

DRG-System 2015

Kleine und größere Veränderungen

PEPP

Wie sich das System entwickelt

Zukunftsblick

Standpunkte aus der
Gesundheitsbranche

Patientenbindung

Zufriedene Patienten
sind wertvoll

Prozessmanagement

Prozesse zum Leben
erwecken

Kongressbericht

4. KfK-Kongress für
Kongress

Die Nr. 1
im Stellen-
markt





Foto: Kurhan – Fotolia

Serie: Wirksamkeit und Nutzen von Qualitätsmanagement

Teil IV: Mitarbeiterführung und -motivation

Eine optimale Leistungserstellung hängt grundsätzlich von effizient durchge-

Qualität entsteht aus dem Zusammenwirken von Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität. Vor diesem Hintergrund verfolgt der vorliegende Beitrag das Ziel, einen Ansatz für das Erkennen von Optimierungspotenzialen im Bereich der Prozessqualität aufzuzeigen. Zunächst wird die generelle Vorgehensweise zur Datenerhebung, Datenerfassung und Datenverwendung im Kontext der Prozessqualität beschrieben. Anschließend erfolgt die Datenanalyse anhand der exemplarisch gewählten Qualitätsmanagement-Kategorie „Qualitätsorientiertes Planen und Führen“. Im Mittelpunkt der Analyse stehen die Verteilungsstruktur der Rückantworten sowie die Umsetzung des Qualitätsmanagements in der beispielhaft betrachteten Kategorie. Die Auswertungen geben einen Einblick in Ergebnisse und mögliche weitere Analyseansätze.

fürten Handlungen und Aktivitäten innerhalb der Prozessabläufe ab. Die Prozessqualität gilt als zentraler Bestandteil des Qualitätsmanagements (QM) und ist entscheidend für die Realisierung von Qualität.

Ausgangspunkt der nachfolgenden Analysen sind die Definition der Begriffe, Operationalisierung, Durchführung der Studie (vgl. Teil eins bis drei der Serie) sowie die Datenerfassung.

Datenerhebung zur Prozessqualität

Die nachstehenden Analysen beruhen auf der Primärdatenerhebung zum QM mittels des zu diesem Zweck vom Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWIG) aus Münster erarbeiteten QM-Fragebogens.

Der verwendete QM-Fragebogen besteht aus drei übergeordneten Abschnitten. Der erste Abschnitt „Einstieg“ umfasst generelle Fragen zur QM-Einstellung, die zum

Teil bereits Gegenstand des ersten Serienbeitrags waren. Der zweite Abschnitt „Qualitätsmanagement-Kriterien“ spiegelt die Datenerhebung zur Prozessqualität wider. Der dritte Abschnitt umfasst Fragestellungen zur vorhandenen „Qualifikations- und Infrastruktur“, welche im Kern die Strukturqualität darstellen.

Mittelpunkt der weiteren Ausführungen bildet der zweite Abschnitt „Qualitätsmanagement-Kriterien“. Im Zuge der QM-Befragung wurde die Prozessqualität in acht übergeordnete QM-Kategorien unterteilt.

Die befragten Ärzte schätzten hier jedes der 36 QM-Kriterien auf den Grad der Umsetzung in ihrer Praxis ein und kennzeichneten das entsprechend durch Setzen eines Kreuzes auf der Umsetzungsskala [0 - 100 %].

Zur Bestimmung der Einschätzung diente den Ärzten als erste

Orientierungshilfe die Unterteilung der Umsetzungsskala in fünf übergeordnete Entwicklungsstadien.

...Stadium 1: 0 % - 10 %
„keine Anzeichen von Entwicklung“

...Stadium 2: 15 % - 35 %
„erste Anzeichen von Entwicklung“

...Stadium 3: 40 % - 60 %
„Anzeichen von Entwicklung“

...Stadium 4: 65 % - 85 %
„eindeutige Anzeichen von Entwicklung“

...Stadium 5: 90 % - 100 %
„deutliche Entwicklung“

Datenerfassung zur Prozessqualität

Die 2.008 pseudonymisierten Rückantworten wurden zunächst manuell vom QM-Fragebogen in eine eigens dafür konzipierte Datenerfassungsmaske (Microsoft Excel) übertragen.

Anschließend wurden Kontrolluntersuchungen in Form von „Wenn-Dann-Abfragen“ durchgeführt. Die Überprüfungen konzentrierten sich vornehmlich auf Plausibilitäten, Unstimmigkeiten und Vollständigkeits der vom Fragebogen übertragenen Daten.

Bei auftretenden Fehlermeldungen erfolgte eine erneute Betrachtung des betroffenen Fragebogens, gegebenenfalls wurden Korrekturen vorgenommen. Fehlende Angaben wurden prinzipiell mit dem Wert „-99“, nicht eindeutig identifizierbare Antworten mit dem Wert „-77“ versehen. Der somit überprüfte Datensatz wurde schließlich zur weiterführenden Analyse bereitgestellt.

Datenverwendung zur Prozessqualität

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Aufteilung der Prozessqualität in die acht theoretisch hergeleiteten QM-Kategorien (vgl. Teil III der Serie). Darüber hinaus geht aus der Tabelle die

Acht QM-Kategorien:		Anzahl QM-Kriterien
Prozessqualität	I Qualitätsorientiertes Planen und Führen	5
	II Mitarbeiter	6
	III Kunden-Lieferanten-Beziehungen und Ressourcen	8
	IV Prozessorientierte Organisationsstrukturen	3
	V Kundenzufriedenheit	3
	VI Verantwortung gegenüber der Gesellschaft	3
	VII Qualitätsorientiertes Controlling und Geschäftsergebnisse	4
	VIII Sicherheit	4

Tab. 1: QM-Kategorienstruktur der Prozessqualität

I Kategorie:	Qualitätsorientiertes Planen und Führen
I.1 Kriterium:	Selbstverständnis definieren
I.2 Kriterium:	Unternehmens- und Umfeldanalyse durchführen
I.3 Kriterium:	Vorbild sein
I.4 Kriterium:	Motivation schaffen
I.5 Kriterium:	Informationsfluss erhalten

Tab. 2: QM-Kriterienübersicht für QM-Kategorie I

Anzahl je QM-Kategorie involvierter QM-Kriterien hervor.

Generell gehört der Personaletat zu den größten Kostenfaktoren im Gesundheitswesen. Die Personalkosten stiegen im Jahr 2013 z. B. im Krankenhaus um 3,8 % auf 53,8 Mrd. Euro.

Die Auseinandersetzung mit den Prozessen innerhalb der Personalplanung sowie Mitarbeiterführung und -erhaltung ist folglich entscheidend. Die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter muss gewährleistet sein.

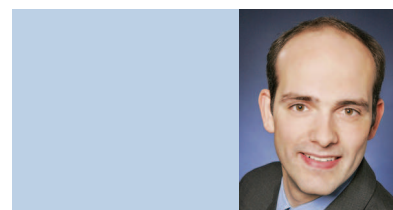
Das gelingt durch intrinsische und extrinsische Motivation, ein geeignetes Arbeitsumfeld und optimal gestaltete Arbeitsprozesse. Am Beispiel der ersten QM-Kategorie „Qualitätsorientiertes Planen und Führen“ werden daher weitergehende Analysen zur Führung und Motivation von Mitarbeitern veranschaulicht.

Tabelle 2 zeigt zunächst die inhaltliche Struktur der QM-Kategorie „Qualitätsorientiertes Planen und Führen“ und die mit ihr verbundenen QM-Kriterien.

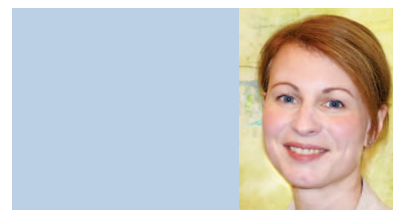
Die Umsetzung innerhalb der einzelnen QM-Kriterien wurde von den Ärzten anhand der oben benannten Umsetzungsskala bewertet (vgl. Teil III der Serie).

Datenanalyse - Schritt 1: Verteilungsstruktur der Rückantworten

In einem ersten Schritt wurde die Verteilungsstruktur der 2.008 erhaltenen Rückantworten betrachtet. Hierzu erfolgte primär eine Überprüfung auf die Verwertbarkeit der Antworten (vgl. Datenerfassung zur Prozessqualität). Die nicht verwertbaren Größen wurden für jedes der fünf QM-Kriterien der ersten QM-Kategorie identifiziert, herausgefiltert und schließlich den verwertbaren Antworten in Summe gegenübergestellt. Abbildung 1 ►



Christian Marschner
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Projektmanagement
IWIG Münster



Julia Osygus
Produkt- und Projektmanagement
IWIG Münster

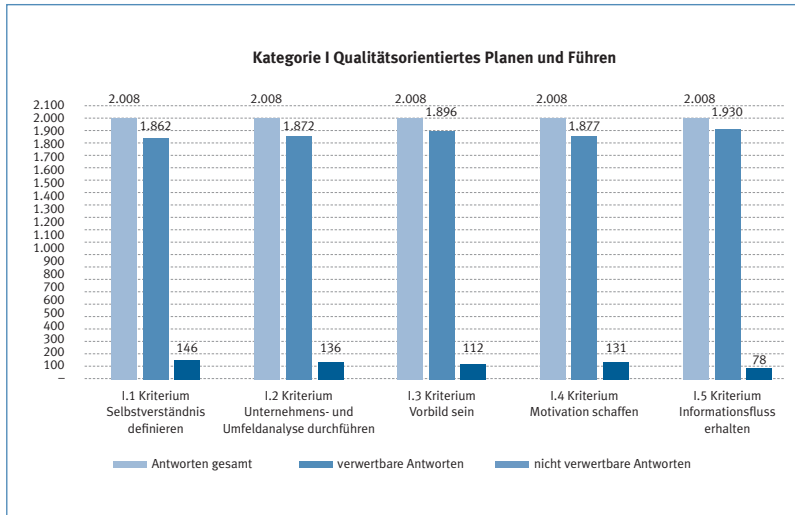


Abb. 1: Rückantwortstruktur für QM-Kategorie I Qualitätsorientiertes Planen und Führen

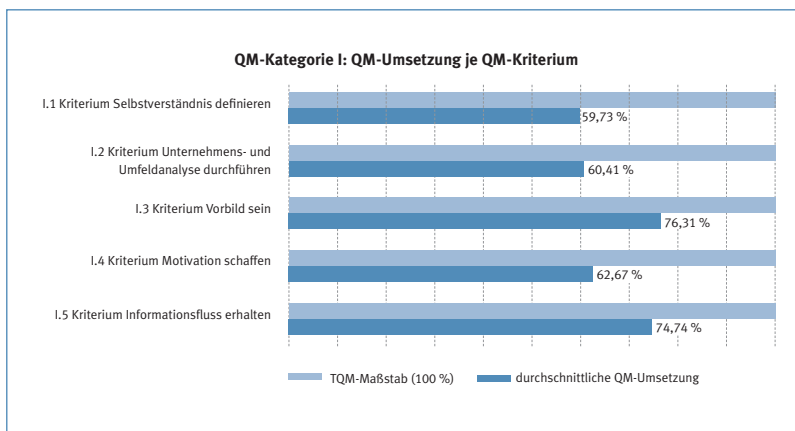
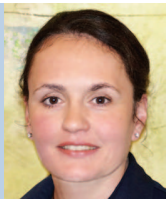


Abb. 2: QM-Umsetzung je QM-Kriterium

zeigt die Häufigkeitsverteilung der *verwertbaren* und *nicht verwertbaren* Rückantworten je QM-Kriterium jeweils in Bezug auf den Gesamtrücklauf.



Verena Muszynski
Öffentlichkeitsarbeit, Marketing
IWIG Münster



Prof. Dr. Michael Greiling
Geschäftsführung
IWIG Münster

Aufgrund fehlender beziehungsweise nicht eindeutiger Angaben waren durchschnittlich 121 Fragebögen nicht verwertbar.

Die durchschnittliche, absolute Zahl an verwertbaren Antworten der ersten Kategorie liegt somit bei 1.887 Rückantworten und entspricht einer relativen Durchschnitsquote von 94 %.

Datenanalyse - Schritt 2: QM-Umsetzung innerhalb der QM-Kategorie I

Die Auswertung eines jeden QM-Kriteriums erfolgte ausschließlich unter Berücksichtigung der zuvor festgestellten Anzahl verwertbarer Rückantworten. Für jedes der fünf QM-Kriterien wurde daraufhin der Durchschnittswert des Umsetzungsgrades ermittelt.

Um eine kriteriumsübergreifende und zugleich kategoriebezo-

gene Gesamtaussage hinsichtlich der Umsetzung des qualitätsorientierten Planens und Führens treffen zu können, wurden die ermittelten Durchschnittswerte je Kriterium addiert und durch die Anzahl der betrachteten fünf Kriterien dividiert.

Demzufolge ist die Kategorie I gesamthaft zu 66,77 % umgesetzt. Abbildung 2 zeigt die Ergebnisse der einzelnen Kriterien gemessen an der als 100 %-Maßstab zugrunde gelegten TQM-Philosophie (vgl. Teil III der Serie).

Mit Blick auf die Einzelresultate wird ersichtlich, dass insbesondere das Kriterium I.3 „Vorbild sein“ mit 76,31 % und das Kriterium I.5 „Informationsfluss erhalten“ mit 74,74 % der Einschätzung der Ärzte zufolge „Eindeutige Anzeichen von Entwicklung“ aufweisen.

Die Kriterien I.1 „Selbstverständnis definieren“ (59,73 %), I.2 „Unternehmens- und Umfeldanalyse durchführen“ (60,41 %) und I.4 „Motivation schaffen“ (62,67 %) weisen ebenfalls „Anzeichen von Entwicklung“ auf. Diese lassen aber im Vergleich zu den beiden zuvor genannten Kriterien Defizite bei der Umsetzung erkennen.

Darüber hinaus kann prinzipiell festgestellt werden, dass eine „deutliche Entwicklung“ (Entwicklungsstadium 5: 90 – 100 %) in keinem der fünf betrachteten Kriterien erzielt wird.

In dieser QM-Kategorie sind gut ein Drittel der Entwicklungsmöglichkeiten noch nicht durchgeführt worden. Hierin ist ein wichtiges Potenzial zur Unterstützung in der QM-Umsetzung zu erkennen: Wodurch sind diese Defizite in der einzelnen Praxis bedingt? Wie können sie beseitigt werden?

Datenanalyse – Schritt 3: Verteilungsstruktur der QM-Umsetzung am Beispiel

Die zuvor geschilderten Auswertungen stellen übergreifende und stark verdichtete Zusam-

Die Qualitätsmanagement Serie im Überblick

Teil 1: Wie wird Qualitätsmanagement gesehen? (KU, Oktober 2014)

Teil 2: Qualität im Gesundheitswesen – was bedeutet das? (KU, November 2014)

Teil 3: Die Qualität von Prozessen erfassen (KU, Dezember 2014)

Teil 4: Mitarbeiterführung und -motivation

Teil 5: Qualifikations- und Infrastruktur (KU, Februar 2015)

menhänge da. In einem weiteren Analyseschritt wird aus diesem Grund der Frage nachgegangen, wie die Struktur der Rückantworten zur QM-Umsetzung innerhalb eines bestimmten Kriteriums ausgestaltet ist.

Hierzu wird exemplarisch das QM-Kriterium I.4 „Motivation schaffen“ betrachtet, denn die Motivation ist ursächlich für gute Leistungen und Arbeitszufriedenheit. Innerhalb des Kriteriums stehen 1.877 verwertbare Rückantworten (s. Abb. 1) zur Verfügung. Das Kriterium „Motivation schaffen“ wird durchschnittlich zu 62,67 % umgesetzt (s. Abb. 2). Abbildung 3 zeigt die Verteilungsstruktur der abgegebenen Antworten unter Berücksichtigung der fünf festgelegten Entwicklungsstadien für das Kriterium „Motivation schaffen“.

Demnach geben 40 % der rückantwortenden Ärzte an, das QM-Kriterium „Motivation schaffen“ in Form eindeutiger Anzeichen von Entwicklung (Stadium 4: 65 % - 85 %) umzusetzen. 19 % schätzen die Umsetzung als deutlich entwickelt ein (Stadium 5: 90 % - 100 %).

Von den gut 40 % der übrigen Antwortenden verweist über die Hälfte auf Anzeichen von Entwicklung (Stadium 3: 40 % - 60 %), 12 % verfügen lediglich über erste Anzeichen (Stadium 2: 15 % - 35 %) und 7 % geben gar an, keinerlei Entwicklung (Stadium 1: 0 % - 10 %) bei der Motivations-schaffung zu erkennen.

Fazit und Ausblick

Die auf Häufigkeitsverteilungen beruhenden Beispielauswertungen deuten darauf hin, dass ein

grundsätzlicher Handlungsbedarf bei der QM-Umsetzung im Kriterium „Motivation schaffen“ besteht. Im Kern geht es darum, die Ursachen der ausgeprägten Entwicklung zu erkennen und über den Prozess zu beheben. Daher kommt es nach Auffassung des IWiG darauf an, hinsichtlich der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit von QM-Messungen im Rahmen der Prozessqualität zu sensibilisieren.

Der ausschließliche Fokus auf Indikatoren der Ergebnisqualität ist nicht ausreichend. Wir müssen den ursächlichen und treibenden Kriterien eine größere Bedeutung und Notwendigkeit zukommen lassen. Eine direkte und bewusste Einflussnahme bei Nichterfüllung von Anforderungen gelingt nur über die Kenntnis der richtigen Stellschrauben, den Frühindikatoren.

Die Transparenz des Zusammenhangs zwischen Ursache und Wirkung von Qualitätsindikatoren erzielen wir nur durch die Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die hier dargestellte Transparenz als Gradmesser der QM-Umsetzung

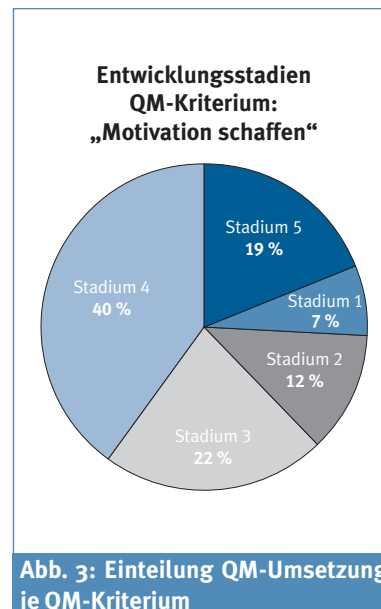


Abb. 3: Einteilung QM-Umsetzung je QM-Kriterium

ist zugleich Ausgangs- und Ansatzpunkt weiterer Bemühungen auf dem Gebiet der Qualitätserhöhung im und durch den Prozess.

Im Zentrum des nächsten und zugleich abschließenden Beitrags der fünfteiligen Serie werden Analysen rund um die Strukturqualität stehen. Die Güte der Strukturqualität ist ausschlaggebend für die vorzunehmenden prozessbasierten Abläufe und somit auch für die Umsetzung des QMs. ■

Christian Marschner
Julia Osyngus
Verena Muszynski
Prof. Dr. Michael Greiling

Institut für Workflow-Management
im Gesundheitswesen (IWiG)
An-Institut der Westfälischen Hochschule
Pröbstingstr. 50
48157 Münster

wrg-group.de

Kompetenz im Gesundheitswesen
Erfahrungen. Konzepte. Methoden

Wirtschaftsprüfung · Unternehmensberatung
Steuer- und Rechtsberatung

WRG[®]
Group

Gütersloh · Leipzig
Hannover-Laatzten