

Mittwoch, 03.02.2016, 9.00 Uhr – 10.30 Uhr

Zur Rolle von Qualitätsbeauftragten

Aufgaben, Kompetenzen, Selbstverständnis Chancen und Risiken

**Hildegard Weigand
Diplom-Pädagogin, Supervisorin (DGSv)
Qualitätsbeauftragte in der LWL Klinik Paderborn 1999 - 2016**

**Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V.
12. QB - Workshop 2016**

Eine Geschichte

„Es war einmal ein Schäfer, der in einer einsamen Gegen seine Schafe hütete. Plötzlich tauchte in einer großen Staubwolke ein nagelneuer Jeep auf und hielt direkt neben ihm an. Der Fahrer des Jeeps, ein dynamischer Mann in Designergarderobe steigt aus und fragt ihn:“ Wenn ich errate, wie viele Schafe Sie haben, bekomme ich dann eines? “ Der Schäfer schaut den Mann an, dann seine friedlich grasenden Schafe und sagt ruhig: „In Ordnung“. Der Mann parkt den Jeep, verbindet sein Notebook mit dem Handy, geht ins Internet auf eine NASA Seite, scannt die Gegend mit Hilfe eines GPS-Satellitennavigationssystems ein, öffnet eine Datenbank und einige Excel-Tabellen. Schließlich druckt er einen 15-seitigen Bericht aus, dreht sich zu dem Schäfer um und sagt:“ Sie Haben exakt 1586 Schafe.“ Der Schäfer sieht den Mann gelassen an und sagt dann ruhig: „Das ist richtig. Suchen Sie sich en Schaf aus!“ nach mehreren wechselnden Entscheidungen greift sich der Mann ein Tier und lädt es in seinen Jeep. Der Schäfer schaut ihm zu und sagt: „Wenn ich nun ihren Beruf errate, geben Sie mir dann das Tier zurück?“ Der Mann antwortet: Klar, warum nicht.“ Der Schäfer sagt:“ Sie sind ein Qualitätsmanager.“ „Das ist richtig. Woher wissen Sie das?“ will der dynamische Mann wissen. „Sehr einfach“, sagt der Schäfer. „Erstens kommen Sie hierher, obwohl Sie niemand hergerufen hat. Zweitens wollen Sie ein Schaf als Bezahlung dafür haben, dass Sie mir etwas sagen, was ich ohnehin schon weiß. Und drittens haben Sie keine Ahnung von dem, was ich hier mache. Und jetzt geben Sie mir meinen Hund zurück.“ (Deutsche Zahnärztezeitung, 2005)

Dank an Frau Winkler

- Ende März 2016 beende ich nach 16,5 Jahren meine Arbeit als Qualitätsbeauftragte in der LWL Klinik Paderborn, ich trete in die Passivphase der Altersteilzeit ein. Ich beende damit meine „institutionelle Berufstätigkeit“; meine freiberufliche Arbeit als Supervisorin und Fortbildnerin will ich noch eine Weile weiter ausführen.
- Der Auftrag bietet Gelegenheit, die eine Hälfte meiner beruflichen Rolle, die Qualitätsbeauftragte, in einen inneren Dialog mit der anderen Hälfte, der Supervisorin, treten zu lassen und einiges abschließend zu reflektieren.
- Frau Winkler und ich sind QMB Kolleginnen in zwei verschiedenen LWL Kliniken eines regionalen Netzes, wir kooperieren deshalb seit vielen Jahren und halten dabei einen respektvollen Abstand. Wir haben – schon immer und immer noch - zwei unterschiedliche Rollenverständnisse im Blick auf das Qualitätsmanagement. Frau Winkler, Sie sind schon immer die Verfahrensexpertin und mussten sich zu Beginn in der Allgemeinpsychiatrie erst einmal ein- und zurechtfinden. Ich war sozusagen in der Psychiatrie zu Hause und hatte kaum Ahnung von und viel Skepsis dem Qualitätsmanagement gegenüber. Wir hätten also diesen Beitrag besser zu zweit im Dialog gestalten können.
- Nun, das ist mir zu spät eingefallen. Es bleibt mir deshalb nur, Ihnen für die Anfrage zu danken.

Übersicht

1. Zu meinem beruflichen Erfahrungshintergrund
2. Zur Entwicklung des Rollenverständnisses der QB
Blitzlichter 2002 – 2016
3. Berufliche Herkunft von Qualitätsbeauftragten
4. Aufgabenfelder und Kompetenzen
5. Selbstverständnis
6. Aufbau und Entwicklung eines QM Systems – beispielhaft an der LWL Klinik
Paderborn
7. Prozessbegleitende Fragen der Supervisorin an die QB –
Chancen und Risiken der Wirksamkeit der QB

1. Zum beruflichen Erfahrungshintergrund I

- **1978 – 1982**

Leitung von zwei Langzeitstationen in einer traditionellen psychiatrischen Anstalt und Aufbau eines Förderbereiches für psychisch kranke geistig behinderte erwachsene Patienten – Beginn der Psychiatriereform und der Humanisierung der Unterbringungsbedingungen in den psychiatrischen Anstalten

- **1982 – 1992**

Erste hauptamtliche Mitarbeiterin eines – im Rahmen des Psychiatriemodellprogramms gegründeten - Bürgervereins mit dem Auftrag, den ehemaligen – als Langzeitpatienten heimatfern verwahrten – Bürgern des Kreises eine Wiederbeheimatung anzubieten. Aufbau gemeindenaher psychosozialer und psychiatrischer Nischen und Hilfen: Ambulant betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften, Kontaktstelle, später Tagesstätte und kleines Wohnheim; gemeindenaher sozialpsychiatrischer Aufbauarbeit im engeren Sinne (kontinuierliches Engagement in der DGSP)

1. Zum beruflichen Erfahrungshintergrund II

- **1992 – 1994**
schöpferische Pause; Fortbildung zur Tanz-Sozialtherapeutin
- **1994 – 1999**
Fortbildungsreferentin in einer Akademie für nichtakademische Pflegeberufe; gerontopsychiatrische Basisqualifikationen, Fortbildungen zum Erwerb von Leitungskompetenzen im Gesundheitsbereich, erste Initiativen zur Entwicklung von pflegerischer Qualitätssicherung nach einem holländischen Modell (CBO)
Berufsbegleitend: Fortbildung zur Supervisorin beim FIS (DGSv)
- **1999 – 2016**
Qualitätsbeauftragte in der LWL Klinik Paderborn mit halber Stelle
Freiberufliche Supervisorin und Fortbildnerin mit halber Stelle

2. Zur Entwicklung der Rolle der QB - Blitzlichter 2002 - 2016

- Im Rahmen einer FORUMs Fortbildung in der LWL Klinik Paderborn in 2002 – zum Thema Qualitätsmanagement im psychiatrischen Alltag - haben sich „frisch gebackene“ Qualitätsbeauftragte in einem Workshop zum Thema Qualitätsbeauftragte in der Psychiatrie – Berufshintergründe, Kompetenzfelder, institutionelle Einbindung mit der Frage des Vortrages auseinandergesetzt.
- In Vorbereitung auf heute habe ich die veröffentlichten Aufzeichnungen dazu noch einmal gelesen. Auf den ersten Blick sah es so aus, als hätte sich in den letzten 15 Jahren gar nicht so viel getan. Wesentliche Fragen sind geblieben. Beim genaueren Hinsehen allerdings, wurden doch Unterschiede, Entwicklungsschritte, Klärungsprozesse sichtbar und bemerkbar.

Und: Genau dies will ich heute mit Ihnen allen überprüfen. Das kann ich nicht alleine, weil ich dann in meinem eigenen begrenzten Erfahrungsraum bleibe.

Ich lade Sie ganz herzlich zur Mitwirkung ein.

3. Zur Beruflichen Herkunft von QBs 2002

2002

(„zitiert aus dem Protokoll der Workshoparbeit auf dem FORUM“)

Was sind QBs in der Psychiatrie von ihrer Profession her?

Ist QB selbst überhaupt ein richtiger Beruf?

Real kommen die QBs der Psychiatrie zu ihrer Funktion

- über die **Kernprozesse der Psychiatrie** z. B. PsychiaterInnen, psychiatrisch Pflegende, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen
- über das **Management** von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen z. B. als Betriebswirt
- Über die **Markt- und Kundenperspektive** z. B. als Volkswirt oder Soziologin
- Über die **Mitarbeiterorientierung** z. B. als Supervisorin und/oder Organisationsentwicklerin
- Welcher Weg hiervon ist der geeignetste? Gibt es einen „best fit“ der Kompetenz, der nur durch einen bestimmten Werdegang gewährleistet wird?

3. Zur beruflichen Herkunft der QBs 2016

2016

Kleine Umfrage unter den Teilnehmern und Teilnehmerinnen:

- Sie sind QB!
- Sie können sich unter den 4 Kategorien
 - Kerngeschäft,
 - Management,
 - Markt- und Kundenperspektive,
 - Mitarbeiterorientierungeinordnen!
- Sie finden sich nirgendwo wieder!
- Wo kommen Sie her?
- Welche neuen Basisqualifizierungen gibt es inzwischen und zu welcher Kategorie gehören diese? z. B. Gesundheitsmanagement, Krankenhausmanagement ...

4. Aufgabenfelder und Kompetenzen I

2002

(„zitiert aus dem Protokoll der Workshoparbeit auf dem FORUM“)

„Je nachdem, wie man Qualitätsmanagement betreibt, haben QBs unterschiedliche Aufgaben und Profile:

- Datenfixierte Jäger und Sammler
- Veröffentlichlicher
- Verfahrenswächterinnen
- Prozessmagier
- Handbuchfetischisten
- graue Eminenzen
- Allrounder“

Dieses Bild weist darauf hin, dass es in 2002 – der Pionierzeit des QM in der Psychiatrie – noch eine sehr große Vielfalt im Selbst- und Fremdverständnis von Qm gab.

Es gab wenig Vorgaben und Orientierung einerseits und viele Gestaltungs(frei)räume andererseits.

4. Aufgabenfelder und Kompetenzen II

2016

- Inzwischen hat eine Klärung und **Angleichung der Kompetenz- und Aufgabenprofile von Q(M)Bs** – Qualitäts(management)beauftragten - statt gefunden.
- Dazu beigetragen haben einerseits die zunehmenden **Vorgaben der Träger** und andererseits die je spezifischen **Anforderungen der verschiedenen Zertifizierungs- und Prüfverfahren** selbst: DEQUS, DIN ISO, KTQ, EFQM, BuF, Öko-Profit.
- Ich versuche den Konsens über mögliche Aufgabenfelder und Kompetenzen einer QB zu skizzieren, Sie werden Überschneidungen mit Ihrem Tagungsprogramm bemerken.

Ich bitte Sie, im Anschluss daran den Konsens zu überprüfen:

4. Aufgabenfelder und Kompetenzen III

- Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Prüf- und Zertifizierungsverfahren
- Risikomanagement (incl. Gefährdungsanalyse, CIRS u. ä.)
- Beschwerdemanagement
- Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Durchführung von Patienten-, Mitarbeiter- und „Einweiser“befragungen
- Aufbau und Pflege von QM Handbüchern, in denen Schlüssel-, Unterstützungs- und Managementprozesse beschrieben sind & Standards und Leitlinien systematisiert zu suchen und zu finden sind.
- Entwicklung und Pflege – Aktualisierung - einer Kennzahlen- und Indikatorenmatrix, die Schlüsselergebnisse für das Management aufbereitet (Führen mit Zahlen!)

5. Rollen- und Selbstverständnis

- Einladung an die TeilnehmerInnen, das skizzierte gemeinsame Aufgabenprofil zu ergänzen und zu korrigieren !!!
- Gibt es – im Vergleich mit dem QM in anderen Feldern der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung – „QM“ und „QB“ Spezifika in der Suchttherapie ?
- Hat die gemeinsame Vereinbarung auf das DEQUS Verfahren die Aufgaben- und Kompetenzprofile der Qualitätsbeauftragten vor Ort zusätzlich vereinheitlicht?
- Gibt es aus Ihrer Sicht ein gemeinsames Rollen- und Selbstverständnis?
- Und: Welche unterschiedlichen Zugänge und Gestaltungen von QM gibt es nach wie vor in den Einrichtungen vor Ort? Wo liegen Chancen, Risiken und Grenzen?
- Austausch in Kleingruppen

6. Aufbau eines QM Systems am Beispiel der LWL Klinik Paderborn

In der LWL Klinik Paderborn verstehen wir das QM - neben der PE - als einen speziellen Teil der Organisationsentwicklung des Krankenhauses:

QM + PE + ?? = OE

Dies hat zu Folge, dass einzelne Initiativen und Maßnahmen immer abgestimmt und in den Entwicklungsprozess „**der lernenden Organisation**“ integriert werden wollen.

Dies hatte weiterhin zur Folge, dass wir uns recht früh für das **EFQM Modell** entschieden haben, weil es uns am ehesten bei unserem Vorhaben unterstützen konnte, indem es das Management in die Verantwortung für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess nimmt, ohne dabei vorzugeben, wie eine Klinik zu sein hat und mit welchen Inhalten sie sich zu befassen hat.

6.1 Chronologie der QM Entwicklung I

- 1999** **KBL Beschluss** zur Einführung eines QM Systems, Etablierung einer monatlich tagenden QSG - Qualitätssteuerungsgruppe (KBL, QB, PR) - und Anstellung einer Qualitätsbeauftragten (0,5 Stelle)
- 2000** Erste von inzwischen 7 (2002, 2004, 2005, 2007, 2010, 2014) – 9tägigen Schulungen von MitarbeiterInnen der Klinik (berufsgruppen-, abteilungs- und hierarchieübergreifend) zu **ModeratorInnen im QM**. Seitdem begleitet die QB sie in AGs kontinuierlich. Zur Zeit sind 50 qualifizierte MitarbeiterInnen als ModeratorInnen der Qualitätszirkel oder Fokusgespräche u. a. tätig.
- 2001** Sukzessive Einführung von kontinuierlicher **teambezogener Qualitätszirkelarbeit** auf allen Stationen und in allen Bereichen getragen von den ModeratorInnen (heute führen alle 25 Teams der Klinik regelmäßig QZ durch) = Basis des mitarbeiterbeteiligten QMs der Klinik.
- 2001** **Leitbildentwicklung**, Beteiligung vieler Mitarbeiter durch die Nutzung der Zirkelarbeit und der ModeratorInnen
- 2003** Verabschiedung des Leitbildes

6.1 Chronologie der QM Entwicklung II

- 2002** **Einstieg in die EFQM Systematik** durch die Qualifizierung der ALs, der Qb und des Pr zu EFQM AssessorInnen (13), die Durchführung einer 1. Selbstbewertung auf der Grundlage eines Qualitätsberichtes und der Priorisierung von 3 EFQM Verbesserungsprojekten:
1. Einführung von **Fokusgesprächen** mit PatientInnen,
 2. Durchführung einer internen **Mitarbeiterbefragung**,
 3. Definition des **Schlüsselprozesses**
- 2004** **2. EFQM Runde;**
Qualifizierung weiterer ca. 15 Mitarbeiter zu EFQM AssessorInnen, Durchführung der 2. Selbstbewertung und Priorisierung von 3 Verbesserungsprojekten:
1. Entwicklung eines **Konfliktleitfadens** & Einrichtung einer AG Mediation
 2. Kommunikation der **Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung**
 3. Vertiefung des Schlüsselprozesses – Behandlungspfad Qual. Drogenentzug
- 2006** **3. Selbst- & 1. Fremdbewertung & Anerkennung „Committed to Excellence“**,
Priorisierung von drei Verbesserungsprojekten:
1. Erarbeitung einer Leitlinie **Projektmanagement** (Ziel- und Prozessorientierung)
 2. Erarbeitung einer Leitlinie zum Führen mit **Zielvereinbarungen**
 3. Tätigkeitsanalysen und Handlungsempfehlungen

6.1 Chronologie der QM Entwicklung IV

- 2008** 4. EFQM Selbst- & Fremdbewertung & **Anerkennung „Recognised for Excellence 3 star“** Priorisierung von 3 Verbesserungsprojekten:
1. Entwicklung eines Ethikkonzeptes und Einrichtung eines Ethikkomites
 2. Vorbereitung und Planung des Umbaus Haus 04
 3. Entwicklung eines Risikomanagements
 4. Weiterentwicklung der Großteambesprechung – Behandlungs- bzw. Verlaufskonferenz
- 2010** 5. EFQM Selbst- & Fremdbewertung & **Anerkennung „Recognised for Excellence 4 star“** Priorisierung von 3 Verbesserungsprojekten:
1. Aufnahmesteuerung,
 2. Stopp der Infoflut,
 3. Personalentwicklung – Lernnetz Teil I
- 2012** 6. EFQM Selbstbewertung & Bewerbung um den Ludwig-Erhard-Preis
Priorisierung von drei Verbesserungsprojekten:
1. Ambulantisierung (IV-Projekt)
 2. Multiprofessionelle Zusammenarbeit
 3. Personalentwicklung – Lernnetz Teil II

6.1 Chronologie der QM Entwicklung IV

2013 **KTQ Zertifizierung** – umfangreiche Vorbereitungen:

- Fixierung einer Prozesslandschaft,
- Personalentwicklungskonzept,
- Vision der LWL Klinik,
- Weiterentwicklung des Beschwerdemanagements
- u. v. a. m.

2014 7. EFQM Fremd- und Selbstbewertung und **Anerkennung „Recognised for Excellence 5 star“**

Priorisierung von 3 Verbesserungsprojekten:

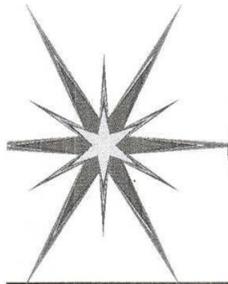
1. Ambulantisierung und Flexibilisierung: Ambulanzneubau, Behandlungszentrum West
2. Fortsetzung Fortbildung und Qualifizierung Lernnetz II
3. Verbesserung der Dokumentation (PEPP)

2016 8. EFQM Fremd- und Selbstbewertung

6.2 Aufgaben der QB beim EFQM Prozess

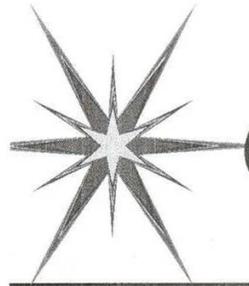
Koordination des EFQM Selbst- und Fremdbewertungsprozesses:

- Erstellung bzw. Aktualisierung des **Selbstbewertungsberichtes**, Kooperation mit den mitschreibenden abteilungsleitenden Chefärzten, Verständigung über Inhalte
- Koordination und Zusammenarbeit mit den **Kriterienverantwortlichen** in 5 AGs; ca. 25 EFQM Assessoren haben sich in 6 kleinen AGs zu den 9 Kriterien des EFQM zusammengefunden:
 1. Führung
 2. Politik und Strategie, Ressourcen und Partnerschaften
 3. Mitarbeiterorientierung und -ergebnisse
 4. Prozesse
 5. Patientenorientierte Ergebnisse
 6. Gesellschafts- und Schlüsselergebnisse
- Vorbereitung und Organisation der **EFQM Workshops**, der AG Sitzungen, der Konsensworkshops der Selbstbewertung und des Treffens zur Priorisierung der Verbesserungsprojekte
- Kontakt zu und **Kooperation mit den externen EFQM Assessoren**
- **Leitung der meisten EFQM Projekte** in den Zeiträumen zwischen den Bewertungen



Grundprinzipien des QM I

- **Prozeßorientierung:** Qualitätsmanagement geht von einem prozeßorientierten Modell aus, welches die Leistungserbringung in einer Einrichtung als auch die Verbesserung dieser Leistungsprozesse umfassen soll.
- **Kontinuierliche Verbesserung:** Jeder einzelne Verbesserungsansatz ist ein Schritt in einem letztendlich nicht endenden Prozeß von Verbesserungsbemühungen. Dieser Prozeß bezieht sich auf das Handeln jedes einzelnen Mitarbeiters als auch auf alle Teile der Organisation.
- **Kundenorientierung:** Qualitätsmanagement definiert den Begriff der Qualität als möglichst weitgehende Erfüllung der Anforderungen der Kunden. Diese können sowohl externe als auch interne Kunden in einer größeren Organisation sein.



Grundprinzipien des QM II

- **Berufsgruppenübergreifender Ansatz:** Die Arbeit in Teams weicht die berufsgruppenorientierte Struktur tendenziell auf. Qualitätsverbesserungs-Projekte werden in Qualitätszirkeln organisiert.
- **Interdisziplinärer Ansatz:** Die zunehmende Spezialisierung und Differenzierung der Arbeit erfordert einen integrationsfördernden interdisziplinären Ansatz.
- **Hierarchieübergreifender Ansatz:** In jedem Arbeitsfeld stellt der Mitarbeiter die wesentliche Ressource der Organisation dar, er nutzt seine Kenntnis der Alltagsprobleme für kontinuierliche Qualitätsverbesserung. Verbesserung der Qualität im Sinne von Mitarbeiterorientierung führt in diesem Zusammenhang auch zu einer Veränderung der Organisationsstrukturen und Prozesse. Das Aufspüren von Defiziten wird genutzt für konstruktive Weiterentwicklung und nicht zur Identifizierung von Schuldigen.

6.4 Die QB als Hüterin des Verfahrens I

Die Hüterin der Grundprinzipien des QM:

- Über die Qualifizierung und Begleitung der ModeratorInnen der Qualitätszirkel wird von der QB das Bewusstsein für eine Balance zwischen einer **Prozess- und einer Ziel- bzw. Ergebnisorientierung** wach gehalten. Die Moderatoren tragen dazu bei, dass in den Zirkeln eine **sachbezogene Kommunikation auf Augenhöhe** geschieht und achten darauf, dass Ergebnisse der Qualitätszirkelarbeit **leitbildkompatibel** sind.
- Über die Leitung von Projekten trägt die QB Sorge dafür, dass auch hier prozess- und ergebnisorientiert,
 - **kunden- und mitarbeiterorientiert,**
 - **berufsgruppen- und hierarchieübergreifend**
 - **interdisziplinär an der**
 - **kontinuierlichen Verbesserung der Organisation**gearbeitet wird.

6.4 Die QB als Hüterin des Verfahrens II

Die Hüterin der QM „Instrumente“:

Befähigerkriterien (Struktur- und Prozessqualität)

- Leitbild und Arbeitsgrundlagen (**QM Handbuch**): Standards, Leitlinien, Empfehlungen
- **QM Settings**: QSG, QZ, Schnittstellenzirkel, Konzept- und Teamentwicklungstage, Qualitätsüberprüfung der Konferenzen
- **Kollegiale Unterstützungssysteme**: Übergriffe AG, Konfliktkultur/Mediations AG, Ethikkomitee und -beratung, Integrationsberatung, Lernpartnerschaften
- Ca. 50 **ModeratorInnen** im QM (Moderation der Qualitätszirkel, der Konzepttage der Stationen, der Strategietage der Abteilungen, der Leitungsklausuren und der Fokusgespräche mit Patienten)
- Ca. 20 **EFQM AssessorInnen** (siehe oben)

Ergebniskriterien (Ergebnisqualität):

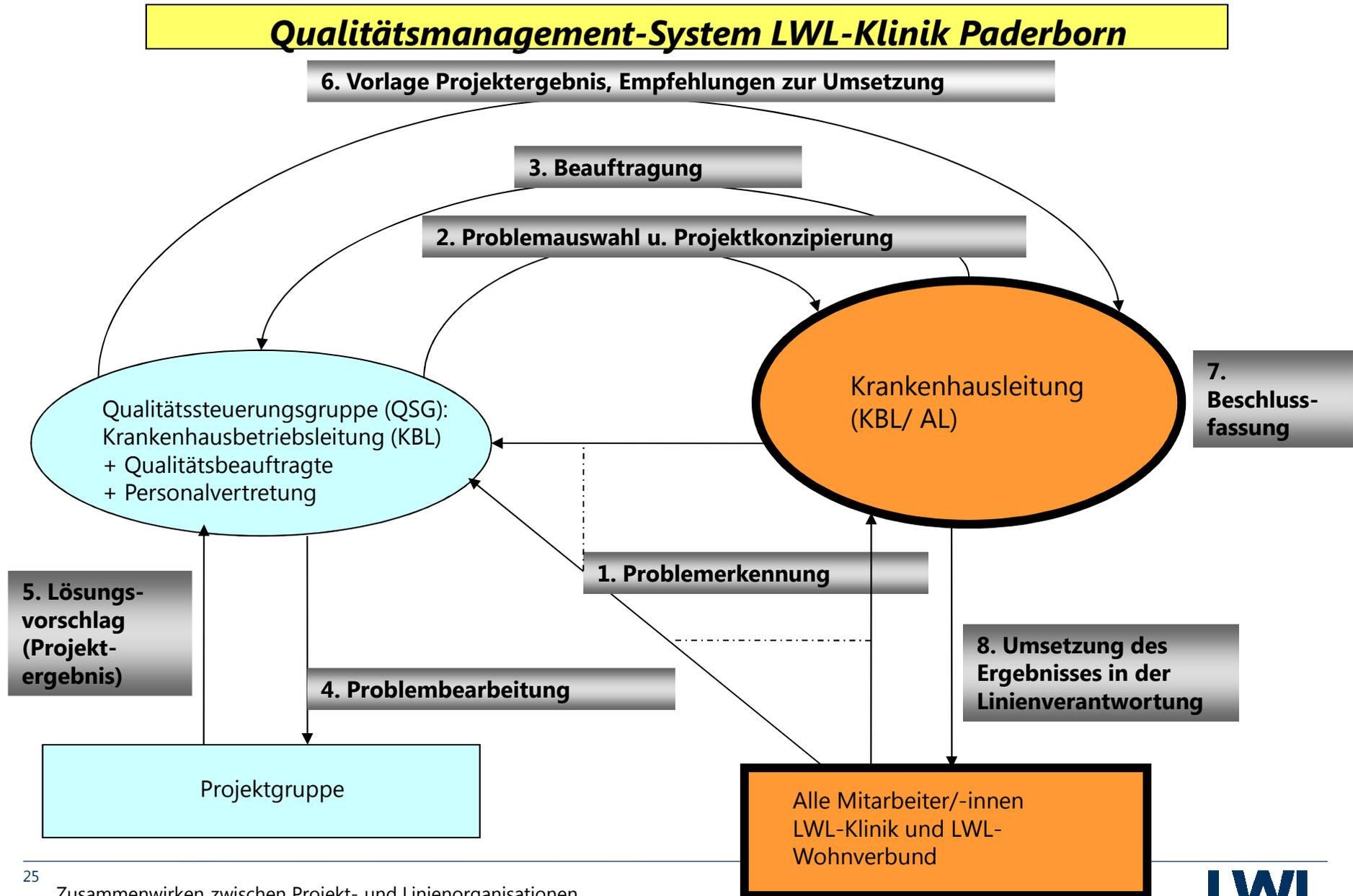
- Fokusgespräche
- Patientinnen-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen: Durchführung und Auswertung
- Auswertung von Routinedaten (BaDo, ...)
- Entwicklung und Pflege einer Kennzahlenmatrix, Entwicklung aussagekräftiger Indikatoren

6.4 Die QB als Hüterin des Verfahrens III

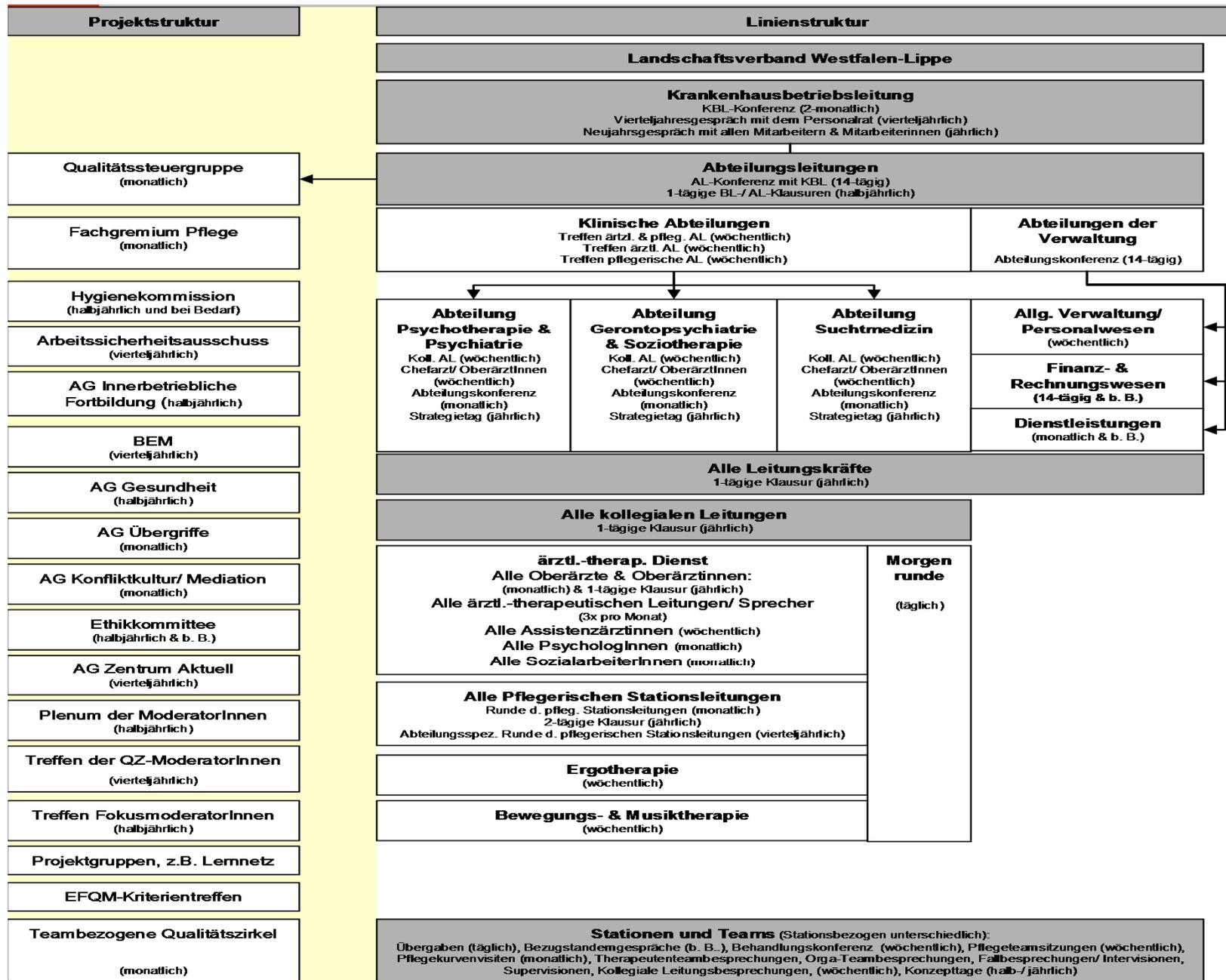
Innovation und Lernen – Projekte:

- Durchführung von **EFQM Projekten** (siehe oben)
- Durchführung von „**zusätzlichen**“ **Projekten** „zwischen durch“ bei Bedarf
z.B. Borderlinestandard, Übergriffe AG, Bauprojekte
- Durchführung von **abteilungsspezifischen Projekten**, die auf den abteilungsbezogenen Strategietagen entwickelt, verabredet und verantwortet werden
- **LOB** Projekte und Ziele
z. B. Beschäftigung mit der Fehlerkultur in der Organisation, Erhöhung der Teilnahme an Pflichtschulungen, Entwicklung eines Verbesserungsprojektes auf Stationsebene
- **Zielvereinbarungskreisläufe**
- **Konzepttage** auf Behandlungsteamebene, Strategietage auf Abteilungsebene, Leitungsklausuren
- **Zusammenspiel von Linien- und Projektstruktur**

6.5 Organisation des QM I



6.5 Organisation des QM II



6.6 Die QB als Hüterin der Projektstruktur I

- Die Klinik wird in der **Linienverantwortung** geführt, indem die Rollenträger ihre institutionellen, funktionalen Statusrollen wahrnehmen und ausfüllen.
- Die Linienstruktur ist gekennzeichnet durch eine **Hierarchie**. Es hängt von dem jeweiligen Führungsverständnis ab, ob die Hierarchie flach oder steil ist, und wie Führungskräfte „**top down**“ und „**bottom up**“ gestalten.
- Die Etablierung der **Projektstruktur – horizontal zur vertikalen Linie** – durch die linienverantwortlichen Entscheidungsträger ist Ausdruck eines kooperativen mitarbeiterorientierten Führungsverständnisses in einer lernenden Organisation.
- Die Projektstruktur fördert das „lebenslange“ Lernen und das Wachstum aller sich beteiligender Mitarbeiter, sowohl der Basismitarbeiter als auch der Mitarbeiter im mittleren und oberen Management.

6.6 Die QB als Hüterin der Projektstruktur II

Nach den Regeln der Projektstruktur arbeiten wir in der LWL Klinik Paderborn in allen befristeten Projekte und in den

- monatlichen Treffen der **Qualitätssteuerguppe** (QSG: Schnittstelle Linie – Projekt)
Moderation: Qualitätsbeauftragte
- monatlichen „extern“ moderierten - ca. 25 - teambezogene **Qualitätszirkel**treffen
- halbjährlichen **Treffen der Moderatorinnen und Moderatoren** im QM:
AG Qualitätszirkel, AG Fokusgespräche, AG Qualitätsüberprüfung der Konferenzen
- **Treffen der kollegialen Unterstützungssysteme**, quartalsweise & bei Bedarf:
AG Übergriffe, AG Konfliktkultur/Mediation, AG Ethik, AG Integrationsberatung
- **Treffen kontinuierlicher Gremien**: AG Öffentlichkeit, AG Innerbetriebliche Fortbildung,
- AG Gesundheit, Hygienekommission, BEM, Arbeitssicherheit, Fachgremium Pflege
- **EFQM Kriterientreffen**, vor und während EFQM Zertifizierungen

6.6 Die QB als Hüterin der Projektstruktur III

In der Projektstruktur arbeiten heißt:

- **Ein Moderator ist Leiter des Settings.** Alle Teilnehmer autorisieren den Moderator und lassen sich von ihm moderieren.
- Er unterstützt eine offene und **sachbezogene Kommunikation** im jeweiligen Setting. In der Projektstruktur ist es wichtig, was jemand sagt und nicht so sehr, wer es sagt. Der Statusbezug wird also untergeordnet.
- Er hilft auch dabei, den **roten „Sachfaden“** nicht zu verlieren.
- Im Interesse der Güte des Ergebnisses balanciert er Prozess- und Zielorientierung.
- Alle Beteiligten lernen zunehmend sich im **Dialog und Diskurs auf Augenhöhe** zu verständigen. **Jeder Teilnehmer gestaltet den Prozess verantwortlich mit.**
- Wenn dies gelingt, wächst – zugegeben erst mit den Jahren – eine **vertrauensvolle Gesprächs- und Kommunikationskultur**. „Rückfälle“ und „Einbrüche“ sind vermutlich dabei unvermeidbar. Alle Beteiligten sind Lernende.

7. Prozessbegleitende Fragen der Supervisorin an die QB – Chancen und Risiken ihrer Wirksamkeit

„Bei einem Antrittsbesuch bei einem QB-Kollegen in 2000 verabschiedete dieser mich mit der „gut gemeinten“ Warnung, bald würde auch ich sehen, dass mich die Mitarbeiter am liebsten von hinten sehen würden. Dies läge nicht an mir, sondern an meinem Job und Auftrag.“

„Letzte Woche hatte ich die Gelegenheit zum Thema QM im Rahmen der Weiterbildung der Assistenzärzte zu unterrichten. Deren Inanspruchnahme durch das QM wurde von ihnen nicht als Beteiligung erlebt, sondern als „Terrorismus“ bezeichnet; das Anwachsen der Dokumentationspflicht, die Erwartung und Überprüfung, dass nach Standards und Leitlinien gearbeitet werden soll, wird als Entwertung von Professionalität erlebt.“

7.1 Zur institutionellen Einbindung einer Qualitätsbeauftragten und des QM

- Für das Erleben der Einbindung ist es bedeutsam, ob ein Mitarbeiter die Aufgabe der QB als zusätzlichen Auftrag übernommen hat und ansonsten über die Teilhabe am Kerngeschäft oder über eine Funktionsrolle als Leitungskraft etwa eingebunden ist und bleibt. Er ist nur im Blick auf seine Aufgabe als QB „allein“. Ein Stabsstelleninhaber QB ist meist insgesamt alleingestellt.
- Noch ist die Beschäftigung als QB in einer Klinik oder anderen Einrichtung in der Regel ein Alleinstellungsmerkmal. In großen Kliniken entstehen derzeit erste kleine Teams, in denen sich QBs, andere Experten und Stabsstellen, Entwickler und Forscher, gelegentlich auch die Controller, zusammen finden. Diese Entwicklung ist im Blick auf die Einbindung der QBs begrüßenswert.

7. Prozessbegleitende Fragen der Supervisorin an die QB – Chancen und Risiken ihrer Wirksamkeit

- **Liege ich auch bei Ihnen richtig mit der Annahme, dass die meisten QBs als Stabsstellen fungieren und dem Kaufmännischen Direktor zugeordnet sind?**
- Diese Zuordnung betont den administrativen Charakter von QM als einer ordnenden, festschreibenden, überprüfenden und kontrollierenden Instanz im Rahmen der zunehmenden Ökonomisierung der Gesundheit. Die Inanspruchnahme der Mitarbeiter fürs dokumentieren, zählen und messen, wird als fremde zusätzliche Belastung erlebt und abgewehrt.
- Wenn das QM mitarbeiterorientiert und – beteiligend arbeiten will, dann entsteht durch eine solche Zuordnung eine Hürde. **In der LWL Klinik Paderborn wird die QB dienstrechtlich der ärztlichen Direktion, praktisch aber der QSG zugeordnet, in der Medizin, Pflege, Verwaltung und der Personalrat gleichermaßen vertreten sind.** Sie holt sich dort ihre Aufträge und erstattet Rechenschaft.
- Erst diese Ausgangslage ermöglicht und fördert eine **allparteiliche Position der QB und des QM.**

7. Prozessbegleitende Fragen der Supervisorin an die QB – Chancen und Risiken ihrer Wirksamkeit

7.2 Begrenzungen einer Stabsstelle

- Ist eine QB als **Stabsstelle** implementiert, ist sie jenseits der Linie positioniert. Sie hat keine eigene institutionelle Rollen- und Funktionsmacht. Sie hat selbst „nichts zu sagen“ und holt sich ihre Handlungsmacht über Aufträge ihrer Leitungen, denen sie zugeordnet ist. **Diese „Machtlosigkeit“ hat meines Erachtens mindestens zwei Seiten:**
- Für gestaltungsfreudige Menschen kann dies immer wieder als Bremse erlebt werden. Auf jeden Fall führt diese Tatsache einem dann immer wieder vor Augen, dass und wie abhängig man als Stabsstelleninhaberin von seiner Führung ist, wenn man sich nicht damit begnügt, deren verlängerter Arm zu sein und sich insofern instrumentalisieren/funktionalisieren lässt.
- Wenn sich jemand in dieser Position einfindet und wenn es genügend Übereinstimmung und Vertrauen zur Führung gibt, kann es gut gelingen, als Erfüllungsgehilfe von Leitung wirksam zu werden. Die Leitung stattet die QB mit der für die Erfüllung eines Auftrages nötigen Macht oder Autorität aus, sie leiht ihr ihr Macht.
- Die ausgeprägte Abhängigkeit von Leitung wird vor allem dann spürbar, wenn es an ausreichender Übereinstimmung mangelt. Dies ist aus meiner Sicht eine deutliche Begrenzung. Wenn sich Unstimmigkeiten nicht klären und ausräumen lassen, ist die QB gut beraten, sich eine andere Stelle zu suchen.

7. Prozessbegleitende Fragen der Supervisorin an die QB – Chancen und Risiken ihrer Wirksamkeit

7.3 Möglichkeiten einer Stabsstelle

- Wenn es zwischen der QB und der Führung eine vertrauensvolle und wertschätzende Arbeitsbeziehung gibt, die die unterschiedlichen institutionellen Rollen respektiert, wenn es genügend inhaltlich fachliche Übereinstimmung gibt, dann kann sich eine Qualitätsbeauftragte eine sog. **dritte Position** erarbeiten: Sie gehört und vertritt nicht nur Leitung(sinteressen), sie gehört und vertritt nicht nur BasismitarbeiterInnen (interessen), sie setzt sich zwischen alle Stühle.
- Durch eine **allparteiliche Haltung** gegenüber und Respekt vor den verschiedenen „Teilen“ der Organisation entsteht eine „autonome“ dritte Position im Unternehmen. Diese Position immer wieder neu zu suchen und zu finden, dabei haben mir meine eigene supervisorische Haltung und das systemische Konzept der Klinik sehr geholfen.
- Die Stabsstellen QB hat nichts zu entscheiden; sie braucht aber auch keine Entscheidungen zu treffen und zu verantworten. Sie kann sich in der 2. Reihe, in der **Rolle der Beraterin**, einfinden und profilieren. Sie kann die Gestaltungsräume ausfüllen, die sich dadurch ergeben.
- Wenn Sie mir einen etwas größenwahnsinnigen Vergleich erlauben, ist es Ihnen schon einmal aufgefallen: Die meisten Politiker profilieren sich im Amt des **Außenministers** besser als in anderen Ämtern. Dies hat wahrscheinlich auch mit den speziellen Anforderungen des Amtes zu tun

7. Prozessbegleitende Fragen der Supervisorin an die QB – Chancen und Risiken ihrer Wirksamkeit

7.4 Einige exemplarische „Unverträglichkeiten von Psychiatrie und QM“, die die Wirksamkeit vom QM und ihren QBs begrenzen

- Die **Patientinnen und Patienten sind die Primärkunden des QM**. Im QM geht es um Kundenbindung. Bei Psychiatriepatienten ist die Kundensouveränität insbesondere dann eingeschränkt, wenn sie sich in eine akute stationäre Behandlung begeben. Das QM wird mit seinen Instrumenten und Haltungen bisher dieser Besonderheit nicht gerecht. Es fehlt auch an geeigneten Zugängen, wenn es darum geht, nach der Patienten“zufriedenheit“ zu fragen.
- Das QM und seine Instrumente wollen **Behandlungsqualität objektivieren** (siehe z. B. Behandlungspfade). Das behandelnde und pflegende Beziehungsgeschehen ist gleichzeitig höchst **subjektiv**. Meines Erachtens hat das QM keinen Zugriff auf das Kerngeschäft des Behandelns. Es kann nur Rahmenbedingungen verbessern helfen.
- Das QM und seine Instrumente wollen Behandlungsqualität messbar machen und verwenden dazu bisher überwiegend **quantifizierende Verfahren** (siehe „Führen mit Zahlen“). Diese eignen sich oft nicht.

7. Prozessbegleitende Fragen der Supervisorin an die QB – Chancen und Risiken ihrer Wirksamkeit

Im Behandlungsverlauf ist u. a. das Gelingen einer vertrauensvollen Beziehung zwischen den Behandelnden und dem Patienten ausschlaggebend für den Behandlungserfolg.

- Was kann ich dabei wie messen und zählen?
- Lenke ich dann nicht meine und die Aufmerksamkeit anderer auf Aspekte des Geschehens, weil sie messbar und zählbar sind, weil dies zunehmend zählt?
- Was sind valide Mess- und Kennzahlen?
- Was sind angemessene Schlüsselindikatoren?
- **Und was braucht es, damit qualitatives Geschehen auch qualitativ erforscht wird?**

„Vom Wiegen wird die Kuh nicht fett!“ Es reicht nicht, Zahlen und Daten zu erheben und Ergebnisse auszuwerten, wenn man sich nicht auf die Herstellung von Datenfriedhöfen reduzieren lassen will. Ergebnisse, Auswertungen und Daten müssen interpretiert und im Sinne von „Führen mit Zahlen“ genutzt werden. Nur dadurch legitimiert sich die dafür verbrauchte Ressource.

7. Prozessbegleitende Fragen der Supervisorin an die QB – Chancen und Risiken ihrer Wirksamkeit

7.5 Zur psychiatriefachlichen Zurückhaltung des QM und der QB:

Wohl besonders aufgrund meiner Berufsbiographie fiel es mir schwer, mich psychiatriefachlich und -politisch zurückzuhalten. Ich habe mich tatsächlich direkt nicht zu bestimmten inhaltlichen Fragen geäußert. Mit einem aufrichtigen Blick zurück „komme ich mir auf die Schliche“, wie andere und ich mir selbst dabei „geholfen“ haben:

- In der Regel wurde ich trotz meiner Vita nicht zu fachlichen Themen gefragt.
- In der Supervisionsausbildung habe ich jahrelang geübt, den Fokus auf den anderen zu richten und institutionelle Zuständigkeiten zu respektieren.
- Die Diskrepanzen zwischen den Positionen der Entscheidungsträger und den meinen waren bislang nicht so groß, als dass ich mich nicht hätte zurückhalten können.
- Und: Indirekt habe ich auch als Moderatorin – in dieser Rolle war ich ja meistens tätig - inhaltlich/fachlich Einfluss genommen auf Arbeitsgruppenergebnisse wie das Leitbild, verschiedene Standards und Leitlinien.

Getreu dem Motto „**Kontrolle ist gut, Vertrauen ist besser**“ (frei nach Lenin) habe ich mich engagiert für die Entwicklung einer vertrauensvollen Kommunikationskultur in der Klinik. Eine solche Kultur braucht es, damit Psychatriepatienten in der Klinik Sicherheit und Schutz finden und gesunden können. Es braucht sie auch, damit zunehmende Kontrolle und Überprüfung u. a. durch das QM von den Mitarbeitern als Interesse an ihrer psychiatrischen Arbeit erlebt werden und nicht vor allem einer Misstrauenskultur Nahrung geben.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!