Qualitätsmanagementbeauftragte (QMLer) im Krankenhaus verortet sind und mit welchem Selbstverständnis sie arbeiten. Dies geschah vor dem Hintergrund der Fragen:

- Welchen Beitrag liefert das QM für die Weiterentwicklung des Unternehmens?
- Welche Voraussetzungen benötigt ein modernes QM 2.0?
- Unter welchen Bedingungen kann das QM sein volles Potenzial entfalten?

Zu diesem Zweck hat die AG Führung und Organisation der GQMG in der Zeit von Dezember 2009 bis März 2010 eine Online-Befragung von QMLern im Krankenhaus durchgeführt. Dieser Artikel gibt die Methodik und zentralen Ergebnisse der Befragung wieder. Darüber hinaus werden aktuelle Forschungsergebnisse zur QM-Berufsforschung gewürdigt, die auf die besondere Bedeutung von Status und Rolle von Qualitätsmanagern in Unternehmen abheben.

Davon abgeleitet sind praxisorientierte Handlungsempfehlungen für Führungskräfte und QMLer im Krankenhaus entstanden, angelehnt an die Erfolgsformel des Positionspapiers der GQMG [1]

„Qualitätsmanager = Führung + Organisation + Kompetenz“

Um diese Handlungsempfehlungen zu nutzen sind folgende Leitfragen hilfreich:

- Wie ist das QM *bei uns* in der Führungsebene verankert?
- In welche organisatorischen Rahmenbedingungen ist das QM *bei uns* eingebunden?
- Welche Kompetenzen des Qualitätsmanagers sind *für uns* essentiell bzw. welche der möglichen Rollen nimmt *bei uns* das QM ein?

Die Entwicklung des Qualitätsmanagements im Krankenhaus

Die ersten Ansätze für ein QM in stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung entstanden in den 1990er Jahren. Sie stammen aus der Industrie und sind von Wirtschaftsexperten und Ingenieuren auf das Gesundheitssystem übertragen worden, wobei strukturelle Unterschiede

zwischen den Branchen erfordern, dass das QM den spezifischen Bedingungen der Krankenhäuser angepasst wird. Eine besondere Rolle nimmt in diesem Kontext die Profession der Ärzte ein, die sich als hochautonom und kompetent erlebt und gegenüber Vorgaben von außen mit Widerstand reagiert. Ärzte treffen hochfrequent Entscheidungen über komplexe Inhalte in einer intensiven Kommunikationsbeziehung mit dem Patienten (kognitive und emotionale Anforderungen). Dies gilt ähnlich für die anderen Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung wie z.B. Pflegekräfte und Therapeuten. Die Kernprozesse im Krankenhaus sind daher nur mit Abstrichen mit denen in der Industrie vergleichbar.

Die Gesundheitsreformen seit 2000 haben die Nachweispflichten für die Qualität von Gesundheitsleistungen kontinuierlich erhöht. Inzwischen sind die Einrichtungen per Gesetz dazu verpflichtet ein internes QM vorzuhalten, Qualitätsberichte zu erstellen, diese öffentlich zugänglich zu machen und damit die Transparenz über ihre Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu erhöhen. Zeitgleich sind zahlreiche Fort- und Weiterbildungsangebote entstanden, in denen die Grundlagen des QM speziell für Angehörige der Gesundheitsberufe vermittelt werden. Ferner ist das Thema Qualität in den Curricula des Medizinstudiums sowie in den pflegerischen und therapeutischen Ausbildungs- und Studiengängen als eigenständiges Modul verankert. Ein grundständiges Studium für klinisches Risiko- und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen wie in Österreich existiert in Deutschland bislang nicht, wohl aber verschiedene Managementstudiengänge, die Medizin oder Pflege mit Ökonomie verbinden und damit für das einrichtungsinterne QM relevant sind.

Ziele und Methodik der Untersuchung¹

Vor dem Hintergrund der Frage, welche Rolle QMLer im deutschsprachigen Raum zukünftig einnehmen müssen, um zur erfolgreichen Weiterentwicklung der eigenen Organisation beizutragen, wurde von der AG Führung & Organisation der GQMG eine Studie initiiert. Zielgruppe waren QMLer in Krankenhäusern Deutschlands und der Schweiz.

¹ Die Autoren bedanken sich bei: Martin Lacroix für Zeit und Engagement sowie das Equipment der Quality Scopes GmbH, den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle der GQMG, die die Homepage aktiviert und die Werbung für die Befragung unterstützt haben, Paul Wentzlaff vom Zentrum für Qualität und Management in Hannover (ZQ) für die fachliche Unterstützung bei der Auswertung der Daten und ganz besonders bei den Teilnehmern der Befragung!

Die Ziele der Untersuchung waren folgende:

- die aktuelle Situation der QMler hinsichtlich ihrer Rolle in den eigenen Organisationen zu erfassen
- ein zukunftsorientiertes Kompetenzprofil für QMler zu eruieren
- den Nutzungsgrad von Management- und QM-Systemen/-Instrumenten zu ermitteln
- grundlegende Informationen zu erhalten, die Rückschlüsse auf zentrale Faktoren eines erfolgreichen QM im Gesundheitswesen erlauben

Die Befragung wurde als anonyme Online-Befragung durchgeführt. Hierzu wurden über die Verteiler der GQMG bzw. SQMH (Schweizer Fachgesellschaft) auf die Studie aufmerksam gemacht und zur Teilnahme aufgerufen. Darüber hinaus wurden die beim Statistischen Bundesamt gelisteten Krankenhäuser angeschrieben mit der Bitte an der Befragung teilzunehmen.

Inhalte des Fragebogens

Es wurde ein ausführlicher 11seitiger Fragebogen entwickelt [2]. Die Fragen umfassten folgende Aspekte:

- Organisationale Rahmenbedingungen und Selbsteinschätzungen
- Aufgaben und Instrumente
- Kompetenzen und Fähigkeiten
- Organisationsstruktur und demographische Daten

Teilweise handelte es sich um subjektive Einschätzungen der QMler. Dies ist beispielsweise bei dem Aspekt des wirtschaftlichen Erfolgs zu beachten. Hier wurden keine Indikatoren wie z.B. Umsatzrentabilität hinzugezogen.

Der Rücklauf

Es gab 304 auswertbare Fragebögen aus Krankenhäusern in Deutschland (248) und der Schweiz (56). Berücksichtigt

Tabelle 1 Profil der befragten QMler.

	Gesamt	Deutschland	Schweiz
Teilnehmer aus Krankenhäusern	304	248 (81,6%)	56 (18,4%)
Geschlecht			
weiblich	55,6%	55,6%	55,4%
männlich	42,1%	41,9%	42,9%
Alter (MW in Jahren)	45,3	45,3	45,1
Berufserfahrung (MW in Jahren)	22,8	22,9	22,5
Tätigkeit in der aktuellen Einrichtung (MW in Jahren)	11,9	12,6	8,7
Tätigkeit als QM/QMB in der aktuellen Einrichtung	5,1	5,3	4,1
Position im KH			
MA	54,3%	58,5%	35,7%
FK	44,7%	40,3%	64,3%

Tabelle 2 Details zur Art der Krankenhäuser.

	Gesamt	Deutschland	Schweiz
Größe der Einrichtung (Anzahl Mitarbeiter)			
21 bis 400	28,9%	28,6%	30,4%
401 bis 1000	30,6%	30,2%	32,1%
1001 bis 2000	24,3%	23,8%	26,8%
mehr als 2000	15,5%	16,5%	10,7%
Trägerschaft			
frei gemeinnützig	15,1%	17,3%	5,4%
konfessionell	27,3%	33,1%	1,8%
öffentlich-rechtlich	33,9%	27,8%	60,7%
privat	19,4%	18,1%	25,0%
Zertifizierte Einrichtungen			
ja	217(73,1%)	188 (77,4%)	29 (53,7%)
nein	80 (26,9%)	55 (22,6%)	25 (46,3%)
Zufriedenheit mit der Ressourcenausstattung			
Mitarbeiter	2,93	2,91	3,04
Sachressourcen	3,78	3,76	3,86
(Skala 1 = trifft gar nicht zu - 5 = trifft völlig zu)			

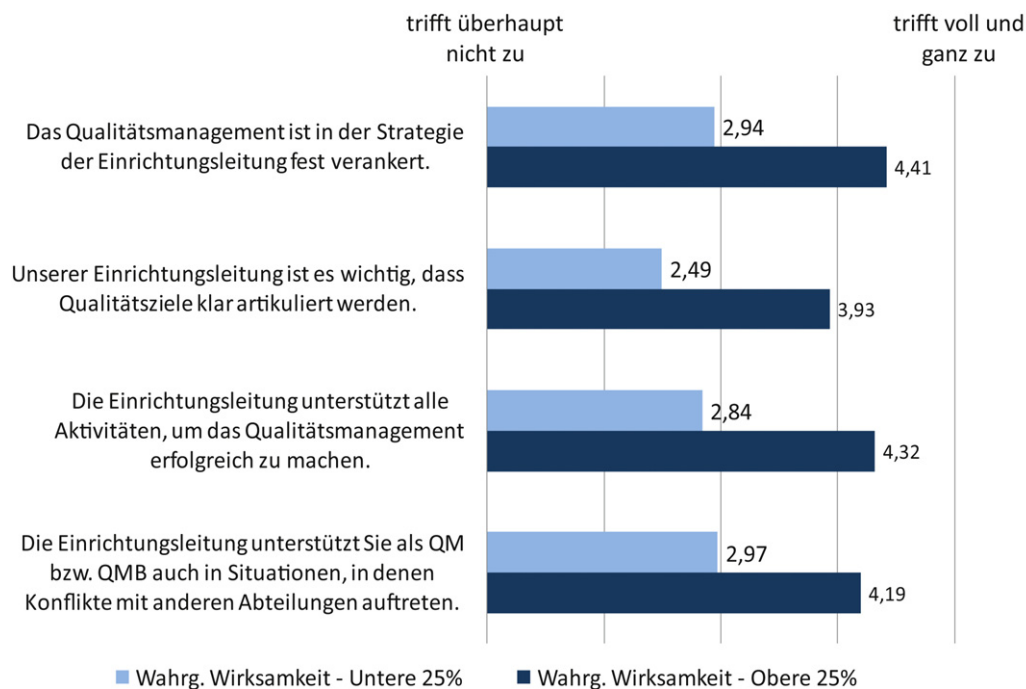


Abbildung 1 QM: Bedeutung für die Einrichtungsleitung und Unterstützung durch diese.

wurden in dieser Auswertung jedoch nur die 248 Fragebögen aus deutschen Krankenhäusern. Zum Profil der befragten QMler vgl. Tabelle 1, bzgl. Details zu den Krankenhäusern vgl. Tabelle 2:

Die Gruppe der QMler ist bunt. Ihre Mitglieder unterscheiden sich je nach Vorkenntnissen, Berufserfahrung und Zusatzqualifikation. In der befragten Gruppe hatte die Berufsgruppe Gesundheits- und Krankenpflege mit 51,3% den größten Anteil, gefolgt von Absolventen im Bereich Ökonomie/BWL (22,6%), Ärztinnen und Ärzten (15,1%), Soziale Berufe (4,7%), Medizinisch-technischen Assistenten/innen (4,1%), Altenpflegern/innen (1,6%), Pharmazeuten/innen (0,3%) und Sonstigen (22,6%)².

Fazit: Die Umfrage bildet einen Querschnitt ab. QMler aus Krankenhäusern aller Größen und Trägerschaften haben sich beteiligt. Es sind sowohl zertifizierte als auch nicht zertifizierte Einrichtungen vertreten.

Darüber hinaus sind unsere Befragten überwiegend

- Keine Newcomer, sie haben langjährige Erfahrung
- Hoch motiviert
- Sehr qualifiziert (¾ mit Studium)
- Kennen ihre Organisation sehr gut.

² Unter der Angabe der sonstigen Berufsgruppen sind überwiegend Zusatzbezeichnungen/Spezifikationen zu den vorgegebenen Berufskategorien zu finden (z.B. Pflege, Sozialwissenschaften, Pädagogik, Ökonomie). Neue (Berufs)Bezeichnungen beziehen sich auf Naturwissenschaften, Ingenieursberufe, Physiotherapie/Sport, Psychologie sowie (Zusatz)Managementberufe.

Zur Methodik der Auswertung

Das Datenmaterial aus dem 11seitigen Fragebogen war immens, sodass es wichtig war in einem Gruppenprozess wiederholt sinnvolle Fragen zu formulieren und Prioritäten zu setzen. Methodisch wurden v.a. die beiden folgenden Auswertungsverfahren angewandt.

1. Deskriptive Auswertung incl. der Betrachtung von oberen und unteren Quartilen zur Verdeutlichung der Zusammenhänge
2. Faktorenanalyse. Diese führte unter anderem zu den Faktoren
 - a. Wahrgenommene Wirksamkeit³
 - b. Klare Formulierung und Kommunikation von QM-Zielen durch die Einrichtungsleitung⁴

Zusammenarbeit mit der Einrichtungsleitung (Befragungsergebnisse Teil 1)

Dass die enge Zusammenarbeit zwischen Einrichtungsleitung und QMler ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist (siehe Abbildung 1), zeigen nachfolgende Ergebnisse aus der Online-Befragung:

³ In diesen Faktor gehen folgende beiden Fragen ein: 1. Ich/Wir habe(n) mit unserer Arbeit wesentlich dazu beigetragen, dass Qualität als wichtiges Ziel in unserer Einrichtung akzeptiert wird. 2. Durch den Einsatz von QM-Methoden, habe(n) ich/wir die Qualität deutlich verbessert.

⁴ In diesen Faktor gehen folgende beiden Fragen ein: 1. Unserer Einrichtungsleitung ist es wichtig, dass Qualitätsziele klar artikuliert werden. 2. Unserer Einrichtungsleitung ist es wichtig, dass die Qualitätsziele allen Mitarbeitern bekannt sind.

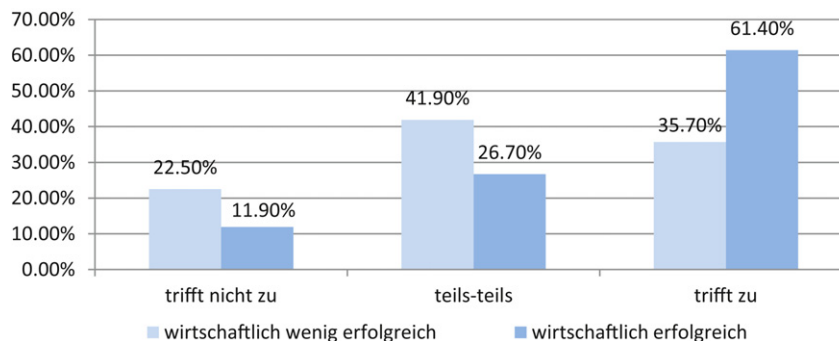


Abbildung 2 Wichtigkeit bei der Führung: Unterstützung durch QMler.

Die klare Positionierung und Unterstützung der Einrichtungsleitung ist wichtig, damit QM wirksam wird. Dies ist wie [Abbildung 2](#) zeigt kein einseitiges Phänomen, sondern Folge erfolgreicher gegenseitiger Kommunikation und Kooperation.

Die Führung in wirtschaftlich erfolgreichen Einrichtungen wünscht und akzeptiert die Unterstützung durch QMler.⁵

Darüber hinaus sehen sich in wirtschaftlich erfolgreichen Unternehmen 62,4% der QMler selbst als Impulsgeber für die Strategieentwicklung (vs. 46,9% bei den wirtschaftlich weniger erfolgreichen).

Wie bedeutsam die Wirkungen von klaren Zielvorgaben durch die Einrichtungsleitung in die Organisation hinein sind, wird in [Abbildung 3](#) deutlich.

Dort, wo QM-Ziele durch die Einrichtungsleitung klar formuliert und kommuniziert werden, wird das QM in der Einrichtung von allen Beteiligten ernster genommen als in anderen Einrichtungen. Die Führungskräfte finden die Unterstützung durch das QM wichtiger und die Tätigkeit wird von den Kollegen deutlich mehr geschätzt. Die Zugehörigkeit zu Berufsgruppen und hierarchische Über- und Unterordnungsverhältnisse spielen in diesen Fällen eine geringere Rolle. Es ist davon auszugehen, dass dann auch direkter und ohne Umwege an den inhaltlichen Themen gearbeitet werden kann.

HANDLUNGSEMPFEHLUNG 1:

Unterstützen Sie als Einrichtungsleitung das QM und sorgen Sie für eine enge wechselseitige Zusammenarbeit.

Formulieren Sie die QM-Ziele klar und kommunizieren Sie diese eindeutig in die Organisation hinein.

Eine solche Vorgehensweise korreliert positiv mit dem Erfolg des Qualitätsmanagements und erfordert kein zusätzliches Budget.

Entscheidung über die Positionierung des Qualitätsmanagements

Das QM eines Krankenhauses ist in einem komplexen Interessenfeld mit wechselnder Dynamik positioniert. Dieses Feld kann mit den folgenden beiden Dimensionen strukturiert werden:

1. Status und Rolle des QM
2. Größe der Einrichtung

Status und Rolle

Um Status und Rolle des QM klarer zu fassen, hat Sommerhoff [3] diese in einem Szenariokreuz konzeptionell neu gefasst. Er positioniert die möglichen Rollen und den Status des QM im Spannungsfeld zwischen seiner Orientierung (sprich der Frage: wirkt QM in der Organisation eher bewahrend oder verändernd?) und seinem Rang (der Frage: ist die Bedeutung des QM in der Organisation führend oder nachgeordnet?). Die Übergänge sind in der Praxis oft fließend, die Erwartungen der Einrichtungsleitung an den QMler entsprechend breit gefächert (siehe [Abbildung 4](#)).

Spannt man das Szenariokreuz entsprechend auf, so ergeben sich vier mögliche Felder. Ist die Orientierung z.B. verändernd und der Rang führend landet man im Feld rechts oben, ist die Orientierung bewahrend und der Rang nachgeordnet landet man im Feld links unten.

Rechts oben nimmt der QMler die Rollen eines Veränderungsmanagers, Organisationsentwicklers und Internen Beraters ein, denen ein hoher Status beigemessen wird. Links unten präsentiert er die Rollen eines Qualitätskontrolleurs, Reparateurs und Managementsystemverwalters in nachgeordneter Position. Sommerhoff bezeichnet die vier Felder im Uhrzeigersinn beginnend links oben plakativ mit den Begriffen Leitstand, Organisationsentwicklung, Projektreserve und Ordnungsdienst.

Ob QM erfolgreich ist, hängt stark davon ab, inwieweit Status und Rolle zwischen Einrichtungsleitung und QMler geklärt sind. Nach Sommerhoff ist diese Klärung für die Akzeptanz und den Erfolg eines QM entscheidender als die Funktionalität der Methoden und Werkzeuge. Das QM ist bisher jedoch noch weitgehend methodenfokussiert. Sowohl Wissenschaft als auch Praxis setzen sich überwiegend mit

⁵ Erfolg in der subjektiven Wahrnehmung der QMler.

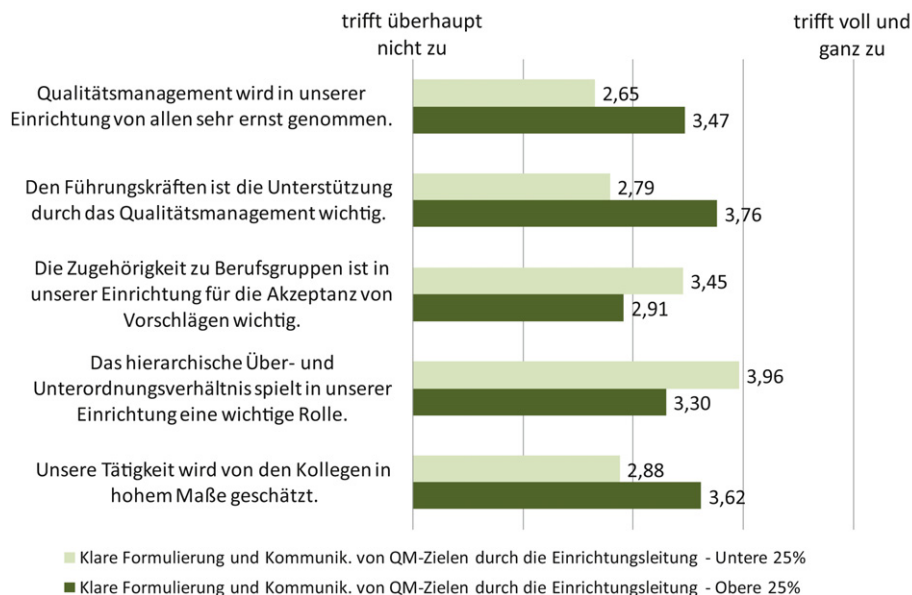


Abbildung 3 Akzeptanz und Zusammenarbeit mit anderen Bereichen.

Methoden und Systemen des QM auseinander weniger mit der Komplexität der Positionierung und Beauftragung.

Die Erwartungshaltung alle vier Felder gleichermaßen professionell abdecken zu können ist unrealistisch. Daher ist eine Entscheidung der Einrichtungsleitung notwendig, in welchem Feld der Schwerpunkt des QMLers liegen soll.

Der Schlüssel für einen hohen Status und eine aktive, zukunftsgestaltende Rolle sind nach Sommerhoff die Zuständigkeiten für die künftig wichtigen Themen des Unternehmens. Um diese Zuständigkeiten muss der Qualitätsmanager im Gesundheitswesen im Wettbewerb mit anderen Stabsstellen und Querschnittsfunktionen ringen. Dieses Ringen um Zuständigkeiten gestaltet sich in Krankenhäusern abhängig von der Einrichtungsgröße.

Größe der Einrichtung

Kleine Einrichtungen

Kleine Krankenhäuser (in dieser Studie 20-400 Mitarbeiter) werden je nach Rechtsform entweder von einem Geschäftsführer oder einem Direktorium aus Arzt, Pflege und Verwaltung geleitet. Alle grundlegenden Belange werden von der Krankenhausleitung direkt entschieden. Eine direkte Kommunikation zwischen Leitung und Belegschaft ist auf „kurzem Wege“ möglich und üblich. Für Querschnittsaufgaben wie das QM, werden einzelne Mitarbeiter beauftragt, die sich um diese Aufgaben neben ihrem originalen Arbeitsbereich kümmern. Sie werden abhängig vom Arbeitsaufkommen für ein bestimmtes Stundenkontingent freigestellt. Dies umfasst mindestens vier Wochenstunden und muss in Spitzenzeiten deutlich höher sein (z.B. bei Zertifizierungen).

Wenn eine Planstelle für das QM existiert, übernimmt der QMler je nach Zielrichtung der Leitung integrierte Tätigkeitsfelder (z.B. Risikomanagement, Patientensicherheit, Projektmanagement).

Mittlere Einrichtungen

Krankenhäuser mittlerer Größe (400-1000 Mitarbeiter) werden in der Regel von einem dreigliedrigen Direktorium geleitet, bestehend aus Ärztlichem Direktor, Pflegedirektor und Verwaltungsdirektor. Da viele Krankenhäuser als GmbH geführt werden, ist dem Direktorium ein Geschäftsführer vorgeschaltet, der die Interessen der privaten, öffentlichen oder gemeinnützigen Gesellschafter vertritt. Das zentrale QM mit bis zu zwei Vollzeitkräften ist dem Direktorium zugeordnet. Aufgrund der Größe der Einrichtungen gibt es z.T. in den Abteilungen weitere Ansprechpartner für qualitätsbezogene Belange.



Abbildung 4 Alternative Rollen des Qualitätsmanagements (Sommerhoff 2012).

Große Einrichtungen

Zu den großen Einrichtungen (ab 1000 Mitarbeiter) zählen Krankenhäuser der Maximalversorgung, Universitätskliniken und Klinikketten. Sie werden in unterschiedlichen Rechtsformen geführt. Verbreitet sind Stiftungen, GmbH und Aktiengesellschaft. Zum Teil haben sich Holding-Strukturen herauskristallisiert mit einem zentralen Management für mehrere – früher meist eigenständige – Häuser, die z.T. bundesweit gestreut sind. In der oberen Konzernleitung ist ein zentrales QM verankert. Ferner sind QMler in den einzelnen Häusern tätig. Die Anforderungen der dezentralen Manager lassen sich mit denen für mittlere Einrichtungen vergleichen, wobei der QMler nicht nur der Leitung vor Ort, sondern hinsichtlich der qualitätsbezogenen Aufgaben auch dem zentralen QM unterstellt und rechenschaftspflichtig ist. Hier sind meist mehrere Vollzeitkräfte tätig, so dass es für die verschiedenen Bereiche je nach Zielsetzung der Einrichtungsleitung jeweils einen Ansprechpartner für verschiedene Aspekte des QM geben kann.

Insbesondere in großen Einrichtungen konkurriert der Qualitätsmanager mit anderen Querschnittsfunktionen: Medizincontroller, Controller, operative Führungskräfte, Leistungsassistenten, Beauftragte, IT-Manager, interne Berater und nicht zuletzt auch externe Berater, Personalentwickler. Die Themen sind durch die Einrichtungsleitung abhängig von der Philosophie des Krankenhauses und von den hochdifferenzierten Qualifikationen der Professionals zu verteilen. Es besteht eine besondere Anforderung an das Top-Management, die verschiedenen Stabsstellen und Querschnittsfunktionen sinnvoll aufeinander auszurichten.

Große Einrichtungen bringen QM-Themen u.a. durch ihre QMler nach außen und wollen im politischen Gestaltungsprozess der Weiterentwicklung des Qualitätsthemas Einfluss nehmen und Impulse setzen (z.B. QMG, Aktionsbündnis Patientensicherheit, AQUA, Qualitätskliniken.de).

Kennzeichen der Stabsfunktion nach Leutzinger und Luterbach [4].

Die wesentliche Aufgabe der Stabsstellenmitarbeiter ist **unabhängig** von der Einrichtungsgröße und besteht in der Verrichtung von zentralen Aufgaben. In dieser Konstellation, ist die Stabsstelle zentral der Einrichtungsleitung zugeordnet. Der Stabsstelleninhaber erfüllt auch für alle nachgeordneten Instanzen eine Stabsfunktion. Sind weitere Stäbe in der Organisation vorgesehen, so können die Stabsmitarbeiter in zentralen Funktionen den Stabsstellenmitarbeitern der anderen Instanzen gegenüber weisungsbefugt sein. Stabsstelleninhaber besitzen kein Anordnungsrecht gegenüber den Linienstelleninhabern. Sie arbeiten ähnlich wie Berater und sind mit Aufgaben der Entscheidungsvorbereitung betraut. Die Schwachstelle im System ist, dass durch die Trennung Konflikte entstehen können, weil die Entscheidungskompetenz bei der Einrichtungsleitung liegt und die Fachkompetenz beim Stab. Deshalb ist zu beachten, dass der Stabsmitarbeiter nur von einem Vorgesetzten Anweisungen erhält um eine Einheit zu bilden.

Der wesentliche Vorteil liegt in der klaren Kompetenzabgrenzung zum direkten Liniensystem (Vorgesetzter/Nachgeordneter). Die Stabsstellen sollen die Systeme innerhalb der Organisation verbinden. Je nach theoretischem Ansatz sind die Auswirkungen in der Organisation jedoch unterschiedlich. Um die Effizienz in der

Organisation zu erhöhen, gibt es Modelle, in denen zentrale Stabsstellen mit funktionaler Weisungsbefugnis tätig sind. Ihnen sind in einem festgelegten definierten Aufgabenbereich Anordnungskompetenzen übertragen worden. Das wird insbesondere bei Projekten oder Sonderaufgaben deutlich. Meistens sind diese Mischformen (Aufgabendelegation, Weisungsbefugnis) jedoch aus sich heraus entstanden und funktionieren ohne formale Vorgaben.

Die Verantwortung zur Überwachung, dass z.B. bestimmte Verfahren/Vorgaben von Mitarbeitern des Krankenhauses eingehalten werden, ist nicht auf die Stabsstellenfunktion zu übertragen, sie obliegt den Führungskräften.

HANDLUNGSEMPFEHLUNG 2:

Klären Sie als Einrichtungsleitung, welche Rollen ihr QM einnehmen soll (vgl. Szenariokreuz von Sommerhoff). Dies ist elementar und beugt Fehlern und Missverständnissen vor.

Beachten Sie auch im weiteren Verlauf, ob bei sich ändernden Anforderungen das aktuelle Rollenprofil noch stimmig ist. Dies ist essentiell in einem hochdynamischen Umfeld. Stimmen Sie dies mit Ihrem QMler ab.

Achten Sie als Einrichtungsleitung darauf, dass die Stabsstellen und Querschnittsfunktionen, die „natürlicherweise“ im Wettbewerb um Ihre Aufmerksamkeit stehen, im Alltag **miteinander** arbeiten (→ integrierte Managementsysteme).

Das operative Geschäft der QMler (Befragungsergebnisse – Teil 2)

Aufgaben

Unabhängig von der Einrichtungsgröße gilt es einen „Mindest-Standard“ an Aufgaben, Kompetenzen, Ressourcen, Befugnissen und Qualifikationen festzulegen. Dabei geht es nicht darum Stellenbeschreibungen zu kopieren, sondern individuelle Profile entlang der Anforderungen an die unternehmensspezifischen Rollen zu entwickeln. Ein QMler mit dem Schwerpunkt Organisationsentwicklung hat grundlegend andere Aufgaben und benötigt deshalb andere Fähigkeiten als ein klassischer Qualitätssicherer.

Kompetenzen

In der Befragung wurde ein breites Spektrum an Kompetenzen, fachlicher, methodischer, organisatorischer und persönlicher Art abgefragt⁶. Weiterhin wurde nach einer Projektion der Bedeutung dieser Kompetenzen in den kommenden fünf Jahren gefragt.

⁶ Vgl. Originalfragebogen bei den Autoren.

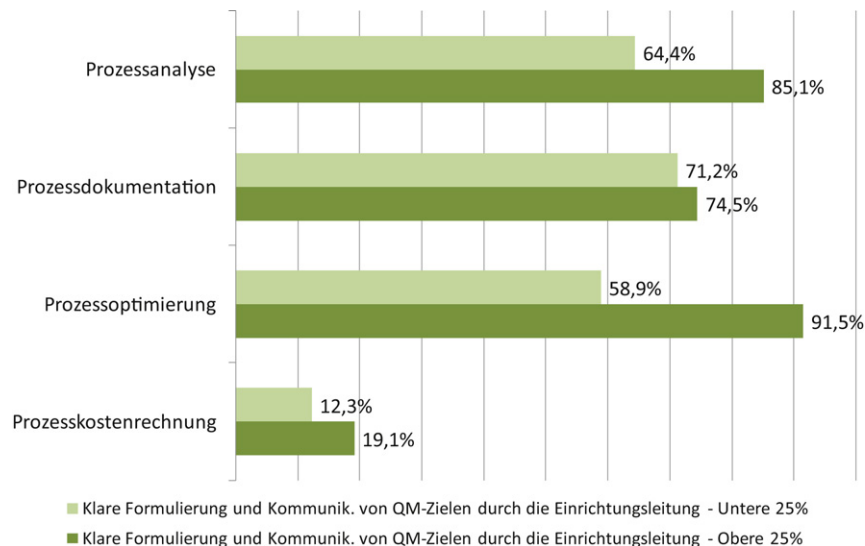


Abbildung 5 Nutzung von Prozessmanagement.

Die Befragungsergebnisse lassen **keine** Priorisierung für bestimmte Kompetenzen erkennen. Vielmehr halten QMler fast alles für wichtig, quasi wie bei einem „Studium Generale QM“. Auch aus der Projektion auf die nächsten 5 Jahre sind keine eindeutigen Trends abzuleiten.

Methoden, Instrumente und Systeme

QMler, die in wirtschaftlich erfolgreichen Einrichtungen arbeiten, halten die praktische Anwendung von QM-Methoden für äußerst wichtig (50,7%) verglichen mit denen, die in weniger erfolgreichen Einrichtungen tätig sind (37,4%).

Betrachtet man einzelne Methoden im Detail so fällt folgendes auf:

- **Berichtswesen:** Sich selbst als wirksam wahrnehmende QMler erstellen im Gegensatz zu QMlern, die sich als weniger wirksam erleben häufiger Berichte für die Einrichtungsleitung (98,3% vs. 63,8%), sie bereiten regelmäßig Kennziffern auf (93,1% vs. 58,0%), sie geben Abteilungen/Stationen Rückmeldung über Befragungsergebnisse (98,3% vs. 76,8%) und erstellen Selbstbewertungsberichte für Zertifizierungsverfahren (87,9% vs. 73,9%).
- **Planungsaufgaben:** Sich als wirksam wahrnehmende QMler bereiten häufiger operative Entscheidungen vor (89,7% vs. 46,4%), ebenso strategische Entscheidungen (72,4% vs. 36,2%) und bringen häufiger QM-Projekte in die strategische Planung ein (93,1% vs. 66,7%).
- **Wissenstransfer:** Sich als wirksam erlebende QMler sind intensiver mit Qualitätsschulungen und Wissenstransfer von QM befasst und dies sowohl konzeptionell (84,5% vs. 56,5%) als auch durchführend (82,8% vs. 55,1%).
- **Beschwerdemanagement, Fehlermeldesystem und Ideenmanagement:** QMler in Einrichtungen, in denen QM-Ziele klar formuliert und kommuniziert werden, nutzen häufiger Fehlermeldesysteme/CIRS (70,2% vs. 43,8%) und Ideenmanagement (68,1% vs. 49,3%). Beschwerdemanagement ist im Grunde Standard (100% vs. 91,8%).

- **Audits:** QMler in Einrichtungen, in denen QM-Ziele klar formuliert und kommuniziert werden, machen häufiger Risiko-Audits (36,2% vs. 16,4%), Management-Audits (36,2% vs. 17,8%) und Lieferanten-Audits (21,3% vs. 6,8%).
- **Zertifizierung:** QMler in Einrichtungen, in denen QM-Ziele klar formuliert und kommuniziert werden, lassen sich häufiger nach DIN EN ISO 9001 als nach KTQ zertifizieren (70,2% vs. 40,4%).
- **Nutzung des Prozessmanagements:** Es gibt markante Unterschiede in der Nutzung des Prozessmanagements wie [Abbildung 5](#) zeigt.

Es fällt auf, dass Einrichtungen, in denen QM-Ziele klar formuliert und kommuniziert werden deutlich häufiger die Prozessanalyse (85,1% vs. 64,4%) und v.a. die Prozessoptimierung (91,5% vs. 58,9%) als Instrument einsetzen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass in solchen Einrichtungen der qualitätsentwickelnde Aspekt des Vorgehens im Vergleich zum rein qualitätssichernden Vorgehen stärker betont wird. Reine Prozessdokumentation ist eher statisch angelegt. Einrichtungen hingegen, die kontinuierlich ihre QM-Ziele (neu) formulieren, haben ein dynamischeres Verständnis von QM und lassen sich bewusst auf Entwicklungs- und Optimierungsprozesse ein. In die gleiche Richtung weisen die Ergebnisse zur bisher noch bescheiden entwickelten Prozesskostenrechnung.

Ausblick

Die QMler, die sich an unserer Studie beteiligten, haben langjährige Erfahrung in ihrem Beruf und ihren Einrichtungen, sind hoch motiviert und qualifiziert. Sie kennen die verschiedenen Abteilungen und Schnittstellen im Unternehmen. Sie haben eine wichtige Querschnittsfunktion und sind daher sehr gut für die Vernetzung von Aktivitäten geeignet. Ihre Antworten zeigen Chancen für die Entwicklung von Krankenhäusern auf.

Ein dynamisches, entwicklungsorientiertes QM trägt dazu bei, die internen Arbeitsabläufe zu optimieren, Kosten

HANDLUNGSEMPFEHLUNG 3:

Klären Sie als Einrichtungsleitung das spezifische Anforderungsprofil ihres QM und richten Sie die Personalentwicklung für QMler entsprechend aus. Dies sollte in einem Dialog auf Augenhöhe geschehen.

Entwickeln Sie mit Ihrem QMler eine dynamische QM-Philosophie, um Ihre Prozesse nicht nur zu dokumentieren, sondern auch zu analysieren und optimieren.

Klären Sie als QMler, ob Ihr individuelles Kompetenzprofil deckungsgleich ist mit den Erwartungen Ihrer Einrichtungsleitung hinsichtlich der Positionierung des QM.

Arbeiten Sie systematisch, geben Sie Ihre Erfahrungen in Form von Berichten an die Einrichtungsleitung weiter und schulen Sie Führungskräfte und Mitarbeiter regelmäßig.

Hinweis für Verantwortliche von QM-Curricula: Achten Sie darauf, dass Sie Angebote für alle vier Felder des Szenariokreuzes nach Sommerhoff bereitstellen und dass Ihre Absolventen ein Bewusstsein für die proaktive Rollen- und Auftragsklärung entwickeln.

und Risiken zu minimieren und die Patientensicherheit zu erhöhen. Es unterstützt damit unmittelbar die Einrichtungsleitung bei der Wahrnehmung ihrer zentralen Verantwortungsbereiche.

Positiv ist, dass die Wirksamkeit des QM bereits budgetneutral deutlich erhöht werden kann, indem Einrichtungsleitungen und QMler auf Augenhöhe miteinander kommunizieren. Sie verhandeln über Positionierung, QM-Ziele, Aufträge, Methoden und Informationstransparenz.

Für die Arbeit der QMler sind neben den QM-Grundlagen spezielle Beratungskompetenzen sowie Kenntnisse über Veränderungsmanagement und Organisationsentwicklung erforderlich. In den drei letztgenannten Kompetenzfeldern besteht Entwicklungspotenzial, das in den entsprechenden Weiterbildungscurricula aufgegriffen werden muss. Hinsichtlich der Methoden sollten QMler standardisierte und strukturierte Verfahren der Qualitätssicherung gleichrangig zu halbstandardisierten und kreativ-visionären Methoden nutzen [1].

Der Einfluss der Größe einer Einrichtung ist bei der Positionierung des QM in Krankenhäusern von wesentlicher Bedeutung. Je kleiner eine Einrichtung ist, umso wichtiger

die Prioritätensetzung. In einem wohl abgewogenen Prozess muss entschieden werden, welche Rollen der QMler erfüllen soll: Eher Ordnungsdienst oder Leitstand, eher Projektreserve oder Organisationsentwicklung. Denn kleine Einrichtungen verfügen wie gezeigt in der Regel über weniger als eine QM-Vollkraft, die nicht alle Aufgaben in vollem Umfang abdecken kann.

Je größer die Einrichtung, umso eher kann das Anforderungsprofil mit Augenmaß auf verschiedene Personen verteilt werden, z.B. auf einen Qualitätscontroller und Indikatorenspezialisten, auf einen Projektmanager, einen Zertifizierungsspezialisten und einen Organisationsentwickler. Gleichzeitig gilt es in Zusammenarbeit mit den anderen Stabsstellen und Querschnittsfunktionen (z.B. Strategieentwicklung, Medizincontrolling, Personalentwicklung) eine integrierte Herangehensweise zu finden, um die Anforderungen an das Krankenhaus zielgerichtet umsetzen zu können. Eine Einrichtung, in der die Stellen in dieser Weise sinnvoll aufeinander ausgerichtet sind, wird wesentlich zukunftssicherer sein als eine Einrichtung, deren Führungsprozesse unkoordiniert nebeneinander bestehen (Stichwort Integrierte Managementsysteme).

In den letzten 10 Jahren hat das QM wertvolle Grundlagen geliefert, um Arbeitsprozesse im Krankenhaus zu strukturieren und verstehbar zu machen. Doch ist bislang erst ein Teil der Mitarbeiter auf den Stationen „abgeholt“ worden. Damit Qualität in der Einrichtung gelebt wird, ist es erforderlich, die im Kernprozess arbeitenden Berufsgruppen, vor allem Ärzte und Pflegende, aktiv einzubeziehen und den Nutzen eines QM für die praktische Arbeit zu vermitteln. In den nächsten 10 Jahren sollte QM darauf ausgerichtet werden, die Mitarbeiter auf den Stationen noch mehr in ihrer Professionalität wertzuschätzen und eine Kultur für Qualität und den bewussten Umgang mit Risiken für die Patientensicherheit zu schaffen.

Literatur

- [1] Positionspapier der GQM: Qualitätsmanager 2.0 im Krankenhaus, November 2011, www.gqmg.de
- [2] Lacroix M, Pilz S, Rimbach M. Fragebogen - Die Rolle der Qualitätsmanager / Qualitätsmanagement-Beauftragten in Einrichtungen des Gesundheitswesens, 2009.
- [3] Sommerhoff B. Entwicklung eines Transformationskonzeptes für den Beruf Qualitätsmanager (Dissertation, Bergische Universität Wuppertal). Shaker Verlag Aachen 2012.
- [4] Leuzinger A, Luterbacher T: Mitarbeiterführung im Krankenhaus, 3. Auflage, Verlag Hans Huber, S.337.