

1 Qualitätsmanagement und Methoden

Für das Installieren und Pflegen eines handhabbaren Qualitätsmanagementsystems gibt es einige Punkte zu beachten. Dass die Anwendung eines funktionierenden QMS in jede stationäre Pflegeeinrichtung gehört, steht außer Zweifel. Für Sie besteht die Frage: Was ist ein nutzbringendes Qualitätsmanagementsystem und welche Bedeutung hat es für unsere Arbeit? Der Japaner Taiichi Ohno entwickelte ein Management-Konzept (KAIZEN-Veränderung zum Besseren) mit dem Grundsatz: Erfolg und hohe Qualität entstehen aus dem Gleichgewicht von Kontinuität und Erneuerung. Grundsätzlich gilt, dass sich die Argumente, ein Qualitätsmanagementsystem aufzubauen und einzuführen, an Zahlen, Daten und Fakten ausrichten müssen.

„Wenn du die Absicht hast, dich zu erneuern, tu es jeden Tag.“ Konfuzius

Autorin: Yvonne Georgi

Unabhängig davon, ob Sie Ihr Qualitätsmanagementsystem zertifizieren lassen oder nicht, gibt es wichtige **Gründe für die Einführung eines QMS**.

Diese sind:

Wirtschaftliche Aspekte

Sie als Leistungserbringer planen Qualität und fördern sie. Ziel ist es, alle notwendigen Leistungen effektiv und effizient zu gestalten. Wirtschaftlich arbeiten heißt aber auch Kostensenkung und Kosteneinsparung durch Vermeidung unnötiger Leistungen, Fehl- und Blindleistungen.

Wettbewerb

Kundenerwartungen und Forderungen der Kunden müssen Sie gut kennen, um sie optimal erfüllen zu können. Ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem ist manchem Kunden wichtig, so dass Sie sich damit Wettbewerbsvorteile verschaffen könnten sowie die Wettbewerbsfähigkeit dauerhaft sichern.

Gesetzliche Verpflichtung

Die Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen sowie die Gesundheitserhaltung der Mitarbeiter werden in einem Qualitätsmanagementsystem berücksichtigt.

Qualitätsverbesserung

Die Einführung eines QM-Systems ist der Übergang von der bloßen Qualitätssicherung zum Qualitätsmanagement. Die Verbesserung und Optimierung von Arbeitsabläufen ist das zentrale Anliegen eines Qualitätsmanagementsystems. Unter Einbeziehung und Nutzung der Mitarbeiterpotenziale und Erfahrungen sollen eine frühzeitige Feststellung von Schwachstellen und Optimierungsmöglichkeiten und die daraus resultierende Einleitung von Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen dazu führen, die Kundenzufriedenheit zu erhalten und ständig zu verbessern. Dies hat ebenso Auswirkungen auf die Motivation der Mitarbeiter.

Transparenz und Sicherheit

Innerhalb eines Qualitätsmanagementsystems werden alle Leistungen und Prozesse transparent und nachvollziehbar dargestellt. Dies schafft Verbindlichkeit in der Ausführung der Tätigkeiten und somit Sicherheit auf der einen Seite für die Kunden und auf der anderen Seite für die Mitarbeiter. Die frühzeitige Erkennung von Förderungs- und Gefährdungspotenzialen der Pflegebedürftigen stehen im Vordergrund, um Pflege Schäden zu verhindern. Eine Verbesserung der Kommunikation, der Informationsweitergabe sowie der Zusammenarbeit, insbesondere mit den Schnittstellen, unterstützen dies. Eine Darstellung der Qualitätsentwicklung gegenüber Dritten bedeutet Transparenz nach außen.

1.1 Qualitätspolitik, Qualitätsziele und die übergeordnete Konzeption als Voraussetzung

1.1.1 QUALITÄTSPOLITIK

Hier werden die Grundsätze, übergeordnete Absichten und die Ausrichtung der Pflegeeinrichtung beschrieben.

Bekenntnis zum Qualitätsmanagement durch die Leitung

Auf die folgenden Fragen sollte eine Antwort gegeben werden:

- Was ist der Zweck des Unternehmens?
- Welche generellen Ziele haben wir?
- Warum hat Qualität eine strategische Bedeutung?
- Welche Bedeutung hat der Kunde in unserer Einrichtung?
- Welches Mitarbeiterverhalten benötigen wir und wollen wir fördern?
- Welche Aufgabe hat das Management und welches Verhalten erwarten wir von ihm?

Leitbilder dienen der Darstellung der Philosophie, des Selbstverständnisses und ihrer Grundprinzipien, zum einen bezogen auf die gesamte Einrichtung und, wie es in der Pflege üblich ist, konkret bezogen auf die Pflege. Leitbilder machen Aussagen zum Umgang mit den Kunden und Mitarbeitern.

Unternehmensleitbild und Pflegeleitbild

Nach innen soll ein Leitbild Orientierung geben und somit handlungsleitend und motivierend für Ihre Einrichtung als Ganzes und die einzelnen Mitglieder wirken. Nach außen (Öffentlichkeit, Kunden) soll es deutlich machen, für was Ihre Pflegeeinrichtung steht. Ein Idealbild wird beschrieben, aus dem Ziele abgeleitet werden können. Somit bilden Ihre Leitbilder den Rahmen für Ihre Strategien, Ziele und Ihr operatives Handeln. Das Vorhandensein eines Pflegeleitbildes ist von den Prüfinstanzen gefordert.

1.1.2 QUALITÄTSZIELE

Die Ziele müssen „smart“ formuliert sein. Das bedeutet:

- „s“ spezifisch – Ziele müssen eindeutig definiert sein (nicht vage, sondern so präzise wie möglich).
- „m“ messbar – Ziele müssen messbar sein (Messbarkeitskriterien).
- „a“ akzeptiert – Ziele müssen von den Empfängern akzeptiert werden/sein (auch: angemessen, attraktiv oder anspruchsvoll).
- „r“ realisierbar – Ziele müssen erreichbar sein.
- „t“ terminierbar – zu jedem Ziel gehört eine klare Terminvorgabe, bis wann das Ziel erreicht sein muss.

Beschreibung, mit welchen Zielen die Qualitätspolitik erreicht und umgesetzt werden soll

Die Ableitung der Ziele erfolgt zum einen aus Ihrem Leitbild und zum anderen, konkret bezogen auf die einzelnen Prozesse, aus den Indikatoren, die Ihre Ergebnisqualität darstellen können (Kapitel 1.4). Das allgemeine Ziel, qualitativ hochwertig zu arbeiten,

muss im Einzelnen operationalisiert werden. Das heißt, konkret bezogen auf den Beispielprozess „Medikamentenmanagement“:

Allgemeines Ziel ist: Hohe qualitative Sicherstellung der Medikamentengabe für unsere Bewohner.

Dieses Ziel lässt sich jedoch nicht messen. Ich kann nicht ableiten, welche Kriterien erfüllt sein müssen, damit ich sagen kann, ich habe das Ziel erreicht. Um dieses Ziel zu operationalisieren, müssen mehrere Teilziele (smart) formuliert werden.

SMARTe Ziele sind:

- Alle angeordneten Medikamente sind verfügbar.
- Alle Medikamente sind richtig gestellt.
- Es werden stets die richtigen Medikamente, in der richtigen Dosierung, zum richtigen Zeitpunkt verabreicht („5-R-Regel“: richtiger Patient, richtiges Arzneimittel, richtige Applikationsform, richtige Dosierung und richtiger Verabreichungszeitpunkt).
- Medikamente werden ausschließlich durch Pflegefachkräfte täglich vorbereitet und kontrolliert.
- Medikamente werden ausschließlich nach Anordnung des Arztes gegeben und dokumentiert.

Siehe auch „Medikamentenmanagement“ im Kapitel 3.

Diese Ziele lassen sich messen und sind eindeutig formuliert. Auch die anderen genannten Anforderungen an die Ziele sind erfüllt.

Beispiel:

Unbeabsichtigter Gewichtsverlust: Für dieses Beispiel lassen sich die Ziele wie folgt unterlegen:

- Alle Bewohner werden monatlich gewogen und der BMI wird in einer Gesamtübersicht erfasst, so dass der Verlauf sichtbar ist.
- Alle Bewohner mit einem BMI unter 20 werden zwei Mal pro Woche gewogen.
- Für jeden Bewohner mit einem Problem in diesem Bereich wird ein individueller Ernährungsplan erstellt.

Das Erreichen der Ziele wird in der Phase CHECK gemessen. Die Anpassung der Ziele bzw. Neuausrichtung der Ziele erfolgt in der Phase ACT.

Die Ziele zu allen Leistungen der Pflege, der sozialen Betreuung, der Hauswirtschaft usw. sollten in Ausrichtung auf die Gesamtzielsetzung der Einrichtung (das Leitbild, die Unternehmensphilosophie) definiert und abgestimmt sein. Diese Aussagen können in das Einrichtungskonzept, in das Pflegekonzept, in das Konzept zur sozialen Betreuung oder in andere Konzepte eingebunden werden.

1.1.3 DIE ÜBERGEORDNETE KONZEPTION

In einer stationären Pflegeeinrichtung gehören beispielsweise dazu:

- Pflegekonzept
- Betreuungskonzept
- Hauswirtschaftskonzept
- Gerontopsychiatrisches Konzept
- Teilhabekonzept
- Konzept für besondere Schwerpunkte

– unbesetzt –

1.2 Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems

Der Begriff Qualitätsmanagementsystem setzt sich aus drei Begriffen zusammen, die im Folgenden einzeln betrachtet werden.

Definition Qualitätsmanagementsystem

Qualität

ist der Grad der Erfüllung von Forderungen und Erwartungen.

Über die Erfüllung entscheidet der Kunde.

Forderungen und Erwartungen, die an eine stationäre Pflegeeinrichtung gestellt werden, gibt es viele. Einige sind für Sie selbstverständlich, einige erscheinen auch als unbequem oder unangemessen oder aus fachlicher Sicht nicht umsetzbar. Wesentliche Voraussetzung zur Erbringung von **Qualität** ist, dass Sie die Forderungen, die v. a. gesetzlich sind, und die Erwartungen Ihrer Kunden kennen. Auch, wer Ihre **Kunden** sind, muss in diesem Zusammenhang von Ihnen definiert werden.

Allein der **Kunde** entscheidet darüber, ob seine Forderungen und/oder Erwartungen erfüllt wurden. Dies ist oftmals ein Dilemma für Pflegekräfte. Auf der einen Seite müssen Sie dem aktuellen pflegerischen Anspruch (gesetzliche Forderung) und auch wirtschaftlichen Anforderungen (eigene Interessen) gerecht werden, auf der anderen Seite ist der Bewohner, den es in erster Linie nicht interessiert, wie viel Zeit Sie einplanen können, um wirtschaftlich zu arbeiten, sondern sich und seine Bedürfnisse im Vordergrund sieht. Er hat in der Regel auch nicht das Fachwissen, um eine pflegerische Handlung beurteilen zu können. Sie können daher nicht immer alle Erwartungen, die an Sie gestellt werden, erfüllen. Und trotzdem entscheiden die Kunden über die Erfüllung ihrer Forderungen und/oder Erwartungen.

Definition Kunden: Bewohner, Angehörige, Betreuer, Mitarbeiter, Auszubildende, Kooperationspartner, Ansprechpartner der Pflegekasse etc.

Mögliche Forderungen: Gesetzliche Anforderungen der Pflegekasse, die durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung überprüft werden, gesetzliche Hygienevorschriften und Vorschriften der Beratungs- und Prüfbehörde nach den jeweiligen landesrechtlichen Vorschriften (Heimaufsicht).

Mögliche Erwartungen

Erwartungen der Bewohner könnten sein: Zuverlässigkeit, Wohnlichkeit, konstante Mitarbeiter in Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft, lange Gespräche mit den Mitarbeitern, Tagesablauf individuell gestalten zu können, Zuwendung.

Erwartungen der Angehörigen bzw. Betreuer könnten sein: Fachgerechte Ausführung der pflegerischen Tätigkeiten, zusätzliche Dienstleistungen, Informationssicherheit, kompetente Ansprechpartner.

Erwartungen der Mitarbeiter könnten sein: Lob und Anerkennung, funktionierendes Arbeitsmaterial, gutes Arbeitsklima, individuelle Dienstplanung, Zusatzangebote für Mitarbeiter bspw. zur Gesundheitsförderung.

Kundenbefragungen

dienen der Erfassung der Erwartungen Ihrer Kunden und können in unterschiedlicher Form und zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingesetzt werden. Es ist wichtig, vor Vertragsabschluss die Erwartungen der Kunden zu kennen, um das Leistungsangebot darauf abzustimmen sowie um falsche Erwartungen im Vorfeld aufklären zu können.

Management

ist die Planung, Steuerung und Evaluation der gesamten qualitätsrelevanten Tätigkeiten und Zielsetzungen der Einrichtung.

Bestandteile des Qualitätsmanagements sind daher alle Zielsetzungen und Tätigkeiten zur Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätsprüfung sowie Qualitätsverbesserung.

Im Sinne des Managementkreislaufs agieren die Führungskräfte der Einrichtung. Der PDCA-Zyklus findet Anwendung.

System

ist die schriftliche Fixierung der einzelnen Teile des Organisationssystems in einem Qualitätsmanagementhandbuch (QMH).

Ein Qualitätsmanagementhandbuch kann sich auf die Gesamtheit der Tätigkeiten oder nur auf einen Teil davon beziehen. Titel und Zweckbestimmung des Handbuches spiegeln den Anwendungsbereich wider.

Die Teile des Organisationssystems in einer stationären Pflegeeinrichtung, die im QMH abgebildet sein sollten, sind:

- Qualitätspolitik
- Qualitätsziele
- Aufbauorganisation
- Ablauforganisation
- Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung

1.2.1 BAUSTEINE DES QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEMS IM ÜBERBLICK

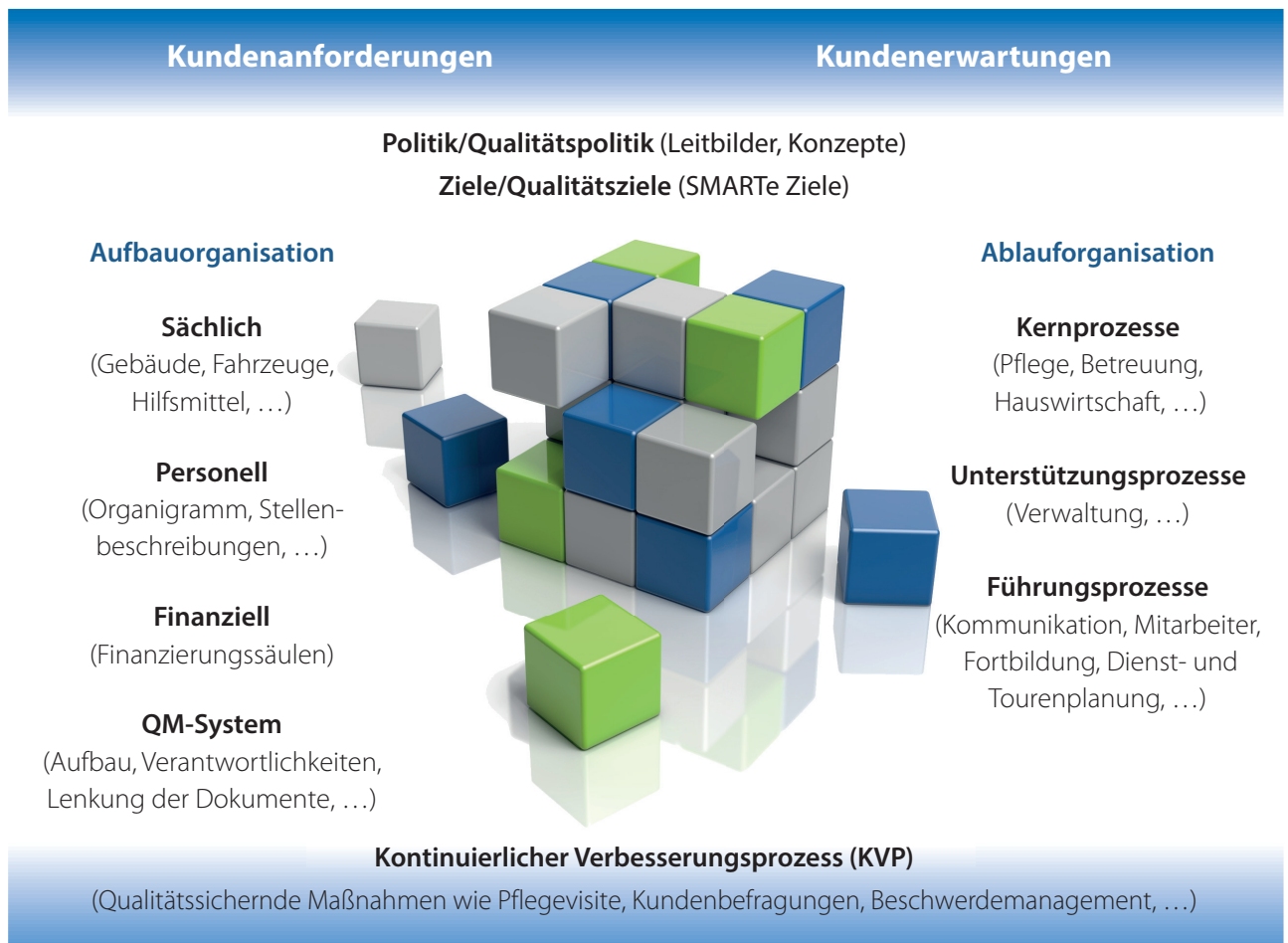


Abb. 1.1: Bausteine eines Qualitätsmanagementsystems (House of Quality)

Qualitätspolitik und Qualitätsziele

Sie dienen mit den zugehörigen Konzeptionen als „Überbau“ zum QMS (siehe Kapitel 1.1).

Aufbauorganisation

Hier sind die Verantwortlichkeiten und Bedürfnisse geregelt. Wer macht was und mit welcher Kompetenz? Gegenseitige Beziehungen, Zuständigkeiten von Personal, das qualitätsbezogene Tätigkeiten leitet, ausführt, prüft oder bewertet. Weiterhin werden die sächliche und finanzielle Ausstattung beleuchtet sowie der Aufbau des eigenen Qualitätsmanagementsystems.

Ablauforganisation

Beschreibung der verschiedenen Prozesse und Verfahren in der Pflege, Hauswirtschaft, sozialen Betreuung, Verwaltung und weiterer Dienstleistungsbereiche.

Die Aufbauorganisation betrachtet organisatorische Ressourcen, die Ablauforganisation beschäftigt sich mit der (temporalen oder finalen) Kette einzelner Arbeitsschritte unter Nutzung dieser Ressourcen.

Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung

Beschreibung, welche Instrumente die Einrichtung zur Qualitätssicherung einsetzt.

1.2.2 WAS MACHT MEIN MANAGEMENTSYSTEM ZUM QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM?

Das gesamte Management, also die Gesamtführungsaufgabe in einer stationären Pflegeeinrichtung, lässt sich in folgende Teilführungsaufgaben einteilen:

- Allgemeines Management (Zeit, Finanzen, Personal)
- Qualitätsmanagement (Prozessbeschreibungen, Lenkung der Dokumente, Audits)
- Arbeits- und Gesundheitsmanagement (Hygiene, Gesundheitsprävention)

Alle Teilführungsaufgaben finden in der gesamten Einrichtung Anwendung. Die Herausforderung besteht darin, all diese komplexen und umfassenden Teilführungssysteme so aufeinander abzustimmen und auszugestalten, dass das Gesamtführungssystem unter Ausnutzung sämtlicher Synergien effizient und wirtschaftlich arbeiten kann. Um dieses Ziel zu erreichen, sind die Teilführungssysteme in ein übergeordnetes und allumfassendes Managementsystem zu integrieren.

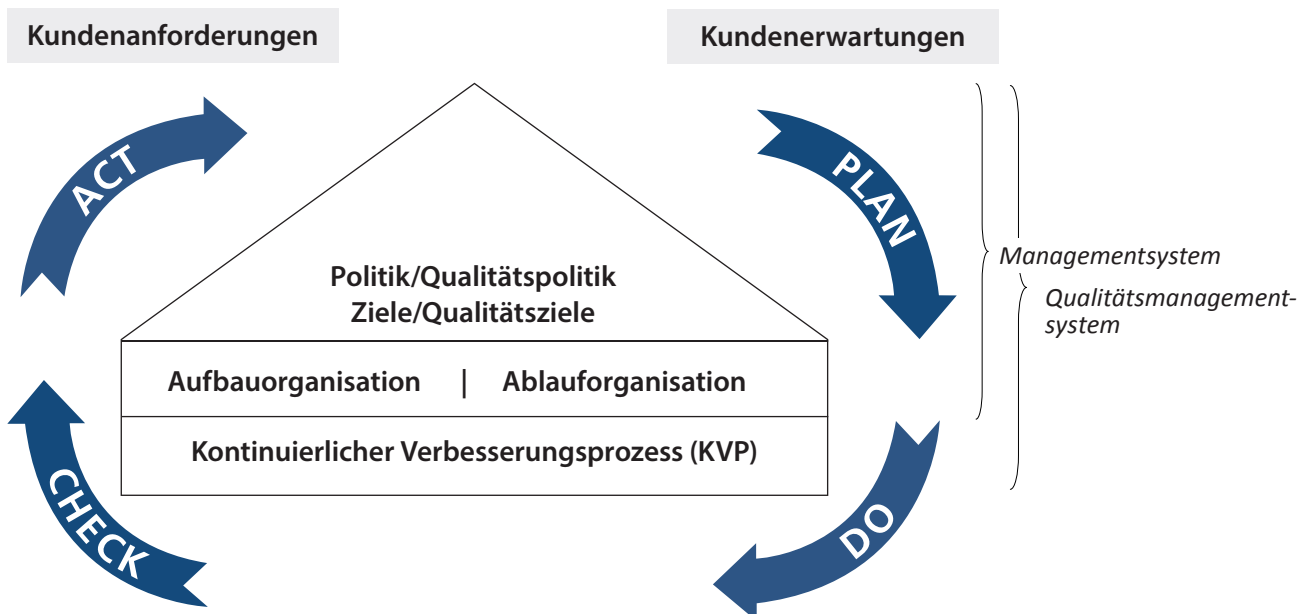


Abb. 1.2: Vom Managementsystem zum Qualitätsmanagementsystem

Es wird vorausgesetzt, dass alle Prozesse innerhalb dieser Teilführungssysteme zur Erfüllung der Forderungen und Erwartungen der Kunden beitragen (die sogenannten qualitätsbezogenen Tätigkeiten). Deshalb ist es sinnvoll, alle Teilführungssysteme in

den Prozess der kontinuierlichen Verbesserung einzubinden und somit das Managementsystem im QMS abzubilden.

In der Abbildung 1.2 wird deutlich, dass das QMS keine weitere zusätzliche Systematik bedeutet.

Erst durch die Anwendung der qualitätssichernden Maßnahmen auf alle Konzepte und Prozesse wird aus dem **Management-System** ein **Qualitäts-Management-System**.

1.2.3 DER QUALITÄTSMANAGEMENTBEAUFTRAGTE (QMB)

Der Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) ist die zentrale Person und Funktion innerhalb eines QMS. Seine Aufgaben sind die Einführung, Realisierung, Aufrechterhaltung sowie Überwachung von Prozessen, die der Sicherstellung der Qualität der Dienstleistungen dienen. Im Idealfall hat der QMB eine Stabsstelle Qualitätsmanagement inne. Diese ist direkt der Geschäftsführung zugeordnet. Somit hat der QMB alle notwendigen Kompetenzen und Einblicke in alle Geschäftsbereiche. Die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne des Qualitätsmanagements muss der Leitungsebene zugeordnet sein, jedoch ist die Benennung eines QMB nicht erforderlich.

1.2.3.1 Aufgaben des QMB

Die Einführung eines QMS hat sich als Projekt bewährt. Nutzen Sie die bewährten Projektmanagementmethoden. Üblicherweise leitet der QMB das Projekt und steuert somit die Prozesse zur Einführung des QMS.

Prozesse zur Einführung eines QMS entwickeln und die Durchführung sicherstellen

Gemeinsam mit der Geschäftsführung definiert der QMB die Qualitätspolitik, Qualitätsziele und Prozesskennzahlen. Die Analyse der Stärken und Schwächen in der Einrichtung gehört zur Vorbereitung der Einführung des QMS. Für diese Analyse stehen Ihnen verschiedene Werkzeuge zur Verfügung (siehe Kapitel 1.2.5.2).

Prozesse, die im Projekt entwickelt oder angepasst wurden, werden unter Leitung des QMB in das Tagesgeschäft eingeführt. Hierbei handelt es sich um alle durch das QMS geforderten Prozesse und all derer, die durch die Einrichtung als Sollprozesse festgelegt wurden. Der QMB muss sicherstellen, dass alle Managementanforderungen, beispielsweise nach DIN EN ISO 9001 oder EFQM o.a., integriert werden. Ebenfalls muss er sicherstellen, dass alle Prozesse die Phasen des PDCA-Zyklus durchlaufen (siehe Kapitel 1.3) und somit im Sinne des Qualitätsmanagements funktionieren.

Prozesse zur Realisierung eines QMS entwickeln und die Durchführung sicherstellen

Dazu gehören die Entwicklung von Prozessen, die die Dokumente lenken und verwalten, sowie der Aufbau des QMH (siehe Kapitel 1.2.4.1 und 1.2.4.3).

Aufbau des Dokumentenmanagements

Schulungen und Fortbildungen der Mitarbeiter zum Thema QM sind wesentlicher Bestandteil der Arbeit des QMB. Er sollte entweder externe Schulungen anstoßen und/oder selbst Wissen und Fähigkeiten/Techniken an die Mitarbeiter in internen Fortbildungen vermitteln. Auch die Leitung der Qualitätszirkel kann zu seinen Aufgaben gehören.

Wissen vermitteln

**Definition von
Prozesskennzahlen**

Mit Prozesskennzahlen kann der QMB Ergebnisse an die Geschäftsführung berichten und Verbesserungen nachweisen (Kapitel 1.4).

**Prozesse zur Auf-
rechterhaltung eines
QMS entwickeln und
sicherstellen, dass diese
durchgeführt werden**

Weitere und sehr wesentliche Aufgaben des QMB sind die Einführung und Umsetzung von qualitätssichernden Maßnahmen wie beispielsweise die Implementierung eines Beschwerdemanagements, von Pflegevisiten und Fachbegleitungen. Dazu gehören ebenfalls die Durchführung, Auswertung und Bewertung von Kundenbefragungen oder die Einführung eines Leistungszulagensystems.

Überwachung

Das gesamte QMS muss durch den QMB ständig überprüft werden. Dies kann er üblicherweise mit internen Audits (auch Teilaudits) tun. Diese Audits muss und sollte er nicht allein durchführen, sondern Mitarbeiter, die im Vorfeld durch Schulungen dazu befähigt wurden, mit einsetzen.

Durch Sammlung der Informationen (inkl. der Kennzahlen), die er durch die qualitätssichernden Maßnahmen erhält, kann der QMB Bewertungen durchführen und diese der Geschäftsführung berichten sowie Vorschläge für Verbesserungsmaßnahmen machen.

1.2.3.2 Qualifikation des QMB

**Zusatzqualifikationen
und Weiterbildungen
im Bereich des QM
sind wichtig**

Um die sehr komplexen und verantwortungsvollen Aufgaben wahrnehmen zu können, muss der QMB im Bereich des Qualitätsmanagements geschult sein. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung, um mit den verschiedenen Normen und Systemen arbeiten zu können. In einer derartigen Fortbildung werden nicht nur das Wissen zum Thema QM, sondern auch arbeitstechnische Fähigkeiten wie beispielsweise die Leitung/Moderation eines Qualitätszirkels und Arbeitsgruppen, Erarbeitung und Durchführung von Präsentationen und verschiedene Techniken zur Visualisierung und Bearbeitung von komplexen Sachverhalten vermittelt und eingeübt. Der QMB führt bei seiner Aufgabe nicht direkt pflegerische Tätigkeiten aus, sollte jedoch mit den Abläufen in der Pflege vertraut sein.

Der QMB betrachtet aus der sogenannten „Vogelperspektive“ das Gesamtgebilde Pflegeeinrichtung und vernetzt mit seiner Arbeit alle Bereiche. Damit können die Schnittstellen der verschiedenen Bereiche und Professionen in einer Pflegeeinrichtung besser aufeinander abgestimmt werden. Er muss den Überblick über alle Geschäftsbereiche haben und kann somit bereichsübergreifend und prozessübergreifend steuern.

Eine hohe soziale Kompetenz wie Zuverlässigkeit, Fleiß und Durchhaltevermögen sowie die feste Überzeugung, dass mit einem funktionierenden und von den Mitarbeitern gelebten Qualitätsmanagement eine Einrichtung reibungslos und zur Zufriedenheit der Kunden funktionieren kann, gehören zu den Eigenschaften eines QMB.

Diese Funktion kann auch durch externe Dienstleister übernommen werden. Dies hat den Vorteil, dass der „Blick von außen“ von Objektivität geprägt ist und keine Abhängigkeiten, wie ein festangestellter Mitarbeiter sie hat, bestehen. Ein externer QMB kann stärker als ein eigener Mitarbeiter bedarfsweise eingesetzt werden.

Für die Stelle des QMB muss auch eine Stellenbeschreibung erarbeitet werden.

1.2.4 DAS QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH (QMH)

Durch dokumentierte Abläufe schaffen Sie Vertrauen bei Ihren Kunden sowie Sicherheit für Ihre Mitarbeiter. Die Struktur und Arbeitsweise Ihrer Einrichtung wird transparent für alle Beteiligten und Interessierte dargestellt. Die Inhalte des Qualitätsmanagement-Handbuches (QMH) werden in erster Linie durch das von Ihnen gewählte QM-System bestimmt. Diese vorgegebenen Inhalte können Sie jedoch ergänzen. Die Struktur des Handbuches können Sie selbst festlegen. Wichtig hierbei ist jedoch, dass es eine Zuordnungsmatrix o. Ä. gibt, die angibt, wo die vorgegebenen Inhalte einer verwendeten Norm in Ihrem eigenen Inhaltsverzeichnis zu finden sind.

1.2.4.1 Aufbau des QMH

Das QMH wird im Allgemeinen hierarchisch aufgebaut, indem in einem Handbuch die Aufbau- und Ablauforganisation, die qualitätsbezogenen Aufgaben und Zuständigkeiten der gesamten Einrichtung behandelt werden. Diesem Teil nachgeordnet sind Verfahrensanweisungen für die einzelnen Bereiche und schließlich Arbeits- und Prüfanweisungen, die für die einzelnen Tätigkeitsbereiche Anwendung finden. Diese Dokumente sind sogenannte Vorgabedokumente.

Hierarchischer Aufbau

Wenn die Vorgabedokumente in der täglichen Arbeit ausgefüllt werden, werden sie zu Nachweisdokumenten. Nachweisdokumente werden nicht im Handbuch abgelegt, sondern an anderen geeigneten Stellen.

Die nachstehende Abbildung verdeutlicht die einzelnen Teile (Hierarchiestufen) eines Handbuches. Jede Hierarchiestufe kann für sich stehen, mit Querverweisen verbunden oder kombiniert werden.

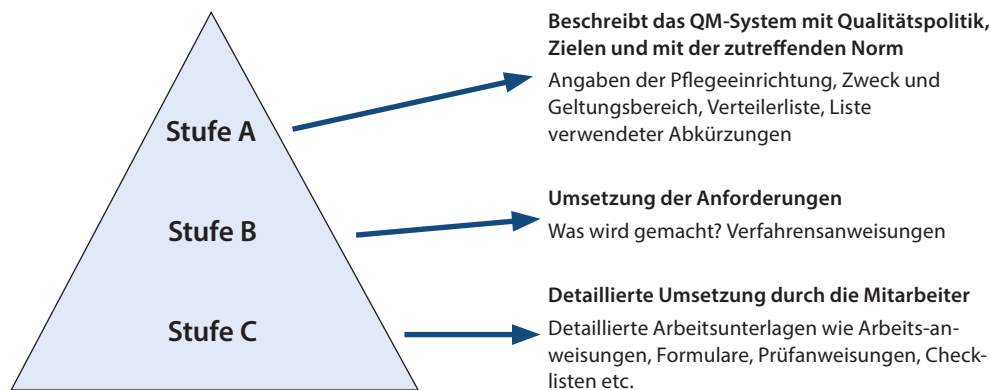


Abb. 1.3: Stufen eines Qualitätsmanagement-Handbuches (Quelle: Der Weg zum leistungsstarken Qualitätsmanagement, Johann Weigert, Schlütersche, 2008, Hannover)

Jedes QM-System schreibt einige verpflichtende Prozesse vor, die zu beschreiben sind. Auch in der MDK-Prüfanleitung sind Anforderungen hinsichtlich der Beschreibung von Prozessen formuliert. Ansonsten ist es wichtig, vor allem Prozesse darzulegen, bei deren Ausführung in der Vergangenheit vermehrt Fehler aufgetreten sind, Prozesse, bei denen sich die Mitarbeiter unsicher sind, oder auch Prozesse, die im Zuge der Einführung des QM-Systems vereinheitlicht werden sollen.

Aufwand und Nutzen bei den Prozessbeschreibungen abwägen

In erster Linie dienen die Prozessbeschreibungen der Anleitung Ihrer Mitarbeiter.

Beispielsweise ist es nicht immer notwendig, Prozesse der Grundpflege in Form von Verfahrensanweisungen oder Arbeitsanweisungen darzulegen. Vielmehr sind viele behandlungspflegerische Tätigkeiten zu beschreiben. Es ist in jedem Falle zu überlegen, wem diese Dokumente nutzen sollen.

Die DIN ISO schreibt zum Beispiel vor, dass folgende Prozesse dargelegt werden müssen:

- Lenkung von Dokumenten (Wie werden grundsätzlich neue Dokumente beantragt, erstellt, genehmigt, verteilt oder geändert?)
- Lenkung von Aufzeichnungen (Wo werden z. B. Protokolle, Lagerungsbögen oder Biografiebögen abgelegt? Wie lange werden Dokumente aufbewahrt?)
- Internes Audit (Wie erfolgen Planung, Durchführung und Auswertung?)
- Lenkung fehlerhafter Produkte (Mängel z. B. beim Richten der Medikamente)
- Korrekturmaßnahmen (Was ist zu tun, wenn eine Dienstleistung nicht richtig durchgeführt wurde/wird?)
- Vorbeugungsmaßnahmen (aufgetretene Mängel dürfen sich nicht wiederholen)

Jede Einrichtung muss ihre Abläufe individuell erstellen

Der Aufbau Ihres QMH sollte sich ganz nach praktischen Gesichtspunkten und nach den Bedürfnissen Ihres Unternehmens richten. Die Dokumentationen unterscheiden sich im Detail; vielfach sind Struktur und äußere Form gleich. Die Ausführlichkeit, mit der die einzelnen Prozesse dargestellt werden, hängt auch von der individuellen Ausgestaltung der Einrichtung ab.

Nicht kopieren, sondern das QMH für die eigene Einrichtung definieren!

Mit von anderen Einrichtungen kopierten Handbüchern können Ihre Mitarbeiter nicht arbeiten, denn es sind nicht Ihre Prozessabläufe, die dort abgebildet werden. In jedem Haus sind die Rahmenbedingungen, die Mitarbeiterstruktur und die Kultur anders. Auch wenn es verführerisch und zeitsparend erscheint, z. B. das Beschwerdemanagementsystem von einer anderen Einrichtung zu übernehmen, die Akzeptanz bei Ihren Mitarbeitern für diese Dokumente wird sich aber nicht einstellen.

Beachten Sie bitte, dass dies im Übrigen auch bei der Verteilung von gleichen Handbüchern innerhalb größerer Träger (mehrere Pflegeeinrichtungen) gilt. Die Struktur des Handbuchs sowie das Trägerkonzept und evtl. einige übergeordnete Prozesse können sicher gleich sein und auf mehrere Einrichtungen übertragen werden, die Abläufe im Haus sind jedoch individuell zu betrachten und anzupassen. Dann kann die gleiche Struktur des Handbuchs sogar Vorteile bringen, wenn beispielsweise einrichtungsübergreifende Audits und Benchmarking durchgeführt werden.

Merke:

Erarbeiten Sie alle Verfahren mit Ihren Mitarbeitern selbst. Legen Sie dar, wie derzeit gearbeitet wird und prüfen Sie die Vorgehensweise gemeinsam mit Ihren Mitarbeitern. Nur so können Sie sicherstellen, dass die Verfahren an die Verhältnisse Ihrer Einrichtung angepasst sind und von den Mitarbeitern angenommen sowie gelebt und verbessert werden.

1.2.4.2 Inhalte des QMH

Die Verfahrensanweisung

In einer Verfahrensanweisung (VAW) wird beschrieben, wie Prozesse ablaufen. Die Verfahrensanweisungen können unterschiedliche Formen annehmen. Es können Ablaufdiagramme (Flussdiagramme) den Prozess beschreiben oder der Prozess wird in einer Tabelle oder im Fließtext dargestellt. Dies hängt ganz vom beabsichtigten Anwendungsbereich, von der Art der Tätigkeit und auch von der Größe der Einrichtung ab. Wesentlich ist, dass die Verfahrensanweisungen, folgende Angaben enthalten:

- Zweck/Ziel der Anweisung
- Anwendungsbereich
- Zuständigkeiten
- die erforderlichen Tätigkeiten (auf welche Weise, durch welche Mitarbeiter, in welchen Fällen, zu welchem Zeitpunkt und mit welchen Mitteln diese durchgeführt werden)
- die Art der Dokumentation
- mitgeltende oder weiterführende Unterlagen
- Revision mit aktuellem Stand
- den Verteiler

Verfahrensanweisungen haben einen handlungsanleitenden und verbindlichen Charakter und müssen mit der Praxis übereinstimmen. Es ist unbedingt darauf zu achten, dass die inhaltliche Ausgestaltung durch diejenigen Mitarbeiter wahrgenommen wird, die diese Tätigkeiten auch ausführen. Bei bereichsübergreifenden Tätigkeiten sind interdisziplinäre Teams zusammenzustellen. Das Layout sollte für alle VAWs der Einrichtung einheitlich gestaltet sein.

Muster VAW
(F_03_1.2.4.2.docx)

Die Arbeitsanweisung

In Arbeitsanweisungen, auch Tätigkeitsbeschreibungen genannt, werden einzelne Tätigkeiten detailliert beschrieben. Dies erfolgt in Dienstleistungsunternehmen vorrangig in verbaler Form (auch in Tabellen), da sich das daraus entstehende Leistungsergebnis oft nicht bildlich darstellen lässt. Für Arbeitsanweisungen gibt es im Gegensatz zu Verfahrensanweisungen keine formalen Vorgaben. Die Art der Darstellung ist sehr abhängig von der Aufgabe, die beschrieben wird.

Weitere Qualitätsdokumente

Weitere Qualitätsdokumente können Checklisten (z. B. Checklisten im Einarbeitungskonzept, Checkliste zum Einzug eines Bewohners), Konzepte (z. B. Pflegekonzept, Betreuungskonzept, Hauswirtschaftskonzept), Listen (z. B. Inventarlisten, Listen zur Qualifikation der Mitarbeiter) und Zeichnungen sein.

Alle Dokumente, die zu den einzelnen Phasen des PDCA-Zyklus erstellt werden, werden Qualitätsdokumente genannt. Beispielsweise sind dies im PLAN Konzepte, Verfahrensanweisungen, im DO sind es die Dokumente (Formulare), die ausgefüllt werden, im

CHECK sind es Listen, Checklisten, Zusammenfassungen sowie Fragebögen und im ACT sind es die Maßnahmenpläne und Nachweisprotokolle für die erfolgte Anpassung. Beispiele hierzu finden Sie in allen ausgearbeiteten Prozessen in den Kapiteln 3 und 4.

Vorschlag für das Inhaltsverzeichnis

Das Inhaltsverzeichnis des QMH spiegelt den Aufbau des QMS wider. Dementsprechend gibt es verschiedene Möglichkeiten für das Inhaltsverzeichnis.

Muster Inhaltsverzeichnis
(F_02_1.2.4.2.docx)

Das Beispiel in den Arbeitshilfen ist eine Möglichkeit, die für alle QM-Systeme zunächst eine Basis bilden kann und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es werden die Grundbausteine eines QMS berücksichtigt. Wenn Sie sich für ein eigenes Ordnungssystem entscheiden, müssen Sie eine Matrix mit der jeweiligen Entsprechung des gewählten QMS erstellen. Die Matrix ordnet die einzelnen Elemente der jeweiligen Norm Ihrem Inhaltsverzeichnis zu. So können Sie ein eigenes Inhaltsverzeichnis erstellen, das für Ihre Mitarbeiter logisch ist, aber alle Elemente der jeweiligen Norm enthält.

Anwenderfreundliche,
gebrauchstaugliche
Gliederung

Eine Gliederung nach Prozessen und Prozessstrukturen, wie es das Musterinhaltsverzeichnis aufzeigt, bietet den Vorteil, dass der prozessorientierte Ansatz (PDCA) verwirklicht werden kann und dass die Mitarbeiter schnell die zugehörigen Dokumente finden.

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	1.2.4.2 Qualitätsmanagement Gliederungsvorschlag Inhaltsverzeichnis	Geltungsbereich: Alle Bereiche	
	Dokument (Nr.) F_02_1.2.4.2	Phase: ALLE	

Gliederungsvorschlag für ein Inhaltsverzeichnis im QMH

Die angegebenen Gliederungspunkte sind Vorschläge und individuell zu ergänzen. Die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Allgemeines

Thema/Prozess	Dokumentenbezeichnung	Stand
Politik (Q-Politik)		
Ziele (Q-Ziele)		
Leistungsbeschreibung		
Pflegeleitbild		
Pflegekonzept	z. B.: K-01-P	
Hauswirtschaftskonzept	z. B.: K-01-HWS	
Betreuungskonzept	z. B.: K-01-B	
Kooperationen		
...		

Aufbauorganisation

Personell

Organigramm
Stellenbeschreibungen

Sächlich

Struktur Gebäude (evtl. Grundriss, Plan der Zimmer)
Ausstattung (Inventarlisten)
Hilfsmittel

Finanziell

Wie wird die Einrichtung finanziert? (Beschreibung, hier sind nicht die konkreten Zahlen gemeint.)

Qualitätsmanagementsystem

Grundsätze zum Qualitätsmanagement (Dokumentenplanung, Dokumentenlenkung)
Stabsstelle Qualitätsmanagement
Anwendungsbereiche des QMS
Qualitätssicherungsmaßnahmen (z. B. Pflegevisite, Fachbegleitungen)
Beschwerdemanagement
Interne Audits
Kundenbefragungen
Mitarbeiterbefragungen
Verbesserungsmaßnahmen
Qualitätszirkel, Qualitätssteuerungsgruppe
QM-Bewertung – Managementbewertung, Management-Review – (kann auch den Führungsprozessen zugeordnet werden)

Hinweis: Das Inhaltsverzeichnis könnte vollständig als Tabelle angelegt werden. Das gibt eine klare Übersicht über den Stand der Dokumente

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	1.2.4.2 Qualitätsmanagement Gliederungsvorschlag Inhaltsverzeichnis	Geltungsbereich: Alle Bereiche	
	Dokument (Nr.) F_02_1.2.4.2	Phase: ALLE	

Ablauforganisation

Kernprozesse

Pflege

Pflegedokumentation
 Medikamentenmanagement
 Behandlungspflege
 Ernährung (E*)
 Ausscheidung (E*)
 Sturz (E*)
 Wunden (Chronische Wunden [E*], Dekubitus [E*])
 Schmerz (E*)
 Kontrakturen
 weitere Prophylaxen (Intertrigoprophylaxe, Thromboseprophylaxe, Munderkrankungsprophylaxe, Obstipationsprophylaxe, Pneumonieprophylaxe)
 Injektionen
 Infusionen
 Hygiene (kann auch dem Arbeits- und Gesundheitsschutz zugeordnet werden)
 Notfallmanagement
 Entlassungs- und Überleitungsmanagement
 Begleitung MDK-Begutachtung

Hauswirtschaft

Reinigung
 Wäschereinigung
 Küche
 Reinigung von Hilfsmitteln

Betreuung

Sterbebegleitung
 Einkaufen
 Veranstaltungen
 Feste

Unterstützungsprozesse

Abrechnung
 Postein- und -ausgang
 Bestellwesen
 Ablagesystem
 Datenschutz
 Taschengeldverwaltung

*Expertenstandard ist zu beachten!

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	1.2.4.2 Qualitätsmanagement Gliederungsvorschlag Inhaltsverzeichnis	Geltungsbereich: Alle Bereiche	
	Dokument (Nr.) F_02_1.2.4.2	Phase: ALLE	

Führungsprozesse

Kommunikation und Information

Interne Kommunikation (Kommunikationsmatrix, Protokollvorlage)

Externe Kommunikation (Kommunikationsmatrix, Protokollvorlage)

Mitarbeiter

Einstellung neuer Mitarbeiter

- Bewerbungsverfahren
- Einstellungsverfahren
- Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Mitarbeiterbeurteilung

- MA-Gespräche

Dienstplanung

Schulung und Fortbildung/Personalentwicklung

- Prospektiver Fortbildungsplan

Öffentlichkeitsarbeit

- Öffentliche Darstellung
- Kundenakquise
- Gespräche mit Betreuern/Angehörigen
- Ehrenamt

Arbeits- und Gesundheitsschutz

Pflegestufenmanagement

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:



– unbesetzt –



1.2.4.3 Handhabung des QMH

Das QMH kann in Papierform und/oder elektronisch in Ihrer Einrichtung vorhanden sein. Wichtig, ist dass jeder Mitarbeiter zu jeder Zeit Zugang zum Handbuch hat.

Papierform: Es ist zu überlegen, wie viele Exemplare Sie vorhalten. Soll auf jedem Wohnbereich ein Handbuch stehen oder gibt es nur ein Exemplar? Diese Frage ist bzgl. des Aktualisierungsaufwands der Dokumente von Bedeutung. Alle Handbücher müssen den gleichen Aktualisierungsstand vorweisen, d. h. inhaltlich gleich sein. Grundsätzlich sollten nur so viele Handbücher in Umlauf gebracht werden, wie als notwendig erachtet wird.

Elektronisch: Das Handbuch muss für alle Mitarbeiter zugänglich im System abgelegt sein. Entweder wird ein Passwort vergeben oder der Zugang erfolgt auf einen für alle Mitarbeiter zugänglichen Ordner. Es ist wichtig, dass Mitarbeiter keine Veränderungen in den Dokumenten (beabsichtigt oder unbeabsichtigt) vornehmen können. Es empfiehlt sich, das Handbuch beispielsweise als PDF oder im Intranet verlinkt abzulegen.

Es ist zu klären, wer für die Aktualisierung zuständig ist und wie die Mitarbeiter über neue bzw. überarbeitete Dokumente informiert werden.

Die Vorgehensweise bei der Erstellung neuer und bei der Überarbeitung vorhandener Dokumente muss ebenfalls klar geregelt werden.

Für diesen Prozess der Dokumentenlenkung wird idealerweise eine Verfahrensanweisung erstellt.

Um den Überblick über die Fülle der Dokumente zu behalten, könnte sich zum Beispiel folgende Beschriftung empfehlen:

- eine **fortlaufende Nummerierung** der Seiten (z. B. „Seite 1 von 4“),
- einen **aktuellen Ausgabestand** (z. B. „Version 2“ oder „1. Ausgabe“) und
- eine **Benennung der Dokumente** nach Art, Kapitel und fortlaufender Nummerierung und evtl. nach Anwendungsbereich (z. B. CL_3.2_04.docx)

Eine Revisionsliste/Änderungsliste sorgt dafür, dass der Austausch der Dokumente im Handbuch im Sinne der Rückverfolgbarkeit festgehalten wird. Diese Liste dient außerdem einer Art Wiedervorlage/Erinnerung, wann eine Überprüfung und Überarbeitung (Revision) ansteht. Nicht alle Dokumente werden gleichzeitig erstellt und dementsprechend zu unterschiedlichen Zeitpunkten überprüft und ggf. überarbeitet. Solch eine Tabelle kann das Inhaltsverzeichnis des QM-Handbuches im Idealfall widerspiegeln.

Dokumentenlenkung

Empfangsliste als
Bestätigung für Erhalt und
Aktualisierung anlegen

VAW Erstellung/Aktualisierung von Verfahrensanweisungen
(F_05_1.2.4.3.docx)

Die Benennung der
Dokumente muss
eindeutig, nachvollziehbar,
nicht zu kompliziert und
durchgängig sein.

Freigabe- und Wiedervorlageübersicht im
QM-Handbuch
(F_04_1.2.4.3.xlsx)

Muster Revisionsliste



1.2.4.3 Qualitätsmanagement
Freigabe- und Wiedervorlageübersicht im QM-Handbuch
Geltungsbereich: P/VW/HWS
Dokument (Nr.) F_04_1.2.4.3 Phase: DO

Name, Adresse der
Pflegeeinrichtung/Logo

Bezeichnung Dokument	Ersterstellung am:	Überarbeitung am:	Freigabe EL	Freigabe QMB:	Revision am:	Revision am:	Revision am:	Revision am:
Führungsprozesse								
Einarbeitungskonzept	30.10.05	21.07.11	19.08.11	19.08.11	Jul 12			
Kommunikationsmatrix	05.04.04	in Überarbeitung						
Kernprozesse								
Medikamentenmanagement								
1. VAW	25.03.09	14.04.12	21.04.12	22.04.12	Apr 13			
2. Checkliste zur Überprüfung Umgang	25.03.09	14.04.12	21.04.12	22.04.12	Apr 13			
3. Arbeitsanweisung	25.03.09	14.04.12	21.04.12	22.04.12	Apr 13			
4. Kontrollliste Kühlschrank	25.03.09	14.04.12	21.04.12	22.04.12	Apr 13			
Unterstützende Prozesse								
Qualitätssichernde Maßnahmen								
Beschwerdemanagement	01.03.05	19.08.11	19.08.11	19.08.11	Jan 12			
Bewohnerbefragung	19.01.11	18.08.11	21.10.11	21.10.11	Aug 12			
Aufbauorganisation								
Stellenbeschreibung Hygienebeauftragter	15.12.11		17.12.11	17.12.11	Dez 12			

Revision soll erfolgen am:

Erstellt von:
Datum:

Freigabe:
Datum:

Abb.: Beispiel für die Revisionsliste – Datei: F_04_1.2.4.3.xlsx

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	1.2.4.3 Qualitätsmanagement Erstellung/Aktualisierung von Verfahrensanweisungen	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) F_05_1.2.4.3	Phase: PLAN	

Ziel/Zweck:

Sicherstellung

1. eines einheitlichen Erstellungsweges für Verfahrensanweisungen
2. der Abstimmung aller Verfahrensanweisungen mit allen Beteiligten und Verantwortlichen

Zielerreichungskriterium:

- Alle neu erstellten und überarbeiteten Verfahrensanweisungen durchlaufen dieses Verfahren.
- Alle VAWs werden in der Revisionsliste erfasst.

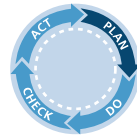
Verantwortlichkeit für den Gesamtprozess:

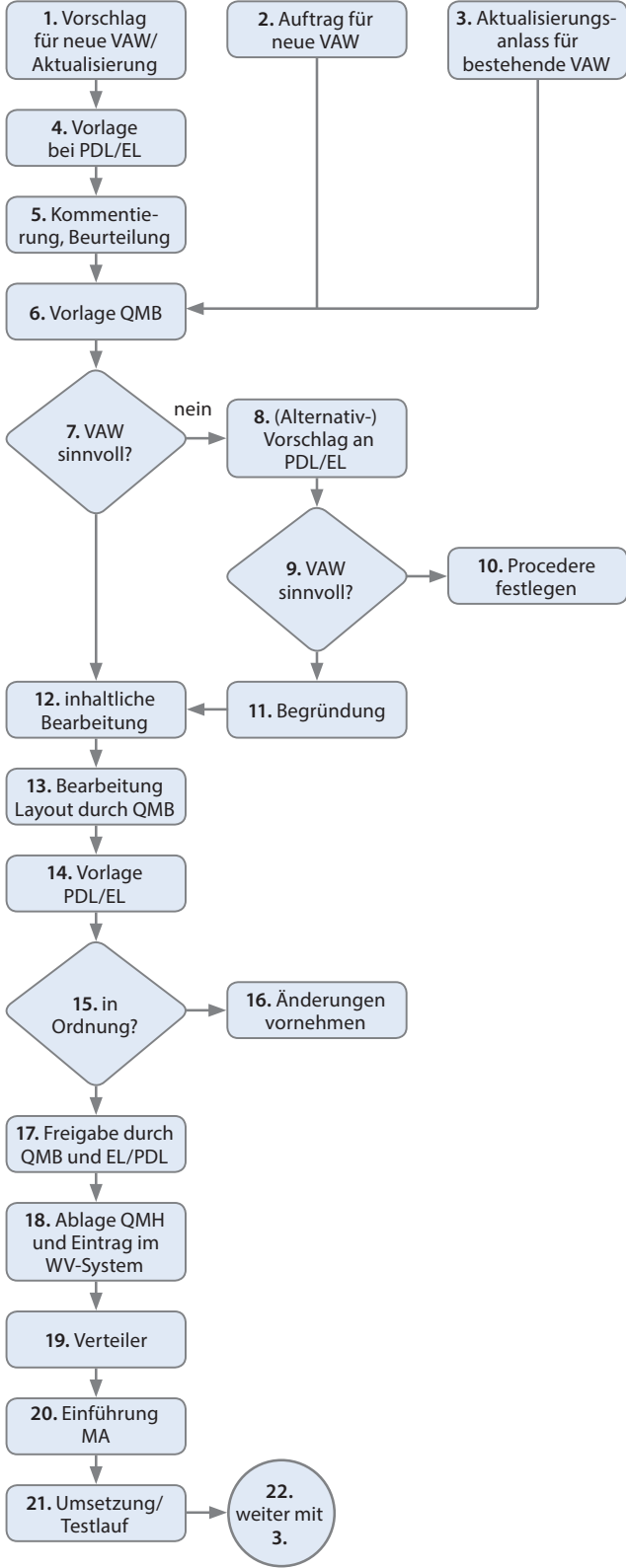
Für die Planung, Festlegung, Überwachung, Änderung und ständige Verbesserung des Verfahrens ist der Qualitätsmanagement-Beauftragte (QMB) zuständig.

Phase	Dokument (Dateiname)
	• Verfahrensweisung (VAW) Erstellung/Aktualisierung von Verfahrensweisungen (F_05_1.2.4.3.docx)
	• Freigabe- und Wiedervorlageübersicht im QM-Handbuch (F_04_1.2.4.3.xlsx) • Unterschriftenliste (*)
	• Freigabe- und Wiedervorlageübersicht im QM-Handbuch (F_04_1.2.4.3.xlsx)
	• Freigabe- und Wiedervorlageübersicht im QM-Handbuch (F_04_1.2.4.3.xlsx)

(*) Keine Musterdokumente, da diese einrichtungsindividuell zu erstellen sind.

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	1.2.4.3 Qualitätsmanagement Erstellung/Aktualisierung von Verfahrensweisungen	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) F_05_1.2.4.3	Phase: PLAN	

Dokument	Flussdiagramm	Verantw.	Bemerkung
3. Freigabe- und Wiedervorlageübersicht im QM-Handbuch (F_04_1.2.4.3.xlsx)	 <pre> graph TD 1[1. Vorschlag für neue VAW/ Aktualisierung] --> 4[4. Vorlage bei PDL/EL] 4 --> 5[5. Kommentierung, Beurteilung] 5 --> 6[6. Vorlage QMB] 2[2. Auftrag für neue VAW] --> 6 3[3. Aktualisierungsanlass für bestehende VAW] --> 6 6 --> 7{7. VAW sinnvoll?} 7 -- nein --> 8[8. (Alternativ-) Vorschlag an PDL/EL] 8 --> 9{9. VAW sinnvoll?} 9 --> 10[10. Prozedere festlegen] 9 --> 11[11. Begründung] 11 --> 12[12. inhaltliche Bearbeitung] 7 -- ja --> 12 12 --> 13[13. Bearbeitung Layout durch QMB] 13 --> 14[14. Vorlage PDL/EL] 14 --> 15{15. in Ordnung?} 15 --> 16[16. Änderungen vornehmen] 16 --> 12 15 -- ja --> 17[17. Freigabe durch QMB und EL/PDL] 17 --> 18[18. Ablage QMH und Eintrag im WV-System] 18 --> 19[19. Verteiler] 19 --> 20[20. Einführung MA] 20 --> 21[21. Umsetzung/ Testlauf] 21 --> 22((22. weiter mit 3.)) </pre>	1. und 4. MA 2. EL/PDL 3. alle MA 5. PDL/EL	3. Aktualisierungsanlässe: (a) Aktualisierungsdatum (b) geänderte Grundlage/ Gesetz/Norm, Verordnungen (c) Feststellung von Mängeln in VAW oder Prozess 5. Jeder Vorschlag von MA , muss kommentiert und beurteilt werden.
		7. QMB	
		12. PDL/EL/ QMB/ anderer MA	12. Festlegen, wer die inhaltliche Bearbeitung übernimmt. Das können unterschiedliche MA, je nach Thema sein. Oder die Bearbeitung erfolgt in der QuSTG.
		13. QMB	13. Absprachen zwischen PDL/EL und QMB
		16. QMB	
		17. QMB/ PDL/EL	17. Freigabe erfolgt je nach Festlegung durch QMB und EL bzw. PDL. (Freigabe auf Original und elektronisch)
18. Freigabe- und Wiedervorlageübersicht im QM-Handbuch (F_04_1.2.4.3.xlsx)		18./19. QMB	18. Ablage erfolgt: (a) Original in Papierform im Referenz-QMH (b) als PDF-Dokument im System-QMH und: Eintrag in Revisionsliste 19. Jeder Wohnbereich/ Abteilung erhält ein Exemplar
		20. PDL/ EL/ WBL	20. Bekanntgabe und Einführung erfolgt in Wohnbereichsbesprechung oder Besprechung der jeweiligen Abteilung.
		21. MA	21. Testlauf erfolgt in dem festgelegten Zeitraum.

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

1.2.5 INSTRUMENTE DES QUALITÄTSMANAGEMENTS

1.2.5.1 Qualitätssichernde Maßnahmen

Zu den qualitätssichernden Maßnahmen zählen alle Prozesse, die der **Gewährleistung der Qualität**, der **Qualitätsförderung** und der **Qualitätsentwicklung** dienen. Die Förderung der Qualität bezieht sich auf personenbezogene, verfahrensbezogene, einrichtungsbezogene und produktbezogene Strukturen und Verfahren. Mit qualitätssichernden Maßnahmen kann nachgewiesen werden, dass die Prozesse unter kontrollierten Bedingungen ablaufen. Das bedeutet, **jeder Mitarbeiter** weiß, **was** er **wann** mit **welchen Mitteln** zu tun hat und eine **Nachvollziehbarkeit** ist gegeben. Nach Auswertung von Ergebnissen, die durch bspw. Befragungen, Erhebungen mittels Checklisten etc. zustande kommen, können Verbesserungen abgeleitet werden. Die Anwendung der qualitätssichernden Maßnahmen dient dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP). Wie im Kapitel 1.2.2 bereits erwähnt, wird durch die Anwendung dieser qualitätssichernden Maßnahmen Ihr Managementsystem zum Qualitätsmanagementsystem!

Übliche qualitätssichernde Maßnahmen in einer stationären Pflegeeinrichtung sind zum Beispiel:

- Pflegevisite
- Beschwerdemanagement
- Kundenbefragungen
- Qualitätssteuerungsgruppe
- Q-Zirkel
- interne und externe Audits
- Fallbesprechungen
- Fachbegleitung
- Vorschlagswesen/Ideenmanagement
- Vollständigkeitsüberprüfung Pflegedokumentation
- Managementreview

Diese Prozesse, die der kontinuierlichen Verbesserung dienen, werden im Kapitel 4 ausführlich im Sinne des PDCA-Zyklus mit entsprechenden Arbeitshilfen dargestellt.

1.2.5.2 Werkzeuge des QM

Die im Folgenden beschriebenen üblichen Werkzeuge des QM erleichtern Ihre Arbeit, wenn es darum geht, Probleme zu analysieren, Daten zu erfassen, Daten und Fakten sichtbar zu machen und Abläufe sowie Zusammenhänge von Prozessen darzustellen. Jedes Werkzeug hat seinen spezifischen Einsatz und sie lassen sich kombinieren. Einige dieser Werkzeuge eignen sich zur Anwendung innerhalb der CHECK-Phase der Prozesse der kontinuierlichen Verbesserung (qualitätssichernden Maßnahmen). Beispielsweise kann das Pareto-Diagramm in der Analyse von Beschwerden sehr gut angewendet werden. Flussdiagramme sind ein hervorragendes Medium, um auch komplexe Prozesse kompakt und übersichtlich zu veranschaulichen (DO-Phase).

Dient vorrangig der
Erfassung von Fehlern

Datensammelblatt (Strichliste, Fehlersammelblatt, Fehlersammelkarte)

Eine vorstrukturierte Tabelle dient der Erfassung von Fehlerarten und der Häufigkeit ihres Auftretens. Weitere Spezifikationen können beispielsweise hinsichtlich des betreffenden Bereichs vorgenommen werden. Die Abbildungen 1.4 a und 1.4 b zeigen zwei Beispiele unterschiedlicher Fehlersammellisten.

Fehlersammelliste			
Fehlerart	Häufigkeit	Betroffener Bereich (P, HWS, VW, HAT)	Summe
Kühlschranktemperatur zu hoch	III	P	3
Zimmer wurde nicht gereinigt	IIII II	HWS	7
Lagerung nachts nicht durchgeführt	IIII IIIII	P	10

Abb. 1.4 a: Beispiel 1 für eine Fehlersammelliste „Fehler aus allen Bereichen“

Fehlersammellisten können schnell und unkompliziert erstellt werden und erleichtern das systematische und leicht verständliche Erfassen von Daten. Gesetzmäßigkeiten bzw. Häufungen von Fehlern – damit systematische Fehler – lassen sich schnell erkennen.

Überprüfung des Medikamentenschanks WB 1					
Monat Kalenderwoche (KW)	April KW 14	April KW 15	April KW 16	April KW 17	Total
Fehlerkategorie					
abgelaufene Tropfen	II			III	5
abgelaufene Tabletten		I			1
lose Tabletten im Fach	I	I		I	3
Kühlschranktemperatur zu hoch			I		1
Gesamt	3	2	1	4	10

Abb. 1.4 b Beispiel 2 für eine Fehlersammelliste „Fehler im Bereich Medikamentenmanagement“

Diese Datensammelblätter können die Grundlage für die Erstellung eines Histogramms (grafische Darstellung der Häufigkeitsverteilung) oder einer Pareto-Analyse (allgemein bekannt unter „80:20-Prinzip“: Mit 20 Prozent des Aufwandes 80 Prozent des Ziels erreichen) sein.

Flussdiagramm

In Flussdiagrammen wird die Ablauforganisation dargestellt. Im Vergleich zu reinen Textbeschreibungen ist die grafische Darstellung eines Ablaufs zumeist deutlich transparenter. Auch das Erkennen unnötiger Prozessschritte oder verkomplizierter Abläufe wird durch das Erstellen von Flussdiagrammen unterstützt. Hierzu werden die Arbeits-

Komplexe Prozesse
werden übersichtlich
und handlungsanleitend
dargestellt

Schritte eines komplexen Prozesses einzeln in einen zeitlichen und organisatorischen Zusammenhang gesetzt. Die Darstellung der Tätigkeiten folgt einer logischen Abfolge. Verschiedene Formen (Rechteck, Raute, Kreis u. a.) stellen die Art des Arbeitsschritts dar. In unseren Darstellungen bedeutet ein Rechteck einen Prozessschritt, die Raute steht für eine Frage.

Zu jedem Arbeitsschritt werden der zuständige Mitarbeiter und zu benutzende Dokumente für die Ausführung benannt. Hilfreich ist es, wenn Sie eine Spalte für zusätzliche Anmerkungen nutzen.

Die Erarbeitung von Flussdiagrammen wird Ihnen im Kapitel 1.3.1.3 beispielhaft erläutert.

Ursachen-Wirkungs-Diagramm (Ishikawa-Diagramm, Fischgräten-Diagramm)

Das Ursache-Wirkungs-Diagramm wird zur Analyse von Qualitätsproblemen angewendet. Hiermit können verschiedene Ursachen, die zu einem Problem führen, sowie die Abhängigkeiten dieser Ursachen voneinander grafisch dargestellt werden.

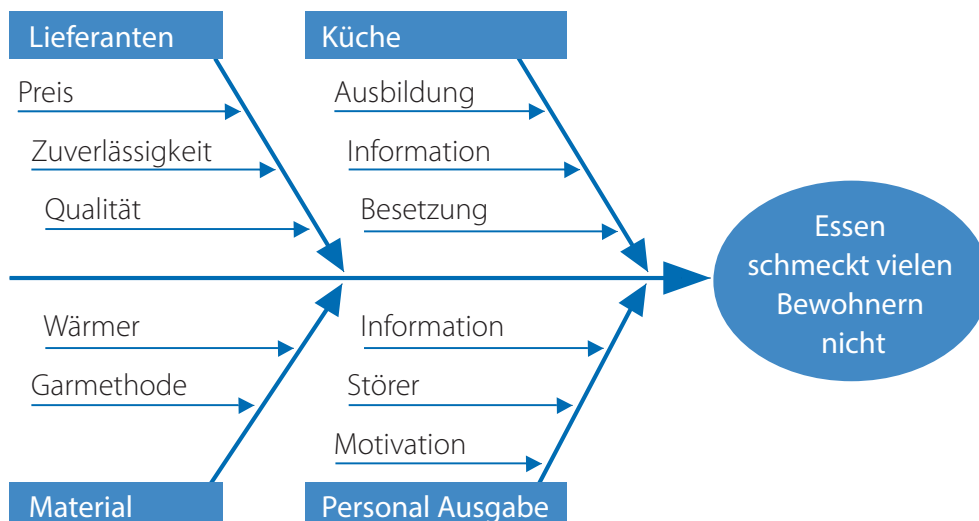


Abb. 1.5: Beispiel für ein Ishikawa-Diagramm (Ursache-Wirkungs-Diagramm)

Das Diagramm bietet eine gute Diskussionsgrundlage bei Gruppenarbeit. Durch die Teamarbeit wird eine vielseitige Betrachtungsweise des Problems ermöglicht, der Aufwand bei der Durchführung ist gering und die Methode ist einfach erlernbar. Ein Verständnis für Probleme mit vielseitigen Ursachen wird bei den Mitarbeitern gefördert.

Vorteile

Bei sehr komplexen Problemen wird das Diagramm unübersichtlich und umfangreich und ist dafür nicht geeignet. Es sind auch keine vernetzten Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge darstellbar. Wechselwirkungen und zeitliche Abhängigkeiten werden ebenfalls nicht dargestellt.

Nachteile

Qualitätsregelkarten

Sind ein Datenblatt oder Schaubild, um Prüfdaten auszuwerten. Es werden Ober- und Untergrenzen festgelegt, die ein Wert haben darf, sowie Warn- und Eingriffsgrenzen werden eingezeichnet. Anwendungsbeispiele sind die Erfassung des Blutzuckerwertes,

Dauerhaftes Frühwarnsystem

des Blutdrucks oder des Gewichts etc. eines Bewohners. Somit alle messbaren Werte, die in Ihrer Einrichtung vorkommen und kontrolliert werden müssen.

Der Vorteil liegt in der Visualisierung von Veränderungen der Daten, und damit können zufällige Abweichungen vom Normwert gut von systematischen Fehlern abgegrenzt werden. Zufällige Abweichungen führen zu einer Streuung der Prüfdaten und sind als normaler, immer vorhandener Teil des Prozesses zu betrachten. Systematische Einflüsse können zu einer langsamen Verschiebung der Daten führen und zeigen, dass es unerwünschte Einflüsse gibt, in die ggf. eingegriffen werden muss.

Die Abbildung zeigt ein Beispiel für die Anwendung in einer stationären Pflegeeinrichtung. Hier wird der Verlauf des systolischen Blutdruckwertes dargestellt.

Systolischer Werteverlauf

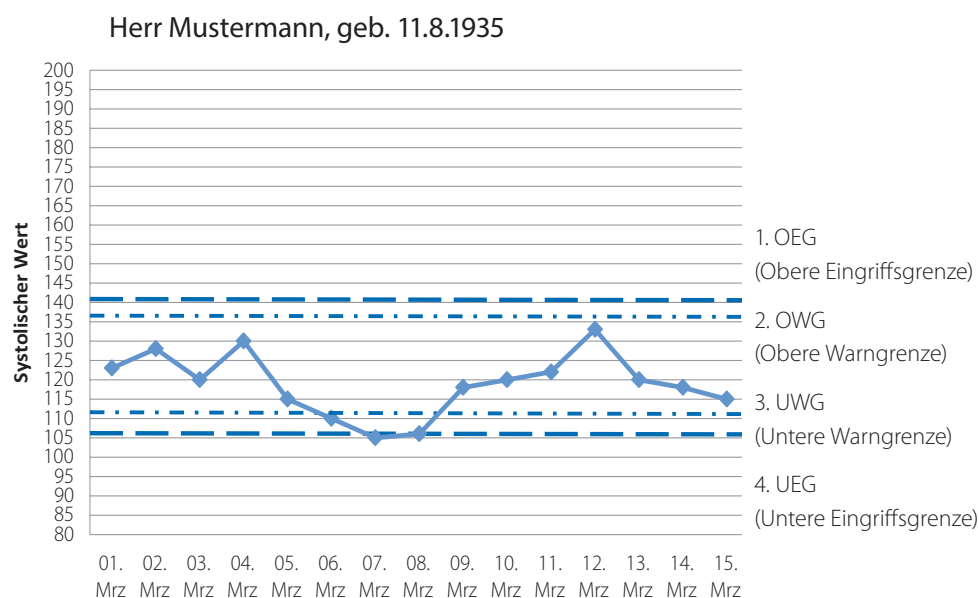


Abb. 1.6: Qualitätsregelkarte

Pareto-Diagramm

In einem Pareto-Diagramm werden die einzelnen Werte der Größe nach geordnet wiedergegeben. Der größte Wert befindet sich ganz links, der kleinste Wert ganz rechts im Diagramm. Es ist ein Säulendiagramm, das Problemursachen nach ihrer Bedeutung ordnet. Mit ihm können statistische Zusammenhänge aufgezeigt werden.

Die meisten **Auswirkungen** eines Problems (**80 %**) sind auf eine kleine Anzahl von **Ursachen** (**20 %**) zurückzuführen.

Die Wichtigkeit einer Ursache kann direkt aus dem Diagramm abgelesen werden. Somit können Sie sich um die Beseitigung weniger Problemursachen (20 %) kümmern und damit eine große Wirkung erzielen – nämlich viele Auswirkungen (80 %) beseitigen. Das spart Zeit und ist sehr effektiv und motivierend.

Die Abbildung 1.7 zeigt ein Beispiel aus der stationären Pflege. Beschwerden werden regelhaft aufgenommen und die Ergebnisse im Pareto-Diagramm visualisiert.

Das Pareto-Prinzip

Zweck und Vorteile

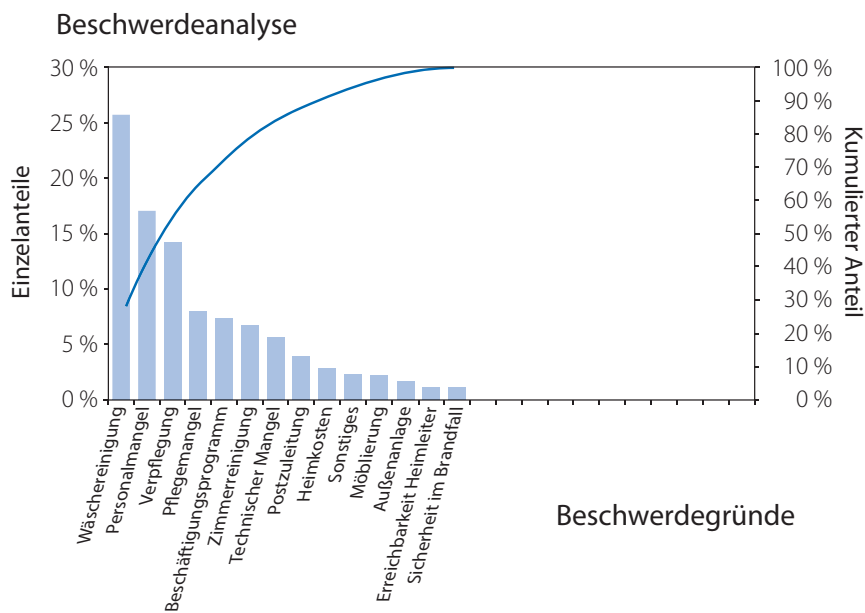


Abb. 1.7: Pareto-Diagramm („Gründe für Beschwerden“)

- Das zu bearbeitende Thema festlegen: Beschwerden, Unzufriedenheit herausfinden.
- Bildung der Kategorien: Wäschereinigung, Zimmerreinigung, Verpflegung, ...
- Größe bestimmen, mit der das Problem verdeutlicht werden kann. Meist wird die Häufigkeit des Auftretens genommen: Anzahl der Antworten.
- Aus der absoluten Häufigkeit muss der prozentuale Anteil ermittelt werden: Bspw.: bei Wäschereinigung sind 45 Antworten gleich 26 %
- Die Kategorien werden absteigend nach ihrer Bedeutung sortiert und auf der X-Achse von links nach rechts eingetragen.
- Über jeder Fehlerkategorie wird eine Säule gezeichnet, deren Höhe die Häufigkeit ihres Auftretens widerspiegelt.
- Die Säulen müssen nun von links nach rechts aufeinandergestapelt werden. Damit ergibt sich die Pareto-Kurve. Der summierte Prozentwert kann abgelesen werden.

Vorgehen bei der Erstellung

Korrelationsdiagramm

Um zwei Größen miteinander in Verbindung zu setzen, wird das Korrelationsdiagramm eingesetzt. Messwerte von zwei Merkmalen werden in das Diagramm eingetragen. Aus dem daraus entstehenden Bild kann abgelesen werden, ob diese beiden Größen in einem Zusammenhang stehen.

Beide Werte entwickeln sich in Richtung und Stärke gleich, das entspricht einer Korrelation. Wenn nicht, dann gibt es keinen Zusammenhang.

Einsatz externer Mitarbeiter – Beschwerden der Bewohner

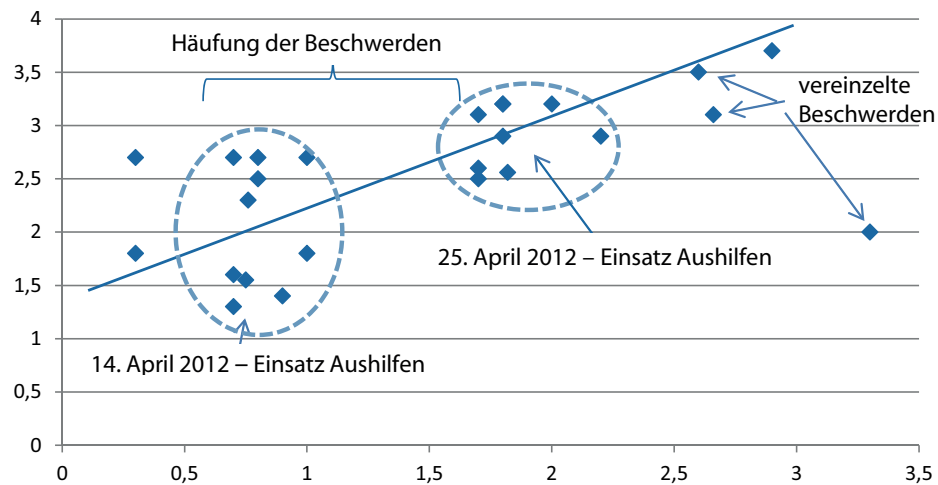


Abb. 1.8: Korrelationsdiagramm „Zusammenhang zwischen dem Einsatz externer Mitarbeiter (Aushilfen) und der Häufigkeit von Beschwerden durch Bewohner“

In unserem Beispiel wurde geprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen wechselndem Personal und Beschwerden der Bewohner gibt.

FMEA (Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse)

Die FMEA ist eine analytische Methode, um Schwachstellen zu finden. Sie wird im Rahmen des Qualitätsmanagements zur Fehlervermeidung und Erhöhung der Zuverlässigkeit vorbeugend eingesetzt. Vor allem in der Phase der Entwicklung eines neuen Produktes oder beim Einsatz einer neuen Methode wird sie eingesetzt. Mit dieser Methode werden die Eignung eines neuen Produktes und Risiken analysiert, das Zusammenwirken von Teilsystemen in einem übergeordneten Systemverbund betrachtet oder es werden Schwachstellen in einem Leistungsprozess aufgezeigt.

Die Art der FMEA zeigt in seiner Bezeichnung schon, worauf sich die jeweilige Analyse bezieht. In einer stationären Pflegeeinrichtung werden die „System-FMEA“ und die „Prozess-FMEA“ eine größere Rolle spielen. Weitere Arten sind die „Design-FMEA“, „Hardware-FMEA“ und „Software-FMEA“.

Vorsorgende Fehlervermeidung statt nachsorgender Fehlererkennung – und Korrektur

Arten

Vorgehen

Muster Formblatt FMEA
(F_01_1.2.5.2.docx)

- Bildung eines interdisziplinären Arbeiterteams.
- Analyse wird mit entsprechenden Formblättern oder Software durchgeführt.
- Potenzielle Fehler werden analysiert. Zur Ermittlung möglicher Ursachen kann ein Ishikawa-Diagramm (siehe oben) erstellt werden.
- Kennzahlen (zwischen 1 und 10) zur **B**edeutung, zur **A**uftretenswahrscheinlichkeit und zur **E**ntdeckungswahrscheinlichkeit bilden die Grundlage zur Risikobeurteilung.
- Berechnung der Risiko-Prioritätszahl (RPZ): $RPZ = B \times A \times E$ (B: Bedeutung; A: Auftretenswahrscheinlichkeit; E: Entdeckungswahrscheinlichkeit)
- Maßnahmen zur Fehlervermeidung werden abgeleitet.

Fehler-MÖGLICHKEITS- und Einfluss-Analyse							
Name der Einrichtung oder Logo	System-FMEA-Produkt System-FMEA-Prozess						FMEA-Nr:
Betroffener Bereich/Fehlerort:	Prozess-verantwortlich:	Erstellt durch:	Änderungsstand:		E	RPZ	Erstellungsdatum:
Mögliche Fehlerfolgen	B	Möglicher Fehler	Mögliche Fehlerursache	Vermeidungsmaßnahmen	A	Entdeckungsmaßnahmen	V/T
Bewohner ist übel nach Tabletten-einnahme	8	falsches Medikament verabreicht	– falsche Verordnung – falsch gerichtet – falscher Einnahmepunkt	– Überprüfung der Verordnung durch Arzt – Überwachung des Richtens – nochmalige Überprüfung der gerichteten Medikamente	7	– Rücksprache mit Arzt – Prozess Richten überwachen	Frau Thiem, 18.7.2012
Kleidung oft sehr ausgewaschen	9	falsch gewaschen	– falsches Waschmittel – zu heiß gewaschen	Überprüfung der Waschlappen	10	Kontrolle der Wäsche nach Eingang	90

A Bewertungszahl für die Auftretenswahrscheinlichkeit unwahrscheinlich 1 sehr gering 2-3 gering 4-6 mäßig 7-8 hoch 9-10	B Bewertungszahl für die Bedeutung kaum wahrnehmbare Auswirkung unbedeutender Fehler, geringe Belastung des Kunden 1 mäßig schwerer Fehler 2-3 schwerer Fehler, Verärgerung des Kunden 4-6 äußerst schwerwiegender Fehler 7-8 9-10	E Bewertungszahl für die Entdeckungswahrscheinlichkeit hoch 1 mäßig 2-3 gering 4-6 sehr gering 7-8 unwahrscheinlich 9-10
---	--	--

Risikoprioritätenzahl
Rischio hoch 1000
mittelmäßig 125
niedrig 1
RPN = A*B*C

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

– unbesetzt –

1.3 Prozessmanagement, PDCA

Was ist ein Prozess, warum stellen wir Prozesse in Verfahrensanweisungen dar und warum visualisieren wir sie in Flussdiagrammen? Wie arbeite ich effektiv mit dem PDCA-Zyklus und wie komme ich damit zu einer kontinuierlichen Verbesserung meiner Arbeit? Diese Fragen werden in diesem Kapitel geklärt und sollen Sie dazu ermuntern, auch Ihre Prozesse, so wie sie auch in den Kapiteln drei und vier beispielhaft aufbereitet wurden, zu strukturieren.

1.3.1 DENKEN IN PROZESSEN UND BESCHREIBUNG VON PROZESSEN

1.3.1.1 Der Prozess

„Ist die Gesamtheit von in **Wechselbeziehungen** stehenden **Abläufen, Vorgängen** und **Tätigkeiten**, durch welche Werkstoffe, Energien oder Informationen transportiert oder umgeformt werden. Zur Beschaffenheit eines Prozesses gehören demnach alle Merkmale und Merkmalswerte der in Wechselbeziehungen stehenden **Abläufe, Vorgänge** und **Tätigkeiten**.“ DIN EN ISO.

Definition Prozess

In dieser sehr trockenen Definition eines Prozesses stecken Hinweise, welche Bestandteile einen Prozess ausmachen. Wenn wir nun eine Tätigkeit durchführen, ob pflegerisch oder verwaltungstechnisch, dann gibt es eine Vielzahl von Einflüssen und Auswirkungen, die diesen Vorgang betreffen. Um alle Einflüsse und Auswirkungen (Wechselwirkungen) zu erfassen und nicht nur die bloße Tätigkeit, werden Prozesse beschrieben. Nur wenn ich diese Faktoren auch kenne, kann ich einen Prozess beeinflussen und steuern und nicht dem Zufall überlassen.

Anhand des Beispiels „Stellen von Medikamenten“ aus dem Medikamentenmanagement soll Ihnen verdeutlicht werden, dass es nicht ausreicht, die bloße Tätigkeit **Stellen der Tabletten** losgelöst von allem „Drumherum“ zu beschreiben, sondern auch die Einflüsse sowie vorgelagerten und nachgelagerten Tätigkeiten zu betrachten.

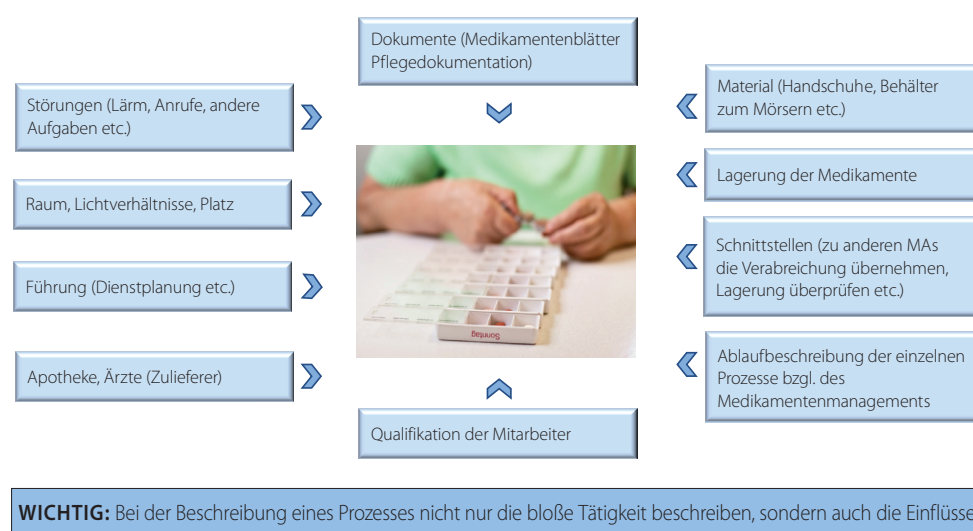


Abb. 1.9: Übersicht „Einflüsse auf den Prozess Stellen/Richten von Medikamenten“

Bei der Beschreibung des Prozesses muss zu allen genannten Faktoren und Einflüssen eine Aussage getroffen werden.

Wenn Sie Tätigkeiten, Abläufe oder Vorgänge in diesem Gesamtkontext darstellen, dann sehen Ihre Mitarbeiter nicht nur ihre eigene Aufgabe in diesem Prozess, sondern können durch das Wissen um die anderen Tätigkeiten und Einflüsse auch gezielt auf einen reibungslosen Ablauf hinwirken.

1.3.1.2 Beschreibung eines Prozesses anhand eines Flussdiagramms

Sie können einen Prozess im Fließtext beschreiben, oder aber visualisiert als Flussdiagramm darstellen. Wir favorisieren die Beschreibung der Abläufe im Flussdiagramm, um:

- einzelne Tätigkeiten separat darzustellen,
- Fragestellungen und damit den Fortgang eines Prozesses in verschiedene Richtungen deutlich zu machen,
- Wiederholungen im Ablauf aufzuzeigen,
- zugehörige Dokumente den einzelnen Schritten direkt zuzuordnen und
- den verantwortlichen Mitarbeiter für einzelne Schritte aufzuzeigen.

Vorteile

Durch die Visualisierung eines Prozesses fällt es Ihnen leichter, Schwachstellen, Schnittstellen und Einflüsse zu identifizieren. Außerdem können sich Ihre Mitarbeiter viel schneller einen Überblick über den Prozess machen, als wenn sie erst einen langen Text lesen müssen. Die Mitarbeiter können immer wieder nachschauen, wenn sie zu einzelnen Schritten Fragen haben und haben eine Step-by-Step-Anleitung zur Durchführung der Tätigkeiten.

Muster VAW
(F_03_1.2.4.2.docx)

Die Arbeitshilfe F_03_1.2.4.2.docx zeigt Ihnen die Bestandteile eines Flussdiagramms, welche wir in unseren Beschreibungen nutzen. Es gibt noch eine Vielzahl weiterer Symbole, die Sie nutzen können. In jedem Word-Programm finden Sie diese unter „Einfügen“ – „Formen“ – „Flussdiagramm“. Um einen Prozess nicht zu kompliziert darzustellen, nutzen wir nur die angegebenen Symbole.

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	1.2.4.2 Qualitätsmanagement Muster VAW	Geltungsbereich: SD	
	Dokument (Nr.) F_03_1.2.4.2	Phase: ...	



Hier wird angegeben, in welche Phase des PDCA-Zyklus das Dokument zugeordnet wird.

Ziel/Zweck

Hier werden das Ziel bzw. der Zweck einer Verfahrensanweisung zum jeweiligen Prozess kurz erläutert.

Inhalte:

- Warum erstellen Sie diese VAW?
- Kurze Einführung in das Gesamtthema
- Stellen Sie einen Bezug zu der Arbeit Ihrer Mitarbeiter her.

Zielerreichungskriterium:

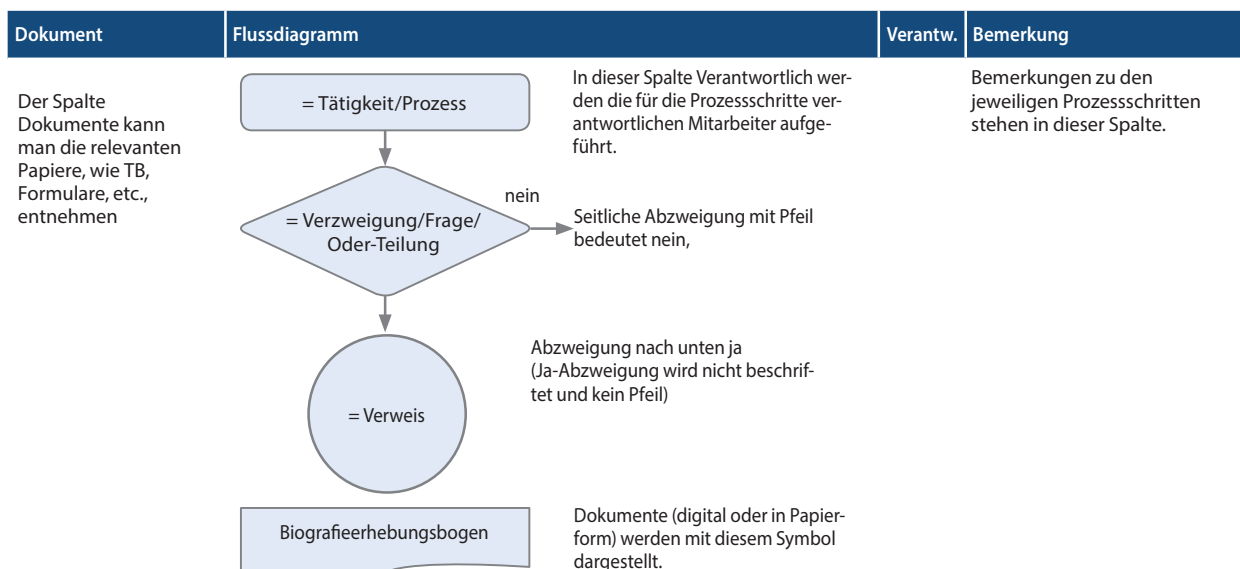
Formulieren Sie Ziele, die realistisch, zeitlich eingegrenzt und eindeutig sind. Sie müssen die Ziele messen können! Für einen Prozess gibt es Ziele für verschiedene Sichtweisen/Ebenen: Einzelfall, einrichtungsbezogene Sichtweise und mitarbeiterbezogene Sichtweise.

Woran erkennen Sie die erfolgreiche Umsetzung dieses Prozesses? Was wollen Sie in der Checkphase auswerten? Die Auswertung der Ziele muss in der Checkphase erkennbar sein.

Verantwortlichkeit für den Gesamtprozess:

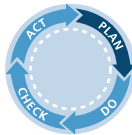
Benennen Sie den Verantwortlichen, der übergeordnet für diesen Prozess verantwortlich ist. Meist ist es die Leitung des Bereichs (Einrichtungsleitung, PDL). Die Verantwortung für die einzelnen Schritte wird dann in der Prozessbeschreibung (Flussdiagramm) deutlich und muss an dieser Stelle nicht genannt werden.

Prozessbeschreibung:



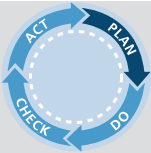
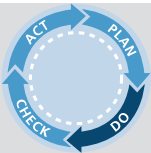
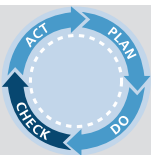
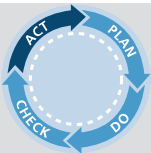
Anmerkung der Redaktion: Mögliche Darstellungselemente für ein Flussdiagramm.

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	1.2.4.2 Qualitätsmanagement Muster VAW	Geltungsbereich: SD	
	Dokument (Nr.) F_03_1.2.4.2	Phase: ...	

Mitgeltende Dokumente:

Tragen Sie in diese Tabelle alle Formulare, Konzepte, Anweisungen, Checklisten usw. ein, die für diesen Prozess verwendet werden.

Phase	Dokument (Dateiname)
	• Verfahrensanweisung • Konzepte • Arbeitsanweisungen • Dienstanweisungen • Schnittstellenübersichten • etc.
	• Nachweisprotokoll zur Einführung des Verfahrens • Checklisten • Formulare • Protokolle • etc.
	• Formulare für Auswertungen • vorbereitete Diagramme • etc.
	• Formulare zur Anpassung • Protokolle zum Nachweis der Maßnahmen • etc.

© AOK-Verlag GmbH

Gesetzliche Grundlagen:

Führen Sie hier die gesetzliche Grundlage oder individuelle Vereinbarungen mit Kunden, Lieferanten etc. Ihres Handelns bzgl. dieses Prozesses auf.

Abkürzungen:

Diese Felder geben Ihnen Auskunft darüber, wer die VAW erstellt hat und durch wen die Freigabe erfolgt ist sowie wann eine Revision ansteht.

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

1.3.1.3 Vorgehensweise bei der Erstellung eines Flussdiagramms

Verschiedene Vorgehensweisen bei der Erstellung von Flussdiagrammen sind möglich. Je nachdem, in welcher „Ausgangssituation“ Sie sich befinden, ist die Vorgehensweise eine andere.

Wichtige Prozesse sind in einer Verfahrensweisung mit Flussdiagramm beschrieben. Ihr Ziel

Ausgangssituation 1:

Sie eröffnen eine stationäre Pflegeeinrichtung und erstellen erstmals ein QMH

In diesem Fall ist es sinnvoll, von Anfang an alle Beschreibungen in Form eines Flussdiagramms darzulegen. Es bietet sich an, Qualitätszirkel für verschiedene Themenbereiche zu bilden und nach und nach ihre Prozesse zu beschreiben. Überlegen Sie, welche Schritte im Einzelnen durchgeführt werden, was Sie dazu benötigen (Material, Dokumente, Informationen) und wer diesen Schritt durchführt. Überlegen Sie weiter, welche Probleme auftreten bzw. auftreten könnten und wo erfahrungsgemäß Unsicherheiten bei den Mitarbeitern bestehen. Machen Sie im Ablauf deutlich, wo Abläufe unterschiedliche Möglichkeiten bieten und wo Wiederholungen von Abläufen stattfinden. Visualisieren Sie die Prozessschritte an einer Flipchart (oder Projektion an die Wand mit Beamer), so dass alle Teilnehmer aktiv mitarbeiten können.

Ausgangssituation 2:

Sie haben ein QMH und ihre Prozesse sind im Fließtext beschrieben

Auch mit dieser Ausgangssituation bieten sich Qualitätszirkel oder andere Arbeitsgruppen an, die Prozesse in Ihrer Einrichtung unter die Lupe zu nehmen.

- Betrachten Sie zunächst Ihr Inhaltsverzeichnis des QMH. Wie ist es aufgebaut? Z. B. nach Bereichen wie bspw. Pflege, Hauswirtschaft, Betreuung, Verwaltung, Haustechnik, Küche oder in „Führung“, „Mitarbeiter“, „Verwaltung“ oder schon nach Prozessen? Wenn Sie Prozesse in ihrer Gesamtheit, wie in Abbildung 1.9 dargestellt, betrachten und beschreiben wollen, dann wird es Ihnen schwer fallen, diese im QMH zuzuordnen, wenn Sie Ihr Inhaltsverzeichnis nicht auch nach Prozessen sortiert haben.

Das beste Beispiel hierfür ist der Prozess „Heimeinzug“. Ordnen Sie ihn in die Verwaltung, in die Pflege oder Hauswirtschaft ein? Teile von diesem Prozess gehören in die einzelnen Bereiche, aber dann können Sie ihn nicht in seiner Gesamtheit darstellen oder müssten ihn an mehreren Stellen im QMH ablegen.

- Legen Sie fest, welche Prozesse Sie beschreiben wollen. Wie bereits im Kapitel 1.2.4.1 dargelegt, entscheiden Sie selbst, welche Prozesse Sie so detailliert beschreiben und welche Sie nur nennen. Falls Sie sich jedoch beispielsweise für ein System der DIN EN ISO, EFQM, KTQ Qualitätssiegel entscheiden, gibt es einige Prozesse, die beschrieben werden müssen. Auch wenn es keine pflegerischen Prozesse sind, lautet die Empfehlung, diese auf jeden Fall zu beschreiben, da sie der Sicherstellung der Qualität dienen.

Auszug aus einer
Verfahrensweisung
(F_03_1.3.1.3.docx)

Arbeitshilfe Muster
Inhaltsverzeichnis
beachten
(F_02_1.2.4.2.docx)

Ermöglicht einen
schnellen Überblick
über den Prozess.

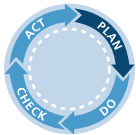
- Analysieren Sie nun Ihre Dokumente und ordnen Sie alle den jeweiligen Prozessen zu. Unter den Dokumenten werden Ablaufbeschreibungen, Formulare, Checklisten, Anschreiben, Auswertungsformulare etc. sein.
- Strukturieren Sie nun den zu bearbeitenden Prozess. Teilen Sie, wenn notwendig, den Prozess in Teilprozesse auf und besprechen Sie gemeinsam den Ablauf vom Anfang bis zum Ende. Analysieren Sie hierzu Ihre Beschreibung (Fließtextbeschreibung) und lösen Sie die einzelnen Schritte heraus.
- Schreiben Sie alle vorhandenen Dokumente in die dafür vorgesehene Spalte zu den einzelnen Schritten dazu.
- Überlegen Sie, wer (welche Qualifikation) die einzelnen Schritte ausführt und schreiben Sie dies auch in die dafür vorgesehene Spalte.
- Überlegen Sie, welche wichtigen Anmerkungen in der Spalte „Bemerkungen“ unerlässlich bzw. hilfreich sind.
- Runden Sie Ihre Verfahrensbeschreibung ab, indem Sie die anderen Punkte „Ziel und Zweck“, „Zielerreichungskriterien“, „Verantwortung im Gesamtprozess“, evtl. „Referenzen“ ausfüllen. Vergessen Sie nicht zu beschreiben, wie die Sicherstellung der Qualität für diesen Prozess erfolgt und wie Sie die Messung der Zielerreichungskriterien vornehmen.

Ausgangssituation 3:

Sie haben ein QMH und einige Tätigkeiten sind teilweise im Flussdiagramm und teilweise im Fließtext beschrieben

In diesem Fall gehen Sie genauso wie im Fall 2 vor. Hier haben Sie den Vorteil, dass bereits Flussdiagramme bestehen. Integrieren Sie diese in den jeweiligen Gesamtprozess.

Ein gut gemachtes Diagramm (Flussdiagramm, Ablaufdiagramm) ermöglicht einen schnellen Überblick über den Prozess.

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	1.3.1.3 Qualitätsmanagement Auszug aus einer Verfahrensanweisung	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) F_03_1.3.1.3	Phase: PLAN	

Vom Fließtext zum Flussdiagramm

Beispielhafte Beschreibung der Arbeitsschritte innerhalb einer Verfahrensweisung

„Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ in Form eines Textes

Bei jedem Bewohner, bei dem eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, ist das **Dekubitusrisiko** mittels „**Erhebungsbogen Dekubitusrisiko**“ zu **beurteilen**. Dies muss unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags (d. h. bei Einzug des Bewohners in unsere Einrichtung bzw. z. B. bei Rückkehr des Bewohners aus dem Krankenhaus) und danach in individuell festzulegenden Zeitabständen erfolgen. Das Dekubitusrisiko muss sofort eingeschätzt werden, wenn sich Veränderungen der Mobilität oder Aktivität ergeben haben oder eine Einwirkung externer Faktoren (Sonden, Katheter) erfolgt. Insofern ein Dekubitusrisiko nicht besteht, sind auch **keine weiteren Maßnahmen** erforderlich.

Besteht eine Dekubitusgefährdung des Bewohners, so ist sofort durch regelmäßige Bewegungsförderung für eine Druckentlastung zu sorgen. Hierzu wird zunächst ein **individueller Bewegungsplan erstellt**. Es wird von der Pflegefachkraft festgelegt in welcher Häufigkeit, welche Art der Bewegungsförderung erfolgen sollte. Hierzu muss die Pflegefachkraft den Bewohner/Angehörigen/ Betreuer **informieren, aufklären und beraten**, um eine gemeinsame erfolgreiche Zusammenarbeit zu gewährleisten. Ist bei dem Dekubitus gefährdeten Bewohner eine Druckentlastung durch regelmäßige Bewegungsförderung bzw. regelmäßige Positionswechsel, Lagerungswechsel nicht ausreichend durchführbar, so muss zusätzlich ein druckverteilendes **Hilfsmittel** (z. B. dynamische Matratze, viscoelastische Schaumstoffmatratze/-kissen) **eingesetzt werden**. Die **Checkliste** zur „**Kriterienerfassung Antidekubitusmatratze**“ muss ausgefüllt werden und stellt eine Hilfe für das Sanitätshaus dar, um die passende Matratze auszuwählen.

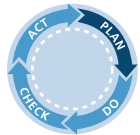
Die **Bewegungsförderung** muss an die Individualität des Bewohners angepasst sein. Hierbei ist zu berücksichtigen, ob er Schmerzen hat und über welche Ressourcen bzw. Einschränkungen in der Beweglichkeit er verfügt.

Nach jedem Positionswechsel sind die **Hautareale zu inspizieren**, die zuvor belastet waren. Besteht eine **Hautrötung**, so ist umgehend ein **Fingertest durchzuführen**.

Wurde ein **Dekubitus Grad I** festgestellt, muss das **betroffene Hautareal sofort druckentlastet** werden, um die Hautrötung zum Abklingen zu bringen und eine Verschlechterung der Hautsituation zu vermeiden. Eine Behandlung der Hautrötung ist in der Regel nicht erforderlich, weil die Haut noch intakt ist. Verschiedene **Maßnahmen** müssen **angepasst werden**. Beispielsweise müssen die Lagerungsintervalle verkürzt werden, Bewegungsförderung und individuelle Hautpflege müssen angepasst werden.

Als Hauptmaßnahme der Überprüfung der Effektivität der durchgeführten dekubitusprophylaktischen Verrichtungen ist eine **Hautinspektion durchzuführen**. Dazu muss die gesamte Körperoberfläche des Bewohners angesehen werden, besonders aber die Areale über Knochenvorsprüngen und die Haut im Bereich von Sonden oder Kathetern. Das Ziel ist erreicht, wenn kein Dekubitus vorhanden ist.

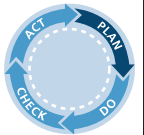
Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	1.3.1.3 Qualitätsmanagement Auszug aus einer Verfahrensanweisung	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) F_03_1.3.1.3	Phase: PLAN	

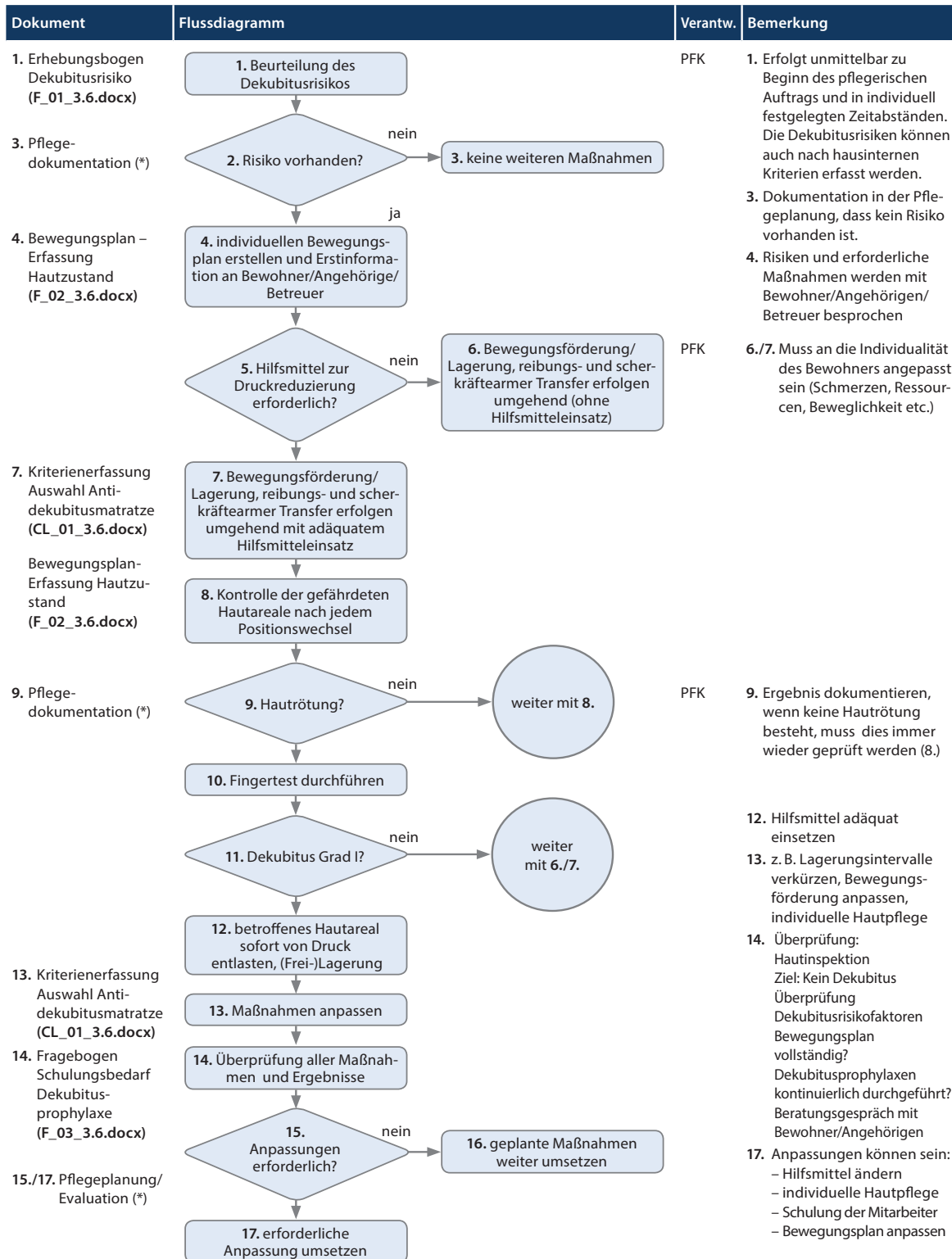
Es ist in individuell festzulegenden Abständen zu prüfen, ob die geplanten Maßnahmen wie Bewegungsförderung bzw. Lagern, Hautkontrollen, Hautpflege regelmäßig durchgeführt wurden und die Dekubitusrisikofaktoren sind zu erheben. Bei Veränderung der Mobilität, Aktivität und/oder Versorgung mit Sonde oder Katheter müssen die Dekubitusrisikofaktoren unverzüglich erhoben werden und wenn sich das Dekubitusrisiko erhöht hat, sind alle **Maßnahmen** entsprechend **anzupassen** (Hilfsmittel ändern, Bewegungsplan anpassen, Schulung der Mitarbeiter etc.).

Zum Ergebnis und allen erforderlichen Änderungen sollten der Bewohner und seine Angehörigen/Betreuer informiert werden. Unsere Pflegefachkräfte haben in Schulungen die Kompetenz erworben, den Bewohner zur Hautbeobachtung und zu druckentlastenden Maßnahmen anzuleiten und zu druckverteilenden Hilfsmitteln zu informieren, sowie seine Eigenbewegung zu fördern.

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	1.3.1.3 Qualitätsmanagement Auszug aus einer Verfahrensanweisung	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) F_03_1.3.1.3	Phase: PLAN	

Beispielhafte Beschreibung der Arbeitsschritte innerhalb einer Verfahrensanweisung „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ in Form eines Flussdiagrammes



In der Textbeschreibung sind alle **Prozessschritte blau markiert**. Alle Dokumente, die im Text erwähnt

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:



– unbesetzt –



1.3.2 MIT DER ANWENDUNG DES PDCA-ZYKLUS DIE PROZESSE KONTINUIERLICH VERBESSERN

Ein zentrales Anliegen von QM-Systemen ist die kontinuierliche Verbesserung. Alle Prozesse, die einmal beschrieben wurden, werden einer ständigen Überprüfung unterzogen, ob sie so weiterlaufen sollen oder ob Veränderungen bzw. Verbesserungen vorgenommen werden müssen. Andere Prozesse werden in der Folge der Überprüfung der bereits beschriebenen Prozesse und der daraus resultierenden Ergebnisse erst dargelegt, weil sie für notwendig erachtet werden.

Damit wird deutlich, dass der PDCA-Zyklus zum einen eingesetzt wird, um Probleme und Schwachstellen zu erkennen, aber auch, um neue Prozesse einzuführen oder Problemlösungsstrategien systematisch zu entwickeln.

Damit kommt der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) zur Anwendung und der PDCA-Zyklus ist ein zentrales Element zur Steuerung des Managementsystems.

Mithilfe des PDCA-Zyklus können Sie:

- Probleme und Schwachstellen erkennen
- Neue Prozesse einführen
- Problemlösungsstrategien systematisch entwickeln

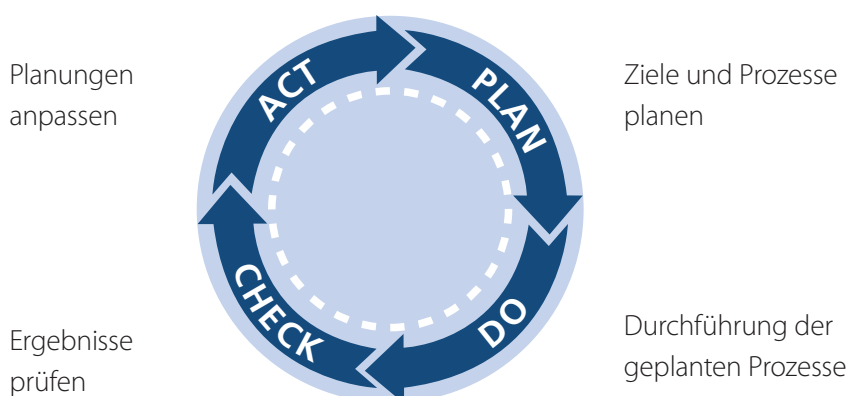


Abb. 1.10: PDCA-Zyklus

So gehen Sie vor:

PLAN

Bleiben Sie realistisch

- Planen Sie Ihr Ziel und die einzelnen Arbeitsschritte.
- Legen Sie Ziele fest und überlegen Sie schon an dieser Stelle, wie das Ziel überprüft werden soll.
- In der Planungsphase entscheiden Sie, welche Maßnahmen, Methoden und Strategien angewendet werden.

Entwickeln Sie schon, bevor Sie mit der Phase DO beginnen, alle Dokumente für die Phasen CHECK und ACT.

Zugehörige Dokumente: Konzepte, Verfahrensanweisungen, Arbeitsanweisungen, unausgefüllte Formulare

Beachten Sie: Wenn in diesem ersten Schritt keine realistische Planung mit wirklich messbaren Zielen (in Zahlen ausgedrückte Ziele) erfolgt, kann bei der späteren Messung der Ergebnisse im CHECK ohne festgelegte messbare Parameter kein Ergebnis herauskommen, das tatsächlich nachgewiesen werden kann. Was soll dann im Schritt ACT angepasst und verändert werden?

DO

- Setzen Sie Ihre Planung in die Tat um.
- In der zweiten Phase führen Sie die Maßnahme genau nach Plan durch.

Durchhalten!

Fordern Sie Ihre Mitarbeiter auf, sich wirklich exakt an den „Plan“ zu halten (außer, es entsteht dadurch eine Gefahr), da ansonsten die nächsten Phasen nicht wirken können.

Zugehörige Dokumente: Hier werden die Vorgabedokumente wie Formulare ausgefüllt und werden damit zu Nachweisdokumenten.

Beachten Sie: In dieser Phase ist es sehr wichtig, alle Mitarbeiter dafür zu sensibilisieren, sich auch wirklich an die vorgegebene Planung zu halten und diese auch durchzuhalten. Oftmals passiert es, dass eine VAW neu eingesetzt wird. Nachdem der eine oder andere Mitarbeiter festgestellt hat, dass etwas nicht funktioniert, wird das Problem in der Übergabe besprochen und einfach, ohne dass alle Mitarbeiter daran beteiligt und informiert sind, abgeändert. Dies hat zur Folge, dass die Ergebnisse, die gemessen werden sollen, verfälscht sind. Somit kann keine adäquate Anpassung mehr erfolgen.

CHECK

Auswertungen nicht einfach weglegen

- Prüfen Sie den Erfolg.
- Hier gleichen Sie die Ziele mit dem erreichten Ergebnis ab.
- Es erfolgt eine Bewertung des festgestellten Ergebnisses derart, dass die folgende Frage beantwortet werden muss: „Eignen sich die festgelegten Methoden und Strategien zur Zielerreichung?“

Zugehörige Dokumente: Checklisten, Fragebögen, ergebniszusammenführende Tabellen

Beachten Sie: Bleiben Sie ehrlich bei der Auswertung der Ergebnisse. Vergessen Sie nicht, die ausgefüllten Fragebögen zeitnah auszuwerten.

ACT

Hier schließt sich der Kreis

- Bessern Sie nach – wo es hakt.
- Wenn Sie im CHECK Abweichungen festgestellt haben, müssen Sie Korrekturmaßnahmen einleiten.

Diese fließen in den PLAN ein. Damit beginnt dieser Kreislauf von Neuem.

Zugehörige Dokumente: Auflistung der Korrekturmaßnahmen, Protokolle als Nachweis für Änderungen im PLAN

Beachten Sie: Das ist die Phase, die oftmals am wenigsten Beachtung findet. Achten Sie darauf, dass die Ergebnisse aus dem CHECK auch wirklich Auswirkungen auf Ihre Arbeit haben und nicht einfach mit der Aussage „Ja, das wissen wir ja schon“ in der Schublade liegen bleiben. Arbeiten Sie zeitnah die Konzepte oder Verfahrensanweisungen um und besprechen Sie diese Änderungen mit allen betroffenen Mitarbeitern.

Durch mehrmaliges Durchlaufen des PDCA-Zyklus werden die Prozesse schrittweise verändert, verbessert und optimiert. Immer wieder werden neue (kleinere) Etappenziele festgelegt, um die festgesetzten Ziele zu erreichen. Optimierung heißt, dass durch das wiederholte Durchlaufen bestehende „Schwachstellen“ im Prozess immer mehr eingegrenzt und reduziert werden bis hin zu einem gewünschten Ablauf. Dieser Kreislauf kann auf alle Prozesse in Ihrer Einrichtung angewendet werden: Bei der Entwicklung eines Konzeptes, z. B. „Konzept für die Durchführung der Pflegevisite“, genauso wie bei der Durchführung einer qualitätssichernden Maßnahme wie z. B. der Pflegevisite selbst.



– unbesetzt –



1.4 Qualität messen und steuern

Die Ergebnisqualität beschreibt die Wirkung der Pflege, der sozialen Betreuung, Unterkunft und Verpflegung auf die Bewohner. Sie zeigt sich in dem im Rahmen der geplanten Pflege erreichten Zustand des Bewohners sowie dem erreichten Grad an Wohlbefinden, Zufriedenheit und Unabhängigkeit, welches sich in seinem Verhalten ausdrücken kann.

Das Ergebnis von Pflege, sozialer Betreuung, Unterkunft und Verpflegung ist regelmäßig zu überprüfen. In der Dokumentation ist nachvollziehbar und aktuell dargestellt, ob und wie das geplante Ziel erreicht ist.

1.4.1 MÖGLICHE MESSBARE PARAMETER UND INDIKATOREN FÜR DIE QUALITÄT

Parameter und Indikatoren lassen sich auf den Ebenen der *Strukturqualität*, *Prozessqualität* und *Ergebnisqualität* darstellen.

Strukturqualität:

Strukturqualität stellt sich in den Rahmenbedingungen des Leistungserbringungsprozesses dar. Hierunter ist insbesondere die personelle und sachliche Ausstattung der vollstationären Pflegeeinrichtung zu subsumieren.

Prozessqualität:

Prozessqualität bezieht sich auf den Ablauf der Leistungserbringung. Es geht dabei u. a. um Fragen der Anamnese und Planung, der Durchführung und der Dokumentation des Pflegeprozesses.

Ergebnisqualität:

Ergebnisqualität ist der Zielerreichungsgrad der erbrachten Leistung. Hierbei wird das angestrebte Ziel mit dem tatsächlich erreichten Zustand abgeglichen, wobei das Befinden und die Zufriedenheit des Bewohners berücksichtigt werden.

1.4.2 ERHEBUNG DER DATEN UND PARAMETER

Legen Sie fest, für welche Bereiche Sie Daten sammeln wollen (z. B. Dekubitusrate, Stürze mit gravierenden Folgen, Gurtfixierungen, Anzahl der Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, Anzahl der Beschwerden bzgl. der Wäschereinigung etc.) und welche Informationen Sie sich von diesen Daten erhoffen. Sind die erhobenen Daten Qualitätsindikatoren oder beschreiben sie „nur“ einen Zustand oder Verlauf – das müssen Sie klären, damit keine falschen Ableitungen vorgenommen werden.

Legen Sie weiterhin fest, auf welchem Formular diese Daten erfasst werden und wie sie von einzelnen Bewohnern oder Fällen zusammengeführt werden. Weiterhin müssen Sie einen Auswertungsrhythmus festlegen. Die erhobenen Daten werden in der CHECK-Phase ausgewertet und, nachdem sie bewertet wurden, können in der Anpassungsphase Ableitungen getroffen werden. Für die Bewertung können Sie die verschiedenen Werkzeuge, die im Kapitel 1.2.5.2 vorgestellt wurden, nutzen.

Vorgehen bei der Erhebung von Daten und Parametern:

- Festlegung, welche Daten erhoben werden
- Bestimmen, ob es Qualitätsindikatoren oder beschreibende Daten sind
- Überlegen, was Sie damit machen wollen
- Auswerten der Daten
- Bewerten der Daten
- Maßnahmen ableiten
- Abgeleitete Maßnahmen in die Planung einbeziehen und evtl. Abläufe und Formulare ändern

1.5 Grundlagen und gesetzliche Bestimmungen

Im Folgenden werden die Grundlagen und gesetzlichen Bestimmungen aufgezählt, die eine unmittelbare Relevanz für die Erbringung der Qualität in Ihrer Einrichtung haben.

Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011

Anlage nach Ziffer 5 (ambulant) bzw. 7 (stationär) der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten und stationären Pflege in Bezug auf die Anforderungen an die Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation von Prüfinstitutionen und unabhängigen Sachverständigen nach § 114 Abs. 4 SGB XI sowie die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren

Qualitätsprüfungs-Richtlinien – Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) vom 17. Januar 2014:

Der GKV-Spitzenverband hat unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung aufgrund des § 114 a Abs. 7 SGB XI i. V. mit § 53 SGB XI am 10. Dezember 2013 die Richtlinien als Mindestanforderungen für die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität sowie für das Verfahren zur Durchführung von solchen Prüfungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung beschlossen. Auf Grundlage dieser QPR führen die MDK seit dem 1. Februar 2014 Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen durch.

Vereinbarung nach § 115 Abs. 1 a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege – **Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)** – vom 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 10. Juni 2013.

Anlage 1 – Kriterien der Veröffentlichung

Anlage 2 – Bewertungssystematik

Anlage 3 – Ausfüllanleitung für die Prüfer

Anlage 4 – Darstellung der Prüfergebnisse

Die QPR sowie die PTVS samt Anlagen finden Sie im Online-Kundenbereich auf unserer Homepage.

Übersicht der Landesheimgesetze (siehe 2.1 dieses Werkes)

Infektionsschutzgesetz

Arbeitsschutzgesetz

Medizinproduktegesetz (MPG)

In den Landesheimgesetzen findet sich in der Regel ein Passus zu den Anforderungen an ein Qualitätsmanagement, z. B.

Mecklenburg-Vorpommern

Gesetz zur Förderung der Qualität in Einrichtungen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung sowie zur Stärkung ihrer Selbstbestimmung und Teilhabe (Einrichtungenqualitätsgesetz – EQG M-V) vom 17. Mai 2010

§ 3 Abs. 1 Nr. 7: Voraussetzung für den Betrieb einer Einrichtung nach § 2 Absatz 1 oder 2 ist, dass der Träger und die Leitung ... ein Verfahren zur Sicherung der Qualität der Leistungen oder ein Qualitätsmanagement betreiben.

Hamburg

Hamburgisches Gesetz zur Förderung der Wohn- und Betreuungsqualität älterer, behinderter und auf Betreuung angewiesener Menschen (Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz – HmbWBG)

§ 14 Personal- und Qualitätsmanagement

(1) Der Betreiber hat ein Personal- und Qualitätsmanagement zu führen, das darauf ausgerichtet ist, die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten und zu entwickeln sowie die Leistungen der Wohneinrichtung kontinuierlich zu verbessern, insbesondere durch

1. eine sachgerechte Aufbau- und Ablauforganisation einschließlich der von Aufgaben, Verantwortungsbereichen und Befugnissen der Beschäftigten sowie der Vorhaltung von Stellenbeschreibungen,
2. ein Beschwerdemanagement,
3. regelmäßige Dienst- und Fallbesprechungen,
4. die Entwicklung und Anwendung von Verfahrensstandards für die Leistungserbringung sowie
5. eine systematische Informationsweitergabe innerhalb der Wohneinrichtung,
6. eine regelmäßige Messung der Lebensqualität der Nutzerinnen und Nutzer. Die Maßnahmen sind regelmäßig auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen.

(2) Der Betreiber hat die Beschäftigten alle zwei Jahre in schriftlicher und anonymisierter Form auf Grundlage eines einheitlichen Erhebungsbogens zu ihrer Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und den Möglichkeiten zur Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Arbeitsprozessen zu befragen und den Beschäftigten das Ergebnis mitzuteilen.

Rheinland-Pfalz

Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) vom 22. Dezember 2009

§ 16 Abs. 2 Nr. 4: Weitere Voraussetzungen für den Betrieb einer Einrichtung sind, dass der Träger ... ein Qualitätsmanagement betreibt ...

Ebenso enthält das **Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung** eine entsprechende Vorschrift:

§ 72 Abs. 3: Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die ... sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln

§ 112 Abs. 2: Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken. Bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).

– unbesetzt –

1.6 Nachhaltigkeit

Die Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems mit allen zugehörigen Arbeitsschritten ist keine einmalige Angelegenheit. Wie im Kapitel zur Beschreibung der Aufgaben des QMB bereits angedeutet, müssen die Prozesse nach und nach entwickelt und eingeführt werden, dann müssen die Aufrechterhaltung und Überwachung gesteuert werden. Die Aufrechterhaltung kann nur gelingen, wenn die CHECK- und ACT-Phasen der jeweiligen Prozesse fester Bestandteil Ihrer Arbeit sind. Sobald Daten gesammelt werden und „in der Schublade verschwinden“ ist der Prozess der kontinuierlichen Verbesserung unterbrochen. Die regelmäßige Beschäftigung und Überarbeitung der Prozesse gemeinsam mit Ihren Mitarbeitern begünstigt das „Dranbleiben“. Es ist sinnvoll, eine Arbeitsgruppe zu installieren, die sich regelmäßig bspw. einmal im Monat trifft und bespricht, welche Maßnahmen bzgl. des QM einzuleiten sind. Auch die Durchführung regelmäßiger interner Audits in allen Bereichen garantiert, dass nicht nur die Prozesse, die durch die obligatorische Pflegevisite und Fachbegleitungen, sondern auch Prozesse aus anderen Bereichen überprüft und verbessert werden.

**Geduld und Beharrlichkeit
zahlen sich aus**

Typische Stolpersteine sind:

- Dokumente sind scheinbar ungeordnet
- Handhabung der Dokumente und des QMH ist nicht eindeutig geklärt
- Einbindung der Mitarbeiter fehlt
- keine regelmäßigen Auswertungen der erhobenen Daten
- Auswertungsergebnisse münden nicht in die Planungsphase
- Anpassungen werden in einem nichtgeplanten Rhythmus (immer auch einfach zwischendurch) durchgeführt
- QMB hat keinen Einfluss auf alle Bereiche und/oder wird nicht der Führungsebene zugeordnet
- „Alles auf einmal“ einführen

– unbesetzt –