

JAHRESBERICHT QUALITÄTSMANAGEMENT

Der Jahresbericht beinhaltet eine Übersicht der Qualitätsinstrumente der Theresienklinik, sowie deren Ziele. Darüber hinaus wird die Struktur des Qualitätsmanagement abgebildet.

Roland Lindhorst

Qualitätsbeauftragter
Theresienklinik

Inhaltsverzeichnis	
JAHRESBERICHT QUALITÄTSMANAGEMENT	0
1. Einleitung.....	2
2. Einbindung des QMs	3
3. Umsetzung des PDCA-Zyklus	4
4. QM CHECK Instrumente	6
4.1 QM Audits.....	6
4.2 Dokumentationsaudits.....	7
4.3 Datenschutzbegehungen	7
4.4 QM Kennzahlen.....	8
4.5 Rehabilitandenbefragung	9
4.6 Beschwerdemanagement	10
4.7 Mitarbeiterbefragung.....	11
5. Projektmanagement.....	12

1. Einleitung

Das Qualitätsmanagement analysiert retrospektiv die Ergebnisse und Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements des abgelaufenen Jahres und leitet daraus prospektiv Verbesserungsmaßnahmen und Ziele für das Folgejahr ab. Diese fortlaufende Analyse wird in einem Jahresbericht dokumentiert. Der Bericht dient der internen Qualitätssicherung. Dazu werden im Folgenden die in der Theresienklinik gebräuchlichen Instrumente des Qualitätsmanagements zur Durchführung und Überprüfung der Ziele in Auszügen dargestellt und erläutert. Das Qualitätsmanagement verfolgt das Bestreben und das Ziel einer kontinuierlichen Qualitätssteigerung und Erhaltung des hohen Qualitätsniveaus.

2. Einbindung des QMs

Das QM wird durch die Teilnahme an vielen regelhaften Besprechungen in die Abläufe und Prozessbeobachtungen der Theresienklinik mit eingebunden. Der Qualitätsbeauftragte nimmt regelhaft und als festes Mitglied an folgenden Sitzungen teil:

Tabelle 1: Besprechungswesen		
Nr.	Besprechung	Leitung
1	Hausleitung	Geschäftsführung
2	Jour Fixe Geschäftsführung	Geschäftsführung
2	Abteilungsleitersitzungen beider Indikationsbereiche	Chefärzte der Abteilungen
3	Jour Fixe Pflegedienstleitungen	-
4	Qualitätszirkel QM	QMB
5	Arbeitskreis Gesundheitsförderung AGF/AGF+	Betriebsarzt
6	Datenschutzausschuss	QMB

Mit Ausnahme der Jour Fixe werden alle Besprechungen protokolliert und in den Folgebesprechungen wieder vorgelegt.

3. Umsetzung des PDCA-Zyklus

Bildquelle: http://st.depositphotos.com/1071909/1827/1827/950/depositphotos_18270301-PDCA-cycle.jpg



Alle QM –Maßnahmen basieren auf dem PDCA-Prinzip. Die im **PLAN** beschriebenen Abläufe werden mit definierten Zielen und Verantwortlichkeiten ergänzt. Das in der Praxis umgesetzte **DO** wird im Rahmen des **CHECK** durch Begehungen, Audits und Befragungen überprüft. Alle Ergebnisse des CHECK werden dokumentiert und für daraus Verbesserungen im Rahmen des **ACT** definiert. Alle Verbesserungsmaßnahmen werden in einer Maßnahmenplanung festgehalten und deren Umsetzung kontinuierlich evaluiert.

Tabelle 2: Umsetzung des PDCA Zyklusses Seite 1

Zyklus	Instrumente	Umsetzung	Nachweis
PLAN	QM Handbuch	Kontinuierliche Pflege und Überprüfung durch das QM. Dokumentenlenkung alle 2 Jahre Projektmanagement Besprechungswesen	Dokument QM- Politik
DO	Besprechungswesen	Siehe Tabelle 1 QM Jahresbericht	Besprechungsübersicht
	Fortbildungen	Einführungstag neuer Mitarbeiter 1 – 2 mal jährlich Allgemeine QM Schulungen finden nach Plan einmal jährlich statt.	Teilnahmenachweise Schulungen
	QM Visiten	QM Visiten meinen den regelhaften unangemeldeten zwanglosen Austausch in entspannter Atmosphäre mit den Abteilungen.	
	QM Audits	Stationen: zweimal jährlich Therapieabteilungen: jährlich Verwaltungsbereiche: jährlich oder alle 2 Jahre	Begehungsprotokolle

Tabelle 2: Umsetzung des PDCA Zyklusses Seite 2

Zyklus	Instrumente	Umsetzung	Nachweis	
CHECK	QM Audits	Stationen: zweimal jährlich Therapieabteilungen: jährlich Verwaltungsbereiche: jährlich oder alle 2 Jahre	Begehungsprotokolle	
	Dokumentationsaudits	Jährliches Audit auf allen Stationen (3-5 Akten als Stichprobe/Station)	Begehungsprotokolle	
	Datenschutzbegehungen	Jährliche Begehungen des Datenschutzausschusses	Begehungsprotokolle/ Datenschutzbericht	
	QM Kennzahlenmatrix	Kontinuierliche Überwachung definierter Kennzahlen Jährliche Auswertung mit der Klinikleitung	Kennzahlenmatrix Protokolle der Hausleitung	
	KTQ Visitationen	Überprüfung des internen QM's durch die KTQ GmbH alle drei Jahre	KTQ Visitationsbericht	
	Rehabilitandenbefragung	Kontinuierliche Befragung aller Rehabilitanden Jährliche Auswertung mit der Klinikleitung Jährliche Präsentation für alle Mitarbeiter	Jahresauswertung Rehabilitandenbefragung	
	Beschwerdemanagement	Kontinuierliche Erfassung von Lob, Anre- gungen und Kritik durch eine Beschwerdebeauftragte Jährliche Auswertung durch das QM	Jahresauswertung Beschwerdemanagement	
	Mitarbeiterbefragung	Befragung aller Mitarbeiter durch eine ex- terne Firma Interne Weiterführung durch den QZ QM	Auswertung Mitarbeiterbe- fragung	
	ACT	Begehungsprotokolle	Siehe Tabelle 1 QM Jahresbericht	Dokument: Übersicht Verbesserungsmaßnahmen
		Visitationsbericht		
QM Jahresbericht				
QM Maßnahmenplanung			Dokument: QM Maßnah- menplanung KTQ Fahrplan	

Der Qualitätsmanagementbeauftragte wendet die in Tabelle 2 dargestellten QM-Instrumente für die Überprüfung des **PLANs** und des **DoS** an. Im Folgenden werden die Instrumente und deren Ergebnisse vorgestellt.

4.1 QM Audits

Bildquelle: <http://yougov.de/news/2013/11/28/mitarbeiterbefragung-mehr-engagement/>



Audits des internen Qualitätsmanagement finden nach einer festen Struktur statt. Ziel ist es, dass die Umsetzung und die Durchdringung der Qualitätsmaßnahmen umfassend geprüft und gesichert wird. Sie dienen der unabhängigen Rückmeldung zum aktuellen Stand des QM-Systems, dem Aufzeigen von Stärken und Verbesserungspotentialen, dem Aufzeigen von beispielhaften Lösungen bei Verbesserungspotentialen und dem Austausch von bewährten Vorgehensweisen zwischen den Bereichen. Dazu erstellt der QMB jährlich einen Auditplan, welcher über das Intranet allen Mitarbeitern transparent gemacht wird. Die detaillierte Umsetzung des Audits ist in der VA „QM Audit“ nachzulesen. Jede Station wird 2-mal im Jahr begangen, alle anderen Abteilungen einmal jährlich, im Einzelfall alle 2 Jahre.

Alle Verbesserungsmaßnahmen werden in einem Maßnahmenplan dokumentiert und mindestens alle 3 Monate evaluiert.

4.2 Dokumentationsaudits



Bildquelle: <http://www.cyberdyne.de/wp-content/uploads/2014/10/IT-Dokumentation-mit-CYBERDYNE-700x330.jpg>

Dokumentationsaudits werden genutzt, um die Einhaltung der Dokumentationsregelungen durch die Inaugenscheinnahme vor Ort zu prüfen. Ziel ist der gesetzeskonforme Umgang mit Rehabilitandendaten. Die Dokumentationsaudits finden pro Station einmal im Jahr statt.

4.3 Datenschutzbegehungen



Bildquelle: <http://properties.real-estate-altea.com/wp-content/uploads/2014/05/datenschutz.jpg>

Einmal jährlich werden ausgewählte Abteilungen und Stationen einer Datenschutzbegehung unterzogen. Der Datenschutzausschuss nimmt an den Begehungen teil. Mittels einer Checkliste und in Augenscheinnahme der Situation vor Ort wird die Einhaltung des Datenschutzes überprüft und dokumentiert. Die Begehungsprotokolle werden den Abteilungen und der Klinikleitung zur Verfügung gestellt. Die Verbesserungspotentiale fließen in die jährlichen Datenschutzausschusstreffen ein und dienen zudem der Erstellung des Datenschutzeschulungsinhaltes, welche alle 3 Jahre für alle Mitarbeiter verpflichtend sind.

4.4 QM Kennzahlen

Qualitätskennzahlen bilden die unternehmerische Ausrichtung und die definierten Klinikziele ab und dienen als kunden- und prozessorientierte Steuerungsinstrumente. In einer Kennzahlenmatrix werden jährlich Soll und Ist-Werte in fest definierten strategischen Ausrichtungen miteinander verglichen und ausgewertet.



Bildquelle: <http://www.experto.de/kennzahlen-im-produktmanagement-1024px-1024px.jpg>

4.5 Rehabilitandenbefragung



Bildquelle: http://www.kav-krankenhaus.de/wp-content/uploads/header_57561412.jpg

Messung der subjektiven Zufriedenheit des Rehabilitanden anhand definierter Kriterien als Grundlage für stetige Verbesserungen. Die Fragebögen werden durch den QMB kontinuierlich gesammelt, eine Auswertung und Vorstellung in der Hausleitung und bei den interessierten Mitarbeitern erfolgt einmal jährlich.

Schwerpunkthemen:

- 4.5.1 Rücklaufquote
- 4.5.2 Weiterempfehlungsquote
- 4.5.3 Bewertung des Services/ Umfeldes der Klinik
- 4.5.4 Bewertung der Berufsgruppen
- 4.5.5 Die Entscheidung für die Klinik fiel durch Bekannte, früherer Erfahrung
- 4.5.6 Bewertung Verwaltung, Rehaberatung, Diagnostik mit mindestens gut
- 4.5.7 Bewertung des Gesundheitstrainings mit mindestens gut
- 4.5.8 Evaluation Therapiezielbesprechung (ärztliche Aufnahme)
- 4.5.9 Evaluation Therapiezielanwendung (Therapie)
- 4.5.10 Evaluation Therapiezielerreichung (Rehabilitand)

4.6 Beschwerdemanagement

Bildquelle: http://www.versicherungsforen.net/portal/media/forschung/studienundumfragen/Fotolia_47765347_XL_ganzspaltig.jpg



Durch das Beschwerdemanagement werden Wünsche und Anliegen der Rehabilitanden erfasst und für Verbesserungen genutzt. Schriftliche Beschwerden werden entweder auf Rehabilitandenfragebögen oder mit dem Formular „Ihre Anregung ist uns wichtig“ erfasst und mittels einer Beschwerdesoftware ausgewertet. Die Beschwerdebeauftragte führt nach Möglichkeit mit allen Beschwerdeführern ein persönliches Gespräch. Einmal jährlich erfolgt die Auswertung durch das Qualitätsmanagement.

Das Qualitätsziel lautet dass die Beschwerden unter 5% liegen sollen. Dieses Ziel wurde mit einem Ergebnis von 1,6% voll erreicht. Folgende Maßnahmen werden bedarfsmäßig oder regelmäßig umgesetzt. Der Großteil der Inhalte in den Anregungen und Beschwerden beschäftigt sich mit dem Klinikgebäude. Hier wurden 2014 zahlreiche Maßnahmen geplant und umgesetzt. Beispiele dafür sind:

- Sanierungen aller Stationen
- Neugestaltung des Innenhofes
- Dachsanierung
- Malerarbeiten am Außengebäude
- Einrichten eines weiteren Fahrstuhls in der Orthopädie
- Neues professionelles Beschilderungssystem im Speisesaal, Empfangsbereich und diversen weiteren Bereichen
- Aufstellung einer modernen Theke im Speisesaal

Detaillierte Ergebnisse und Erfassungen erfolgen über eine interne Beschwerdesoftware.

4.7 Mitarbeiterbefragung

Bildquelle: https://www.tuev-hessen.de/Tuev-Dienstleistungen/content/e18368/content19800/Mitarbeiterbefragung250x167px_ger.jpg



Durch die Mitarbeiterbefragung soll die subjektive Zufriedenheit mit dem Arbeitsumfeld und –alltag erfasst werden. Auch soll die Wertschätzung der Mitarbeiter gefördert werden. Die Befragung erfolgt alle 3 Jahre durch eine externe Firma. Die Ergebnisse werden allen Mitarbeitern zur Verfügung gestellt.

Im Rahmen des Qualitätszirkels QM werden die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung analysiert und weitere Maßnahmen in allen auswertbaren Gruppen und Abteilungen angeregt. Ziel ist es, die individuellen Gruppenergebnisse gemeinsam mit den Gruppen zu bewerten und Lösungsansätze für Verbesserungspotentiale zu definieren.

Beispiele für solche Verbesserungen 2014 sind:

- Ausbau der internen Fortbildungen
- Implementierung von Teams
- Entscheidung zu einem Imageprojekt
- Externes Coachingangebot

5. Projektmanagement

Tabellarische Übersicht der geplanten und umgesetzten Maßnahmen seit 2012.

Tabelle 5: Projektmanagement

Nr	Kategorie	Gruppe	Name	Start
1	MA Orientierung	QZ QM	Etablierung von Einführungstagen neuer MA	2013
2	Rehabilitandenorientierung	Projektgruppe	Umstrukturierung Kardiologie	2013
3	Rehabilitandenorientierung	Arbeitsgruppe	Therapiekenzahlmessung Neues Interdisziplinäres Stationsteamprotokoll	2014/ 2015
4	Rehabilitandenorientierung	Arbeitsgruppe	Teilnahme an der Befragung QS Reha der gesetzlichen KK	2013
5	Rehaführung	Arbeitsgruppe	MBOR Konzept	2012
6	Informationswesen	Arbeitsgruppe	Erweiterung der IT Landschaft	2013
7	Informationswesen	Arbeitsgruppe	Teilnahme Forschungsprojekt „PATENT“ der Uni Freiburg	2013/ 2014
8	Mitarbeiterorientierung	QZ QM	Etablierung von Mentoren	2012
9	Informationswesen	Arbeitsgruppe	Etablierung eines Einweiser-managements	2014
10	Sicherheit, QM	QZ QM	Etablierung eines CIRS	2015
11	Sicherheit	Arbeitsgruppe Reinigungsdienst	Austausch über Zusammenarbeit Hygiene und Reinigungsleitung	2014
12	Sicherheit	Hygienefachkraft	Erfüllung gesetzlicher Vorgaben (MedHygVO)	2014
13	Sicherheit	Hygienezirkel	Kontinuierliche Verbesserungen	2014
14	Rehabilitandenorientierung	Arbeitsgruppe	Adaption der Handlungsempfehlung des APS zum Thema Sturz	2015
15	Informationswesen	Projektgruppe	Ausbau der IT Landschaft:	2013
16	Rehaführung	Arbeitsgruppe	Kampagne „Umsonst ist keine Reha“ Medienwirksame Postkarten und Unterschriftenaktion	2014/ 2015
17	Mitarbeiterorientierung	QZ QM	Präsentation und Maßnahmenarbeiten aller Gruppen	2014
18	Sicherheit	Arbeitsgruppe	Planungen mit Haustechnik	2014/ 2015
19	Rehabilitandenorientierung	Arbeitsgruppe	Neuer weiterer Fahrstuhl in der Orthopädie	2014
20	Sicherheit	Arbeitskreis AGF	Arbeitsschutz	2015
21	Mitarbeiterorientierung	QZ QM	Interne Fortbildungen	2015
22	Informationswesen	Datenschutz-ausschuss	Etablierung von Datenschutzbegehungen	
23	QM	KTQ	Optimierung des Internetauftritts und Einbindung des QM's	
24	QM	QM Audits	Wartezeiterhebung	2014
25	Rehaführung	AG	Bildung eines Ethikkomitees	
26	Rehabilitandenorientierung	AG	Versorgung von VAD Patienten (Ventricular Assist System)	2015