

Umfassende Dokumentation und zielgerichtete Verbesserung der Qualität von Humandienstleistungen

von

Sven Hollmann und Klaus-Helmut Schmidt

Zusammenfassung

Organisationen im Gesundheitswesen sind seit einigen Jahren zunehmend mit Forderungen nach einer umfassenden Dokumentation und Verbesserung ihrer Qualität und Wirtschaftlichkeit konfrontiert. Eine einfache Übertragung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskennzahlen aus Unternehmen der Privatwirtschaft ist jedoch aus verschiedenen Gründen nicht sinnvoll oder möglich. Dies liegt u. a. an den anderen - gesellschaftlich definierten und inhaltlich ausgerichteten - Zielsetzungen der Sozialunternehmen. In diesem Beitrag wird die Erprobung einer Methode zur partizipativen, umfassenden Messung und Verbesserung der Qualität in einer psychiatrischen Klinik beschrieben. Diese Methode, das so genannte „Partizipative Produktivitätsmanagement (PPM)“, wurde am *IfADo* mit- bzw. weiterentwickelt und erprobt. Ein nach den Prinzipien der PPM-Methode entwickeltes Qualitätsmess-System einer Station wird beispielhaft vorgestellt, und es werden die Erfahrungen mit der Anwendung dieses Systems wiedergegeben. Schließlich wird ein Ausblick auf das Vorgehen bei der geplanten Ausweitung der Entwicklung und Anwendung von Mess-Systemen in der Klinik und die geplante Integration der PPM-Arbeit in ein bekanntes, internationales Modell des Qualitätsmanagements gegeben.

Hintergrund

Das Gesundheitswesen in Deutschland, aber auch weltweit, befindet sich seit einigen Jahren in einem tiefgreifenden Veränderungsprozess. Diese Veränderungen ha-

ben vor allem das Ziel, Einrichtungen des Gesundheitswesens effektiver und effizienter zu machen. Effektiver meint dabei, dass die Einrichtungen gegenüber den Kostenträgern oder gegenüber staatlichen Aufsichtsinstanzen jeweils darlegen können, in welchem Ausmaß sie qualitativ hochwertige Dienstleistungen entsprechend dem Stand der jeweiligen medizinischen, pflegerischen oder therapeutischen Fachstandards erbringen. Diese Anforderungen an einen Nachweis der eigenen Leistungsqualität haben zu der Entwicklung und Verbreitung vielfältiger Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements in diesem Bereich geführt (Bobzien et al. 1996). Die Einrichtungen sollen darüber hinaus aber auch darlegen können, dass sie ihre Dienstleistungen mit der gebotenen Effizienz erledigen. Damit ist gemeint, dass die Einrichtungen die Ressourcen, die ihnen die Gesellschaft zur Verfügung stellt, jeweils so einsetzen, dass eine möglichst große Wirkung erzielt wird. Auf betrieblicher Ebene spricht man hier meist von einer Steigerung der Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserbringung.

Wie die bislang vorliegenden Erfahrungen aber zeigen, ergeben sich für den Bereich der Humandienstleistungen eine Reihe von Schwierigkeiten, wenn Organisationen ihre Dienstleistungsqualität und ihre Wirtschaftlichkeit nachvollziehbar darlegen sollen. Dies liegt zum einen an der besonderen Situation dieser Betriebe als öffentlich finanzierte Einrichtungen mit einer gesellschaftlich definierten Aufgabe, zum anderen an den Merkmalen des „Kerngeschäfts“ - nämlich der helfenden und un-

terstützenden Dienstleistung an hilfebedürftigen Menschen.

Betriebe der freien Wirtschaft sind in erster Linie daran orientiert, eine hohe Kapitalrendite zu erzielen, d. h. das eingesetzte Kapital möglichst hoch zu verzinsen. Wirtschaftlich ist ein Betrieb also dann, wenn hohen Einnahmen geringe Ausgaben gegenüber stehen. Die Qualität des Outputs steht dabei im Dienste dieser Aufgabe. Die meisten Humandienstleister verfolgen aber als Sozialunternehmen - ähnlich wie auch öffentliche Verwaltungen - andere Ziele: Hier geht es in erster Linie darum, einen gesellschaftlichen Auftrag zu erfüllen, wobei keine oder nur geringe Überschüsse erwirtschaftet werden sollen bzw. dürfen. Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung kann also immer nur im Hinblick auf die Erreichung der dahinterliegenden - gesellschaftlich definierten - Ziele beurteilt werden. Dazu muss diese Qualität aber klar definiert sein, und sie muss auch bestimmt, d. h. gemessen werden. Anhand der Ergebnisse dieser Messungen lässt sich dann der Aufwand im Verhältnis zum Ertrag, also die Wirtschaftlichkeit, bestimmen.

Bei der erforderlichen Bestimmung dessen, worin die Qualität bestehen soll und wie sie einer Messung zugänglich gemacht werden soll, ergeben sich aber ebenfalls Probleme: Die Organisationen stehen nämlich in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Ansprüche von unterschiedlichen (Fach-)Kunden. Dies sind neben den eigentlichen Klienten oder Patienten z. B. staatliche oder kirchliche Träger, Kranken- oder Pflegekassen, Sozialämter oder Gerichte. Die Qualitäts- bzw. Leistungskriterien, die diese Fachkunden an die Organisation anlegen, sind dabei oft widersprüchlich oder nicht klar, d. h. explizit formuliert. Dies hat zur Folge, dass es oft unklar ist, wie für ein Sozialunternehmen Qualität eigentlich definiert ist.

Darüber hinaus ist die Messung der Qualität der eigentlichen pflegerischen, ärzt-

lichen, therapeutischen oder sozialpädagogischen Dienstleistungen selbst ebenfalls nicht einfach (z. B. Johnson et al. 2000; Knorr & Halfar 2000; Bruhn & Stauss 2000). Dies liegt, wie Heiner (1995) überzeugend darlegt, u. a. daran, dass entsprechende Dienstleistungen sich immer am individuellen Hilfebedarf des Einzelnen ausrichten müssen. Ein Auszählen der Häufigkeit bestimmter Handlungen oder die Überprüfung der Einhaltung standardisierter Handlungsabläufe als Qualitätsmerkmal ist somit oft nicht sinnvoll. Es kommt statt dessen eher darauf an, die *Ergebnisse* des Dienstleistungsprozesses im Sinne z. B. eines Behandlungserfolges oder der Wiederermöglichung eines selbstständigen Lebens zu messen.

Insgesamt erscheint es also für die Bestimmung von Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen, d. h. von Qualität und Wirtschaftlichkeit, notwendig, Systeme zu entwickeln und zu erproben,

- die Ziele der Einrichtung bzw. der Teileinheiten konkret definieren und operationalisieren und dadurch festlegen, was Qualität jeweils bedeutet.
- die Messgrößen zur Erfassung der Qualität liefern und somit auch sinnvolle Analysen der Wirtschaftlichkeit erlauben, indem das Verhältnis von Aufwand im Verhältnis zum Ertrag bestimmt werden kann.
- die auf die besonderen Schwierigkeiten bei der Erfassung der Kernleistungsbereiche sozialer Versorgung eingehen und die die Integration unterschiedlicher Arten von „harten“ und „weichen“ Daten erlauben, z. B. Selbst- und Fremdeinschätzungen, Befragungen, Abbruchquoten, Aufenthaltszeiten etc.

Eine Methode, mit der sich Qualitätsmesssysteme entwickeln lassen, die den genannten Anforderungen entsprechen dürften, ist das Partizipative Produktivitätsmanagement (PPM; Pritchard et al. 1993).

Dieses System zur umfassenden Definition, Messung und Steigerung der Produktivität von Arbeitseinheiten wurde u. a. am *IfADo* für den deutschen Sprachraum weiterentwickelt und in verschiedenen Anwendungsfeldern erprobt. Bei der Entwicklung eines PPM-Systems erarbeitet eine Arbeitseinheit unter Anleitung eines PPM-Moderators in drei Schritten ein individuelles System der Leistungs- bzw. Qualitätsmessung. Im ersten Schritt werden Zielstellungen der Arbeit bzw. so genannte Aufgabenbereiche definiert, im zweiten Schritt werden zu jedem Aufgabenbereich eine oder mehrere adäquate Messgrößen, so genannte Indikatoren, erarbeitet. Im dritten Schritt schließlich werden die Indikatoren gewichtet und in mehreren Teilschritten in eine einheitliche, einheitenlose, Metrik („Qualitätspunkte“ oder „Bewertungspunkte“) überführt. Anschließend werden regelmäßig Daten gesammelt und in gemeinsamen Besprechungsrunden in der Arbeitseinheit analysiert. Gegebenenfalls werden auf Grundlage der Daten Prioritäten für Verbesserungsmaßnahmen gesucht. Das genaue methodische Vorgehen bei der Entwicklung von PPM-Systemen wurde bereits mehrfach beschrieben (z. B. Pritchard et al. 1993; Pritchard 1995; Heuer et al. 1998), weshalb hier auf eine detailliertere Darstellung der Entwicklungsschritte verzichtet wird. Der interessierte Leser sei auf die genannte Literatur verwiesen.

Im Folgenden wird über die Erfahrungen mit der praktischen Anwendung der PPM-Methode zur Messung und Verbesserung der Qualität in einer Organisation des Gesundheitswesens, der Hans-Prinzhorn-Klinik in Hemer, westfälische Landesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtet.

Rahmenbedingungen des Projekts

In der Hans-Prinzhorn-Klinik wurden zwischen Sommer 1998 und Dezember 1999 zunächst auf zwei Pilotstationen, einer

geschlossenen Akutstation und einer offenen allgemeinspsychiatrischen Station, PPM-Systeme erarbeitet und ihre praktische Anwendung erprobt. Die konkrete Erarbeitung der Systeme wurde jeweils von einem Entwicklungsteam geleistet, dem meist mehrere Mitarbeiter aus dem Pflegebereich und mindestens je ein Vertreter aller anderen auf der Station vorhandenen Berufsgruppen angehörte (Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, weitere Therapeuten). Die anderen Mitarbeiter der Stationen wurden jeweils durch Sitzungsprotokolle und durch Vorstellung des Systems nach Abschluss der Schritte zwei und drei einbezogen. Seit Frühjahr 2000 erarbeiten vier weitere Stationen PPM-Systeme, wobei die Betreuung hier durch vom *IfADo* geschulte und „gecoachte“ interne Moderatoren erfolgt.

Der Erarbeitungsprozess der PPM-Systeme auf den beiden Pilotstationen war, trotz einer frühzeitigen Einbindung des Personalrates in das Projekt, vor allem in der Anfangsphase durch zahlreiche Vorbehalte der Mitarbeiter gekennzeichnet. Insbesondere wurde befürchtet, dass mit der Einführung von PPM Rationalisierungsabsichten verfolgt würden. Zudem wurde auch die grundsätzliche Messbarkeit der Qualität der eigenen Arbeitsergebnisse angezweifelt. Im Verlauf des Projektes konnten diese Bedenken allerdings bei der Mehrzahl der Mitarbeiter abgebaut werden. Die Ursache hierfür war unter anderem, dass auch schon während der Systementwicklung der praktische Nutzen von PPM für die eigene Arbeit zunehmend deutlicher wurde. So wurden z. B. bereits während der Erarbeitungsphase die Prozesse der Informationsweitergabe verändert, und es erfolgte eine Integration des Pflegepersonals in die ärztliche Visite. Außerdem wurden durch die gemeinsame Erarbeitung des Systems und die Definition der - für alle Berufsgruppen gleichermaßen relevanten Zielstellungen und Indikatoren - die gemeinsamen Koordinations- und Kooperationserfordernisse für alle

Beteiligten sehr deutlich. Dies förderte eine verbesserte Abstimmung von Arbeitsabläufen über die Grenzen der beteiligten Fachdisziplinen hinweg. Die gemeinsamen Zielstellungen waren in der Vergangenheit, möglicherweise auch durch die unterschiedlichen Fachsprachen der Berufsgruppen und/oder fehlende gemeinsame Diskussionsforen, im unklaren geblieben.

Beschreibung eines Systems

Insgesamt gestaltete sich vor allem die Suche nach geeigneten Indikatoren für die Aufgabenbereiche schwierig. Trotzdem gelang es den Mitarbeitern, für alle Aufgabenbereiche aus der Sicht der fachlichen Vorgesetzten und der Klinikleitung valide und bei der Datensammlung zeitökonomische Indikatoren zu finden. Im Folgenden wird beispielhaft das PPM-System der offenen, allgemeinpsychiatrischen Station dargestellt und erläutert (s. Tabelle 1).

Für die offene allgemeinpsychiatrische Station ergaben sich insgesamt sechs Aufgabenbereiche bzw. Rahmenziele. Aufgabenbereich 1, der sich in fünf Teilaufgabenbereiche unterteilt, ist mit „Leistungen am Patienten“ beschrieben. Diese Teilaufgaben sind in sich noch einmal logisch geordnet. So sind die Teilaufgaben 1a (Teilnahme der Patienten an Therapien) und 1b (Verbesserung des Krankheitszustandes) lediglich Teilschritte zur Erreichung der Ergebnisziele, die in den Teilaufgaben 1c bis 1e abgebildet sind (Erreichen der Therapieziele bezüglich der sozialen Situation, bezüglich des selbstverantwortlichen Umgangs des Patienten mit seiner Krankheit und bezüglich des Symptomrückgangs).

Die Messung von Aufgabenbereich 1a erfolgt über eine wöchentliche Auszählung der so genannten Therapiekarten, auf der die jeweiligen stationsexternen Therapeuten (z. B. Arbeitstherapeut, Ergotherapeut) dem Patienten die Teilnahme an ih-

rem Angebot bestätigen. Aufgabenbereich 1b wird durch das Urteil von Patient, Bezugstherapeut und Bezugspflegerperson erfasst. Zur Abfrage der Selbsteinschätzung des Patienten zum Krankheitsverlauf werden wöchentliche Kleingruppenbesprechungen mit Patienten genutzt, bei der diese im Gespräch nach ihrer eigenen Einschätzung ihres Gesundungsprozesses befragt werden. Diese Einschätzung wird mit der Einschätzung des so genannten „Mini-Teams“ verglichen. Diese sich ebenfalls wöchentlich zum Informationsaustausch treffenden „Mini-Teams“ wurden im Zuge der PPM-Einführung neu gebildet und bestehen aus den zugeordneten zwei bis drei Bezugspflegernden und einem Bezugstherapeuten. Eine positive Zählung im Sinne der Messgröße erfolgt nur dann, wenn alle drei Einschätzenden (Patient, Pflegende, Therapeut) eine Verbesserung des Krankheitsbildes des Patienten feststellen. Dies hat den Vorteil, dass z. B. auch eine krankheitsbedingt zu positive Einschätzung des Patienten nicht eine Verzerrung des Urteils bewirkt. Gleichzeitig wird aber auch berücksichtigt, dass eine erfolgreiche Behandlung nicht nur eine Verbesserung des Zustandes des Patienten im „Expertenurteil“ beinhaltet, sondern dass parallel auch der Patient eine adäquate Selbstwahrnehmung seines Gesundheitszustandes entwickeln soll. Die Einschätzung der Indikatoren 1c bis 1e erfolgt im Entlassungsgespräch mit dem Patienten, bei dem wieder ebenfalls ein Bezugspfleger und der Bezugstherapeut anwesend sind. Allerdings werden hier differenziertere Urteile abgefragt, wofür eine Zufriedenheitsskala von 1 (völlig unzufrieden) bis 7 (völlig zufrieden) benutzt wird. Die Messgröße berechnet sich dann aus dem Durchschnitt aller Urteile, wobei Patienten- und Teamurteil jeweils zu gleichen Teilen in den Gesamtindex eingehen.

Tabelle 1: PPM-System der offenen allgemeinspsychiatrischen Station

| Aufgabenbereiche | | Indikatoren | Spannweiten der Indikatoren | | | Qualitätspunkte | | |
|---------------------|--|--|-----------------------------|-----------|----------|-----------------|-----------|------------|
| | | | Min-wert | Norm-wert | Max-wert | Min-wert | Norm-wert | Max-wert |
| 1 | Leistungen am Patienten: Behandlung planen und durchführen | a) Prozentsatz Patienten an Therapien teilgenommen | 50 % | 65 % | 80 % | -70 | 0 | +65 |
| | | b) Prozentsatz Patienten mit Verbesserung der Krankheit | 30 % | 45 % | 60 % | -80 | 0 | +70 |
| | Leistungen am Patienten: Therapieziele erreichen | c) Urteile zur zukünftigen sozialen Situation des Patienten | 2.5 | 4.0 | 5.5 | -65 | 0 | +80 |
| | | d) Urteile zum selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit | 3.0 | 4.0 | 5.5 | -90 | 0 | +100 |
| | | e) Urteile zur Verbesserung der Symptome des Patienten | 3.0 | 4.5 | 6.0 | -100 | 0 | +100 |
| 2 | Gesamtdokumentation erstellen | Güte der Dokumentationsmappen | 80 % | 85 % | 90 % | -90 | 0 | +20 |
| 3 | Für gute Arbeitsatmosphäre sorgen | Einschätzung der Arbeitsatmosphäre | 4.0 | 5.0 | 5.5 | -100 | 0 | +80 |
| 4 | Finanzielle Absicherung der Station sicherstellen | Belegungsquote gemessen an vereinbarter Patientenzahl | 85 % | 100 % | 108 % | -100 | 0 | +60 |
| 5 | Zusammenarbeit mit der Öffentlichkeit: Angehörige | a) Durchschnitt der Angehörigenzufriedenheitsurteile | 2.0 | 3.0 | 4.0 | -65 | 0 | +60 |
| | | b) Prozentsatz der Angehörigen, die Info-Angebot wahrnehmen | 50 % | 60 % | 85 % | -50 | 0 | +40 |
| | Zusammenarbeit mit der Öffentlichkeit: Extramurale Einrichtungen und niedergelassene Ärzte | c) Prozentsatz der hergestellten Kontakte bezogen auf die notwendigen Kontakte zu extramuralen Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten | 50 % | 60 % | 85 % | -65 | 0 | +70 |
| Gesamtpunkte | | | | | | -875 | 0 | 745 |

Zwei der drei Teilaufgabenbereiche, die das Behandlungsergebnis betreffen (1d und 1e), sind im PPM-System am höchsten gewichtet, was an den hohen positiven (Maximalwert) wie negativen (Minimalwert) Qualitätspunkten des Indikators auf der rechten Seite von Tabelle 1 ablesbar ist. Die beiden prozessorientierten Messgrößen 1a und 1b sind dagegen weniger bedeutsam. Sie wurden vor allem deshalb mit aufgenommen, um bei Problemen in den „Ergebnisindikatoren“ 1c bis 1e erste Informationen zu möglichen Ursachen der Probleme zu haben bzw. um auch zeitlich innerhalb des Behandlungsprozesses Qualitätsprobleme frühzeitig erkennen zu können.

Für den zweiten Aufgabenbereich „*Gesamtdokumentation erstellen*“ werden anhand von Checklisten wöchentlich einige nach dem Stichprobenprinzip ausgewählte Dokumentationsmappen auf Vollständigkeit, Verständlichkeit und Plausibilität geprüft. Dabei werden bei jedem Punkt der Checkliste jeweils 2 Punkte für vollständige und hinreichend aktuelle bzw. regelmäßige Eintragungen vergeben, 1 Punkt bei einer lückenhaften Eintragung und 0 Punkte bei einer fehlenden oder unleserlichen Eintragung. Insgesamt wird dann der Prozentsatz der erreichten Punkte an den maximal möglichen Punkten als Messgröße in das System übernommen. Dieser Aufgabenbereich wird bei Über- bzw. Unterschreitung des Durchschnittswertes sehr unterschiedlich gewichtet. Eine Unterschreitung des Durchschnittswertes wird stark negativ gewichtet, da eine schlecht geführte Dokumentation schnell zu gravierenden Problemen mit Krankenkassen, Aufsichtsbehörden oder bei Gerichtsverfahren führen kann. Dagegen wird ein Überschreiten des Durchschnittswertes weniger positiv bewertet, da das Führen einer sehr guten Dokumentation zwar durchaus wünschenswert ist, allerdings nur einen relativ geringen Beitrag zur Gesamtqualität der Station leistet.

Für den dritten Aufgabenbereich „*Für gute Arbeitsatmosphäre sorgen*“ wird 14-täglich die Zufriedenheit der Stationsmitarbeiter im Team zu den Themen Kommunikation, Dienstplangestaltung, gegenseitige Unterstützung und allgemeine Stimmung abgefragt. Das „Teamklima“ wurde in der Gruppe als wichtig angesehen, da gerade in der psychiatrischen Behandlung besondere Anforderungen an eine gut koordinierte Zusammenarbeit aller Beteiligten gestellt werden.

Der vierte Aufgabenbereich beinhaltet die *finanzielle Absicherung der Station*. Hier wird die monatlich von der Verwaltung ermittelte Belegungsquote als Messgröße herangezogen und in Beziehung zu der mit den Krankenkassen vereinbarten Belegung gesetzt. Auch bei dieser Messgröße wird ein Unterschreiten des mittleren Bereiches stärker (negativ) gewichtet als ein Überschreiten positiv zu Buche schlägt.

Ähnliche Überlegungen wurden auch beim fünften Aufgabenbereich, der *Zusammenarbeit mit der Öffentlichkeit*, angestellt. Dieser Aufgabenbereich wurde unterteilt in die Bereiche „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ und „Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und extramuralen Einrichtungen“. Die Qualität der Zusammenarbeit mit Angehörigen ist untergliedert in die Teilbereiche „Zufriedenheit herstellen“ (5a) und „Informationsangebote machen“ (5b), da es auch Aufgabe der Station ist, attraktive Informations- und Hilfsangebote für Angehörige zu gestalten. Beide Aufgaben werden mit Hilfe eines anonymen Fragebogens erfasst, der den Angehörigen bei der Entlassung von Patienten mitgegeben wird. Dabei wird zum einen die Zufriedenheit mit der gegebenen Information und mit der Zusammenarbeit (Indikator 5a) beurteilt, zum anderen wird die Häufigkeit der Teilnahme an verschiedenen Informationsveranstaltungen für Angehörige erfragt.

Für die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und extramuralen Ein-

richtungen war zunächst eine regelmäßige Befragung dieser externen Partner angedacht. Von diesem Ansatz wurde aber wieder abgerückt, da der Aufwand insgesamt als sehr groß eingeschätzt wurde und weil sich die Partner durch die regelmäßigen Befragungen möglicherweise bald belästigt fühlen könnten. Statt dessen erfolgt nun patientenbezogen eine Auflistung der jeweils herzustellenden Kontakte zu Einrichtungen und Ärzten und eine (Selbst-)Überprüfung, ob diese Kontakte auch erfolgten. Der Bereich der allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit schließlich wurde nicht als Aufgabe einer einzelnen Station, sondern als Aufgabe zentraler Stellen der Klinik definiert und daher nicht im System berücksichtigt.

Das PPM-System der geschlossenen Akutstation ist in einigen Teilbereichen ähnlich strukturiert, weist aber auch Besonderheiten auf, die sich aus den anderen Zielstellungen der Tätigkeit dieser Gruppe ergeben. So enthält das System der Akutstation z. B. einen Aufgabenbereich, der sich auf das Aufrechterhalten einer geschützten Atmosphäre innerhalb der Station bezieht.

Die Daten beider Stationen werden in 14-täglichen bzw. für einige Indikatoren in monatlichen Intervallen auf speziellen Formularen gesammelt, über eine Excel-Tabelle ausgewertet und 14-täglich zu Rückmeldeberichten zusammengefasst, wobei die in größeren Intervallen erfassten Indikatoren dann in den Rückmeldeberichten aktualisiert werden, wenn aktuelle Daten erhoben wurden.

Erfahrungen mit dem System

Die bisherigen Erfahrungen auf den Stationen zeigen, dass es möglich ist, PPM-Systeme im Sinne einer umfassenden Qualitätsmessung zu entwickeln und anzuwenden. Die nach dem zweiten und dritten Schritt der Systementwicklung planmäßig erfolgten Abstimmungssitzungen mit den

Vorgesetzten, aus denen jeweils nur marginale Systemanpassungen resultierten, zeigten im Sinne einer Validitätsprüfung, dass die entwickelten Systeme eine hohe Übereinstimmung mit den Zielen und Qualitätsstandards der Gesamtklinik aufweisen. Beide Stationen wenden ihre Systeme seit einiger Zeit völlig eigenständig an. Die Rückmeldung der Daten hilft den Mitarbeitern der Stationen nach eigenen Angaben bei einer ergebnisoptimierten Steuerung ihres Arbeitshandelns. So wurde auf der geschlossenen Station die regelmäßige Erstellung und auch die sinnvolle Anwendung von Pflege- und Behandlungsplanungen in der Rückmeldephase deutlich verbessert, da allen Mitarbeitern zwischenzeitliche Defizite in diesem Bereich erkennbar waren. Diese qualitätsförderlichen Effekte lassen sich auch anhand der für das PPM-System erhobenen Daten zeigen. Abb. 1 zeigt den Prozentsatz der erreichten an den maximal möglichen Qualitätspunkten der geschlossenen Station (die bislang als einzige Station einer Veröffentlichung ihrer Daten zugestimmt hat) im Zeitraum von Beginn der systematischen Rückmeldung im Herbst 1999 bis zum Frühjahr 2001, wobei auf der Abszisse jeweils 14-tägliche Perioden abgetragen sind. Dabei ist eine deutliche Steigerung der erreichten Qualitätspunkte von durchschnittlich 12 % der Maximalpunkte im ersten halben Jahr der Rückmeldung (Messperiode 1 bis 13) auf durchschnittlich 46 % der Maximalpunkte im vergangenen halben Jahr vor diesem Bericht (Messperiode 21 bis 33) zu beobachten.

Ein interessanter Steuerungseffekt trat im Zusammenhang mit den Dokumentationsystemen auf. So wurde zu Beginn der Arbeit mit PPM die Meinung geäußert, PPM diene lediglich zur weiteren Steigerung eines teilweise als unsinnig erlebten Dokumentationswesens. Innerhalb der Rückmeldephase zeigte sich auf beiden Stationen interessanterweise (ohne äußeren Anstoß) zunächst eine Verstärkung der Aktivitäten bezüglich der Dokumen-

Gesamtpunkte der Station D 10 nach Beginn der PPM-Rückmeldungen

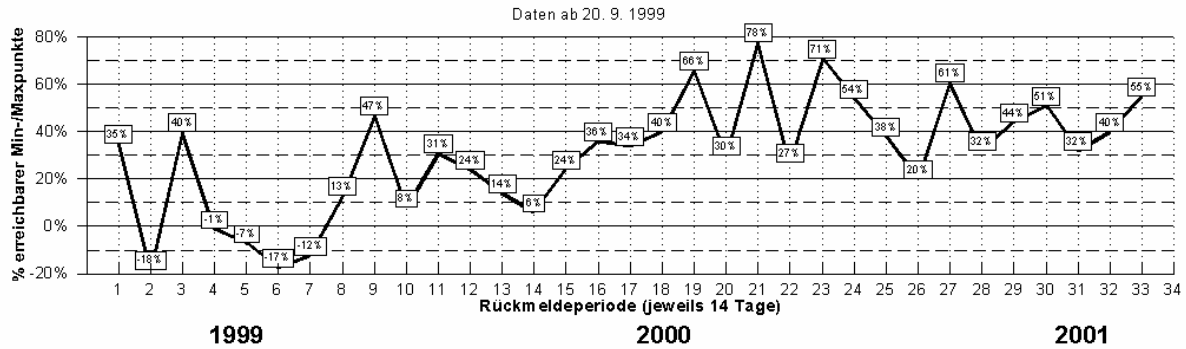


Abb. 1: Veränderungen der erreichten Qualität bezogen auf die maximal mögliche Qualität der geschlossenen allgemeinpsychiatrischen Station nach Beginn der Rückmeldungen (gleichzeitig Start der Messungen)

tationen. Gleichzeitig lagen die patientenbezogenen Indikatoren zu Beginn eher im mittleren Bereich. In nachfolgenden Rückmeldesitzungen wurden die Stationen dann darauf aufmerksam, dass dieses Verhalten nur suboptimal in Bezug auf die Gesamtqualität sei, was dann offensichtlich zu einer Verstärkung der Aktivität in Bezug auf die patientenbezogenen Indikatoren führte. Insgesamt konnte so eine verbesserte Steuerung der Arbeitsergebnisse im Sinne der Verfolgung der Rahmenziele der Station erreicht werden. Diese Ergebnisse sind insgesamt um so bemerkenswerter, wenn man berücksichtigt, dass beide Stationen bislang die Rückmeldedaten ausschließlich selbst nutzen und sie zu einer - auch Klinik-internen - Offenlegung ihrer Daten nicht verpflichtet sind.

Auch wenn es innerhalb der Stationen durchaus noch unterschiedliche Ansichten über den Wert der Systeme gibt, so hält doch die überwiegende Mehrzahl der Mitarbeiter diese Form der Qualitätssicherung für effektiv und sinnvoll. Außerdem berichten die meisten Mitarbeiter, dass die quantitativen Indikatorwerte sehr gut mit der eigenen subjektiven Globaleinschätzung der Arbeitsqualität korrespondieren. Darüber hinaus wurde von den Vorgesetzten in den Stationsteams eine stärkere kritische Reflexion der eigenen Arbeit, eine größere Offenheit gegenüber Veränderungen, aber auch ein größeres Selbstbewusst-

sein in Bezug auf die eigene Leistungsfähigkeit ausgemacht.

Ein weiterer Nebenaspekt der PPM-Anwendung soll ebenfalls nicht unerwähnt bleiben. Die Erarbeitung eines PPM-Systems hält die Gruppenmitglieder dazu an, einen von allen akzeptierten Konsens über die Aufgaben und Qualitätsstandards zu finden. Dies führt häufig dazu, dass bislang latente Konflikte im Team, z. B. zwischen „Neuerern“ und „Bewahrern“ oder bezüglich der Zusammenarbeit der Berufsgruppen, für das Team selbst so offensichtlich werden, dass eine Bearbeitung dringend nahegelegt wird. Dies ist zwar für alle Beteiligten zunächst unangenehm, bietet aber insgesamt eine kaum zu unterschätzende Chance zur Weiterentwicklung der Zusammenarbeit. In diesem Projekt wurde daher mit einer Station ein Teamentwicklungstag durchgeführt, in dem Kommunikationsprobleme zwischen den Berufsgruppen und Probleme der Arbeitsorganisation besprochen und Lösungen erarbeitet werden konnten.

Darüber hinaus werden durch die PPM-Systeme die seitens der Station bzw. des Krankenhauses vermuteten Ziele und Leistungsstandards aller Anspruchsgruppen (Patienten, Angehörige, Krankenkassen etc.) - auch in Relation zueinander - konkret beschrieben. Diese, allerdings zunächst einseitig erfolgte Definition von

Zielen und Leistungsstandards kann zukünftig als eine sachliche und vor allem auch konkrete Grundlage für Diskussionen mit verschiedenen Gruppen und Organisationen (z. B. mit Krankenkassen oder der Gemeinde) über deren Erwartungen an die Arbeit der Klinik sein. Durch die zur Zeit in Planung befindliche konsequente Ausweitung des PPM-Ansatzes in der gesamten Klinik besteht dann auch die Möglichkeit, die Wirtschaftlichkeit umfassend, d.h. in Bezug auf die geleistete Qualität, zu bestimmen. Dies dürfte gegenüber den jetzt in der Regel durchgeführten Wirtschaftlichkeitsanalysen in Sozialunternehmen, die in Ermangelung anderer Datenquellen häufig nur weniger zentrale Kenngrößen abbilden, wie z. B. die Personalkosten im Verhältnis zur Patientenzahl oder die Kosten der Essensversorgung pro Patient, einen großen Fortschritt darstellen.

Ausblick

Durch den jetzt beschrittenen Weg, das PPM-System über interne PPM-Moderatoren Schritt für Schritt weiter in der Klinik zu verbreiten, wird sichergestellt, dass eine zunehmende Unabhängigkeit von externer Begleitung bei der Erarbeitung von PPM-Systemen erreicht wird. Im weiteren Prozess ist nun geplant, auch mit Gruppen aus den internen Dienstleistungsbereichen Wirtschaft, Technik und Verwaltung PPM-Systeme zu erarbeiten. Außerdem soll ein PPM-System auf der Ebene der Krankenhausleitung erarbeitet werden, in dem die Aufgaben und Qualitätsstandards auf Führungsebene besprochen und festgelegt werden sollen. Dabei soll auch die bereits begonnene Vernetzung des PPM-Ansatzes mit den Bemühungen des Trägers im Rahmen des EFQM-Preises (European Foundation for Quality Management) fortgesetzt werden. Beim EFQM-Preis wird eine Selbstbewertung der Qualitätsbemühungen eines Betriebes in Bezug auf neun festgelegte Kriterien gefordert. Diese Selbstbewertung kann mit Hilfe der Aufgabenbereiche und Indikatordaten aus den

PPM-Systemen sehr konkret und umfassend durchgeführt werden.

Literatur

Bobzien M, Stark W, Straus F (1996). Qualitätsmanagement. Alling: Sandmann.

Bruhn M, Stauss B (2000). Dienstleistungsqualität. Konzepte, Methoden, Erfahrungen. (3. Aufl.) Wiesbaden: Gabler.

Heiner M (1995). Selbstevaluation als Qualitätssicherung und Qualifizierung der psychosozialen Arbeit. In: Hermer M, Pittrich W, Spöhring W, Trenckmann U (Hrsg.): Evaluation der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik. Zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Opladen: Leske & Budrich.

Heuer H, Fuhrmann H, Schmidt K-H (1998). Die Beurteilung von Forschungsleistungen. Das Beispiel des Instituts für Arbeitsphysiologie an der Universität Dortmund. Frankfurt/M: Lang.

Johnson M, Maas M, Moorhead S (2000). Nursing Outcomes Classification (NOC). (2nd ed). St. Louis: Mosby.

Knorr F, Halfar B (2000). Qualitätsmanagement in der Sozialarbeit. Regensburg: Walhalla.

Pritchard RD (1995). Productivity measurement and improvement: Organizational case studies. Westport: Greenwood.

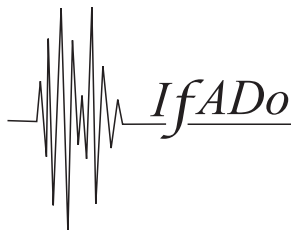
Pritchard RD, Kleinbeck U, Schmidt K-H (1993). Das Managementsystem PPM. Durch Mitarbeiterbeteiligung zu höherer Produktivität. München: Beck.

Arbeitsphysiologie *heute*

Bd. 3 (2001)

Herausgegeben von

H.M. Bolt
B. Griefahn
H. Heuer



Dortmund

ISBN 3-00-007732-4

Alle Rechte vorbehalten.

© 2001 *IfADo*

Institut für Arbeitsphysiologie an der Universität Dortmund
Ardeystr. 67, D-44139 Dortmund
Tel.: 0231/1084-0
Fax: 0231/1084-308
<http://www.ifado.de>

Druck: Koffler-Druck, Dortmund

Printed in Germany

Vorwort

Diskussionen des letzten Jahres im *IfADo* führten zu der Überzeugung, dass sich die Darstellung jeweils eines übergreifenden Themenkomplexes im Jahresband von Arbeitsphysiologie *heute* als vorteilhaft erwiesen hat und daher beibehalten werden sollte.

Der hier vorgelegte 3. Jahresband unserer Schriftenreihe bietet eine Zusammenstellung arbeitspsychologischer Themen, die im *IfADo* bearbeitet werden. Auch hier treffen sich sowohl mehr grundlagenorientierte als auch anwenderorientierte Forschungsarbeiten.

Der Band möge dazu dienen, laufende Diskussionen des Instituts mit seinem Umfeld zu Fragen der Arbeitspsychologie zu fördern und neue Diskussionen anzuregen.

Die Institutsleitung des *IfADo*