

Nachhaltig erfolgreich – mit Organisationsentwicklung

Entwicklung eines psychiatriespezifischen
QM-Systems auf der Basis des EFQM-Modells

Vorbemerkung

Der vorliegende Bericht beschreibt die Ergebnisse des Projekts „Entwicklung eines psychiatriespezifischen QM-Systems auf der Basis des EFQM-Modells“.

Er orientiert sich strukturell nicht am chronologischen Verlauf des Projekts, sondern an folgenden Themenschwerpunkten: Qualitätsmanagement als Organisationsentwicklung, Kapitel 2, (Mitarbeiter*innen-)Führung, Kapitel 3, und Entwicklung einer LVR-Qualitätsmatrix, Kapitel 4. Die Umsetzung des EFQM-Ansatzes in der Praxis wird in Kapitel 5 beschrieben sowie Auswirkungen auf die Organisation und Empfehlungen für den LVR-Klinikverbund und die Verbundzentrale des Klinikverbunds in Kapitel 6.

Inhalt

Vorwort	– 02
Zusammenfassung	– 06
1 EFQM in der Psychiatrie: ein Modellprojekt	– 09
1.1 Problemstellung	– 10
1.2 Beteiligte	– 10
1.3 Auftrag und Ziel	– 11
1.4 Versuch einer Chronologie	– 12
2 Qualitätsmanagement als Organisationsentwicklung	– 15
2.1 Aktuelle Herausforderungen	– 16
2.2 Streben nach Excellence als Lösungsansatz	– 19
2.3 Ursache und Wirkung	– 20
2.4 Was heißt RADAR-Logik?	– 22
2.5 Externes Anerkennungsverfahren	– 22
3 Schwerpunktthema (Mitarbeiter*innen-)Führung	– 25
4 Schwerpunktthema Qualität in der Psychiatrie	– 37
4.1 Qualitätsmatrix für gute psychiatrische Arbeit	– 38
4.1.1 Vier Dimensionen	– 42
4.1.2 Merkmale der Qualitätsmaßstäbe	– 46
5 Organisation Krankenhaus: auf dem Weg zur Exzellenz	– 51
5.1 Gute Praxis LWL-Klinik Paderborn	– 52
→ Gastbeitrag von Dr. André Moll	– 53
5.2 EFQM-Vorgehensweise	– 54
5.2.1 Ist-Zustand erheben	– 54
5.2.2 Veränderungsprojekte I	– 55
5.2.3 Zwischenfazit ziehen	– 56
5.2.4 Die Organisation verstehen und steuern	– 56
5.2.5 Selbstbewertung vorbereiten	– 60
5.2.6 Standort bestimmen	– 61
5.2.7 Veränderungsprojekte II	– 62
5.2.8 Ausblick: Verpflichtung zur Exzellenz	– 63
6 Auswirkungen und Empfehlungen	– 75
6.1 Bewährtes übernehmen und anpassen	– 76
6.1.1 Erprobte Instrumente im LVR-Klinikverbund	– 78
6.2 Auswirkungen auf die Organisation	– 78
6.3 Empfehlungen für den Klinikverbund	– 81
6.3.1 Meilensteine im Projektverlauf	– 82
6.3.2 Wesentliche Themen	– 84
6.3.3 Grundlegende Instrumente	– 84
6.4 Empfehlungen an die Verbundzentrale des Klinikverbunds	– 85
7 Anhang	– 87
Impressum	– 118



Vorwort

von Norbert Kohlscheen

Im **Frühjahr 2017** ging bei mir eine Anfrage ein, die LVR-Kliniken in Essen und Mönchengladbach in der Endphase der Selbstbewertung und der Projektplanung zu begleiten. Das Projekt lautet „Einführung eines psychiatriespezifischen QM-Systems auf Basis des EFQM-Modells“. Im Sprachgebrauch vor Ort hörte ich dann „unser EFQM-Projekt“.

Als Experte für die Arbeit mit dem **EFQM-Excellence-Modell** und ausgestattet mit einer gewissen Feldkompetenz für soziale und medizinische Dienstleistungen, war ich angeregt anzubieten und in das Projekt einzusteigen.

Meine Erwartungen wurden nicht enttäuscht: Den Schwerpunkt bildeten herausfordernde Themen, gerade recht für ein anspruchsvolles Projekt, wie es mich reizt. Beeindruckt war ich von der breiten Verankerung der Projektidee, geprägt durch eine umfassende Qualifizierung von Projektakteur*innen durch alle Hierarchieebenen in Bezug auf das EFQM-Excellence-Modell. Ich habe engagierte, motivierte Mitarbeiter*innen erlebt, die gemeinsam mit ihren Führungskräften etwas für die Zukunft der Kliniken bewegen wollen. Schnell wurden auch die für **Organisationsentwicklungs- beziehungsweise Change-Projekte** typischen Fragestellungen klar. Fragen des methodischen Vorgehens, der thematischen Sortierung und

Themen auf der Beziehungsebene zwischen allen Projektakteur*innen. Es zeigte sich eine hohe Komplexität des Change-Projekts, ergänzt um die spezifische Komplexität des Gesundheitswesens und die besonderen Merkmale von psychiatrischen Kliniken.

Rolle des externen Beraters

Es wird oft die Frage gestellt, ob externe Beratung notwendig ist und ob sich das Geld nicht sparen lässt. Die Komplexität des beschriebenen Organisationsentwicklungsprojekts hat zwei hauptsächliche Dimensionen der Betrachtung: eine psychosoziale Dimension und eine organisationale Dimension.

Die psychosoziale Dimension

→ Wie interagieren die Akteur*innen im Alltag und im Projektgeschehen?

Die organisationale Dimension

→ Wie wird sichergestellt, dass die richtigen Themen ermittelt werden, die die Organisation nachhaltig voranbringen?

~ Ich habe engagierte, motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erlebt, die gemeinsam mit ihren Führungskräften etwas für die Zukunft der Kliniken bewegen wollen.~

Beide Dimensionen haben eine Entwicklungsgeschichte, die immer präsent ist und die permanent von externen und internen Faktoren angetrieben wird. Beide Dimensionen haben eine **Interdependenz**. Um den Blick für die Vernetzung der Themen zu behalten, ist eine Betrachtung von außen notwendig, möglichst mit einem systemisch geschulten Blick, in einer Ergänzung von Fachexpertise (zum Beispiel Modellanwendung) und Coaching-Kompetenz (zum Beispiel Reflexion von Kommunikationsprozessen), mit der Erlaubnis, Widersprüche zu benennen und gute Entwicklungen zu würdigen.

Aus der Interdependenz der beiden Dimensionen ergeben sich die Fragen:

- Wie wird sichergestellt, dass die „weißen Flecken“ benannt werden?
- Wie wird sichergestellt, dass die ermittelten Themen auch konsequent verfolgt werden?

In einem Wechsel zwischen Fachexperte, Berater und Coach ist hier eine externe Begleitung relevant, um den Fokus aufrechtzuerhalten.

Wahrnehmung des Projekts

Die einzelnen Schritte des Projekts haben eine gute Logik gehabt. Es ging von einer Weitung und Sammlung der Themen bis zu einer Fokussierung auf die **zentralen Change-Themen**. Durch die **Ad-hoc-Selbstbewertung** der Klinikvorstände am Anfang des Projekts sind ein erstes „Fiebertessen“ und ein Blick für die Themenvielfalt erzeugt worden. Das war ein guter Schritt, um Lust zu machen, weiter voranzugehen, mit dem Gefühl, dass es sich lohnt, die Themen zu vertiefen.

Das **Kooperationsprojekt mit der DGQ zum Thema (Mitarbeiter-)Führung** hat allen verdeutlicht, dass es, um die Themen der Zukunft anzugehen, einer Führung bedarf, die eine klare Rollenwahrnehmung hat und die jeweilige Rolle im Change-Prozess aktiv gestaltet. Diese Erkenntnis ist von zentraler Bedeutung für den Erfolg des weiteren Vorgehens im Projekt. Wichtig ist, hier immer wieder zu reflektieren, wie das gelingt. Die regelmäßige Supervision der Klinikvorstände ist da ein gutes Mittel.

Ein wichtiger Schritt war die Auseinandersetzung mit der strategischen Ausrichtung der Kliniken durch die Klinikvorstände. Eine klare Perspektive für die Zukunft hilft allen Beteiligten, vom Sinn des Vorgehens überzeugt zu sein.

~ Es bedarf einer Führung, die eine klare Rollenwahrnehmung hat und die jeweilige Rolle im Change-Prozess aktiv gestaltet.~

Die Einrichtung von **Kriterienteams**, die jeweils Stärken und Verbesserungspotenziale in einem Selbstbewertungsbericht zusammenfassen und das Qualitätsniveau auf der **RADAR-Reifegradskala** eingeschätzt haben, hat dafür gesorgt, dass so gut wie alle relevanten Themen offengelegt wurden. Eine Signifikanz der Ergebnisse wurde durch die Repräsentativität der Zusammensetzung der Teams gegeben.

Eine besondere Erfahrung für alle Beteiligten, auch für den Berater, waren die Selbstbewertungs- beziehungsweise **Konsensworkshops**. Die Kriterienteams stellten ihre Ergebnisse im Forum aller Teams vor, um diese zu reflektieren, gegebenenfalls zu ergänzen oder abzuschwächen und die Bewertung auf der RADAR-Reifegradskala zu justieren. In beiden Kliniken wurde mit großer Ernsthaftigkeit und Offenheit sowie Wertschätzung und Respekt vor abweichenden Meinungen diskutiert. In beiden Kliniken wurde je ein Konsens in der Wahrnehmung der Klinikrealität erzielt. Eine wichtige Voraussetzung, um am Ende in gemeinsamer Überzeugung die priorisierten Change-Projekte anzugehen.

Sehr förderlich in der Diskussion war es, dass die Führungskräfte gezeigt haben, auch ein Teil des Change zu sein, und bereit waren, die kritische Wahrnehmung anderer anzunehmen. Wenn Führungskräfte sich hier so vorbildlich

zeigen, schaffen sie eine gute Akzeptanz für das Projekt in der ganzen Organisation.

Umgang mit den zentralen Themen

Die gewählten Themen haben im Wesentlichen die **Personal- und Führungssituation** zum Inhalt. Das war aus externer Sicht zu erwarten. Es ist in allen Phasen des Projekts spürbar gewesen, dass die Arbeitsbelastung einen großen Druck erzeugt. Die Berufsethik mit dem Anspruch, qualitativ hochwertige Arbeit zu leisten, ist sehr ausgeprägt, sicher auch Triebfeder des Projekts überhaupt. Unbesetzte Stellen, Krankenstand und Personalfuktuation erzeugen deshalb eine sachlich begründete sowie eine innere Eskalation des Drucks. Hier gilt es, die richtigen Rezepte zu finden, vor allem weil der **Fachkräftemangel im Gesundheitswesen** jetzt und in Zukunft besonders hart spürbar ist, da die Fachkräfte sich die Stellen aussuchen können.

Die Knappheit der Personalressource hat sich im Laufe der Projektschritte als verstärkende Begründung für das Qualitätsmanagement-/ Organisationsentwicklungsprojekt herausgestellt, haben doch fast alle Themen einen direkten oder indirekten Bezug zur **Arbeitszufriedenheit**. Das Ziel muss sein, die Qualität der Organisation auf allen Ebenen deutlich sichtbar

~ Eine Ausweitung auf den Verbund wäre eine logische Folge, um Lerneffekte und Potenziale nicht zu verschenken. ~

zu heben, damit aktuelle Mitarbeiter*innen bleiben, weil sie optimale Rahmenbedingungen für ihre Arbeit vorfinden und potenzielle zukünftige Mitarbeiter*innen die Strahlkraft der Organisation spüren. Wichtig ist es daher, die anderen, nicht priorisierten Themen nicht zu vergessen.

Ausblick

„Die einzige Konstante im Universum ist die Veränderung“ (Heraklit), klingt wie eine Binsenweisheit, wird aber oft genug ignoriert. Führt doch die Mehrzahl der Organisationen gar keinen systematischen Organisationsentwicklungsprozess. „Keine Therapie ohne Diagnose“ ist ein medizinischer Grundsatz, der auf die Organisationsentwicklung übertragbar ist. Die LVR-Kliniken in Essen und Mönchengladbach haben sich auf den Weg gemacht, die internen und externen Veränderungsdynamiken aufzugreifen und den Wandel aktiv zu gestalten. Mit einer Organisationsdiagnose in Form der Selbstbewertung mit dem EFQM-Excellence-Modell haben sie eine systematische und strukturierte Vorgehensweise gewählt, die eine Kontinuität in ihrer ebenso systematischen Fortführung ermöglicht. Organisationsentwicklung mit dem EFQM-Excellence-Modell hat einen weiteren großen Vorteil: In Strukturen mit vergleichbaren Organisationseinheiten, so wie

Was ist wichtig für einen Erfolg?

- Die ermittelten Themen konsequent weiterverfolgen,
- bei Hindernissen, Widerständen und Problemen nicht den Mut und die Energie verlieren,
- regelmäßig reflektieren, wie der Stand des Projektfortschritts ist,
- die erkannten Lerneffekte wachhalten und nicht vergessen, wenn es hektisch wird.

es im LVR-Klinikverbund der Fall ist, lässt sich das Vorgehen als ein **gemeinsames Lernprojekt** führen, da Modell und Methodik einheitlich sind. Der synchronisierte Verlauf des Projekts in Essen und Mönchengladbach hat zu einem gemeinsamen, regelmäßigen Austausch geführt, der auch Sicherheit gegeben hat. Eine **Ausweitung auf den Verbund wäre eine logische Folge**, um Lerneffekte und Potenziale nicht zu verschenken.



NORBERT KOHLSCHÉEN
EFQM-EXPERTE UND SYSTEMISCHER
ORGANISATIONSBERATER

Die wichtigsten Ergebnisse kurz zusammengefasst!

Um zukunftsfähig zu bleiben, müssen sich Organisationen weiterentwickeln. Das heißt nicht nur auf Veränderungen reagieren, sondern diese mithilfe guter Führung und Organisationsentwicklung mitgestalten.

Aufgrund der positiven Erfahrungen im Projekt „Entwicklung eines psychiatriespezifischen Qualitätsmanagement-Systems auf Basis des EFQM-Modells“ empfehlen die beiden Pilotkliniken Essen und Mönchengladbach, das EFQM-Modell als Instrument zur Steuerung und Entwicklung aller Kliniken im Verbund zu nutzen. Die intensive Beschäftigung mit der EFQM-Philosophie führte in beiden Pilotkliniken dazu, die Themen zu identifizieren und zu bearbeiten, die für die Weiterentwicklung der Organisation relevant sind. Das Modell unterstützt dabei, die richtigen Fragen zu stellen, um vorhandene Strukturen sowie Ursache und Wirkung von Handlungsmustern zu analysieren und Veränderungsziele zu definieren. Als wesentlich identifiziert die Projektgruppe die Themen Führung, Strategie und Partizipation. Dies mag als selbstverständlich erscheinen. Aber: Das EFQM-Modell trägt entscheidend dazu bei, diese Themen auch anzugehen und die richtigen Veränderungsprojekte abzuleiten!

Gute Führung

Führung bezieht sich sowohl auf Organisationssteuerung als auch auf Mitarbeiterführung. Im Laufe des Projekts wurde noch einmal sehr deutlich, dass Qualitätsmanagement als Führungsinstrument im Sinne der Unternehmenssteuerung ein Instrument der Organisationsentwicklung ist. Es unterstützt die Klinikvorstände dabei, auch unter sich verändernden Bedingungen führen zu können, entlässt die Führungskräfte jedoch nicht aus der Verantwortung, persönliche Führungskompetenzen zu überprüfen und zu verbessern. Das erfordert ein hohes Maß an selbstkritischem Denken, aus dem im Idealfall eine Kultur der Selbstreflexion entsteht, die stetige Weiterentwicklung begünstigt. Auf Ebene der Mitarbeiterführung, gilt es, die Mitarbeiter*innen so weit wie möglich in Entscheidungs- und Verbesserungsprozesse einzubinden und dafür zu sensibilisieren, was die Kliniken erfolgreich macht.

Strategie umsetzen

Durch die strukturierte Beschäftigung mit dem Strategieentwicklungsprozess und mit den relevanten Themen waren die Führungskräfte gezwungen, sich wieder mehr mit der strategischen Ausrichtung der Kliniken zu beschäf-

tigen, diese zu überarbeiten und zu schärfen und letztlich jegliches Handeln im Alltag an der Strategie auszurichten. Ebenso wichtig ist es, den Prozess der Strategieentwicklung selbst transparent zu machen und an die Mitarbeiter*innen zu kommunizieren.

Mitarbeiter*innen einbeziehen

Für beide Kliniken war es wichtig, die Mitarbeiter*innen am gesamten Prozess aktiv zu beteiligen, um deren Belange angemessen zu berücksichtigen. Sie waren von Anfang an in den Prozess involviert und konnten mitentscheiden, welche Veränderungsprojekte wichtig sind. Darüber hinaus tragen die neu gestalteten Strukturen im Qualitätsmanagement dazu bei, die Partizipation der Mitarbeiter*innen zu erhöhen und die Kommunikation zu verbessern.

Verbindliche Qualitätsmaßstäbe

Ein wichtiges Ergebnis des Projekts ist die Erarbeitung und Definition von Qualitätsmaßstäben durch die Projektgruppe. Sie legen die Soll-Anforderungen für gute psychiatrische Arbeit fest und sollten für alle Kliniken im Verbund verbindlich sein. Auf operativer Ebene hat das Projektteam konkrete Qualitätsmerk-

male für jeden Maßstab erarbeitet. Die Merkmale sind klinikspezifisch und müssen von den jeweiligen Kliniken geprüft und angepasst werden. Das bedeutet, dass die Kliniken auf dieser Ebene durchaus unterschiedliche Merkmale entwickeln können. Zusammengenommen bilden Qualitätsmaßstäbe und -merkmale die Qualitätsmatrix.

Steuerungsrelevante Kennzahlen

Um den Erfolg messen zu können, ist die Entwicklung eines Kennzahlenportfolios essenziell. Das heißt ein für alle Kliniken geltendes gemeinsames Mindestkennzahlenset, das sich auf einige wenige Kennzahlen beschränkt, die auf Routinedaten basieren. Und die vor allem aber steuerungsrelevant und zukunftsfähig sind. Die Kliniken können das Portfolio erweitern und an ihre spezifischen Bedürfnisse anpassen. Erstrebenswert wäre eine verbundweite Entwicklung und Abstimmung dieses Portfolios, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse in allen Kliniken sicherzustellen.

1

EFQM in der Psychiatrie: ein Modellprojekt

Wie könnte ein Qualitätsmanagement-System aussehen, das die spezifischen Gegebenheiten eines psychiatrischen Fachkrankenhauses berücksichtigt?

Vom Versuch, das EFQM-Modell theoretisch auf Anforderungen psychiatrischer Kliniken zu übersetzen, bis zur praktischen Erprobung des EFQM-Vorgehens – bei gleichzeitiger Entwicklung psychiatriespezifischer Qualitätsmerkmale.

1.1 Problemstellung

Im Rahmen des Vorgängerprojekts „Qualitätsmanagement – Weiterentwicklung im LVR-Klinikverbund“ wurden erstens „die Möglichkeiten einer LVR-spezifischen Vorgehensweise im Qualitätsmanagement (QM)“ geprüft und zweitens, ob eine „**Qualitätsmarke LVR**“ entwickelt werden kann. Die Projektgruppe verglich die Zertifizierungsverfahren der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ®), des Deutschen Instituts für Normung e.V. (DIN) sowie der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, kurz JCI). DIN und JCI erwiesen sich als ungeeignet für den Verbund; das KTQ®-Manual Krankenhaus ist zwar branchenspezifisch ausgerichtet, berücksichtigt aber nicht ausreichend die spezifischen Gegebenheiten einer psychiatrischen Klinik. In ihrem Abschlussbericht vom August 2014 empfahlen die Teilnehmer*innen des Projekts „**Qualitätsmanagement – Weiterentwicklung im LVR-Klinikverbund**“ daher, ein Nachfolgeprojekt aufzusetzen, in dem ein psychiatriespezifisches Qualitätsmanagement-System auf der Basis des EFQM-Modells entwickelt und praktisch erprobt werden soll.

Das **EFQM-Modell** bot sich an, weil es sehr flexibel ist und auf alle Branchen angewendet werden kann. Als Einrichtungen im Gesundheitswesen hatten zum Beispiel die LWL-Klinik in Paderborn sowie die Kliniken der Vitos GmbH in Hessen gute Erfahrungen mit dem Modell gemacht. Darüber hinaus gab es bereits seit 2001 einen Konsens zwischen der Verbundzentrale und den LVR-Kliniken, ihr Qualitätsmanagement an EFQM auszurichten; diese gemeinsame Übereinkunft ist offiziell nie aufgehoben worden.

Die LVR-Kliniken Essen und Mönchengladbach waren bereit, das Projekt als Pilot für den Klinikverbund durchzuführen. Beide LVR-Kliniken waren für die Laufzeit des Projekts von einer KTQ®-Zertifizierung befreit. Nach Abschluss des Projekts soll entschieden werden, ob das entwickelte Qualitätsmanagement-System auf andere LVR-Kliniken im Verbund übertragen werden kann.

1.2 Beteiligte

Die Leitung des Projekts lag bei **Jane E. Splett**, Kaufmännische Direktorin am LVR-Klinikum Essen, und **Jochen Möller**, Pflegedirektor der LVR-Klinik Mönchengladbach. Die Verbundzentrale des LVR war vertreten durch **Friedhelm Kitzig**, Leiter der Abteilung Psychiatrische Versorgung, LVR-ZV FB 84.20, sowie **Professor Dr. Roman Mennicken**, Mitarbeiter der Abteilung Psychiatrische Versorgung, LVR-ZV FB 84.20, sowie



DAS EFQM-MODELL

Das EFQM-Excellence-Modell entwickelte die European Foundation for Quality Management (EFQM), eine europäische Stiftung renommierter Industrieunternehmen, in Zusammenarbeit mit der EU-Kommission, um europäische Organisationen im internationalen Wettbewerb zu stärken (↗ siehe auch Kapitel 2).

Susanne Stephan-Gellrich, Leiterin LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement. Weitere Mitarbeiter*innen des LVR-Klinikum Essen waren **Holger Foullois**, Leiter Abteilung Strategie, Qualität und Entwicklung, **Christina Terfloth**, Qualitätsmanagement-Beauftragte (QMB), sowie **Gina Anna Viola**, Mitarbeiterin im Qualitätsmanagement. Aus der LVR-Klinik Mönchengladbach nahmen teil: **Henrike Kleintertz**, QMB, sowie **Andrea Bürgerhausen**, Mitarbeiterin im Qualitätsmanagement.

1.3 Auftrag und Ziel

Die Dezernentin für den Klinikverbund und die Heilpädagogischen Hilfen, **Martina Wenzel-Jankowski**, erteilte der Projektgruppe den Auftrag für:

„Die Entwicklung eines eigenen QM-Systems mit psychiatriespezifischen QM-Kriterien. Das EFQM-Modell, das auf die spezifischen Anforderungen der LVR-Kliniken adaptiert werden soll, dient dabei als Ausgangspunkt.“

Damit besteht der Auftrag aus **zwei Teilen**: die Erarbeitung und Definition psychiatriespezifischer Qualitätsmanagement-Kriterien sowie die Einbettung des EFQM-Modells in ein psychiatriespezifisches Setting. Um den ersten Teil zu erfüllen, begann die Projektgruppe, das EFQM-Modell eins zu eins auf die Anforderungen einer psychiatrischen Klinik zu übertragen. Um den zweiten Teil zu erfüllen, das EFQM-Modell als Basis für die Entwicklung eines psychiatriespezifischen Systems zu nutzen, entschied sie, innerhalb der EFQM-Vorgehensweise folgende drei Komponenten des Modells anzuwenden:

EFQM-Vorgehensweise:

1. Grundkonzepte der Excellence
2. Kriterienmodell
3. RADAR-Bewertungssystematik

EFQM als Ausgangspunkt zu wählen, hieß nicht zwangsläufig, alle Komponenten des Modells eins zu eins umzusetzen, sondern gezielt die relevanten Verfahren und Kriterien herauszugreifen. Wie die Adaption des EFQM-Modells im psychiatrischen Setting aussieht, wird in Kapitel 5 beschrieben.

Zwei Aspekte waren ausdrücklich nicht Ziele des Projekts: Erstens ging es nicht darum, ein neues Zertifizierungsverfahren zu schaffen. Oder anders gesagt: Es ging nicht darum, ein Verfahren zu entwickeln, nach dem unabhängige Dritte überprüfen, ob festgelegte Anforderungen und Normen erfüllt werden, und dies mit einem Zertifikat bestätigen. Zweitens bestand nicht die Absicht, Qualitätsindikatoren zu entwickeln, diese Aufgabe hätte den Rahmen des Projekts gesprengt. Mit der Erarbeitung und Erprobung von Qualitätsindikatoren beschäftigt sich zurzeit das LVR-Institut für Versorgungsforschung. Außerdem beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua) mit der Entwicklung von Qualitäts-

indikatoren und seit Mai 2017 das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit der Neu- und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren. Ziel des hier beschriebenen Projekts war es, ein eigenes Qualitätsmanagement-Modell zu entwickeln und damit ein **Führungsinstrument zur Steuerung und Weiterentwicklung** der Kliniken zu schaffen!

1.4 Versuch einer Chronologie

Geplant war eine ursprüngliche Laufzeit des Projekts von drei Jahren, von Anfang 2015 bis zum 31. Dezember 2017. Wie oben erwähnt, begann die Projektgruppe im ersten Halbjahr 2015 damit, das EFQM-Modell auf die Anforderungen eines psychiatrischen Krankenhauses zu übersetzen. Dabei stellte sie fest, dass diese Vorgehensweise nicht zielführend war.

Außerdem wurde im Laufe dieser Projektphase klar, dass systematische und konsensfähige Soll-Anforderungen an gute, qualitativ hochwertige Arbeit in einer psychiatrischen Klinik fehlten. Ebenso konnten aktuelle Themen wie das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) oder die schwierige Personalakquise im Krankenhaus nicht abgebildet werden.

Die Projektgruppe suchte den Rat externer Expert*innen und änderte im Mai 2015 ihre Vorgehensweise. Sie gab die rein theoretische Erarbeitung eines psychiatriespezifischen Qualitätsmanagement-Katalogs auf und startete in beiden Kliniken mit der praktischen Erprobung der EFQM-Vorgehensweise in einem Modellversuch. Parallel dazu definierte die Projektgruppe zwei Schwerpunktthemen.

1. (Mitarbeiter*innen-)Führung¹

2. Erstellung einer Qualitätsmatrix

¹ In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ).

Hinzu kamen drei weitere Arbeitspakete:

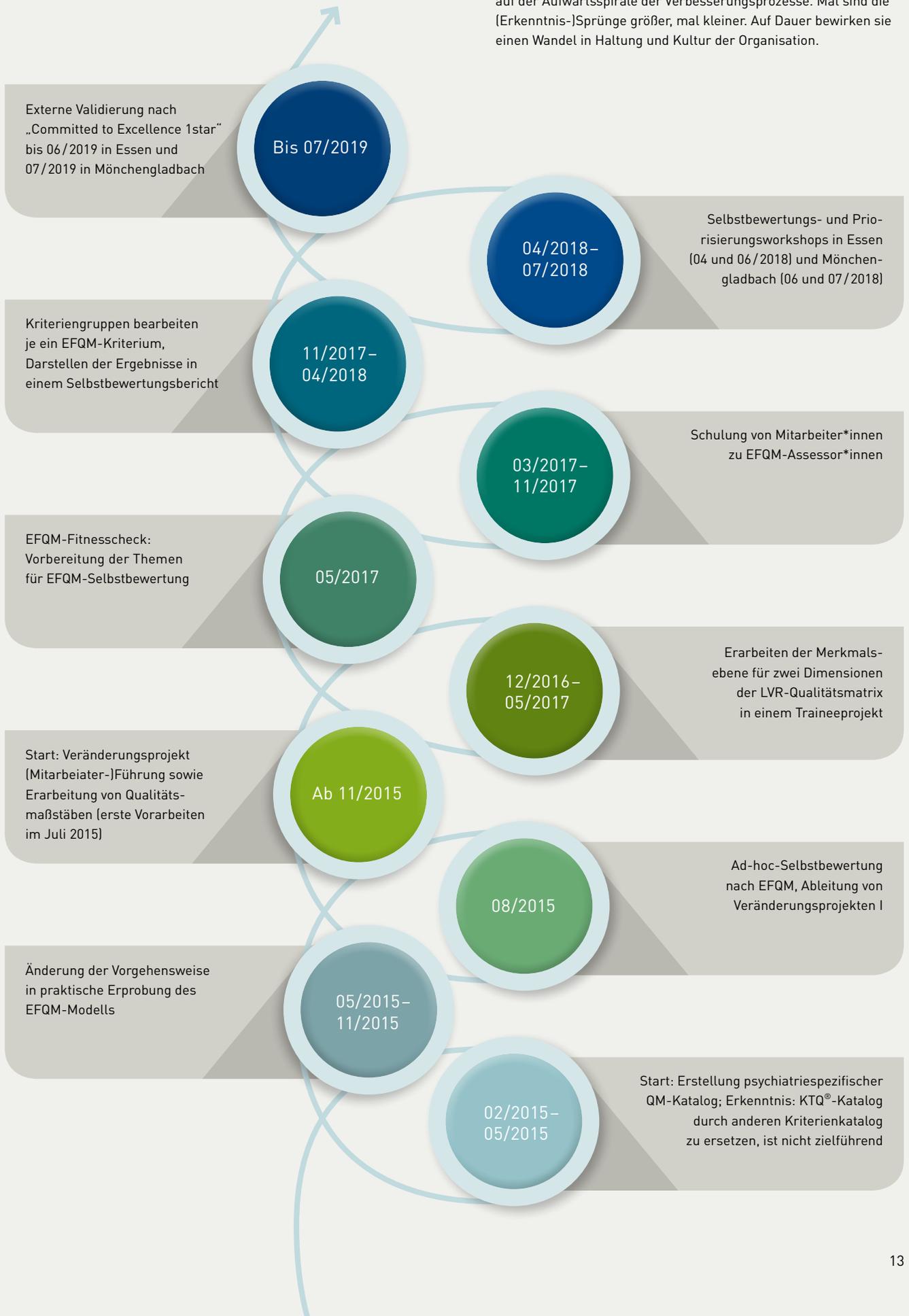
- **Durchführung klinikspezifischer Veränderungsprojekte,**
- **Identifikation und Transfer bewährter Qualitätsmanagement-Strukturen und -Praxen,**
- **Sammlung von Messgrößen.**

Sowohl die praktische Erprobung des EFQM-Modells, vom ersten Kick-off bis zum Selbstbewertungsworkshop, als auch die parallele Bearbeitung der komplexen Schwerpunktthemen erforderten mehr Zeit als ursprünglich geplant.

Mit ersten Vorarbeiten zur Entwicklung der Qualitätsmatrix (bestehend aus Qualitätsmaßstäben und Qualitätsmerkmalen) startete die Projektgruppe im Juli 2015, vorerst abgeschlossen wurde das Arbeitspaket im Oktober 2018. Zu Beginn galt es zu klären, was gute psychiatrische Arbeit überhaupt ausmacht. Als wesentliche Quellen zog die Projektgruppe unter anderem folgende Dokumente heran: **die Psychiatrie-Enquête** (Abschlussbericht der Expertenkommission), die UN-Behindertenrechtskonvention, den Leitfaden Aktionsbündnis Psychisch Kranke sowie die Verbundziele des LVR.

Schaubild „Spirale“

(Organisations-)Entwicklung ist ein immerwährender Kreislauf. Jede Erfahrung, jedes Ergebnis bildet einen neuen Ausgangspunkt auf der Aufwärtsspirale der Verbesserungsprozesse. Mal sind die (Erkenntnis-)Sprünge größer, mal kleiner. Auf Dauer bewirken sie einen Wandel in Haltung und Kultur der Organisation.



Abgeleitet von der Systematik der Balanced-Scorecard (BSC) im LVR und in Anlehnung an die EFQM-Kriterien entwickelte die Projektgruppe Qualitätsmaßstäbe mit entsprechenden Qualitätsmerkmalen für gute Arbeit in psychiatrischen Krankenhäusern. Beides zusammen, Qualitätsmaßstäbe und Qualitätsmerkmale, ergeben die **Qualitätsmatrix**. Als Ergänzung zum EFQM-Modell beschreibt sie die konkreten Anforderungen für psychiatrische Kliniken. Sie wird in Kapitel 4.1 dargestellt.

Das Projekt zur (Mitarbeiter*innen-)Führung (siehe Kapitel 3) nahm viel Raum ein. Zwischen November 2015 und März 2016 fanden **mehrere Workshops** an beiden Klinikstandorten statt. Die Projektgruppe bestand aus Vorstandsmitgliedern sowie Mitarbeiter*innen und Führungskräften verschiedener Berufsgruppen beider Kliniken. Sowohl das Thema Führung als auch der Ansatz des Design Thinkings, eine Methode, um Probleme ganzheitlich und nutzer*innenorientiert zu lösen, erwiesen sich als Herausforderung.

Im Sommer 2016 beantragte die Projektgruppe daher die Verlängerung des gesamten Projekts um ein Jahr, bis zum 31. Dezember 2018. Dezernentin Martina Wenzel-Jankowski genehmigte den Antrag im Oktober 2016.

Sehr schnell wurde der Projektgruppe klar, dass die **Implementierung der EFQM-Vorgehensweise** in den Kliniken mit einem ganzheitlichen Verständnis von Qualitätsmanagement als Organisationsentwicklung (OE) einhergeht. Das heißt, das Qualitätsmanagement-System soll zur kontinuierlichen Organisationsentwicklung beitragen und eine Kulturveränderung initiieren. Anforderungen an eine moderne Organisationsführung und Unternehmensentwicklung werden berücksichtigt, um auf die aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen, speziell in Psychiatrie und Psychosomatik, angemessen zu reagieren. Stärkere Beteiligung und Partizipation der Mitarbeiter*innen spielen dabei eine zentrale Rolle.

2

Qualitätsmanagement als Organisationsentwicklung

Organisationen müssen sich weiterentwickeln, um mit den Anforderungen einer sich ständig ändernden Welt Schritt halten zu können.

Welche gesundheitspolitischen Entwicklungen sind zurzeit die größten Herausforderungen? Warum ist eine nach EFQM ausgerichtete Organisationsentwicklung die geeignete Methode, auf diese zu reagieren?

Aktuelle und bevorstehende Entwicklungen in der Gesundheitspolitik, besonders auch in den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik, erfordern ein neues Verständnis von Qualitätsmanagement. Es geht nicht mehr nur darum, Qualität von Dienstleistungen zu sichern, das heißt zu prüfen, ob festgelegte Qualitätsanforderungen zum Beispiel nach DIN ISO oder KTQ® erfüllt werden, sondern um die Einführung eines **ganzheitlichen Qualitätsmanagements**. Dieses beschränkt sich nicht mehr nur auf die Verbesserung von Prozessen und Dienstleistungen, sondern unterstützt die gesamte Organisation in ihrer strategischen Weiterentwicklung. Damit wird Qualitätsmanagement zu einer Methode der Organisationsentwicklung und Aufgabe der Führungskräfte. Ein Ansatz, den auch Dr. Benedikt Sommerhoff vertritt, Leiter Innovation und Transformation der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ) und externer Berater der beiden LVR-Kliniken im Projekt (Mitarbeiter*innen-)Führung.



DR. BENEDIKT SOMMERHOFF

„Mithilfe von ganzheitlichem Qualitätsmanagement kann eine Organisation nicht nur ihre Prozesse und die Qualität ihrer Produkte und Dienstleistungen, sondern ihren organisatorischen Reifegrad insgesamt kontinuierlich verbessern. So rücken Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung näher zusammen. Der EFQM-Excellence-Ansatz [...] bietet einen Rahmen für die Verbindung von Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung.“ (Sommerhoff, Benedikt: EFQM zur Organisationsentwicklung, 2018, S. 5)

2.1 Aktuelle Herausforderungen

Zurzeit beschäftigen psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vor allem vier wichtige Themenfelder: **ökonomische Risiken, veränderte Anforderungen an Patient*innenversorgung, Personalgewinnung und -bindung sowie Digitalisierung.**

Ökonomischen Risiken begegnen

Seit dem 19. Dezember 2016 gilt das **Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)**. Das PsychVVG veränderte den Einsatz des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP). Dieses sollte ursprünglich ab 2017 verpflichtend von allen Krankenhäusern umgesetzt werden. Innerhalb der sogenannten Konvergenzphase sollten sich die Krankenhäuser an einen Landesbasisentgeltwert angleichen. Durch die neuen Regelungen des PsychVVG wird es diese Konvergenzphase nicht geben. Das PsychVVG, das eine Stärkung der Budgetverhandlungen vor Ort bewirken soll, sieht eine budgetneutrale Phase bis 2019 vor. Danach folgt die sogenannte Anpassungsphase, deren Ausgestaltung noch nicht klar ist. Zum einen wird die seit 1990 bestehende Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV) überarbeitet, da sie die aktuellen medizinischen und pflegerischen Leistungen nicht mehr adäquat abbildet, und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird neue nachweispflichtige Personalvorgaben verabschieden, die ab 2020 verpflichtend sein sollen. Zum anderen wird in der Anpassungsphase der Krankenhausvergleich eingeführt werden, über dessen inhaltliche Ausgestaltung zurzeit nur spekuliert werden kann. Klar ist allerdings jetzt schon, dass diese Entwicklungen den öko-

nomischen Druck auf die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser deutlich verstärken wird – insbesondere auch auf die „hochpreisigen“.

Versorgungswandel aufnehmen und gestalten

Behandlung und Pflege von Patient*innen, sowohl in der Somatik als auch in der Psychiatrie, verlagert sich zunehmend vom Krankenhaus in das häusliche Umfeld. Das gilt auch für die Behandlung schwerer Störungen. Die Intensität der Behandlung ist damit nicht mehr an den Ort der Leistungserbringung gekoppelt. Expert*innen gehen davon aus, dass die „Ambulantisierung“ von Krankenhausleistungen in den nächsten Jahren weiter zunehmen wird. Beispiele für den Versorgungswandel sind Ansätze wie Stationsäquivalente Behandlung (StäB), Home Treatment oder integrierte Versorgung.

Um ambulante und stationäre Behandlungen stärker miteinander zu verzahnen, gibt es seit einigen Jahren die integrierte Versorgung. Sie erfolgt fachübergreifend, etwa durch Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren, Haus- und Fachärzte, Therapeuten, Apotheker etc. Voraussetzung ist ein Vertragsabschluss zwischen einer oder mehreren Krankenkassen und den Leistungserbringern. Während einer Stationsäquivalenten Behandlung oder im Home Treatment behandeln speziell geschulte und erfahrene Pfleger*innen, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen sowie Therapeut*innen die Patient*innen in ihrem gewohnten Umfeld. Das kann das eigene Zuhause sein, aber auch ein Pflege- oder Altenheim. Falls nötig, erhalten Patient*innen jederzeit einen Platz im Krankenhaus.

Die Vorteile für die Patient*innen liegen auf der Hand: In ihrem gewohnten Umfeld fällt es ihnen leichter, eigenständig

~ Wir betrachten Qualitätsmanagement nicht als gesetzliche Pflichterfüllung, sondern als Hilfe im Prozess der Organisationsentwicklung. ~

Jochen Möller, Pflegedirektor
LVR-Klinik Mönchengladbach

und selbstbestimmt zu leben, soziale Strukturen bleiben erhalten und werden gestärkt. Für die Kliniken bedeutet Ambulantisierung beziehungsweise aufsuchende Hilfe, ihre Behandlungen individueller und flexibler außerhalb der Klinik anzubieten und weniger am Krankenhausbett. Die Mitarbeiter*innen müssen ihre tägliche Arbeit anders als bisher organisieren, etwa mehr aufeinander und miteinander abstimmen sowie Zuständigkeiten neu regeln. Welche konkreten Auswirkungen die Verschiebung zur prioritär ambulanten respektive häuslichen Versorgung haben wird, ist jedoch noch unklar. Auf diese zu reagieren, bleibt eine Herausforderung.

Personal gewinnen und binden

Die Nachfolgeregelung zur PsychPV ist zwar noch in der Entwicklung, aber sie soll bereits ab dem Jahr 2020 gelten. Für die Kliniken ist zurzeit nicht klar, welche weiteren Anforderungen in Bezug auf Personalakquise und -entwicklung auf sie zukommen werden. Zurzeit versucht der Gesetzgeber, die Auswirkungen jahrzehntelanger „Kostendämpfungspolitik“ abzumildern. Darüber hinaus will er den Abbau von Pflegekräften

>

Die acht Grundkonzepte der Excellence:
Erfolgsfaktoren von Organisationen.
Sie basieren auf den Europäischen Werten,
die erstmals 1953 in der „European Convention
on Human Rights“ festgehalten wurden.

ten stoppen, der infolge der Reform der Krankenhausfinanzierung durch das Krankenhausreformgesetz mit Einführung des DRG-Systems seit 2000 stattgefunden hat. Für Wirbel sorgt das „**Pflegepersonalstärkungsgesetz**“ für die Alten- und Krankenpflege von Gesundheitsminister Jens Spahn. Der Gesetzgeber hat beschlossen, die Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen in somatischen Krankenhäusern herauszulösen. Weiterhin sieht das Gesetz vor, dass von 2020 an Krankenhäuser festgelegte Personaluntergrenzen nicht mehr unterschreiten dürfen. Die Konsequenzen dieser Entscheidungen sind zurzeit nicht absehbar, aber es ist sehr wahrscheinlich, dass sich der Wettbewerb um geeignetes (Fach-) Personal für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser noch einmal deutlich verschärfen wird.

Gefragt ist ein **nachhaltiges Personalmanagement**, das nicht nur auf Gesundheit und Motivation von Mitarbeiter*innen sowie Aus- und Weiterbildungsqualität setzt, sondern auch die Partizipation von Mitarbeiter*innen ermöglicht. Ebenso trägt verantwortungsvolle und verlässliche Führung maßgeblich dazu bei, dass die Organisation als Arbeitgeberin attraktiv bleibt.

Digitalisierung vorantreiben

Digitalisierung ist für die Zukunftssicherung in doppelter Weise erfolgsentscheidend: Zum einen sind die strategische Steuerung und ein erfolgreiches Projektmanagement bei Digitalisierungsprojekten enorm wichtig und nur erfolgreiche Digitalisierungsprojekte werden in Zukunft eine ökonomische Gestaltung der Prozesse ermöglichen. Zum anderen ist der sinnvolle und erfolgreiche Einsatz von Informationstechnologie (IT) selbst wieder Voraussetzung für die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter*innen.

Eine Organisation, die am Markt bestehen will, muss in der Lage sein, auf diese Entwicklungen, die grundlegende Änderungen mit sich bringen werden, schnell zu reagieren. Dabei kann ein Qualitätsmanagement, das sich als Vorgehen zur Organisationsentwicklung versteht, unterstützen.

Wichtige Voraussetzungen dafür sind, dass

- Qualitätsmanagement, Organisationsentwicklung sowie strategische Steuerung zusammengeführt und als Führungsaufgabe verstanden werden,
- Qualitätsmanagement wesentlich „agiler“ wird in dem Sinne, dass es nicht mehr ausreicht, vorgefertigte Normanforderungen zu bearbeiten und sich nur auf Zertifizierungsverfahren zu verlassen,
- Mitarbeiter*innen stärker in Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung einbezogen werden.

Alle diese Anforderungen erfüllt das Selbstbewertungsmodell der **European Foundation of Quality Management (EFQM)**, das Organisationen darin unterstützt, ihre Stärken und Verbesserungspotenziale zu erkennen sowie effektiv und nachhaltig zu nutzen.

Grundkonzepte der Excellence 2013



2.2 Streben nach Exzellenz als Lösungsansatz

Gegründet wurde die European Foundation for Quality Management (EFQM) Ende der 1980er-Jahre von führenden europäischen Industrieunternehmen. Ziel war es, vor dem Hintergrund zunehmender Globalisierung die Wettbewerbsfähigkeit europäischer Unternehmen zu stärken. Zugrunde liegt der Gedanke, dass alle Organisationen nach Erfolg streben. Der **EFQM-Excellence-Ansatz** hilft ihnen, diesen Erfolg zu erreichen und nachhaltig zu sichern, indem er einen Zyklus aus Selbstbewertungen und daraus resultierenden Verbesserungsprojekten fördert, die der strategischen Weiterentwicklung der Organisation dienen.

Laut der europäischen Stiftung zeichnen sich exzellente Organisationen dadurch aus, dass sie dauerhaft herausragende Leistungen erzielen, welche die Erwartungen aller ihrer Interessengruppen erfüllen oder übertreffen (Das EFQM-Excellence-Modell 2013).

Da der EFQM-Ansatz nicht branchenspezifisch festgelegt ist, können ihn große Konzerne ebenso einsetzen wie mittelständische Unternehmen, For- ebenso wie Non-Profit-Organisationen, Produktionsunternehmen ebenso wie Einrichtungen des Gesundheitswesens. Nach Angaben der Initiative Ludwig-Erhard-Preis nutzen mehr als 3.000 Organisationen in Deutschland den EFQM-Excellence-Ansatz, darunter so verschiedene Unternehmen und Organisationen wie der MDK Berlin-Brandenburg, die OBI Baumarkt Franken GmbH & Co. KG oder die Regensburg Tourismus GmbH (siehe Ludwig-Erhard-Preis-Ergebnisband 2017).

Ein hilfreiches Werkzeug

Alle Organisationen benötigen ein Managementsystem, um erfolgreich zu sein. Neben anderen Methoden hat sich dabei der Excellence-Ansatz der EFQM bewährt. EFQM-Expert*innen betrachten das EFQM-Excellence-Modell nicht als Anleitung, sondern als Werkzeug. Das Modell besteht aus drei Komponenten, die ineinandergreifen: **die Grundkonzepte der Excellence, das Kriterienmodell und die RADAR-Logik.**

Das Kriterienmodell ermöglicht einen strukturierten Blick auf Vorgehensweise und Ergebnisse einer Organisation und deren Ursache-Wirkungs-Beziehungen

Werte und Traditionen

Die Grundkonzepte der Excellence sind die Grundprinzipien, auf denen nachhaltige Excellence für jede Form von Organisation beruht. Sie bilden den gedanklichen Überbau über das EFQM-Modell.

Die Grundkonzepte sind:

- dauerhaft herausragende Ergebnisse erzielen,
- Nutzen für Kunden schaffen,
- die Zukunft nachhaltig gestalten,
- die Fähigkeiten der Organisation entwickeln,
- Kreativität und Innovation fördern,
- mit Vision, Inspiration und Integrität führen,
- Veränderungen aktiv managen,
- durch Mitarbeiter*innen erfolgreich sein.

[↗ Sommerhoff, Benedikt: EFQM zur Organisationsentwicklung, 2018, S. 32]

Der EFQM-Ansatz geht davon aus, dass alle Themen nicht isoliert betrachtet werden können, sondern miteinander verknüpft sind. Die jeweilige Bedeutung, die eines der Themen für eine spezifische Organisation hat, kann dabei unterschiedlich gewichtet sein [↗ vgl. Sommerhoff, Benedikt: EFQM zur Organisationsentwicklung, 2018, S.33].

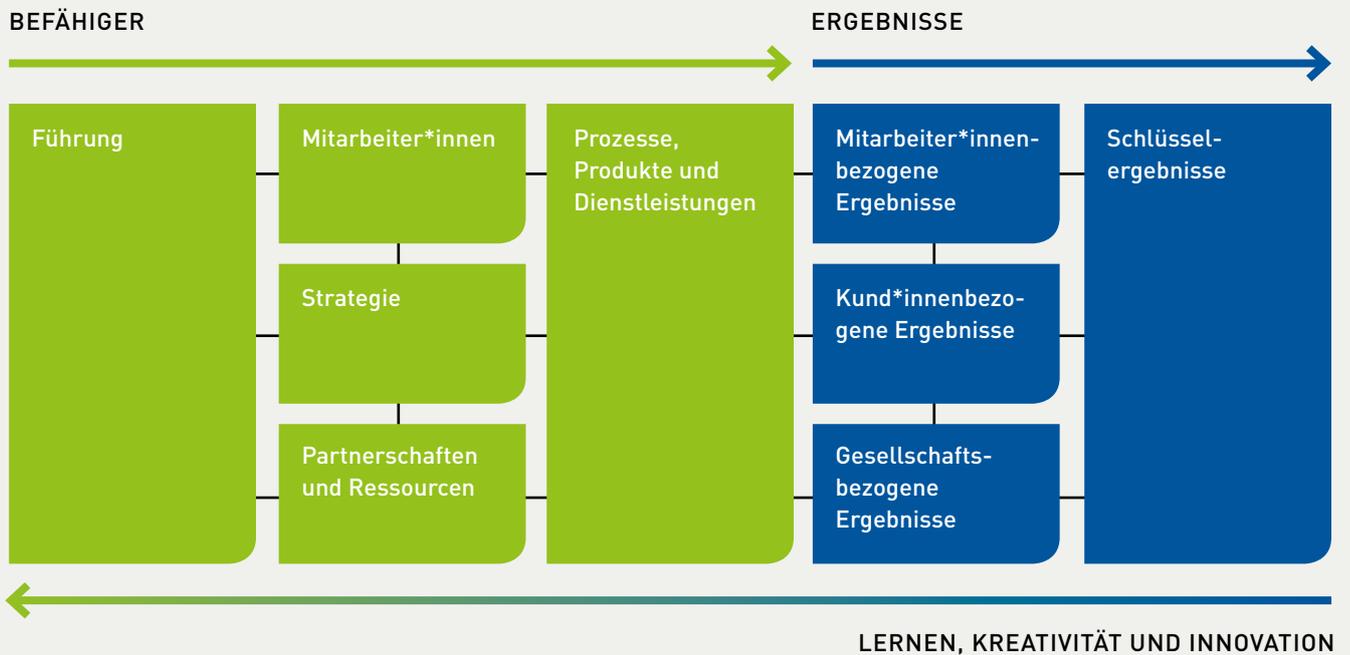
2.3 Ursache und Wirkung

Das Kriterienmodell bildet die Grundstruktur des EFQM-Excellence-Ansatzes und zeigt Zusammenhänge von Ursache und Wirkung auf, also zwischen dem, was eine Organisation tut – Befähiger –, und den daraus resultierenden Ergebnissen (↗ Das EFQM-Excellence-Modell 2013, S. 7). Daraus abgeleitet, besteht das Modell aus fünf Befähigerkriterien und vier Ergebniskriterien (siehe Grafik: Das EFQM-Kriterienmodell). Das Modell bildet nicht den Aufbau einer Organisation ab, sondern stellt relevante Themen und ihren Bezug zueinander dar. Zum Beispiel: Wie wird ein Unternehmen geführt (Kriterium 1)? Wie werden (Dienstleistungs-)Prozesse gestaltet (Kriterium 5)? Geht das Unternehmen dabei strategisch vor (Kriterium 2)? Erreicht es seine relevanten Ziele (Kriterium 9)? Jedes der neun Kriterien hat wiederum Teilkriterien, die alle Themen detailliert abbilden.

Für die beiden LVR-Kliniken Essen und Mönchengladbach erwiesen sich im Laufe des Projekts die drei Themen Mitarbeiter*innen, Strategie sowie Führung als besonders wichtig. Für das Kriterium Führung zum Beispiel lauten die fünf Teilkriterien wie folgt:

- 1a Führungskräfte entwickeln die Vision, Mission, Werte und ethischen Grundsätze und sind Vorbilder.
- 1b Führungskräfte definieren, überprüfen und verbessern das Managementsystem und die Leistung der Organisation.
- 1c Führungskräfte befassen sich persönlich mit externen Interessengruppen.

EFQM-Kriterienmodell



- 1d Führungskräfte stärken zusammen mit den Mitarbeiter*innen der Organisation eine Kultur der Excellence.
- 1e Führungskräfte gewährleisten, dass die Organisation flexibel ist und Veränderungen effektiv gemanagt werden.

Führungskräfte entwickeln Vorgaben für die Kliniken und sind Vorbilder in der Umsetzung dieser Vorgaben. Sie bringen sich persönlich ein und arbeiten mit den verschiedenen Interessenvertretern zusammen. Festzulegen bleibt, welche Führungskräfteebene wann und wo eingebunden wird. Darüber hinaus legt Teilkriterium 1e Organisationsentwicklung als Führungsaufgabe fest (↗ vgl. Sommerhoff, Benedikt, EFQM zur Organisationsentwicklung, 2018, S. 35).

Von zentraler Bedeutung: die Strategie

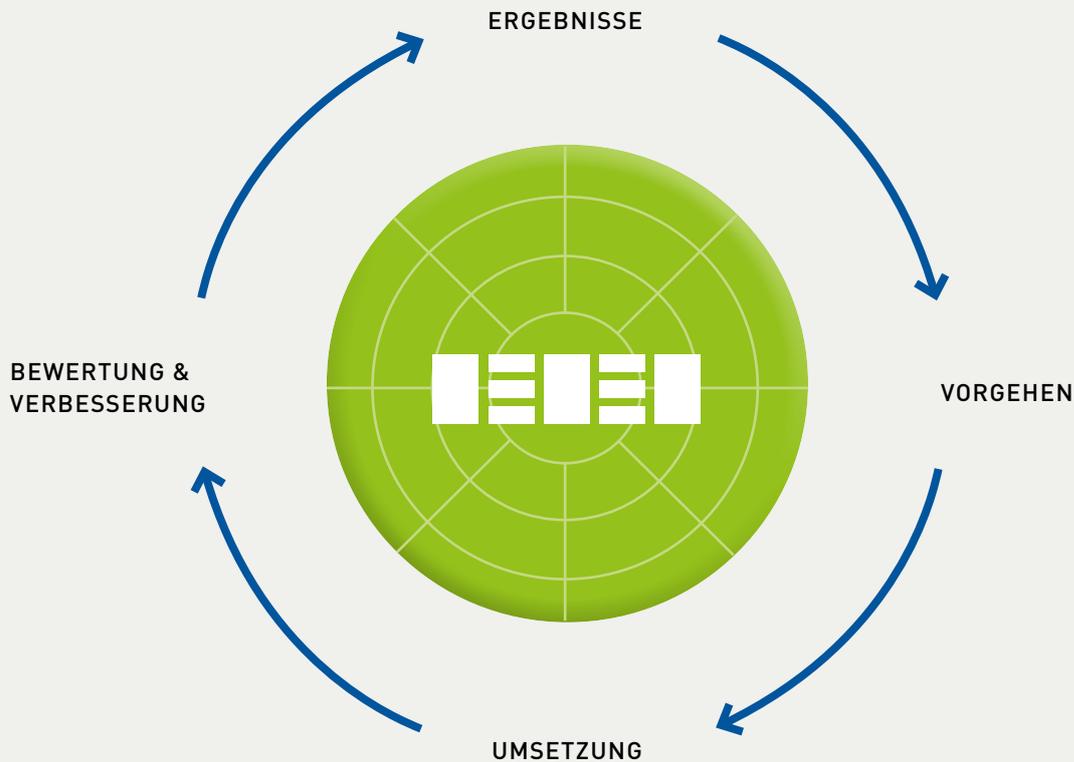
Die Strategie einer Organisation ist von entscheidender Bedeutung, um Veränderungsprozesse vorzubereiten und umzusetzen. Sie muss zum **Auftrag**, den **Zielen** und auch den **Werten** einer Organisation passen und die Erwartungen aller Interessengruppen berücksichtigen. Daher ist das Kriterium

Strategie im EFQM-Modell mit allen anderen Kriterien verknüpft. Sommerhoff schreibt dazu: „Alles, was die Organisation in den anderen Kriterien macht, misst das EFQM-Modell an dem Beitrag für die Umsetzung der Strategie und die Erreichung der strategischen Ziele. Deshalb ist jede Operationalisierung eines EFQM-Ansatzes vollständig organisationsindividuell.“ (↗ Sommerhoff, Benedikt: EFQM zur Organisationsentwicklung, 2018, S. 36). EFQM zwingt die Organisation dazu, sich immer wieder mit der eigenen Strategie auseinanderzusetzen und diese kontinuierlich weiterzuentwickeln, um auf Veränderungen, von außen und innen, angemessen reagieren zu können. So ist auch den beiden LVR-Kliniken im Zuge der Auseinandersetzung mit dem EFQM-Modell aufgefallen, dass sie ihre Strategie dringend überarbeiten müssen (↗ siehe auch Kapitel 5.2).

Erfolgsfaktor Mitarbeiter*innen

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Ausrichtung auf die Mitarbeiter*innen. Dahinter steht die Auffassung, dass gute Mitarbeiter*innen für eine Organisation erfolgsentscheidend sind.

RADAR-Logik



Exzellente Organisationen binden ihre Mitarbeiter*innen ein, entwickeln ihre Fähigkeiten und fördern lebenslanges Lernen. Im EFQM-Modell bildet Kriterium 3 die Erfolgsfaktoren Mitarbeiter*innenkompetenz und -engagement sowie Qualifizierung, Partizipation und Anerkennung ab. Die aufgeführten Kriterien dienen als Beispiele, um die Denkweise des EFQM-Modells zu verstehen. Eine detaillierte Auflistung aller Teilkriterien ist auf der Website der Initiative Ludwig-Erhard-Preis zu finden ([↗https://ilep.de](https://ilep.de)).

2.4 Was heißt RADAR-Logik?

Abgesehen von den Grundkonzepten der Excellence und dem EFQM-Kriterienmodell ist die RADAR-Logik die dritte Säule des EFQM-Excellence-Modells. RADAR steht für **Results, Approach, Deployment, Assessment** und **Refinement** (also Ergebnisse, Vorgehen, Umsetzung, Bewertung und Verbesserung). Die RADAR-Logik ist ein Bewertungs- und wichtiges

Managementinstrument. Die Grundidee ist es, den Reifegrad und die Entwicklungsfähigkeit einer Organisation zu bewerten, um daraus Stärken und Verbesserungspotenziale abzuleiten und so einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess in Gang zu setzen.

Die Bewertung aller Kriterien und Teilkriterien erfolgt in Punkten von 0 bis 1.000. Damit macht die RADAR-Bewertung die Qualität der gesamten Organisation oder einzelner Bereiche mit anderen vergleichbar und ermöglicht eine Orientierung an den Besten (**Benchmarking**).

2.5 Externes Anerkennungsverfahren

Vor rund zehn Jahren führte die Initiative Ludwig-Erhard-Preis (ILEP) die „Levels of Excellence“ ein, um, auch außerhalb des Preisverfahrens, den Reifegrad einer Organisation zu bewerten. Durchgeführt wird das Bewertungsverfahren von ei-

<

Die RADAR-Logik ist die Basis für die Bewertung nach dem EFQM-Excellence-Modell. Sie wird in jedem der 32 Teilkriterien des Kriterienmodells angewandt und gibt Aufschluss über den Reifegrad der Organisation.

nem Team erfahrener externer Assessor*innen. Die Initiative unterscheidet fünf Stufen der Anerkennung.

→ **„Committed to Excellence 1star“ (C2E 1star)**

Die Initiative begutachtet, ob die Organisation fähig ist, eine fundierte Selbstbewertung durchzuführen, daraus Verbesserungsprojekte zu priorisieren und diese erfolgreich umzusetzen.

→ **„Committed to Excellence 2star“ (C2E 2star)**

In Abgrenzung zum C2E 1star wird der Fokus auf das schon Erreichte gelegt. Das setzt voraus, dass die Organisation bereits erste Schritte der Organisationsentwicklung gegangen ist.

Erreicht die Organisation mehr als 300 Punkte, kann sie sich in einem nächsten Schritt um die EFQM-Anerkennung für Excellence (R4E) bewerben:

→ **„Recognised for Excellence 3star“**

(bei einer Bewertung mit mehr als 300 Punkten)

→ **„Recognised for Excellence 4star“**

(bei einer Bewertung mit mehr als 400 Punkten)

→ **„Recognised for Excellence 5star“**

(bei einer Bewertung mit mehr als 500 Punkten)

Das Recognised-for-Excellence-Verfahren basiert auf einem Assessment, welches die Organisation als Ganzes betrachtet. Ein kleines, aber sehr erfahrenes Team von Assessor*innen ermittelt die wesentlichen Stärken und Verbesserungspotenziale einer Organisation und nimmt eine Bewertung der Leistung gemäß der RADAR-Bewertungslogik vor. Das Ergebnis des Assessments kann für eine Bewerbung zum Ludwig-Erhard-Preis herangezogen werden, wenn die Anzahl der As-

essor*innen mindestens vier beträgt (↗ vgl. ILEP-Leitfaden für Bewerber 2018). Die große Bedeutung des EFQM-Modells liegt darin, dass es nicht lediglich ein Instrument zur Bewertung von Unternehmen ist, sondern durch seine Anwendung eine Änderung der Unternehmenskultur bewirkt. Gefragt sind hier vor allem die Führungskräfte, die zum einen Qualitätsmanagement im Sinne von Organisationsentwicklung als genuine Führungsaufgabe betrachten und zum anderen diesen ganzheitlichen Ansatz mittragen und vorleben müssen.



INITIATIVE LUDWIG-ERHARD-PREIS

Die Initiative Ludwig-Erhard-Preis (ILEP) ist ein Verein, dessen Mitglieder (Organisationen verschiedener Branchen) sich dem Gedanken der Business Excellence verschrieben haben. Der Verein zeichnet jährlich private und öffentliche Organisationen, Unternehmen sowie Institutionen in Deutschland für Spitzenleistungen im Wettbewerb aus. Dabei richtet sich der Blick nicht nur auf die Bemühungen zur Gewinn- und Umsatzoptimierung, sondern auch auf nachhaltige und ganzheitliche Leistungen des Managements. Damit steht die Auszeichnung im Zeichen der Sozialen Marktwirtschaft, wie sie Ludwig Erhard und andere in den 1940er-Jahren konzipiert haben. Der Preis, der erstmals 1997 vergeben wurde, ist der älteste und hochwertigste deutsche Excellence-Preis (↗ vgl. Internetseite <https://ilep.de>).

3



Schwerpunktthema (Mitarbeiter*innen-)Führung

Gute Führung bringt nicht nur bessere Ergebnisse, sondern sorgt auch für mehr Zufriedenheit und Motivation bei Mitarbeiter*innen. Entscheidend ist die innere Haltung der Führungskräfte.

Was bedeutet gute (Mitarbeiter*innen-)Führung?

Mit dieser Frage setzten sich die LVR-Kliniken Essen und Mönchengladbach in einem Kooperationsprojekt mit der Deutschen Gesellschaft für Qualität intensiv auseinander.

Führungskultur (weiter)entwickeln

Die im vorhergehenden Kapitel beschriebenen ökonomischen, politischen und gesellschaftlichen Veränderungen haben auch Auswirkungen auf die Rolle von Führungskräften im Gesundheitswesen. Zum einen gilt es, neue Herausforderungen rechtzeitig zu erkennen, einzuschätzen und in die Steuerung der Klinik einzubeziehen, um diese zukunftsfähig zu machen. Zum anderen ist **erfolgreiche Mitarbeiter*innenführung** – auch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels – ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Wettbewerbsfähigkeit der Kliniken.

Eine der Schwierigkeiten für Führungskräfte im Gesundheitswesen liegt darin, dass ihnen einfach oft die Zeit fehlt, sich mit **Führungsinstrumenten und -methoden** zu beschäftigen, Führung passiert eher „nebenher“. Das muss sich ändern. Außerdem empfehlen sich Führungskräfte hauptsächlich aufgrund ihrer fachlichen Kompetenzen für eine Führungsrolle. Am deutlichsten wird dies im ärztlichen Bereich: Ärzte steigen auf, weil sie fachlich gut sind, meist erst in der Oberarzt-

rolle stellen sie fest, ob sie auch gute Führungskräfte sind. Gute Führung muss aber bereit sein, sich mit überfachlichen Themen über die Arbeit an den Patient*innen hinaus zu beschäftigen. Und drittens geht es um das **Führungsverhalten** selbst, die Bereitschaft zu Selbstreflexion und Veränderung. Denn: Gute Führung kann man lernen, den Willen, sich kritisch mit dem eigenen Verhalten auseinanderzusetzen, muss man mitbringen. Gute Führung bedeutet Arbeit, zu der Führungskräfte immer wieder aufs Neue bereit sein müssen.

Gemeinsam Lösungsansätze finden

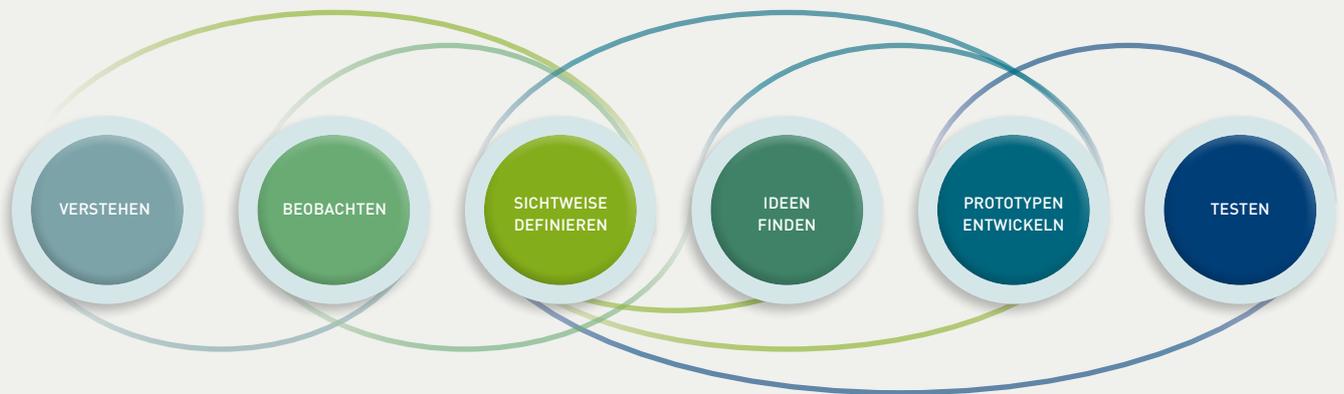
Dass Führung ein Schlüsselthema ist, wurde auch im Ad-hoc-Selbstbewertungsworkshop im August 2015 noch einmal deutlich. Die Klinikvorstände und ihre Stellvertreter*innen identifizierten in diesem Workshop wesentliche Verbesserungspotenziale für das EFQM-Kriterium 1 Führung. Eines der drei abzuleitenden Verbesserungsprojekte (→ vgl. Kap. 5.2.2) sollte daher (Mitarbeiter*innen-)Führung thematisieren. Weiterhin vereinbarten die Vorstände, dieses Projekt mit beiden Kliniken gemeinsam und mit Unterstützung durch die Deutsche Gesellschaft für Qualität (DGQ) durchzuführen. Die Leitung aufseiten der DGQ übernahm Dr. Benedikt Sommerhoff. Rückblickend würdigt der Leiter Innovation und Transformation der DGQ die gemeinsame Arbeit:

»Da haben sich die Führungskräfte sowie Mitarbeiter*innen durchaus etwas getraut, als sie mit uns Externen an das Thema Führung gegangen sind. Jeweils zwölf Teilnehmer*innen aus zwei LVR-Kliniken haben mit einem Team aus sieben Moderator*innen der Deutschen Gesellschaft für Qualität 2016 gemeinsam daran gearbeitet, Führung weiterzuentwickeln.

**~ Qualitätsmanagement als
Organisationsentwicklung ist nicht
nur explizit eine Führungsaufgabe,
Führungskräfte müssen diese
Entwicklung auch selbst vorleben. ~**

Jane E. Splett, Kaufmännische Direktorin LVR-Klinikum Essen

Methode Design Thinking



Wir haben intensiv analysiert und dann versucht, die Knackpunkte für bessere Führung und Zusammenarbeit zu finden. Und als wir sie gefunden und verstanden hatten, haben wir gemeinsam Ideen für besseres Führen entwickelt. Sie mögen nun selbst entscheiden, ob etwas und was anders ist als früher. Inzwischen bin ich selbst seit 25 Jahren Führungskraft und gleichzeitig auch geführter Mitarbeiter. In all den Jahren habe ich auch schon schlecht geführt und bin auch schon schlecht geführt worden. Für gute Führung mussten immer mehrere Voraussetzungen zusammenkommen. Uns aufeinander einzulassen, einander zuzuhören und einander in unserer Verschiedenheit zu achten. Mein eigenes Führungsverhalten, aber auch mein Verhalten als Geführter zu hinterfragen, mir ehrliche Rückmeldungen dazu einzuholen und dann zu versuchen, mein Verhalten zu verbessern. Wie schwer das ist, wissen Sie selbst. In Essen und Mönchengladbach habe ich Führungskräfte kennengelernt, die sich ehrlich bemühen zuzuhören, zu verstehen und ihre Führung weiterzuentwickeln. Ich habe Mitarbeiter*innen kennengelernt, die freimütig schildern, wie sie Führung erleben und an Lösungen und neuen Ansätzen mitwirken. Es liegt allerdings in der Natur der Sache, dass eine Organisation kontinuierlich daran arbeiten muss, eine gute Kultur, aber auch gute Prozesse der Zusammenarbeit zu pflegen. Drei Fragen können uns im Alltag leiten, miteinander weiter an einer guten Zusammenarbeit zu feilen: **Wovon brauchen wir mehr? Wovon brauchen wir weniger? Was machen wir morgen anders?** Wir sollten uns selbst und einander immer wieder diese Fragen stellen. Und uns entlang der Antworten auf ein Mehr, ein Weniger und ein Anders einigen, da, wo es nötig ist. Dafür müssen Sie miteinander im Gespräch bleiben.«

– Dr. Benedikt Sommerhoff

Die Zusammenarbeit mit der DGQ kam zustande, weil sich die Kliniken für das komplexe Problem Führung Unterstützung durch externe Berater*innen wünschten. Die DGQ wiederum wollte die Methode des „**Design Thinkings**“ in einem „echten“, anspruchsvollen Projekt mit externen Kund*innen, den beiden LVR-Kliniken, testen. Design Thinking stammt aus der Softwareentwicklung und wurde von der DGQ für andere Branchen modifiziert und weiterentwickelt. Grundidee ist, in gemischten Teams, in freier Atmosphäre ohne Denkverbote Lösungsansätze zu finden und diese in kurzen Zyklen zu erproben, zu verwerfen, zu revidieren und erneut auszuprobieren.



DIE SECHS PHASEN DES DESIGN THINKINGS

1. **Verstehen:** Aufgabe benennen und konkretisieren, eine gemeinsame Sicht auf die Aufgabe erhalten
2. **Beobachten:** Problem in der Praxis beobachten und neue Erkenntnisse und Sichtweisen erhalten.
Durch eigenes Erleben Expertise aufbauen.
Perspektiven der Nicht-Insider nutzen und Perspektivwechsel vornehmen, dadurch die Dinge neu sehen.
3. **Sichtweise definieren:** Eine eigene (neue oder neu formulierte) Sichtweise entwickeln. Worum geht es wirklich? Konsens über diese Sichtweise erzielen.
4. **Ideen finden:** Viele unterschiedliche Lösungsideen entwickeln, clustern, miteinander verbinden und bewerten
5. **Prototypen entwickeln:** Einen (physischen) Prototyp für die Lösung entwickeln
6. **Testen:** Die Lösung in der Praxis testen, Ansätze für Verbesserungen identifizieren

Ziel und Verlauf des DGQ-Führungsprojekts

Ziel des DGQ-Führungsprojekts war es, die Führungsqualitäten in beiden LVR-Kliniken wesentlich zu verbessern, um die Qualität der Arbeit und die Mitarbeiter*innenzufriedenheit zu erhöhen. Beteiligt waren die Klinikvorstände der LVR-Kliniken Essen und Mönchengladbach, inklusive der Stellvertreter*innen, sowie die Qualitätsmanagement-Beauftragten Henrike Kleinertz (Mönchengladbach) und Christina Terfloth (Essen). Weiterhin nahmen aus jeder Klinik sechs Mitarbeiter*innen unterschiedlicher Berufsgruppen und Hierarchieebenen teil. Das DGQ-Projektteam bestand aus einem Kern von sechs Mitarbeiter*innen, hinzu kamen Beobachter*innen, die Lernerfahrungen sammeln und die Methode bewerten sollten.

Das Projekt lief über einen Zeitraum von knapp fünf Monaten. Von November 2015 bis März 2016 fanden vier Workshoptage statt: am 11. November 2015 in Mönchengladbach, am 22. Januar 2016 in Essen sowie am 17. und 18. März 2016 in Wesel. Darüber hinaus trafen sich zwischen November 2015 und Januar 2016 klinikübergreifende Kleingruppen ohne die Vorstandsmitglieder der beiden Kliniken. Zum Abschluss veranstaltete die LVR-Klinik Mönchengladbach im Februar 2016 ein **World-Café**, an dem alle Klinik-Mitarbeiter*innen teilnehmen konnten. Das Essener LVR-Klinikum führte zwei halbtägige Workshops mit den Projektteilnehmer*innen durch, begleitet von Berater*innen der DGQ.

1 Verstehen

Herausforderungen symbolisieren

Im Workshop am 11. November 2015 lernte das Team des DGQ-Führungsprojekts zunächst die Methode des **Design Thinkings** kennen und startete mit der ersten Phase: Verstehen.

Die Kliniken verständigten sich über den Ist-Zustand ihrer jeweiligen Organisation und analysierten die Führungssituation in beiden Kliniken. Zunächst beschrieben die Mitarbeiter*innen, ohne die Vorstände, das Thema Führung aus ihrer Sicht und sammelten konkrete Beispiele aus ihrem Alltag, um zu verdeutlichen, welche Probleme dringend zu bearbeiten sind. In der zweiten Hälfte des Workshops präsentierten sie den Führungskräften ihre Kritikpunkte.

Führungsprobleme aus Mitarbeiter*innensicht:

- Führungskräfte binden ihre Mitarbeiter*innen zu wenig in Entscheidungs- und Veränderungsprozesse ein und nehmen ihre Meinung nicht ernst.
- Führungskräfte sind nicht greifbar, um Entscheidungen zu treffen.
- Führungskräfte und Mitarbeiter*innen kommunizieren nicht zeitnah.
- Führungskräfte geben zu wenig konstruktive Rückmeldungen.

Danach entwickelten die Workshopteilnehmer*innen, also alle Vorstandsmitglieder gemeinsam mit den Mitarbeiter*innen, sogenannte „Prototypen“ zur Symbolisierung der Führungsproblematik in den Kliniken. Nach dem Motto: Unsere Kliniken sind wie ...

- eine Fahrschule ohne Fahrlehrer im Auto,
- ein Schwertkampf,
- ein Schlauchboot mit Tiger oder
- die gemeinsame Pflege eines Hundes.

Das Feedback der Teilnehmer*innen zum ersten Workshop war durchweg positiv. Zwar irritierte die Methode, aber gerade dadurch wurden Probleme auf den Punkt gebracht. Darüber hinaus schaffte die Offenheit der Methode ein Klima, das den Mitarbeiter*innen ermöglichte, sich über ein so konfliktbehaftetes Thema wie Führung offen und intensiv auszutauschen. Sehr hilfreich für das Team des DGQ-Führungsprojekts waren die klar definierten kurzen Zeitfenster, um bestimmte Aufgaben zu lösen. Für die Moderator*innen der DGQ bestand die Herausforderung darin, die Zeitrahmen einzuhalten und aufkommende Konflikte gut zu managen.

2 Beobachten

Eine neue Sicht der Dinge

Zwischen November 2015 und Januar 2016 beschäftigte sich das Team des DGQ-Führungsprojekts mit der zweiten Phase des Design Thinkings: Beobachten. Befragungen und Interviews von Mitarbeiter*innen aller Hierarchieebenen und Berufsgruppen lieferten weitere Informationen zu den Führungsproblematiken aus unterschiedlichen Perspektiven.

3 Sichtweise definieren

Die Wege trennen sich

Im Januar 2016 fand der zweite Workshop in Essen statt. Ziel war es, an die Ergebnisse des ersten Workshops und die Beobachtungsphase anzuknüpfen und neue beziehungsweise veränderte Sichtweisen zu definieren, um anschließend erste Ausgangspunkte für zukünftige Lösungen zu entwerfen. Basis der unterschiedlichen Sichtweisen waren folgende vom Team des DGQ-Führungsprojekts formulierte fünf Leitfragen:

- Wie können wir Klarheit schaffen, Wissen und Information fördern, Feedback geben und Freiräume definieren für jeden, um wirksam und zufrieden zu arbeiten, persönliche Kompetenzen zu nutzen und zu stärken und die „richtigen Dinge“ zu tun?
- Wie können wir Zeit und Ort für offene Kommunikation zwischen Mitarbeiter*innen und Führungsverantwortlichen schaffen, um konkrete Rückmeldung, Austausch über Rollendefinition, Spielräume zu ermöglichen und gemeinsame Ziele zu entwickeln?
- Wie können wir Führungskräfte für ihre Rolle und ihre Aufgaben (inklusive Pflichten den Mitarbeiter*innen gegenüber) befähigen, um den Mitarbeiter*innen Orientierung, Gleichgewicht, Wertschätzung zu verschaffen beziehungsweise entgegenzubringen?
- Wie können wir Klarheit für alle finden und gewährleisten, um mit Gleichgewicht und Orientierung gemeinsame Ziele zu erreichen?
- Wie können wir Aufgaben/Rollen definieren, Spielräume/Zeit/Befähigung/Informationszugang schaffen für alle, um zufrieden und wirksam arbeiten zu können?

Kritische Herausforderung: Wie können wir in der Klinik „Teufelskreis-Konflikte“ aufdecken und lösen beziehungsweise einen passenden Umgang finden, damit wir mehr Zeit für unsere Arbeit haben?

Im zweiten Teil des Workshops teilten sich die beiden LVR-Kliniken auf und begannen damit, nach Standorten getrennt, erste klinikspezifische Lösungsansätze zu beschreiben. Im Laufe dieses Prozesses fiel auf, dass beide Kliniken weitere Informationen benötigten. Zum Ende des zweiten Workshop-tags stand für das Essener LVR-Klinikum fest, dass es zwei weitere halbtägige Workshoptage mit Unterstützung der DGQ einschieben wird. Die Mönchengladbacher Klinik hatte entschieden, ein World-Café mit möglichst vielen Mitarbeiter*innen abzuhalten.

Vorgehen LVR-Klinikum Essen

4 Ideen finden

Essener Lösungsansätze

Die vierte Phase „Ideen finden“ fand zwischen Januar und März 2016 statt. In zwei halbtägigen Workshops entwickelte der erweiterte Vorstand des LVR-Klinikum Essen gemeinsam mit weiteren Mitgliedern der DGQ-Projektgruppe sechs Lösungsansätze, die „Points of View“. Begleitet wurden beide Workshops von Dr. Sommerhoff.

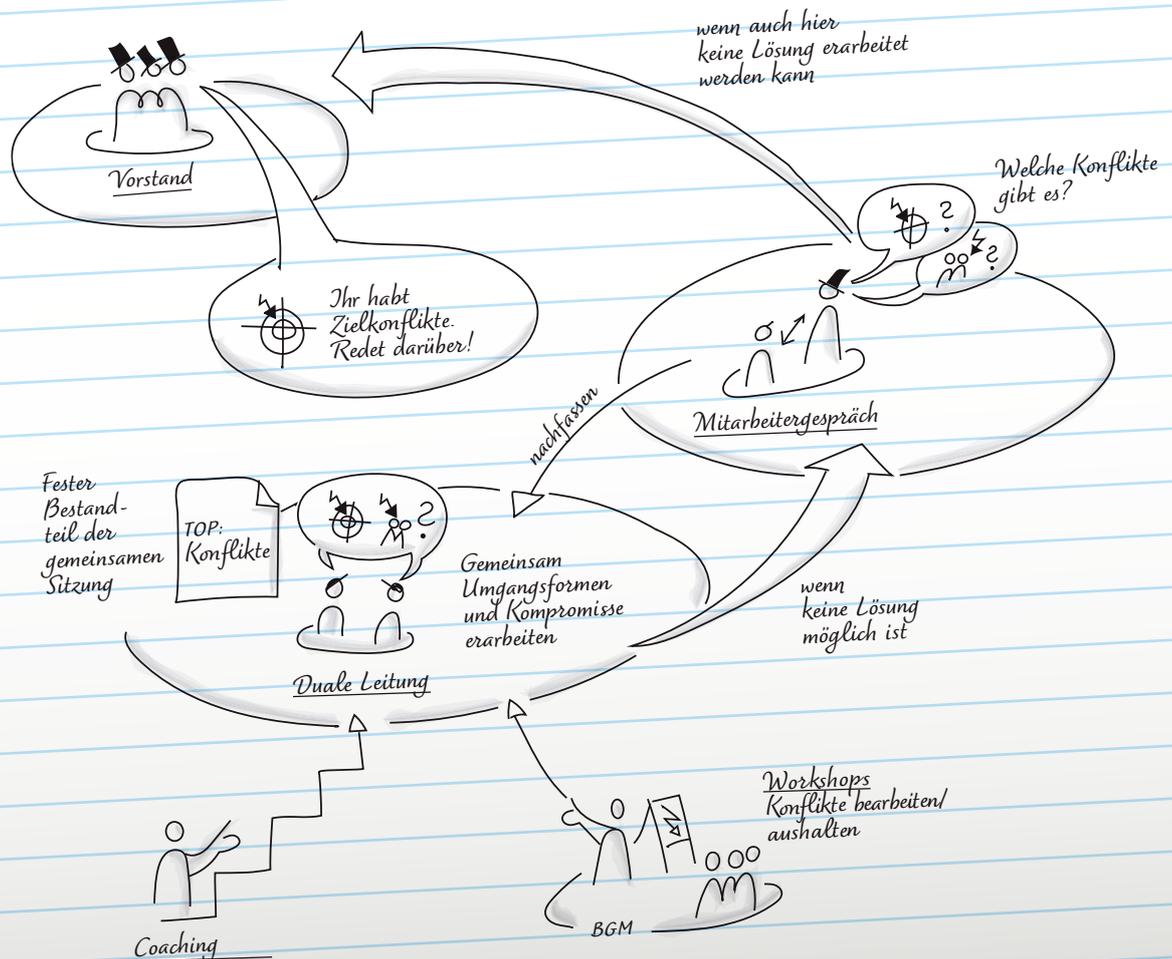
„Points of View“ (PoV) des LVR-Klinikum Essen

→ **PoV A:** Wir müssen für Führungskräfte aller Ebenen einen (Lösungs-)Mechanismus zur Verfügung stellen, damit sie Zielkonflikte oder persönliche Konflikte gemeinsam lösen können, weil die Konflikte sonst im Untergrund weitergären, und Konfusion für alle Nachgeordneten herrscht und die Konflikte Ressourcen zehren.

- **PoV B:** Wir müssen alle Führungskräfte in die Verantwortung nehmen, getroffene Entscheidungen zu vertreten und verbindlich und nachhaltig umzusetzen, um Klarheit zu schaffen und Konflikte zu vermeiden (und wir brauchen einen Eskalations- und Interventionsmechanismus, wenn das nicht geschieht).
- **PoV C:** Wir müssen für Klinikvorstände und alle dualen Leitungen (Kliniken und Stationen) (auf einer Ebene) einen Prozess definieren, um gemeinsame Entscheidungen zu treffen, weil sonst jeder Bereich vor sich hin werkelt.
- **PoV D:** Die Führungskräfte müssen für ihre Mitarbeiter*innen deren Ressourcen und Anforderungen objektivieren, Aufgaben priorisieren und Vorbild sein (und auch mal bestimmte Sachen liegen lassen), um echte Überforderung offenzulegen und dann zu verhindern sowie subjektives Überforderungsempfinden zu relativieren und davon zu unterscheiden.
- **PoV E:** Der Klinikvorstand muss für alle Führungskräfte passende Führungsinstrumente für ihre alltägliche Praxis zur Verfügung stellen, damit die Führungskräfte ihre Führungsaufgaben adäquat erfüllen können und ein kongruentes Führungshandeln möglich wird.
- **PoV F:** Wir müssen für alle Mitarbeiter*innen Aufgaben und Rollen definieren und Befugnisse zuweisen, um die wabernde/widersprüchliche/gedoppelte Verantwortung und Rückdelegation zu verhindern.

Die Mitarbeiter*innen prüften fünf Lösungsansätze auf kritische Herausforderungen und ergänzten sie. Der sechste wurde aus Zeitgründen zunächst zurückgestellt. Außerdem entwickelten sie eine Broschüre mit „Verhaltensankern für gutes und schlechtes Führungsverhalten“.

Lösungsmechanismus für Konflikte



Konkrete Handlungsempfehlungen

Im ersten Teil der Broschüre beschreiben die Mitarbeiter*innen Führungsverhalten, das sie stärkt und ihnen guttut. Dazu zählt, dass Führungskräfte ein offenes Ohr für ihre Belange haben, dass sie auch mal unliebsame Entscheidungen treffen, als Coach zur Verfügung stehen sowie konstruktives Feedback geben. Außerdem erwarten die Mitarbeiter*innen, dass sie aus der Verantwortung entlassen werden, wenn sie sich überfordert fühlen. Im zweiten Teil beschreiben sie Führungsverhalten, das sie behindert und schwächt. Negativ wirken sich zum Beispiel ungelöste Konflikte aus, die von der Führung weitergegeben werden, für deren Lösung die Mitarbeiter*innen aber gar nicht zuständig sind. Auch Leistungen nicht zu sehen oder schlechte Leistungen hinzunehmen, kommt bei den Mitarbeiter*innen nicht gut an.

Darüber hinaus erwarten sie von ihrer Führungskraft, dass diese Entscheidungen trifft und konsequent zu Ende denkt sowie Verantwortung übernimmt.

~ Mir hat an dem Workshop mit dem erweiterten Klinikvorstand gut gefallen, dass wir auf Augenhöhe und in gutem Miteinander an wichtigen Führungsthemen unseres Hauses gearbeitet haben. ~

Christina Terloth, Qualitätsmanagement-Beauftragte

5 Prototypen entwickeln

Lösungsansätze vertiefen

Auch an den beiden letzten Workshoptagen im März 2016 arbeiteten die Kliniken getrennt. Je Klinik waren zwei Teams vor Ort: eine Arbeitsgruppe bestand aus Mitarbeiter*innen, die andere aus Vorstandsmitgliedern und ihren Stellvertreter*innen.

Die Vorstandsgruppe des LVR-Klinikum Essen entwickelte zunächst die auf den Points of View basierenden Lösungsansätze weiter. Dazu holte sie auch Feedback der Mitarbeiter*innen-Gruppe ein. Im weiteren Verlauf des Workshops entschieden die Gruppen gemeinsam, die beiden Konzepte zu vertiefen, von denen die größte Hebelwirkung für positive Veränderungen in der Organisation zu erwarten war, und zwar

- die Entwicklung eines Konzepts zur „**Dualen Leitung**“, ein zentrales Thema, das in fast allen Points of View auftauchte, sowie die
- die Entwicklung eines Prozesses zum Konfliktmanagement (PoV A).

Einigkeit bestand darin, dass die weiteren Themen nicht verloren gehen dürfen beziehungsweise sollen, sondern zu einem späteren Zeitpunkt bearbeitet werden.

6 Testen

Lösungsansätze ausprobieren

Im Laufe des DGQ-Projekts wurde deutlich, dass der Aspekt „Duale Leitung“ in fast allen Points of View auftauchte und daher als zentrales Thema aufgegriffen und bearbeitet werden

sollte. Zunächst verständigte sich der Klinikvorstand auf wichtige „**Grundanforderungen**“ an Duale Leitung. Im März 2018 trafen sich dann Vorstandsmitglieder, deren Stellvertreter*innen und alle dualen Abteilungsleitungen (Chefärzt*innen und Pflegedienstleitungen) des LVR-Klinikum Essen, um gemeinsam ein Konzept zu erarbeiten. In einem ersten Schritt beauftragte der Vorstand die dualen Abteilungsleitungen, eine neue Gesprächskultur innerhalb ihrer Ebene zu schaffen, zum Beispiel in Form regelmäßiger **Jours fixes**.

Im nächsten Schritt wurden auf Stationsebene zwischen Oberärzt*innen und Stationsleitungen ebenfalls neue Strukturen entwickelt sowie die Kommunikation mit der Ebene Chefärzt*innen und Pflegedienstleitungen verbessert. Das Ziel, „Duale Leitung“ stärker im Alltag und in den Köpfen der Mitarbeiter*innen zu verankern, wurde damit erreicht.

Um das zweite Thema, Entwicklung eines Prozesses zum Konfliktmanagement, voranzutreiben, wurde ein Konfliktmanagementteam gebildet. Expert*innen des Friedensbildungswerks Köln schulten zwölf Mitarbeiter*innen des LVR-Klinikum Essen darin, Konfliktpotenzial zu verringern und Konflikte zu lösen. Diese Mitarbeiter*innen stellten sich in verschiedensten Gremien vor, um das Angebot bekannt zu machen. Zum Beispiel in **Qualitätskoordinator*innen- und Stationsleiter*innentreffen** sowie in Teambesprechungen. Da das Angebot gut angenommen wurde, gab es im Herbst 2018 eine weitere Fortbildung zum **Thema Mobbing**. Geschult wurden die Mitarbeiter*innen des Konfliktmanagementteams vor allem darin zu erkennen, wann es sich um Mobbing handelt und wann nur um einen „einfachen“ alltäglichen Konflikt, denn nicht jede kritische Äußerung fällt unter den Begriff Mobbing.

Vorgehen LVR-Klinik Mönchengladbach

4 Ideen finden

World-Café in Mönchengladbach

Im Februar 2016 veranstaltete die LVR-Klinik Mönchengladbach ein World-Café, an dem alle Mitarbeiter*innen teilnehmen konnten. Die Idee des World-Cafés ist es, Menschen in ungezwungener Atmosphäre miteinander ins Gespräch zu bringen. Die Teilnehmer*innen diskutierten Fragen zu wichtigen Themen, wie Wertschätzung, Verlässlichkeit, Konfliktwahrnehmung oder Partizipation. Abgeleitet waren die Themen aus den fünf Leitfragen zu Sichtweisen in Phase 3 des Design-Thinking-Prozesses, die ja zunächst noch mit beiden Kliniken gemeinsam stattgefunden hatte (↗ siehe Phase 3).

Aus diesen übergeordneten Leitfragen entwickelte die Mönchengladbacher Klinik ihre Fragen für das World-Café. Der Diskurs fand zunächst in kleinen Kreisen mit fünf bis zehn Personen statt, um ihn zu vertiefen, wechselten die Teilnehmer*innen im Laufe der Veranstaltung die Tische. Die Gruppen setzten sich aus Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen zusammen. Am Ende wurden die Ergebnisse im Plenum vorgestellt. Auf den Tischen standen Aufsteller mit ein bis zwei Fragen aus Perspektive der Mitarbeiter*innen sowie aus der imaginierten Sicht der Vorgesetzten.

Tisch 1: Woran würden Sie merken, dass Ihr Vorgesetzter Sie wertschätzt? Woran würden Sie merken, dass Sie sich auf Ihren Vorgesetzten verlassen können?

Woran würde Ihr direkter Vorgesetzter merken, dass Sie ihn wertschätzen? Woran würde Ihr direkter Vorgesetzter merken, dass er sich auf Sie verlassen kann?

Tisch 2: Woran würden Sie merken, dass Sie in Entscheidungsfindungen miteinbezogen werden?

Woran würde Ihr direkter Vorgesetzter merken, dass er Sie an den Entscheidungsfindungen teilhaben lässt?

Tisch 3: Woran würden Sie merken, dass Ihr direkter Vorgesetzter Ihre persönliche Situation und Ihre beruflichen Entwicklungsziele berücksichtigt?

Woran würde Ihr direkter Vorgesetzter merken, dass Sie sich mit den Klinikzielen identifizieren?

Tisch 4: Woran nehmen Sie Konflikte wahr?

Wie nehmen Sie wahr, wie mit Konflikten umgegangen wird?

~ Das World-Café ist eine gute Methode, um mit Mitarbeiter*innen ins Gespräch zu kommen. Wir wollten ehrliche Antworten auf die Frage, warum in Mönchengladbach die Führungsgrundsätze nicht gelebt werden. ~

Ursula Hüsig, Öffentlichkeitsbeauftragte
LVR-Klinik Mönchengladbach

Teufelskreis zwischen uneinheitlichem, konsequenzlosem Führungsverhalten auf kultureller Ebene und ineffizientem Handeln auf ökonomischer Ebene

Alle Antworten wurden gesammelt und geclustert und danach in zehn Punkten zusammengefasst. Diese dienten als Grundlage für die Diskussion im letzten Workshop:

1. **Umgangsformen/Miteinander/Atmosphäre**
(Grüßen, der Ton macht die Musik, Stimmung, Klima)

2. **Umgang mit Lob und Kritik**
(konkretes Feedback, Selbstreflexion)

3. **Anerkennung und Beratung**
(man fühlt sich erkannt, traut sich, Rat einzuholen)

4. **Zeitmanagement und Beratung** (Termineinhaltung, zeitnahe Rückmeldung, Anliegen werden gehört)

5. **Aktives Interesse an der Person/Klinik: Förderung/Unterstützung/Eigeninitiative**
(Belastungsgrenzen erkennen, Fortbildungswünsche erfragen, Einbringen von Ideen)

6. **Unterstützung und Entlastung im Arbeitsprozess**
(Allokation, Priorisierung, Zuverlässigkeit in der Aufgabenerfüllung)

7. **Augenhöhe/Offener Umgang/Wertschätzung**
(ernst genommen werden, angstfreies Klima, um Dinge anzusprechen, Meinungsakzeptanz)

8. **Transparenz und Klarheit in der Entscheidungsfindung/ Verbindlichkeit** (Entscheidung begründen – nicht nur „oben sticht unten“, Einhalten getroffener Absprachen)

9. Handlungs- und Entscheidungsspielräume festlegen

(Freiheit, Dinge selbst zu organisieren, Übernahme von Verantwortung zulassen)

10. Teamorientiertes Arbeiten versus Resignation, Rückzug

(miteinander statt jeder für sich, Motivation, Fluktuation)

Ziel des World-Cafés war es, Informationen von den Mitarbeiter*innen zu erhalten, auf deren Basis die Führungsstruktur in der LVR-Klinik Mönchengladbach überprüft und neu gestaltet werden konnte. So entstanden weiter gehende Beschreibungen der Problemlage und ihrer Symptome, aber noch keine konkreten Lösungsansätze.

5 Prototypen entwickeln

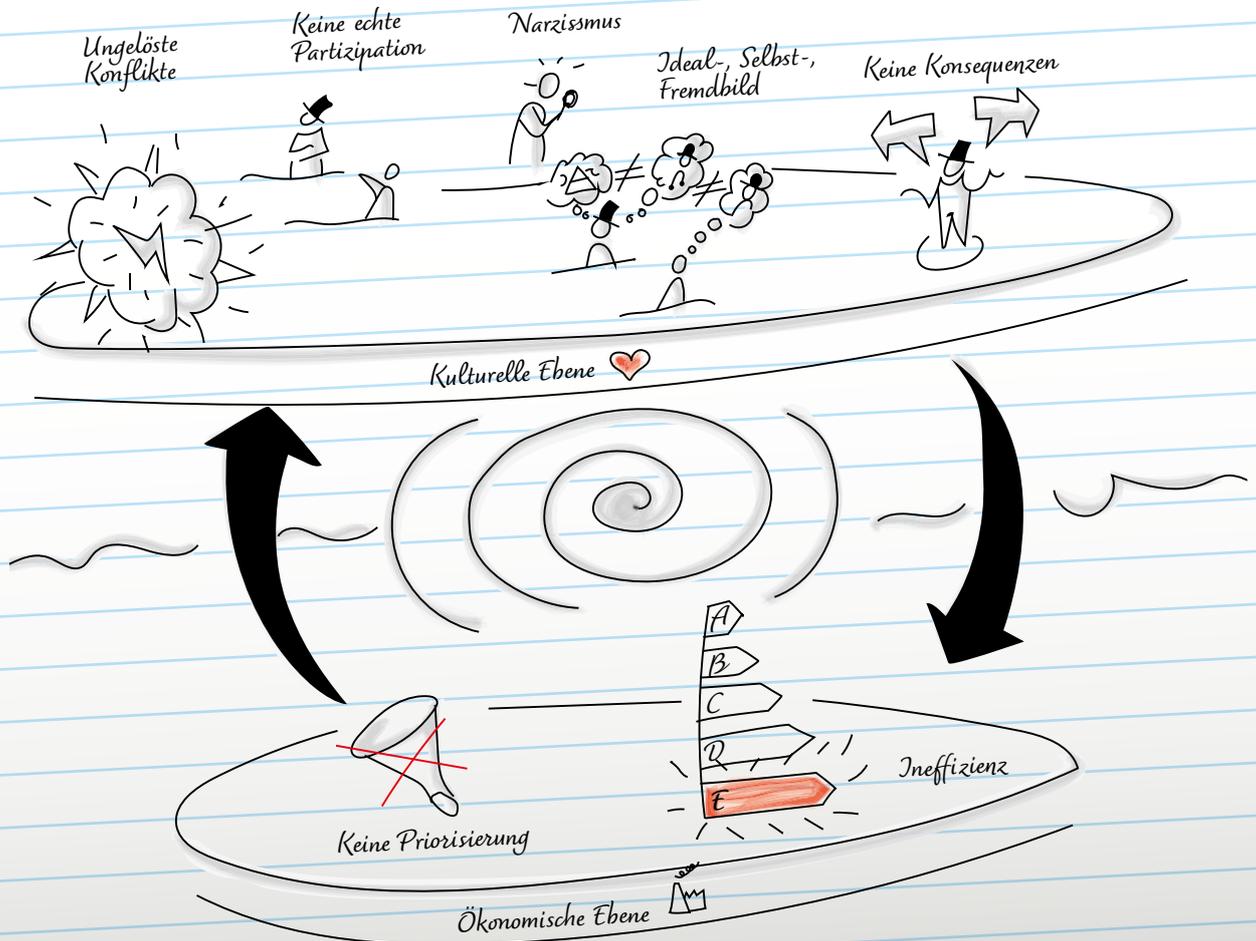
Teufelskreis zwischen kultureller und ökonomischer Ebene

An den letzten Workshoptagen im März 2016 war die Mönchengladbacher Klinik ebenfalls mit zwei Teams vertreten: ein Mitarbeiter*innenteam und ein Team mit Vorstandsmitgliedern und ihren Stellvertreter*innen. In Mönchengladbach bestand das Problem darin, dass alle Ergebnisse des World-Cafés schon in den Führungsgrundsätzen hinterlegt waren, aber nicht gelebt werden und sich die Klinik in einem Teufelskreis aus kultureller und ökonomischer Ebene befindet.

Warum werden Führungsgrundsätze nicht gelebt?

In der Mönchengladbacher Klinik gibt es einen Kulturbruch zwischen „Unternehmen“ und „Sozialpsychiatrie“. Klinikvorstände und Mitarbeiter*innen benannten vier Kernursachen

Teufelskreis zwischen den Ebenen



für dieses Problem: In der LVR-Klinik Mönchengladbach leben Führungskräfte die bereits bestehenden Führungsgrundsätze nicht,

- weil es keine Konfliktkultur und keine Mechanismen gibt, um Konflikte nachhaltig zu lösen,
- weil es keine echte Partizipation gibt (die Führungskräfte anbieten und/oder die Mitarbeiter*innen annehmen würden) und weil Narzissmus unter den Führungskräften weitverbreitet ist,
- weil eine große Spannung zwischen Selbstbild, Fremdbild und Ideal-/Wunschbild besteht,
- weil individuelles, uneinheitliches und konsequenzloses Führungsverhalten stattfindet.

Daraufhin erarbeiteten der Vorstand, inklusive Stellvertreter*innen, verschiedene Standpunkte, die die Herausforderungen der Klinik auf den Punkt bringen. Die Mitarbeiter*innen begutachteten diese und versahen sie mit Kommentaren. Anschließend gewichteten sie die Standpunkte gemeinsam:

- Selbstreflexion, Feedback und Intervention
- Wirklich einbringen können
- Intervention bei Verstoß
- Filtern, priorisieren, Nein sagen
- Ehrliches Handeln ermöglichen und einfordern
- Solidarität

Im nächsten Schritt erarbeiteten Vorstandsmitglieder und Mitarbeiter*innen gemeinsam erste Lösungskonzepte für die Themenfelder „Selbstreflexion, Feedback und Intervention“ sowie „Wirklich einbringen können“. Danach formulierten sie die kritischen Herausforderungen bei der Umsetzung dieser Lösungen und anschließend die kritischen Herausforderungen für das Lösungskonzept.

6 Testen

Kommunikation und Selbstreflexion

Die Hebel für Veränderungen liegen auf kultureller und ökonomischer Ebene. Es gilt festzulegen, mit welchem Thema begonnen wird. Aus Sicht des DGQ-Projektteams zählen unter anderem **echte Partizipation** sowie **Reflexion** zu den wichtigen Themen, zu denen es bereits Lösungsansätze gibt.

Um echte Partizipation der Mitarbeiter*innen zu fördern, hat die Mönchengladbacher Klinik neue Qualitätsmanagement-Strukturen aufgebaut und ein Gremium von Qualitätskoordinator*innen eingeführt. Sie haben die Aufgabe, Themen, die psychiatrierelevant sind, aufmerksam zu verfolgen und in das Gremium einzubringen. Die Kommunikation zwischen Führungskräften und Mitarbeiter*innen wurde nachhaltig verbessert (↗ siehe auch Kapitel 6.1).

Zum Thema Reflexion hat der Vorstand beschlossen, sich selbstkritisch mit der eigenen Arbeitsweise und der kollegialen Zusammenarbeit auf Vorstandsebene auseinanderzusetzen. Das Verständnis von Werten und Normen und die sich daraus ergebenden Rollenerwartungen sollen reflektiert werden. Dieser Supervisionsprozess ist die Grundlage für die Umsetzung von Veränderungsprozessen innerhalb der Klinik.

Gemeinsames Fazit

Insgesamt war das Führungsprojekt fordernd und brachte die Teilnehmer*innen zeitweise an ihre persönlichen Grenzen. Probleme tauchten auf, die schwierig zu lösen waren und teilweise immer noch bearbeitet werden müssen. Aus Sicht des Projektteams waren diese Themen jedoch wesentlich für den Erfolg des Gesamtprojekts und mussten daher vorrangig bearbeitet werden.

Sowohl Vorstandsmitglieder als auch Mitarbeiter*innen beider Kliniken schätzten die Offenheit, mit der Führungsthemen und -probleme angesprochen wurden. Besonders die Bereitschaft der Vorstände, sich offen und ehrlich einzubringen, kam bei den Mitarbeiter*innen sehr gut an. Es wurden gemeinsam Lösungsansätze erarbeitet, die geeignet sind, die Situation deutlich zu verbessern. Auch nach der EFQM-Selbstbewertung wurden erneut in beiden Kliniken Verbesserungsprojekte zum Thema Führung abgeleitet. Erfolgreich ist das Führungsprojekt aber erst dann, wenn die Ergebnisse verbesserter Führung auch in den Kliniken sichtbar werden. Bis dahin ist es noch ein weiter Weg.

4

Schwerpunktthema Qualität in der Psychiatrie

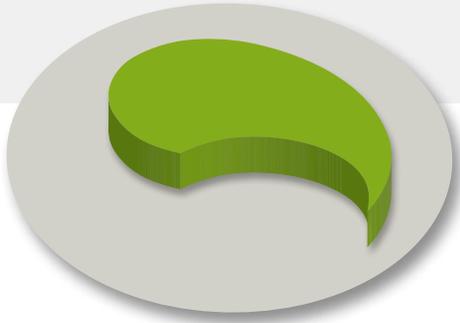
Qualität ist ein wichtiger Erfolgsfaktor in nahezu jeder Organisation. Für Patient*innen im Krankenhaus ist sie von entscheidender Bedeutung, denn es geht um ihre Gesundheit.

4.1 Qualitätsmatrix für gute psychiatrische Arbeit



Als Ergänzung zum EFQM-Modell zeigt die hier abgebildete Qualitätsmatrix die konkreten Anforderungen an gute psychiatrische Arbeit innerhalb der vier Dimensionen Patient*innenorientierung, Mitarbeiter*innenorientierung, Gesellschaftsorientierung sowie Wirtschaftlichkeit.

Die Qualitätsmatrix besteht aus Qualitätsmaßstäben für jede Dimension, die diese Anforderungen auf einer allgemeingültigen Metaebene beschreiben, sowie aus passenden Qualitätsmerkmalen für jeden Qualitätsmaßstab, die helfen, die Maßstäbe auf operativer Ebene umzusetzen.



Mitarbeiter*innenorientierung

Unter **Partizipation** verstehen wir die Teilhabe einer Person oder Gruppe an Entscheidungsprozessen oder an Handlungsabläufen, die in übergeordneten Strukturen von Organisationen stattfinden. Partizipation ist somit die Beteiligung der Mitarbeiter*innen am Entscheidungsprozess, für den die Vorgesetzten die Verantwortung tragen. → Um dies zu gewährleisten, beziehen wir unsere Mitarbeiter*innen regelhaft in die Gestaltung und Weiterentwicklung unserer Organisationen ein.

Unter **Chancengerechtigkeit** verstehen wir das Recht eines jeden Individuums auf eine gerechte Verteilung von Zugangs- und Lebenschancen. In unseren Organisationen werden keine Mitarbeiterin und kein Mitarbeiter mittelbar oder unmittelbar diskriminiert. → Um dies zu gewährleisten, wird keine Person schlechter als eine andere gestellt, nur weil sie einer bestimmten Gruppe zugeordnet wird oder ein bestimmtes Merkmal hat.

Unter **Orientierung an fachlichen Standards des Personalmanagements** als systematische Analyse, Bewertung und Gestaltung aller Personalaspekte eines Unternehmens verstehen wir die Ausrichtung dessen an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie an gesellschaftlichen Normen und Werten. Umfassendes Personalmanagement trägt damit zur Motivation, zur Entwicklung der Kultur und zur Erreichung der sozialen Ziele unserer Organisationen bei. → Um dies zu gewährleisten, entwickeln wir uns und unsere Mitarbeiter*innen kontinuierlich weiter.

Unter **Arbeitsicherheit und Gesundheitsschutz** verstehen wir die Auseinandersetzung mit kurz- und langfristigen Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit von Mitarbeiter*innen. Ziel ist die Verhinderung arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen und Berufskrankheiten. → Um dies zu gewährleisten, ergreifen wir präventive Maßnahmen.

Unter **Vereinbarkeit von beruflichem und privatem Leben** verstehen wir eine ausbalancierte Zeit- und Prioritätenverteilung zwischen den Belangen der Organisation und persönlichen Interessen. Diese beziehen sich auf alle Aspekte der außerberuflichen Lebenswelt unserer Mitarbeiter*innen. → Um dies zu gewährleisten, berücksichtigen und unterstützen wir die Lebenssituationen unserer Mitarbeiter*innen bei dienstlichen Entscheidungen.



Patient*innenorientierung

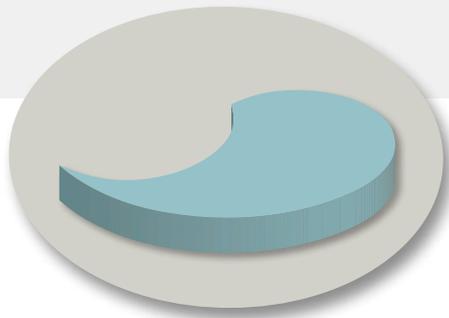
Unter **Autonomie** verstehen wir die Entscheidungsfreiheit eines Individuums. Bei der Behandlung muss die Entscheidungsfreiheit aller Beteiligten und Betroffenen respektiert werden. → Um dies zu gewährleisten, bedürfen alle Maßnahmen mindestens der vorherigen, informierten Zustimmung.

Unter **Chancengerechtigkeit** verstehen wir das Recht eines jeden Individuums auf eine gerechte Verteilung von Zugangs- und Lebenschancen. Bei der Behandlung wird kein Individuum mittelbar oder unmittelbar diskriminiert. → Um dies zu gewährleisten, wird keine Person schlechter als eine andere behandelt, nur weil sie einer bestimmten Gruppe zugeordnet wird oder ein bestimmtes Merkmal hat.

Unter **Orientierung an fachlichen Standards** verstehen wir die Ausrichtung der Behandlung an Normen, welche innerhalb der Fachkreise gesetzt werden. In die Behandlung fließen somit wissenschaftliche Erkenntnisse, praktische Erfahrungen sowie die Akzeptanz in der Profession ein. → Um dies zu gewährleisten, entwickeln wir uns kontinuierlich weiter.

Unter **Patientensicherheit** verstehen wir die Abwesenheit unerwünschter Ereignisse. Bei der Behandlung werden Ereignisse, die negative Folgen nach sich ziehen können, vermieden oder zumindest reduziert. → Um dies zu gewährleisten, werden alle Beteiligten darin geschult, mit unerwünschten Ereignissen zu rechnen, sie frühzeitig zu erkennen und adäquat auf diese zu reagieren.

Unter **Sozialraumorientierung** verstehen wir eine inhaltliche und organisatorische Ausrichtung der Behandlung auf den lokalen Lebenszusammenhang des Individuums. Bei der Behandlung werden Individualhilfen durch fallübergreifende Angebote ergänzt. → Um dies zu gewährleisten, vernetzen sich alle Leistungserbringer innerhalb des Sozialraums.



Gesellschaftsorientierung

Unter **Entstigmatisierung** verstehen wir Aktivitäten, die einer Ausgrenzung aufgrund eines physischen, psychischen oder sozialen Merkmals entgegenwirken. Das bedeutet für uns, durch Informationskampagnen die Wahrnehmung der stigmatisierten Gruppen zu verändern und auf die Gesetzgebung einzuwirken. → Um dies zu gewährleisten, hinterfragen wir gesellschaftliche Stereotype öffentlich und brechen diese durch persönliche Begegnungen auf.

Unter **sozialer Nachhaltigkeit** verstehen wir aktive Verantwortungsübernahme für die Akteur*innen der Region. Unsere Organisation stärkt verlässlich Solidarität und Mitmenschlichkeit durch soziale Fürsorge, ehrenamtliches Engagement und Verteilungsgerechtigkeit. → Um dies zu gewährleisten, arbeiten wir bedarfsgerecht und ressourcenorientiert.

Unter **Weiterentwicklung der Versorgung** von Menschen mit psychischen Erkrankungen verstehen wir Aktivitäten, die zu wissenschaftlichen Erkenntnissen und gesundheitspolitischen Entwicklungen im Sinne einer Verbesserung des Versorgungssystems beitragen. Das beinhaltet sowohl die Entwicklung neuer Behandlungsansätze als auch die Vertretung psychiatriespezifischer Themen in den Fachkreisen und politischen Gremien. → Um dies zu gewährleisten, forschen wir, führen öffentliche Diskussionen, halten Fachvorträge und setzen neue Ergebnisse um.

Unter **Prävention** verstehen wir Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung in der Gesellschaft. Das beinhaltet die Informationsweitergabe an die Bürger*innen.

→ Um dies zu gewährleisten, klären wir über psychische Erkrankungen auf und beraten unser Umfeld in Bezug auf deren Vorbeugung und Behandlung.

Unter **ökologischer Nachhaltigkeit** verstehen wir einen rücksichtsvollen und weitsichtigen Umgang mit Ressourcen, um die natürliche Lebensgrundlage der Gesellschaft zu erhalten. Das beinhaltet Schutz und Schonung der Umwelt und des Klimas. → Um dies zu gewährleisten, führen wir Maßnahmen im Rahmen von Umwelt- und Energiemanagement durch, die über gesetzliche Vorgaben hinausgehen.

Unter **Sozialraumgestaltung** verstehen wir das Engagement für die Verbesserung der Strukturen und Angebote für die Menschen in ihrem konkreten Umfeld. Ziel ist es, den Sozialraum zu einem lebenswerten Ort zu entwickeln und die selbstbestimmte Teilhabe zu fördern. → Um dies zu gewährleisten, wirken wir aktiv mit, entsprechende Strukturen zu entwickeln und aufzubauen.

Unter **Ausbildung** verstehen wir die Vermittlung theoretischen Wissens und praktischer Fertigkeiten, die zur beruflichen Handlungsfähigkeit führen. Ziel ist es, Menschen eine gesellschaftliche und soziale Entwicklung zu ermöglichen und sie zu Fachkräften zu qualifizieren. → Um dies zu gewährleisten, halten wir selbst Bildungseinrichtungen vor und kooperieren mit anderen Organisationen.



Wirtschaftlichkeit

Unter **rationalem Umgang mit Ressourcen** verstehen wir einen effizienten Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel, um eine ausgewogene Relation zwischen erreichter Qualität und wirtschaftlichen Ergebnissen zu erhalten. Ziel ist es somit, bestmögliche Resultate und eine angemessene Rendite zu erreichen. → Um dies zu gewährleisten, optimieren wir kontinuierlich unsere Prozesse.

Unter **ökonomischer Nachhaltigkeit** verstehen wir den Einsatz der erwirtschafteten Rendite für die Zukunftssicherung des Unternehmens, um den Auftrag der Organisation langfristig erfüllen zu können. → Um dies zu gewährleisten, nehmen wir eine vorausschauende Strategie- und Finanzplanung zur Sicherung der Leistungsfähigkeit und des Erfolgs unserer Klinik vor.

Qualitätsmaßstäbe, erarbeitet auf Grundlage etwa der Psychiatrie-Enquête und der UN-Behindertenrechtskonvention, bilden die Soll-Anforderungen für gute psychiatrische Arbeit ab. Passende Merkmale helfen, sie zu operationalisieren.

Zu Beginn des Projekts wurde deutlich, dass übergeordnete Maßstäbe im Sinne von systematisierten Soll-Anforderungen an gute, qualitativ hochwertige Arbeit in einer psychiatrischen Klinik fehlen. Dies hatte zur Folge, dass sich die Projektgruppe in einem gesonderten Arbeitspaket mit der Erarbeitung von Qualitätsmaßstäben und den dazugehörigen Merkmalen befassete. Entstanden ist eine Qualitätsmatrix (↗ siehe Grafik S. 38), die den Rahmen für gute psychiatrische Arbeit vorgibt. Die Entwicklung der Matrix erfüllt damit die Anforderung des Projektauftrags, das Qualitätsmanagement-System **psychiatriespezifisch** auszurichten.

4.1.1 Vier Dimensionen

In Anlehnung an die EFQM-Ergebniskriterien mitarbeiter*innenbezogene, kund*innenbezogene, gesellschaftsbezogene sowie Schlüsselergebnisse und die BSC-Systematik im LVR (Finanz-, Kund*innen-, Prozess-, Mitarbeiter*innenperspektive) hat die Projektgruppe vier verschiedene Qualitätsdimensionen unterschieden:

Patient*innenorientierung

Mitarbeiter*innenorientierung

Gesellschaftsorientierung

Wirtschaftlichkeit

Dabei half das EFQM-Modell, die unterschiedlichen, in gegenseitiger Abhängigkeit stehenden Kriterien zu betrachten und in ein Gleichgewicht zu bringen.

Qualitätsmaßstäbe für jede Dimension

Im nächsten Schritt galt es, sozusagen auf einer Metaebene, Begriffe zu finden, die für gute Arbeit in psychiatrischen Fachkrankenhäusern stehen. Einfließen sollten unter anderem Themen aus der **Psychiatrie-Enquête** (Abschlussbericht der Expertenkommission), der **UN-Behindertenrechtskonvention** sowie **Verbundzielen des LVR**, ergänzt um ethische Kriterien zur Beurteilung von Public-Health-Maßnahmen.

Zu Letzteren zählen ethische Prinzipien wie Fürsorge, Autonomie, Gerechtigkeit und Nutzenmaximierung. So spiegelt sich zum Beispiel das ethische **Public-Health-Prinzip der Fürsorge** mit seinen Teilaspekten des Wohltuns und Nicht-Schadens in den Qualitätsmaßstäben Patient*innensicherheit sowie Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz wider. Das Prinzip der Gerechtigkeit in den Qualitätsmaßstäben Patient*innen- und Mitarbeiter*innenorientierung. Darüber hinaus beruht das Handeln nach wissenschaftlichen Erkenntnissen innerhalb der Organisation auf dem ethischen Public-Health-Prinzip der wissenschaftlichen Abstützung.

Grundlage für die Formulierung der Qualitätsmaßstäbe war eine umfangreiche und intensive Recherche relevanter Fachliteratur mit anschließenden ausführlichen Diskussionen unter den Mitarbeiter*innen der Projektgruppe und daraus folgenden Systematisierungsvorschlägen. Als Ergebnis legte die Projektgruppe folgende Qualitätsmaßstäbe für die vier Dimensionen fest:

Patient*innenorientierung

- Autonomie
- Chancengerechtigkeit
- Orientierung an fachlichen Standards in der Behandlung
- Patient*innensicherheit
- Sozialraumorientierung

Mitarbeiter*innenorientierung

- Partizipation
- Chancengerechtigkeit
- Orientierung an fachlichen Standards des Personalmanagements
- Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz
- Vereinbarkeit von beruflichem und privatem Leben

Gesellschaftsorientierung

- Entstigmatisierung
- Soziale Nachhaltigkeit
- Weiterentwicklung der Versorgung
- Prävention
- Ökologische Nachhaltigkeit
- Sozialraumgestaltung
- Ausbildung

Wirtschaftlichkeit

- Rationaler Umgang mit Ressourcen
- Ökonomische Nachhaltigkeit

Für jeden Maßstab erarbeitete die Projektgruppe darüber hinaus eine leicht verständliche, kurze Definition, um die Arbeit mit den Qualitätsmaßstäben auf operativer Ebene im Klinikalltag zu erleichtern.

Dimension Patient*innenorientierung**Definitionen der Qualitätsmaßstäbe****Autonomie**

Unter Autonomie verstehen wir die Entscheidungsfreiheit eines Individuums. Bei der Behandlung muss die Entscheidungsfreiheit aller Beteiligten und Betroffenen respektiert werden. Um dies zu gewährleisten, bedürfen alle Maßnahmen mindestens der vorherigen, informierten Zustimmung.

Chancengerechtigkeit

Unter Chancengerechtigkeit verstehen wir das Recht eines jeden Individuums auf eine gerechte Verteilung von Zugangs- und Lebenschancen. Bei der Behandlung wird kein Individuum mittelbar oder unmittelbar diskriminiert. Um dies zu gewährleisten, wird keine Person schlechter als eine andere behandelt, nur weil sie einer bestimmten Gruppe zugeordnet wird oder ein bestimmtes Merkmal hat.

Orientierung an fachlichen Standards in der Behandlung

Unter Orientierung an fachlichen Standards verstehen wir die Ausrichtung der Behandlung an Normen, welche innerhalb der Fachkreise gesetzt werden. In die Behandlung fließen somit wissenschaftliche Erkenntnisse, praktische Erfahrungen sowie die Akzeptanz in der Profession ein. Um dies zu gewährleisten, entwickeln wir uns kontinuierlich weiter.

Patient*innensicherheit

Unter Patient*innensicherheit verstehen wir die Abwesenheit unerwünschter Ereignisse. Bei der Behandlung werden Ereignisse, die negative Folgen nach sich ziehen können, ver-

mieden oder zumindest reduziert. Um dies zu gewährleisten, werden alle Beteiligten darin geschult, mit unerwünschten Ereignissen zu rechnen, sie frühzeitig zu erkennen und adäquat auf diese zu reagieren.

Sozialraumorientierung

Unter Sozialraumorientierung verstehen wir eine inhaltliche und organisatorische Ausrichtung der Behandlung auf den lokalen Lebenszusammenhang des Individuums. Bei der Behandlung werden Individualhilfen durch fallübergreifende Angebote ergänzt. Um dies zu gewährleisten, vernetzen sich alle Leistungserbringer*innen innerhalb des Sozialraums.

Dimension Mitarbeiter*innenorientierung

Definitionen der Qualitätsmaßstäbe

Partizipation

Unter Partizipation verstehen wir die Teilhabe einer Person oder Gruppe an Entscheidungsprozessen oder an Handlungsabläufen, die in übergeordneten Strukturen von Organisationen stattfinden. Partizipation ist somit die Beteiligung der Mitarbeiter*innen am Entscheidungsprozess, für den die Verantwortlichen die Verantwortung tragen. Um dies zu gewährleisten, beziehen wir unsere Mitarbeiter*innen regelhaft in die Gestaltung und Weiterentwicklung unserer Organisationen ein.

Chancengerechtigkeit

Unter Chancengerechtigkeit verstehen wir das Recht eines jeden Individuums auf eine gerechte Verteilung von Zugangs- und Lebenschancen. In unseren Organisationen werden keine Mitarbeiterin und kein Mitarbeiter mittelbar oder unmittelbar diskriminiert. Um dies zu gewährleisten, wird keine Person schlechter als eine andere gestellt, nur weil sie einer bestimmten Gruppe zugeordnet wird oder ein bestimmtes Merkmal hat.

Orientierung an fachlichen Standards des Personalmanagements

Unter Orientierung an fachlichen Standards des Personalmanagements als systematische Analyse, Bewertung und Gestaltung aller Personalaspekte eines Unternehmens verstehen wir die Ausrichtung dessen an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie an gesellschaftlichen Normen und Werten. Umfassendes Personalmanagement trägt damit zur Motivation, zur Entwicklung der Kultur und zur Erreichung der sozialen Ziele unserer Organisationen bei. Um dies zu gewährleisten, entwickeln wir uns und unsere Mitarbeiter*innen kontinuierlich weiter.

Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz

Unter Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz verstehen wir die Auseinandersetzung mit kurz- und langfristigen Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit von Mitarbeiter*innen. Ziel ist die Verhinderung arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen und Berufskrankheiten. Um dies zu gewährleisten, ergreifen wir präventive Maßnahmen.

Vereinbarkeit von beruflichem und privatem Leben

Unter Vereinbarkeit von beruflichem und privatem Leben verstehen wir eine ausbalancierte Zeit- und Prioritätenverteilung zwischen den Belangen der Organisation und persönlichen Interessen. Diese beziehen sich auf alle Aspekte der außerberuflichen Lebenswelt unserer Mitarbeiter*innen. Um dies zu gewährleisten, berücksichtigen und unterstützen wir die Lebenssituationen unserer Mitarbeiter*innen bei dienstlichen Entscheidungen.

Dimension Gesellschaftsorientierung**Definitionen der Qualitätsmaßstäbe****Entstigmatisierung**

Unter Entstigmatisierung verstehen wir Aktivitäten, die einer Ausgrenzung aufgrund eines physischen, psychischen oder sozialen Merkmals entgegenwirken. Das bedeutet für uns, durch Informationskampagnen die Wahrnehmung der stigmatisierten Gruppen zu verändern und auf die Gesetzgebung einzuwirken. Um dies zu gewährleisten, hinterfragen wir gesellschaftliche Stereotype öffentlich und brechen diese durch persönliche Begegnungen auf.

Soziale Nachhaltigkeit

Unter sozialer Nachhaltigkeit verstehen wir aktive Verantwortungsübernahme für die Akteur*innen der Region. Unsere Organisation stärkt verlässlich Solidarität und Mitmenschlichkeit durch soziale Fürsorge, ehrenamtliches Engagement und Verteilungsgerechtigkeit. Um dies zu gewährleisten, arbeiten wir bedarfsgerecht und ressourcenorientiert.

Weiterentwicklung der Versorgung

Unter Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verstehen wir Aktivitäten, die zu wissenschaftlichen Erkenntnissen und gesundheitspolitischen Entwicklungen im Sinne einer Verbesserung des Versorgungssystems beitragen. Das beinhaltet sowohl die Entwicklung neuer Behandlungsansätze als auch die Vertretung psychiatriespezifischer Themen in den Fachkreisen und politischen Gremien. Um dies zu gewährleisten, forschen wir, führen öffentliche Diskussionen, halten Fachvorträge und setzen neue Ergebnisse um.

Prävention

Unter Prävention verstehen wir Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung in der Gesellschaft. Das beinhaltet die Informationsweitergabe an die Bürger*innen. Um dies zu gewährleisten, klären wir über psychische Erkrankungen auf und beraten unser Umfeld in Bezug auf deren Vorbeugung und Behandlung.

Ökologische Nachhaltigkeit

Unter ökologischer Nachhaltigkeit verstehen wir einen rücksichtsvollen und weitsichtigen Umgang mit Ressourcen, um die natürliche Lebensgrundlage der Gesellschaft zu erhalten. Das beinhaltet Schutz und Schonung der Umwelt und des Klimas. Um dies zu gewährleisten, führen wir Maßnahmen im Rahmen von Umwelt- und Energiemanagement durch, die über gesetzliche Vorgaben hinausgehen.

Sozialraumgestaltung

Unter Sozialraumgestaltung verstehen wir das Engagement für die Verbesserung der Strukturen und Angebote für die Menschen in ihrem konkreten Umfeld. Ziel ist es, den Sozialraum zu einem lebenswerten Ort zu entwickeln und die selbstbestimmte Teilhabe zu fördern. Um dies zu gewährleisten, wirken wir aktiv mit, entsprechende Strukturen zu entwickeln und aufzubauen.

Ausbildung

Unter Ausbildung verstehen wir die Vermittlung theoretischen Wissens und praktischer Fertigkeiten, die zur beruflichen Handlungsfähigkeit führen. Ziel ist es, Menschen eine gesellschaftliche und soziale Entwicklung zu ermöglichen und sie zu Fachkräften zu qualifizieren. Um dies zu gewährleisten, halten wir selbst Bildungseinrichtungen vor und kooperieren mit anderen Organisationen.

Dimension Wirtschaftlichkeit

Definitionen der Qualitätsmaßstäbe

Rationaler Umgang mit Ressourcen

Unter rationalem Umgang mit Ressourcen verstehen wir einen effizienten Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel, um eine ausgewogene Relation zwischen erreichter Qualität und wirtschaftlichen Ergebnissen zu erhalten. Ziel ist es somit, bestmögliche Resultate und eine angemessene Rendite zu erreichen. Um dies zu gewährleisten, optimieren wir kontinuierlich unsere Prozesse.

Ökonomische Nachhaltigkeit

Unter ökonomischer Nachhaltigkeit verstehen wir den Einsatz der erwirtschafteten Rendite für die Zukunftssicherung des Unternehmens, um den Auftrag der Organisation langfristig erfüllen zu können. Um dies zu gewährleisten, nehmen wir eine vorausschauende Strategie- und Finanzplanung zur Sicherung der Leistungsfähigkeit und des Erfolgs unserer Klinik vor.

4.1.2 Merkmale der Qualitätsmaßstäbe

Die Qualitätsmaßstäbe beschreiben auf einer allgemeingültigen Metaebene die Anforderungen an gute psychiatrische Arbeit. Um die Maßstäbe für das konkrete Handeln aller Mitarbeiter*innen im Klinikalltag zu operationalisieren, hat die Projektgruppe zudem entsprechende Qualitätsmerkmale erarbeitet. Für die Dimensionen Patient*innen- sowie Mitarbeiter*innenorientierung erfolgte die Erarbeitung der Merkmale im Rahmen eines **Traineeprojekts** von Dezember 2016 bis Ende Mai 2017.

In Anlehnung an die Methode der Fokusgruppengespräche führte der damalige **LVR-Trainee Daniel Wörmann** zu jedem Maßstab leitfragengestützte **Gruppeninterviews** durch. In allen Gruppen waren mindestens ein Vorstandsmitglied sowie Teilnehmer*innen verschiedener Berufsgruppen vertreten. In Mönchengladbach wurden geeignete Expert*innen zum Gruppeninterview eingeladen. In Essen nahmen Mitarbeiter*innen aus jeder Abteilung teil, darüber hinaus stand die Gruppe allen interessierten Mitarbeiter*innen offen.



30

leitfragengestützte Interviews, in Gruppen oder einzeln, gaben Aufschluss über das alltägliche Handeln.



2.500

aufgezeichnete Interviewminuten ermöglichten eine erste Beschreibung der Qualitätsmerkmale.



114

Gesprächspartner*innen brachten ihre Sichtweisen ein – berufsgruppen- und hierarchieübergreifend.

Ziel der Gruppeninterviews war es, alle vorhandenen Regelungen zum jeweiligen Thema beziehungsweise Qualitätsmaßstab zu sammeln und zu klären, wie diese im Klinikalltag umgesetzt werden. Im Anschluss wurden die Ergebnisse priorisiert und in eine vorher festgelegte Systematisierungslogik einsortiert. Die Systematisierung erfolgte in Anlehnung an das EFQM-Modell mithilfe der RADAR-Logik. Erläuternde Fragen halfen dabei, die Ergebnisse zu sortieren.

Die Fragen lauteten:

Was soll erreicht werden? (Results)

Wie ist die aktuelle Regelung? (Approach)

Was wird in der „Praxis“ getan? (Deployment)

Wie wird die Umsetzung des Themas bewertet und verbessert? (Assessment, Refinement)

Im Gegensatz zu den Qualitätsmaßstäben, die in einem deduktiven Verfahren mithilfe ausführlicher Literaturrecherche erarbeitet wurden, entstanden die Qualitätsmerkmale aus Interviewergebnissen, also mithilfe eines induktiven Verfahrens.

Im Anschluss an die Gruppeninterviews wurden alle Ergebnisse analysiert, priorisiert und geclustert. Die so erarbeiteten Qualitätsmerkmale sind im Gegensatz zu den Qualitätsmaßstäben für jede Organisation individuell erweiterbar. Je nach ihrer spezifischen Ausrichtung sollte eine Klinik Merkmale anpassen, das heißt: beschriebene Merkmale modifizieren, neue hinzufügen oder nicht zutreffende weglassen. Besonders wichtig für die Kliniken ist es, sich mit ihrer eigenen Haltung zu den jeweiligen Qualitätsmerkmalen auseinanderzusetzen – eine Erfahrung, die für die Projektgruppe überaus hilfreich und nützlich war.

Qualitätsmerkmale der einzelnen Qualitätsmaßstäbe

Die Qualitätsmerkmale für die Dimensionen Patient*innen- und Mitarbeiter*innenorientierung wurden im Rahmen des oben beschriebenen Traineeprojekts erarbeitet. Für die Dimension Gesellschaftsorientierung fand eine Fokusgruppensitzung mit Teilnehmer*innen aus beiden Kliniken statt. Die Merkmale für Wirtschaftlichkeit definierten die Kaufmännischen Direktorinnen beider Kliniken gemeinsam.

Dimension Patient*innenorientierung

Qualitätsmerkmale der fünf Maßstäbe

Autonomie

- Schutz der Würde/Vermeidung von Zwang und Gewalt
- Recht auf Privatheit/informationelle Selbstbestimmung
- Informierte Zustimmung
- Mitwirkung
- Ermächtigung/Befähigung
- Eigenverantwortung

Chancengerechtigkeit

- Nichtdiskriminierung aufgrund unterschiedlicher Merkmale (Alter, Kultur, Geschlecht etc.)
- Zugänglichkeit/Barrierefreiheit
- Entstigmatisierung
- Schaffung spezifischer Behandlungsangebote
- Ressourcenverteilung

Orientierung an fachlichen Standards in der Behandlung

- Berücksichtigung individueller Patient*innenmerkmale
- Berücksichtigung von Störungsbildern
- Multiprofessionelle Zusammenarbeit unter Berücksichtigung berufsgruppenspezifischer Vorgaben
- Berücksichtigung von Behandlungsabschnitten
- Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben
- Innovation und Einbringung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse

Patient*innensicherheit

- Etablierung eines klinischen Risikomanagementsystems
- Arzneimitteltherapiesicherheit/Medikationssicherheit
- Sicherer Behandlungsprozess
- Schutz vor Eigen- und Fremdgefährdung
- Bewusster Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
- Speiseversorgung/„Hotelleistungen“
- Technische und gebäudeseitige Gefahren
- Informations- und Datenschutz
- Notfallmanagement

Sozialraumorientierung

- Angebote der Klinik im Lebensumfeld
- Einbindung von Angehörigen/des Umfelds
- Kooperationsangebote im Lebensumfeld
- Unterstützung/Hilfe zur Aufrechterhaltung des sozialen Lebens

Dimension Mitarbeiter*innenorientierung

Qualitätsmerkmale der fünf Maßstäbe

Partizipation

- Recht auf Privatheit/informationelle Selbstbestimmung
- Information/Kommunikation
- Mitwirkung
- Eigenverantwortung

Chancengerechtigkeit

- Nichtdiskriminierung aufgrund von Merkmalen (z.B. Alter, Schwerbehinderung, Kultur, Geschlecht)
- Zugänglichkeit/Barrierefreiheit
- Schaffung spezifischer Angebote/Arbeitsbedingungen
- Ressourcenverteilung

Orientierung an fachlichen Standards des Personalmanagements

- Personalplanung
- Personalentwicklung
- Kommunikation
- Belohnung, Anerkennung und Betreuung

Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz

- Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Arbeitssicherheit
- Arbeitsmedizin
- BEM
- Brandschutz
- Hygiene
- Notfallmanagement

Vereinbarkeit von beruflichem und privatem Leben

- Unterstützung der Elternschaft
- Pflege von Angehörigen
- Lebensphasenbezug
- Arbeitszeit-/Arbeitsplatzmodelle

Dimension Gesellschaftsorientierung

Qualitätsmerkmale der sieben Maßstäbe**Entstigmatisierung**

- Klinik als Raum für Begegnung, Vorurteile abbauen, „Öffnen“ der Klinik
- (Medien-)Präsenz
- Erfahrungswissen nutzen
- Kooperation zur Prävention
- Lobbyarbeit
- Aufklärung
- Forschung
- Haltung

Soziale Nachhaltigkeit

- Niederschwellige Hilfsangebote
- Soziale Arbeitsplätze schaffen
- Für psychiatrische Themen sensibilisieren
- Bürgerschaftliches Engagement fördern
- Soziale Fürsorge
- Haltung

Weiterentwicklung der Versorgung

- Forschung
- Austausch mit Experten
- Interne Weitergabe von Forschungsergebnissen
- Wissen zur Verfügung stellen
- Kooperation und Beteiligung an Forschung
- Neue Behandlungsansätze erproben
- Haltung

Prävention

- Aufklärung durch Information
- Niederschwellige Beratungsangebote
- Gesundheitsfördernde Angebote
- Haltung

Ökologische Nachhaltigkeit

- Gefahrstoffe
- Abfallvermeidung
- Verhaltensorientierte Maßnahmen
- Wasserverbrauch
- Energieeffizienz
- Erneuerbare Energien
- Haltung

Sozialraumgestaltung

- Teilhabe fördern
- Quartiersentwicklung
- Politische Einflussnahme auf Quartiersentwicklung
- Behandlungsangebote im Sozialraum
- Haltung

Ausbildung

- Imagepflege von Gesundheitsberufen
- Weiterentwicklung von Aus- und Weiterbildungsangeboten
- Ermöglichen von Praxiserfahrung
- Vorhalten von Ausbildungsstätten
- Kooperationen mit Ausbildungsinstituten
- Haltung

Dimension Wirtschaftlichkeit**Qualitätsmerkmale für beide Maßstäbe****Rationaler Umgang mit Ressourcen und ökonomische Nachhaltigkeit**

- Prozessmanagement
- Kosten- und Leistungsrechnung
- Benchmarking
- Fertigungstiefe
- Klinikinterner Strategieprozess
- Budgetverhandlungen/Strukturgespräche mit Kostenträger
- Krankenhausplanung
- Zielplanungsprozess
- Kooperationen
- Nutzung von Synergieeffekten

Mitarbeiter*innen erfolgreich einbinden

Die Mitarbeiter*innen in den Fokusgruppen zeigten ein hohes Maß an Reflexionsfähigkeit. Bestehende Regelungen und deren praktische Umsetzung wurden kritisch hinterfragt und daraufhin überprüft, ob sie den alltäglichen Anforderungen noch gerecht werden. Dieses neue mitarbeiter*innenfokussierte Vorgehen förderte die Erarbeitung klinik- und basisorientierter Qualitätsmerkmale sowie eine höhere Identifikation der Mitarbeiter*innen mit dem Thema. Qualitätsmanagement wird nun als Aufgabe aller Mitarbeiter*innen verstanden, ein Ansatz, der auf jeden Fall beibehalten werden sollte.

Qualitätsrahmen für gute psychiatrische Arbeit

Gleichzeitig bestätigten die Ergebnisse die Projektgruppe darin, dass die Qualitätsmatrix den Rahmen für gute psychiatrische Arbeit darstellt. Die Qualitätsmaßstäbe bieten konkrete Anknüpfungspunkte für die Mitarbeiter*innen. Sie sind zum einen offen genug formuliert, um sie mit klinikspezifischen Merkmalen zu füllen, andererseits so spezifisch, dass sie von Mitarbeiter*innen psychiatrischer Krankenhäuser zur Orientierung in ihrer täglichen Arbeit herangezogen werden können.

5

Organisation Krankenhaus: auf dem Weg zur Exzellenz

Das EFQM-Modell lässt sich branchenübergreifend anwenden. In den letzten Jahren orientieren sich (wieder) zunehmend Einrichtungen des Gesundheitswesens am EFQM-Excellence-Ansatz.

Um die eigene Organisation weiterzuentwickeln, erproben die LVR-Kliniken Essen und Mönchengladbach das EFQM-Modell in der Praxis. Gefordert ist ein hohes Maß an Selbstreflexion sowie Durchhaltevermögen.

5.1. Gute Praxis LWL-Klinik Paderborn

Am 5. Februar 2015 starteten die Projektgruppenmitglieder mit einer Kick-off-Veranstaltung. In seinem Vortrag „**Was kommt nach KTQ®? – EFQM als Basis für das Qualitätsmanagement in der Psychiatrie**“ zeigte PD Dr. Bernward Vieten, ehemaliger Ärztlicher Direktor der LWL-Klinik Paderborn, wie sich die Paderborner Klinik trotz schwieriger finanzieller Lage mithilfe eines Qualitätsmanagement-Systems auf der Basis von EFQM erfolgreich weiterentwickeln konnte.

Ein Qualitätsmanagement-Katalog für die Psychiatrie?

Nach dem motivierenden Einstieg begannen die Mitglieder der Projektgruppe aus Essen und Mönchengladbach, das EFQM-Modell eins zu eins auf die Anforderungen eines psychiatrischen Krankenhauses zu übertragen, um einen psychiatriespezifischen Qualitätsmanagement-Katalog zu erstellen. Ergänzt werden sollte dieser noch durch relevante Inhalte des KTQ®-Katalogs.



EFQM-MODELL IN PADERBORN

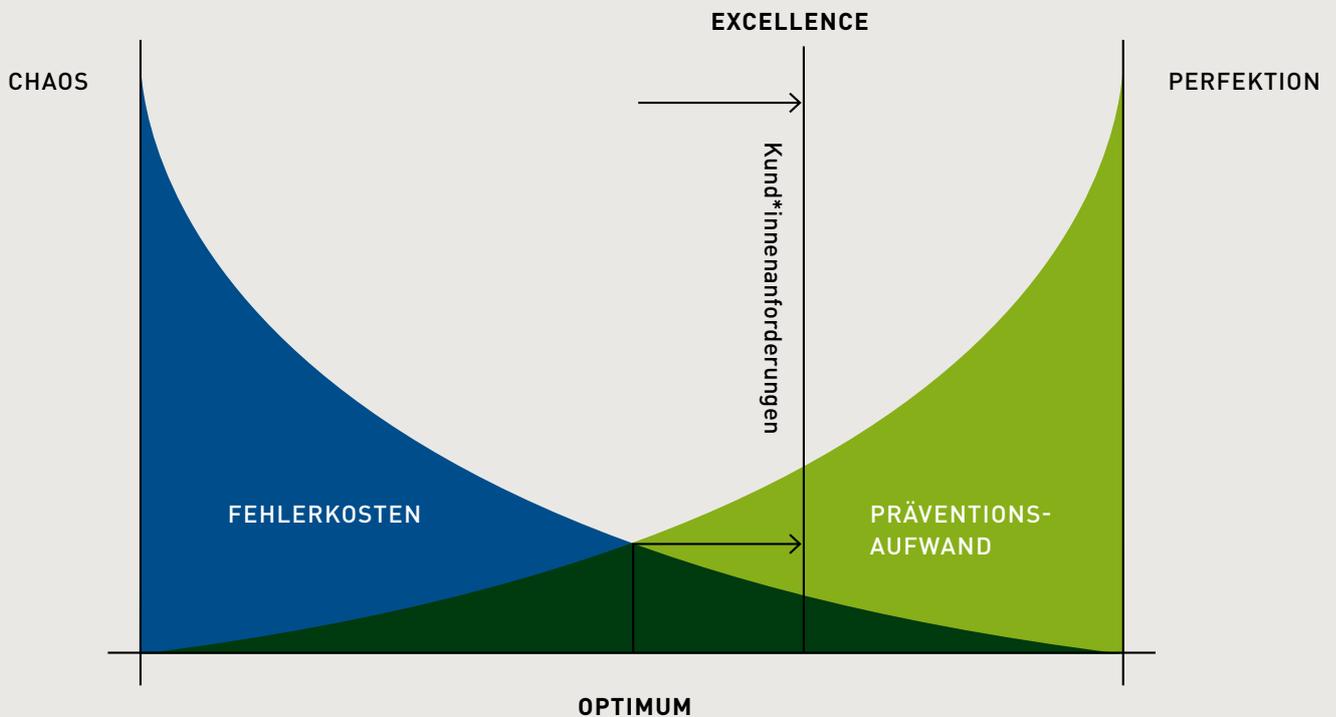
Die LWL-Klinik Paderborn hatte das EFQM-Modell 2002 eingeführt und analysiert seit 2006 alle zwei Jahre ihre Stärken und Verbesserungspotenziale – sowohl in einer Selbst- als auch in einer Fremdbewertung. 2014 erreichte sie in der Fremdbewertung den Level of Excellence „Recognised for Excellence 5star“, eine international anerkannte Auszeichnung der EFQM, die Aufschluss über die exzellente Performance einer Organisation gibt.

Das heißt: Die Projektgruppe entwickelte auf rein theoretischer Ebene eine psychiatriespezifische „Übersetzung“ des EFQM-Kriterienmodells. Schnell merkte das Projektteam jedoch, dass sich dieses formale, kleinschrittige Vorgehen negativ auf die flexiblen Anwendungsmöglichkeiten des EFQM-Modells auswirkte. Darüber hinaus wurde in dieser Projektphase deutlich, dass systematisierte Soll-Anforderungen an gute, qualitativ hochwertige Arbeit in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus fehlten.

Im Mai 2015 holten die Projektgruppenmitglieder **Dr. Benedikt Sommerhoff von der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ)** als externen Berater ins Boot.

Der EFQM-Experte und Leiter Innovation und Transformation der DGQ zeigte auf, dass es für die Weiterentwicklung der Kliniken nicht zielführend ist, den bisher verwendeten KTQ®-Katalog einfach durch einen anderen Kriterienkatalog zu ersetzen. Dr. Sommerhoff empfahl, ein neues Qualitätsmanagement-Modell nicht nur in der Theorie zu entwickeln, sondern gleichzeitig auch praktisch in den beiden Pilotkliniken zu erproben. Er regte an, die EFQM-Vorgehensweise zu nutzen, um dieses neue Qualitätsmanagement-System einzuführen und damit einhergehend ein neues Verständnis von Qualitätsmanagement im Sinne von Organisationsentwicklung zu implementieren. Das bedeutet gleichzeitig, dass Qualitätsmanagement als Führungsaufgabe verstanden wird und das EFQM-Befähiger-Kriterium Führung somit eine Schlüsselrolle im gesamten Prozess einnimmt. Dabei ist es besonders wichtig, sich möglichst früh mit dem Thema „Mitarbeiterführung“ auseinanderzusetzen, denn dieses ist ein starker Hebel für Veränderung.

Excellence in Abgrenzung zu Perfektion



Über den Nutzen des Excellence-Ansatzes der EFQM

Ein Beitrag von Dr. André Moll, geschäftsführendes
Vorstandsmitglied der Initiative Ludwig-Erhard-Preis

Die Organisationen des Gesundheitswesens erleben immer wieder Kritik hinsichtlich der Qualität der erbrachten Leistungen und der mangelnden Wirtschaftlichkeit. Als Reaktion versuchen viele Einrichtungen der Branche, über Zertifizierungen, wie zum Beispiel KTQ®, den Nachweis für ein adäquates Arbeiten zu erbringen.

Im Grunde geht es darum einzutaxieren, wo man sich auf der **Achse zwischen Chaos und Perfektion** befindet. Erlebbar wird mit der Umsetzung der normativen Systemansätze, dass sich der Aufwand sowohl für die Dokumentation und Nachweisführung als auch für die Begutachtung nicht günstig auf die Wirtschaftlichkeit auswirkt. Die Verschiebung der Leistungs-/Qualitätsfähigkeit Richtung Perfektion führt dazu, dass man die Aufwandskurve hochläuft (siehe Abbildung). Am Ende sollen aber Ergebnisse entstehen. Die Realität zeigt, dass Or-

ganisationen mit einem sehr imponierenden, sämtlichen Normen vollumfänglich genügenden Managementsystem nicht die Organisationen sind, die für die Patient*innen die beste Leistung erbringen. Denn die Energie, die in diese Systeme fließt, ist über Proportz zu deren Nutzwirkung und mindert die Zeit für Patient*innen auf allen Ebenen. Es gibt daher ein **Optimum der Ausgestaltung eines Managementsystems**. Dieses lässt sich durch eine konsequente Reflexion der Arbeitsweise und der Ergebnisse der Organisation immer weiter so ausrichten, dass ein maximaler Nutzen entsteht. Der Excellence-Ansatz der EFQM trägt nachweislich dazu bei, die Reife und Angemessenheit des Managements einer Organisation zu verbessern.

Es freut mich, wenn die Kliniken des LVR auch diesen Weg der **Reflexion und Verbesserung** gehen. Mein Eindruck von der Arbeit der Kliniken in Essen und Mönchengladbach war geprägt davon, dass es gelungen ist, viele Menschen zu motivieren und einzubinden, viele durchdachte und sachbezogene Entscheidungen zu treffen, aber auch zu entscheiden, was man nicht umsetzt. Daraus ist ein positiver Impuls in den beiden Organisationen entstanden, der durch intrinsische Motivation getrieben ist.

5.2 EFQM-Vorgehensweise

Im Mai 2015 beschloss die Projektgruppe, auf die Vorschläge einzugehen und ihre Vorgehensweise wie folgt zu ändern:

- **Das neue Qualitätsmanagement-Modell sollte nicht nur theoretisch entwickelt, sondern gleichzeitig in einem Modellversuch praktisch erprobt werden.**
- **Damit einhergehend wird Qualitätsmanagement als Organisationsentwicklung verstanden.**

Eine Entscheidung, die sich auch im Rückblick als sinnvoll erwies, da sich erst in der praktischen Umsetzung relevante Probleme und Herausforderungen zeigten.

5.2.1 Ist-Zustand erheben

Im August 2015 führten die Vorstände, inklusive ihrer Stellvertreter*innen, gemeinsam mit den Qualitätsmanagement-Beauftragten der LVR-Kliniken Essen und Mönchengladbach eine sogenannte **Ad-hoc-Selbstbewertung** nach EFQM durch.

Ziel war es, Stärken und Verbesserungspotenziale der Kliniken zu erkennen und so deren jeweiligen organisatorischen Reifegrad (↗ siehe Infokasten) zu bestimmen sowie relevante Handlungsfelder zu identifizieren. Die Ad-hoc-Selbstbewertung erfolgte zunächst nur für die EFQM-Kriterien Führung, Strategie und Mitarbeiter*innen. Dabei erwies sich die Zusammenarbeit der Vorstände beider Kliniken als motivierend, konstruktiv und bereichernd. Moderiert wurde der Workshop von zwei Experten der DGQ.

In der Ad-hoc-Selbstbewertung wurde noch einmal deutlich, dass das EFQM-Modell viel offener und flexibler ist als das Prüfverfahren nach KTQ®. Es bewertet nicht nur einzelne Kriterien, sondern zeigt, dass der Erfolg einer Organisation von unterschiedlichen Teilbereichen und deren Wechselwirkung abhängig ist. Darüber hinaus fordert und unterstützt der EFQM-Ansatz eine **klare Ableitung der Prozesse und Kennzahlen aus der Strategie** einer Organisation. Damit werden die Führungskräfte der Kliniken gefordert, ihre Strategie zu entwickeln, umzusetzen, kontinuierlich zu überprüfen und fortzuschreiben. Die Flexibilität des Modells darf hier nicht mit Beliebigkeit verwechselt werden. Denn es fragt auch danach, ob eine Strategie überhaupt zur Organisation passt, ob sie die Interessen aller Anspruchsgruppen berücksichtigt, ob sie konsistent ist und ob sie am Ende zum Erfolg geführt hat. Außerdem wurde im Workshop zur Ad-hoc-Selbstbewertung noch einmal klar, dass auch das beste Modell nur dann erfolgreich sein kann, wenn die gesamte oberste Führungsebene offen und ehrlich miteinander umgeht und echte Veränderung will.



REIFEGRAD

Laut Dr. Benedikt Sommerhoff ist „Reifegrad“ im Rahmen der Organisationsentwicklung nahezu gleichbedeutend mit Unternehmensqualität. Je reifer ein Unternehmen ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass es nachhaltig seine Existenz sichern kann. Für herausragende Reifegrade hat die EFQM den Begriff der Excellence eingeführt (↗ vgl. Sommerhoff, Benedikt: EFQM zur Organisationsentwicklung, 2018, S. 19 ff.).

Veränderungsprojekte



5.2.2 Veränderungsprojekte I

Aus den in der Ad-hoc-Selbstbewertung analysierten Stärken und Verbesserungspotenzialen erarbeiteten Vorstände und Qualitätsmanagement-Beauftragte Veränderungsprojekte. Dabei galten folgende Kriterien:

- Verbesserungsprojekte müssen der Organisationsentwicklung nach EFQM dienen und
- sie müssen sich an strategischen Themen der jeweiligen Kliniken orientieren.

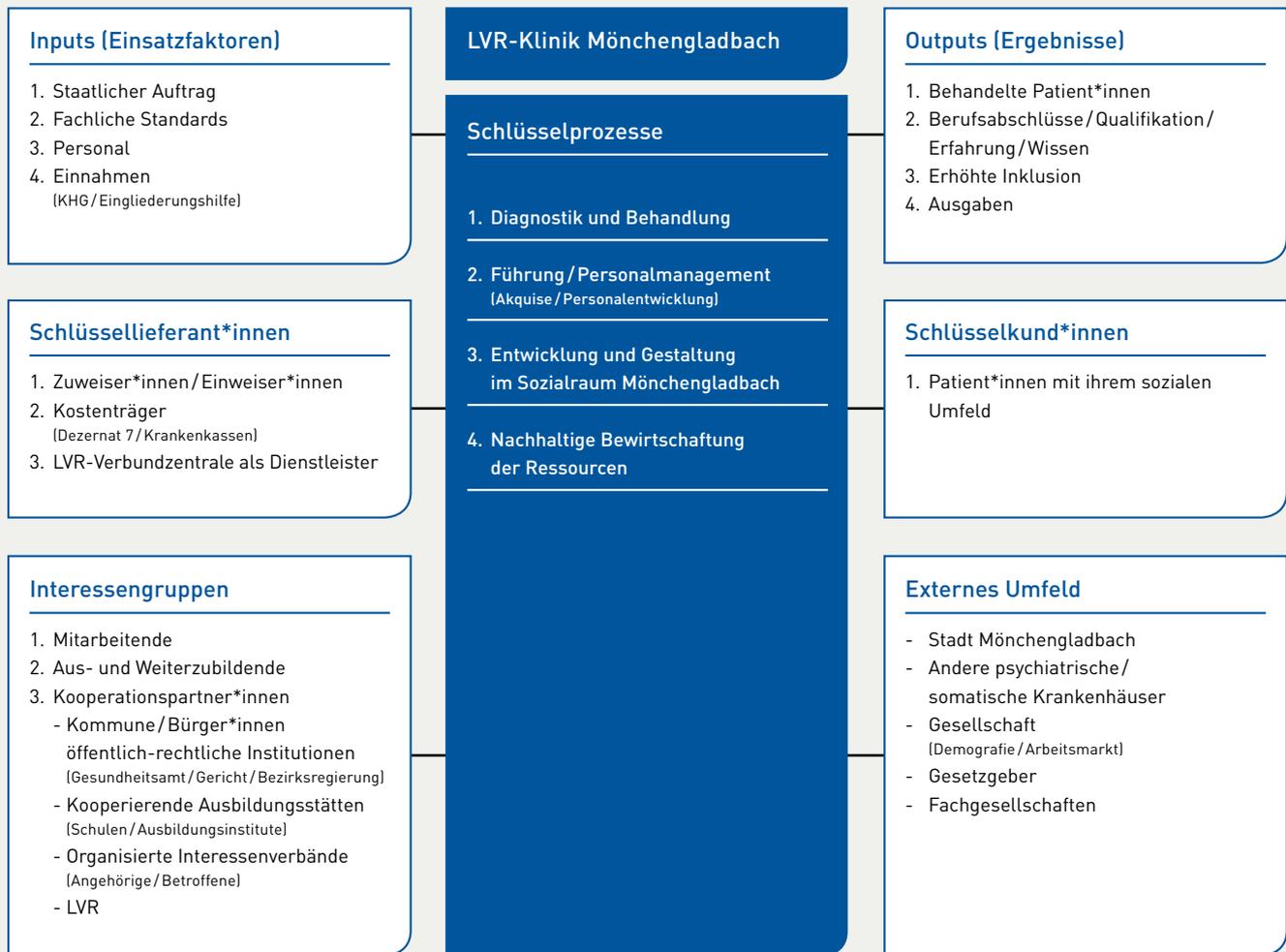
Jede Klinik priorisierte drei Projekte: je zwei klinikspezifische (siehe Grafik Veränderungsprojekte sowie Poster im Anhang) sowie ein gemeinsames Projekt zum Thema **(Mitarbeiter*innen-)Führung** in Kooperation mit der DGQ (↗ siehe Kapitel 3). Die Laufzeiten der einzelnen Projekte betragen zwischen 5 und 18 Monate. Die erarbeiteten Verbesserungen wurden in den Kliniken implementiert.

So hat das LVR-Klinikum Essen zum Beispiel ein Projekt umgesetzt, in dem die Zusammenarbeit zwischen Wirtschaftsabteilung (Bestellwesen) und Stationen deutlich verbessert wurde. Bisher war es für die Stationsteams sehr aufwendig, Supervision zu beantragen und zu erhalten. Die Aufstellung

eines **Supervisor*innen-Pools** und kürzere Wege im Genehmigungsverfahren haben wesentlich dazu beigetragen, den Prozess zu verschlanken und Wartezeiten zu verkürzen.

In Mönchengladbach führte die Analyse bestehender Kommunikationsstrukturen zu grundlegenden Veränderungen. Online wurden alle Mitarbeiter*innen zu Informationsgrad und -bedarf, Kommunikationswegen und -inhalten sowie Kommunikationsstil und -kultur befragt. Als ein Ergebnis beschloss der Vorstand, einen **Newsletter** einzuführen, der bei den Mitarbeiter*innen sehr gut ankam. Zum anderen erfolgte ein grundlegender Umbau der Qualitätsmanagement-Strukturen: Bisher kommunizierte der Vorstand einmal im Jahr die Zielvereinbarung mit der Verbundzentrale des Klinikverbunds an alle Mitarbeiter*innen. Nun finden regelmäßige **Treffen der Qualitätskoordinator*innen** statt. Hier kommen Themen der Mitarbeiter*innen verstärkt zur Sprache und fließen darüber hinaus in die Zielvereinbarungen mit ein. 2018 war es den Mitarbeiter*innen zum Beispiel wichtig zu diskutieren, welche Maßnahmen die Klinik ergreift, um sich als attraktiver Arbeitgeber zu positionieren. Gleichzeitig werden die Mitarbeiter*innen kontinuierlich über den Stand der Zielerreichung informiert. Sowohl die transparente Kommunikation als auch die aktive Teilnahme am Prozess der Zielvereinbarung werden von den Mitarbeiter*innen positiv bewertet.

Organisationsmodelle



5.2.3 Zwischenfazit ziehen

Im Mai 2017 trafen sich die Klinikvorstände aus Essen und Mönchengladbach zum **EFQM-Fitnesscheck**, den Dr. André Moll begleitete. Moderiert wurde er von den Qualitätsmanagement-Beauftragten der Kliniken. Ziel war es, Themen zu erfassen, die bis zur EFQM-Selbstbewertung im April (Essen) bzw. Juni (Mönchengladbach) 2018 noch zu bearbeiten waren. Vor allem das Festlegen von Organisationsmodellen nach einem Schema der ILEP sowie das Überprüfen der Strategie – beides wichtige Voraussetzungen für die Selbstbewertung.

5.2.4 Die Organisation verstehen und steuern

Basis für die Selbstbewertung ist ein gemeinsames Grundverständnis der eigenen Organisation. Das Erstellen eines **Organisationsmodells** macht die oft unterschiedlichen Sichtweisen der Führungskräfte auf ihre Organisation deutlich und hilft ihnen, sich auf einen gemeinsamen Standpunkt zu einigen. Die Vorstände beider Kliniken erarbeiteten zunächst zusammen ein allgemeines Organisationsmodell für ein psychiatrisches Fachkrankenhaus und passten dieses dann auf die spezifischen Gegebenheiten der eigenen Klinik an.



Die abgebildeten Organisationsmodelle zeigen die Verknüpfung der wesentlichen Prozesse, Einsatzfaktoren und Ergebnisse, Lieferanten und Kunden, Interessengruppen und das Umfeld der Kliniken. Da die Kliniken unterschiedlich ausgerichtet sind, unterscheiden sich auch die Modelle. So gehören zum Beispiel für das LVR-Klinikum Essen mit seinem universitären Auftrag Forschung und Lehre zu den Schlüsselprozessen. Die Mönchengladbacher Klinik mit ihrer sozialpsychiatrischen Ausrichtung rückt dagegen die Entwicklung und Gestaltung im Sozialraum Mönchengladbach stärker in den Fokus. So ist jede Klinik bei der Erstellung des Organisati-

onsmodells gezwungen, sich mit ihren spezifischen Anforderungen auseinanderzusetzen und diese zu beschreiben.

Nachdem sich die Vorstände auf ein gemeinsames Verständnis der Organisation geeinigt hatten, stellten sie im nächsten Schritt die **Strategie** ihrer Kliniken auf den Prüfstand. Ziel war es, die Anforderungen und Bedürfnisse interner und externer Interessengruppen herauszuarbeiten und festzulegen, in welche Richtung sich die Organisation in den nächsten Jahren entwickeln soll.



<
Das Strategiehandbuch des
LVR-Klinikum Essen ist im
Anhang komplett abgebildet

Strategieentwicklung in Essen

Der Vorstand des LVR-Klinikum Essen hat zunächst einen Zeitraum von zehn Jahren für die zu erarbeitende Vision festgelegt. Dann folgte ein Brainstorming zu den vier Dimensionen der Qualitätsmatrix, die mit den vier EFQM-Ergebniskriterien korrespondieren: Mitarbeiter*innenorientierung, Patient*innenorientierung, Gesellschaftsorientierung sowie Wirtschaftlichkeit. Die Fragestellung lautete: Was wollen wir erreichen? Wohin wollen wir das LVR-Klinikum Essen bis 2027 lenken?

Mithilfe einer **SWOT-Analyse** sammelte der Vorstand interne und externe Faktoren, die sich positiv oder negativ auf das

Erreichen der Vision auswirken können. Zusätzlich beschäftigte sich der **„erweiterte“ Vorstand** mit Entwicklungen im fachlich-medizinisch-pflegerischen Bereich, im gesellschaftlich-sozial-politischen, im organisatorisch-personalen sowie im technologischen Bereich. Im LVR-Klinikum Essen zählen zum erweiterten Vorstand die drei Vorstandsmitglieder und ihre Stellvertreter*innen sowie Abteilungsleiter*innen und weitere Vertreter*innen zentraler Funktionen.

Unter Berücksichtigung aller Einflussfaktoren sowie der fünf EFQM-Befähigerkriterien – **Führung, Strategie, Mitarbeiter*innen, Partnerschaft und Ressourcen** sowie **Prozesse, Produkte und Dienstleistungen** – entwickelte der Vorstand die Strategie für die nächsten fünf Jahre. Die strategische Ausrichtung soll jährlich überprüft und angepasst werden. Die Ergebnisse dienen als Basis für die Zielvereinbarungen, die mit der Verbundzentrale des Klinikverbunds sowie den Abteilungen geschlossen werden.

In einem **Strategiehandbuch** hat das Essener LVR-Klinikum Organisationsmodell, Vision, Mission sowie Strategie verankert und an alle Mitarbeiter*innen kommuniziert. Das komplette Handbuch befindet sich im Anhang.

DIE VISION DES LVR-KLINIKUM ESSEN

Im Jahr 2027 ist das LVR-Klinikum Essen ein modernes psychiatrisches und psychosomatisches Fachklinikum mit innovativen, individuellen und patientenzentrierten Behandlungsmethoden. Das Behandlungsangebot des LVR-Klinikum Essen bietet für Patient*innen aller Altersgruppen eine multiprofessionelle, niederschwellig zugängliche und gut vernetzte Versorgung an. Dies geschieht umfassend ambulant, teil- und vollstationär in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin sowie für Forensische Psychiatrie. Die Behandlungsschwerpunkte sind als Profil des LVR-Klinikum Essen klar erkennbar und den Menschen der Region bekannt.

Strategieentwicklung in Mönchengladbach

In der Mönchengladbacher Klinik hat der Vorstand, inklusive seiner Stellvertreter*innen, ebenfalls zunächst eine Vision entwickelt, und zwar für einen Zeitraum von zehn Jahren bis 2028. Die Teilaspekte der Vision werden in Themenschwerpunkten konkretisiert (↗ siehe Strategie LVR-Klinik Mönchengladbach auf der rechten Seite).

Strategie der LVR-Klinik Mönchengladbach

VISION BIS 2028

Wir sind die gemeindepsychiatrische Klinik der Stadt Mönchengladbach und sind integrierter Partner im leistungsstarken LVR-Klinikverbund.

Wir gestalten unsere Prozesse patient*innenorientiert, kommunal vernetzt und wirtschaftlich nachhaltig.

Wir etablieren uns als attraktiver Arbeitgeber in der Region und werden auch so wahrgenommen.

Wir entwickeln ein psychosomatisches Behandlungsangebot in Kooperation mit einer somatischen Klinik im Stadtgebiet.

THEMENSCHWERPUNKTE BIS 2028

→ Personal/Führung

Wir etablieren uns als attraktiver Arbeitgeber durch prozess-, qualitäts- und lebensereignisorientierte Personalentwicklung nach innen und außen und stellen die erforderlichen Ressourcen zur Verfügung.

→ Projekt LVR-Wohnverbund/ViaNobis

Entwicklung eines bedarfsgerechten Wohnangebots für Menschen mit komplexen Hilfebedarfen und Förderung der institutionsübergreifenden Zusammenarbeit in Mönchengladbach

→ Etablierung einer Psychosomatischen Organisationseinheit in Kooperation mit einem somatischen Krankenhaus bis 2020

2028

2018

- Reduktion von Aggressionsereignissen
- Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit

2019

- Psychosomatik
- Umsetzung Modell ambulante Genesungsbegleiter

2020

- Kooperatives Wohnprojekt mit ViaNobis

2018 – 2020

ZIELVEREINBARUNG MIT DER VERBUNDZENTRALE 2018

Kund*innen/Bürger*innen

- Ein Schulungsmodul „Zwangsmaßnahmen – rechtliche Grundlagen, Leitlinien, Praxis, Dokumentation“ ist für alle Berufsgruppen verpflichtend.
- Implementierung Safewards
- Verstetigung Genesungsbegleitungsansatz/ Behandlungsvereinbarungen/ Systemisches Arbeiten

Finanzen

- Die LVR-Klinik Mönchengladbach erreicht die vorgegebene Rendite.

Prozess und Organisation

- Umsetzung des PsychVG in der Klinik: Die Stellenplansystematik wird an das PsychVG angepasst.
- Für die neuen Kapazitäten für Psychosomatische Medizin aus dem Krankenhausplan bestehen konkrete Planungen.
- Weitere Umsetzung QM-Projekt Essen/MG

Mitarbeitende und Entwicklung

- Mitarbeitendenbefragung

Kommunen, Land, Bund, externe Partner*innen

- Ein Wohnangebot in Kooperation mit ViaNobis ist entwickelt.

2018

Im Themenschwerpunkt **Personal/Führung** wird spezifiziert, wie sich die Klinik als attraktiver Arbeitgeber etablieren will: unter anderem mithilfe einer prozess-, qualitäts- und lebensereignisorientierten Personalentwicklung. Die gemeindepsychiatrische Ausrichtung will die Mönchengladbacher Klinik in einem Projekt des LVR-Wohnverbunds mit ViaNobis weiter stärken. Bis 2020 wird sie psychosomatische Behandlungsangebote in einer Abteilung eines Mönchengladbacher Krankenhauses anbieten.

In einem weiteren Schritt hat der Vorstand die Themenschwerpunkte priorisiert, mit den wichtigsten Zielvereinbarungen mit der Verbundzentrale des Klinikverbunds in Beziehung gesetzt sowie die zeitliche Umsetzung festgelegt. Das Strategieschaubild auf der vorhergehenden Seite zeigt, wie die geplanten Projekte mit den Zielvereinbarungen verknüpft sind und wie sie dazu beitragen, die Vision zu erfüllen.

5.2.5 Selbstbewertung vorbereiten

Durchgeführt wurden die Selbstbewertungen nach EFQM von geschulten **EFQM-Assessor*innen**. In den LVR-Kliniken Essen und Mönchengladbach qualifizierte Dr. André Moll Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen für die Teilnahme am Selbstbewertungsworkshop. Die Schulungen dauerten jeweils drei Tage und fanden im Mai 2017 in Essen sowie im September 2017 in Mönchengladbach statt. Mitarbeiter*innen, die früher schon einmal an einer Assessor*innen-Qualifikation teilgenommen hatten, erhielten eine eintägige Refresher-Schulung. Zur Qualifikation gehörte weiterhin eine Einführung in das **RADAR-Bewertungsverfahren**.

Norbert Kohlscheen, akkreditierter Assessor*innentrainer und systemischer Organisationsberater, trainierte das Bewertungsverfahren mit allen Workshopteilnehmer*innen am Beispiel einzelner EFQM-Kriterien. Die Schulungen fanden im Februar und im März 2018 statt und dauerten jeweils einen halben Tag.

Anforderungen an die EFQM-Assessor*innen:

- Interesse an der Weiterentwicklung der LVR-Kliniken
- Offenheit, Neugier, konstruktiv-kritische Diskussionsfreude
- Verbindlichkeit bei gemeinsamen Treffen
- gemeinsames Erarbeiten von Selbstbewertungsdokumenten
- im Selbstbewertungsworkshop: Einbringen von klinik- sowie berufsgruppenspezifischen Themen und Erfahrungen
- Transfer von Ergebnissen sowie offenen Fragen zurück in die eigene Klinik oder Berufsgruppe
- (Bereitschaft zur) Mitarbeit in EFQM-Veränderungsprojekten
- kontinuierliche Weiterarbeit in EFQM-Kriteriengruppen zur Weiterentwicklung des „eigenen“ Kriteriums

Kriterien bearbeiten

Im Anschluss kamen die qualifizierten Assessor*innen zu Kriteriengruppen zusammen, die sich jeweils mit einem EFQM-Kriterium auseinandersetzten. In der LVR-Klinik Mönchengladbach waren zudem interne Expert*innen in den Kriteriengruppen vertreten. Dabei handelt es sich um Mitarbeiter*innen, die schon sehr lange in der Klinik arbeiten und über großes Fachwissen verfügen.

Aufgabe einer jeden Gruppe war es, den Ist-Zustand ihres Kriteriums **anhand der Qualitätsmatrix** zu erheben, sowie spezifische Stärken und Verbesserungspotenziale zu identifizieren und zu beschreiben sowie eine Vor-Bewertung mithilfe der RADAR-Systematik durchzuführen. Die Gruppen trafen sich an mehreren Tagen im Zeitraum von September 2017 bis April 2018. Die Ergebnisse für jedes Kriterium fassten die Gruppen in einem **Selbstbewertungsbericht** zusammen. Dieser diente als Grundlage für die weitere Diskussion im Selbstbewertungsworkshop. Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Darstellung des Selbstbewertungsberichts. Die beiden Kliniken haben sich für die Tabellenform entschieden.

5.2.6 Standort bestimmen

Die Selbstbewertungsworkshops fanden im LVR-Klinikum Essen im April sowie in der Klinik Mönchengladbach im Juni 2018 statt und dauerten jeweils zwei Tage. Alle EFQM-Assessor*innen sowie die Vorstände nahmen teil. Beide Workshops moderierte Norbert Kohlscheen. Ziel war es, den Soll- mit dem Ist-Zustand beider Organisationen abzugleichen und damit deren Entwicklungsstand zu bewerten. Die Beurteilung

~ Die beiden Workshoptage waren sehr arbeitsintensiv und anstrengend, die Atmosphäre war aber sehr gut und niemand hatte Hemmungen, seine Meinung zu äußern. Das müssen wir wertschätzen, dass wir im Klinikum so offen reden können. ~

Anja Rode-Piontek
EFQM-Assessorin im LVR-Klinikum Essen

erfolgte nach der RADAR-Bewertungsmethode. Das bedeutet, jede Kriteriengruppe stellte ihr Ergebnis in der Großgruppe vor und diese diskutierte die vorgeschlagene Bewertung des Kriteriums so lange, bis ein Konsens über die (neue) Bewertung gefunden war. Am Ende des Workshops stand eine Liste mit Hunderten von Stärken und Verbesserungspotenzialen, die im nächsten Schritt priorisiert und in Projekte übersetzt werden mussten.

Das Besondere an der Vorgehensweise im EFQM-Selbstbewertungsworkshop beider LVR-Kliniken bestand darin, dass sowohl die Konsensfindung als auch die anschließende Priorisierung der Veränderungsprojekte nicht nur von den Vorstandsmitgliedern, sondern von allen Teilnehmer*innen vorgenommen wurden, die am Selbstbewertungsprozess teilgenommen hatten.

5.2.7 Veränderungsprojekte II

Die Workshops zur Priorisierung und zur weiteren Projektplanung fanden im Juni in Essen und im Juli 2018 in Mönchengladbach statt. Dabei gingen die beiden Kliniken unterschiedlich vor. Im LVR-Klinikum Essen clusternten Mitarbeiter*innen des Qualitätsmanagements mit Unterstützung durch Herrn Kohlscheen zunächst alle Verbesserungspotenziale zu Oberthemen. Am Ende der Clusterung standen **20 mögliche Projektthemen**, denen alle Verbesserungspotenziale zugeordnet waren. Für den Priorisierungsprozess legte der erweiterte Vorstand die drei folgenden Kriterien fest:

- Strategische Relevanz: Wie wichtig ist das Thema?
- Dringlichkeit: Wie schnell muss es umgesetzt werden?
- Erfolgsaussichten: Kann ein Projekt zum Thema gelingen?

Darüber hinaus sollte mindestens ein Projekt das Kriterium Mitarbeiter*innen in den Fokus nehmen. Der Klinikvorstand hatte sich ein Vetorecht vorbehalten, von dem er aber keinen Gebrauch machte. Festgelegt wurden im Priorisierungsworkshop am 5. Juni 2018 folgende Projekte:

- Interne Kommunikation
- Führungskräfteentwicklung/Einarbeitung neuer Führungskräfte (mit Fokus auf die mittlere Führungsebene)
- Personalakquise und -einstellung

Noch innerhalb des Priorisierungsworkshops erstellten die Teilnehmer*innen Projektaufträge mit einer ersten groben **Meilensteinplanung**. Die Projekte starteten im August 2018.

~ Ein positives Ergebnis des EFQM-Prozesses sehe ich darin, dass viele Kolleginnen und Kollegen Interesse daran haben, an den Verbesserungsprojekten mitzuarbeiten. ~

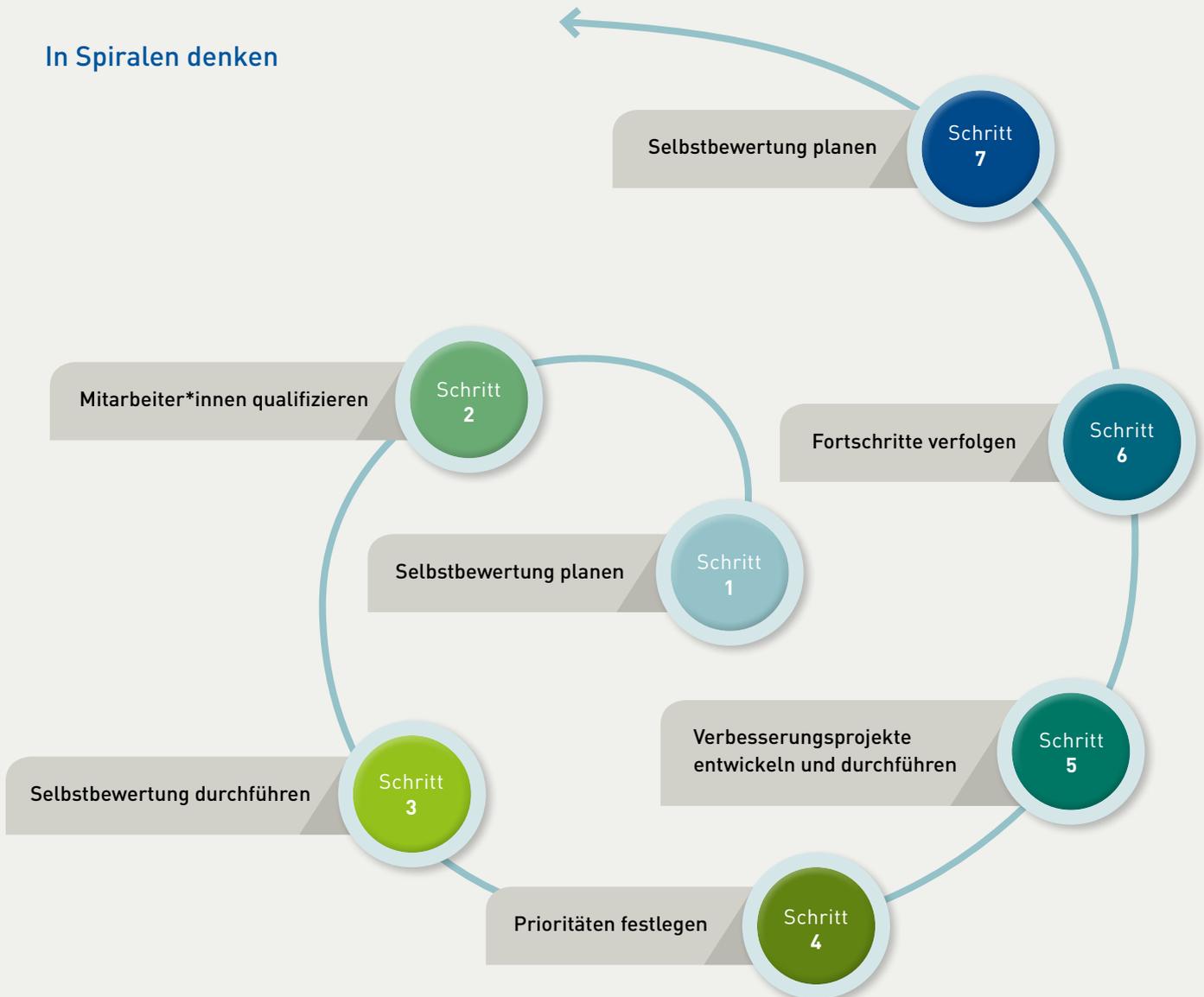
Henrike Kleinertz, Qualitätsmanagement-Beauftragte
LVR-Klinik Mönchengladbach

In Mönchengladbach clusternte Norbert Kohlscheen gemeinsam mit der Qualitätsmanagement-Beauftragten die Verbesserungspotenziale in zwölf Oberthemen. Diese spielten sie an die Kriterienteams zurück, mit dem Auftrag, entsprechende Projektideen abzuleiten.

Im Workshop selbst priorisierten alle Assessor*innen sowie (interne) Expert*innen diese Projektideen. Die endgültige Ausformulierung der Projektaufträge fand dann im Rahmen eines **World-Cafés** statt. Auch in Mönchengladbach hatte sich der Vorstand ein Vetorecht vorbehalten, von dem er ebenfalls keinen Gebrauch machte. Folgende Projekte wurden in Mönchengladbach festgelegt:

- Konsequentes Führungsverhalten
- Erstellung eines Konzepts zur interdisziplinären Behandlungsplanung und deren Evaluation
- Überarbeitung des Einarbeitungsstandards

In Spiralen denken



Die beiden zuletzt genannten Verbesserungsprojekte starteten Anfang Oktober, das Projekt zum Führungsverhalten im Dezember 2018.

Beide LVR-Kliniken haben sich entschieden, eine Teilnahme an den Veränderungsprojekten intern auszuschreiben, und waren von der großen durchweg positiven Resonanz der Mitarbeiter*innen überrascht. Es haben sich sehr viele Mitarbeiter*innen beworben, um an einem der Verbesserungsprojekte mitzuarbeiten. Die hohe „Bewerberzahl“ führen die beiden LVR-Kliniken darauf zurück, dass alle Mitarbeiter*innen schon im Vorfeld am gesamten Prozess beteiligt waren.

5.2.8 Ausblick: Verpflichtung zur Exzellenz

Um das Management der Projekte zu verbessern und den Projekterfolg zu bewerten, planen die beiden Kliniken eine externe Validierung nach dem „**Committed to Excellence 1star (C2E 1star)**“-Verfahren im ersten Halbjahr 2019. Das Verfahren ist europaweit anerkannt. Ziel ist es, neben der internen Selbstbewertung auch externe, unabhängige Rückmeldungen zu den Verbesserungsprojekten zu erhalten, um die Organisation kontinuierlich weiterzuentwickeln. Ziel ist es, regelmäßige Selbst- und Fremdbewertungen durchzuführen, um sich ständig weiterzuentwickeln und höhere Level im Excellence Prozess zu erreichen.

Veränderung gestalten ...

... bedeutet harte Arbeit. Vier Jahre lang trafen sich Klinikvorstände, Mitarbeiter*innen und externe Berater*innen in Workshops und Gesprächsgruppen, um Verbesserungspotenziale ihrer Kliniken zu identifizieren, zu diskutieren und anzustoßen.



Diskussion am langen Tisch: Vorstandsmitglieder aus Essen und Mitarbeiter*innen aus Mönchengladbach



| 1

- 1 Bei strahlendem Sonnenschein: EFQM-Assessor*innen und Expert*innen aus Mönchengladbach mit Moderator Norbert Kohlscheen (letzte Reihe, 2. v. r.) nach dem Selbstbewertungsworkshop
- 2 Zufriedene Gesichter: Das EFQM-Assessor*innenteam des Essener Selbstbewertungswshops mit Moderator Norbert Kohlscheen (2. Reihe, r.) auf der Treppe des alten Rathauses in Essen-Bredene



| 2

Sommer 2018!

Heiß diskutierten die Selbstbewertungsteams aus Essen und Mönchengladbach, bis ein Konsens gefunden war.

- 3 Das World-Café in der Mönchengladbacher LVR-Klinik kommt bei den Mitarbeiter*innen gut an
- 4 Im Priorisierungsworkshop konkretisieren die Teilnehmer*innen des World-Cafés die Projektideen und...
- 5 ...priorisieren sie mithilfe von Moderationskarten und Flipcharts



11

verschiedene Tagungsorte
sorgten für räumliche
Veränderung und eröffneten
neue Aussichten.



Alle Berufsgruppen bei Forschungsaktivitäten fördern

Öffentlichkeitsarbeit: "entstigmatisierende" Berichte aus der Klinik

Infoveranstaltungen an Schulen

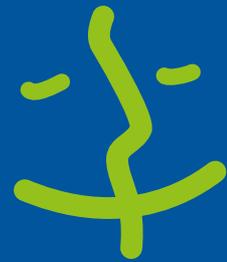
Beratende Funktion für Angehörige übernehmen

Kooperation mit Ausbildungsinstitutionen aller Berufsgruppen fördern

Stärkung der Kooperation mit Selbsthilfegruppen, etc.

Zusammenarbeit mit Ämtern, Jobcentern, ...

Marktcheck Angebot / Nachfrage anpassen ...
Neue Wege gehen



politische Einflussnahme bei städt. Entwicklung

Präventionsangebote intern + extern fördern und darüber informieren

Risikogruppen "aufsuchen"

< Ergebnisse der Fokusgruppenarbeit. Sie bildeten die Grundlage für die Erarbeitung der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsmaßstab „Gesellschaftsorientierung“.



30

Tage Workshop: das heißt Ideen sammeln und clustern, Moderationskarten beschriften und Projekte priorisieren.

Methodenvielfalt!

Fokusgruppengespräche, Design Thinking oder das World-Café ermöglichen nicht nur innovative Lösungen, sie fördern darüber hinaus die gute Zusammenarbeit aller Projektteilnehmer*innen.





- 1 Projektleitung: Jane E. Splett (LVR-Klinikum Essen) und Jochen Möller (LVR-Klinik Mönchengladbach)
- 2 Die Kaufmännischen Direktorinnen Dorothee Enbergs (Mönchengladbach, links) und Jane E. Splett (Essen) erarbeiteten die Qualitätsmerkmale für die Dimension Wirtschaftlichkeit
- 3 Letztes gemeinsames Treffen von Vorstandsmitgliedern und Teilnehmer*innen der Projektgruppe aus Essen und Mönchengladbach im Oktober 2018
- 4 Gute Stimmung bei den Essener Kolleg*innen: Gina Anna Viola, Prof. Dr. Norbert Scherbaum und Klaus Schumacher (v. l. n. r.)



19.200

Kilometer legte die Projektgruppe zurück, um sich zu treffen: Das entspricht fast der Hälfte des Erdumfangs.





5 Fototermin: Teilnehmer*innen des gemeinsamen Vorstands- und Projektgruppentreffens im Oktober 2018 im Park der LVR-Klinik Mönchengladbach

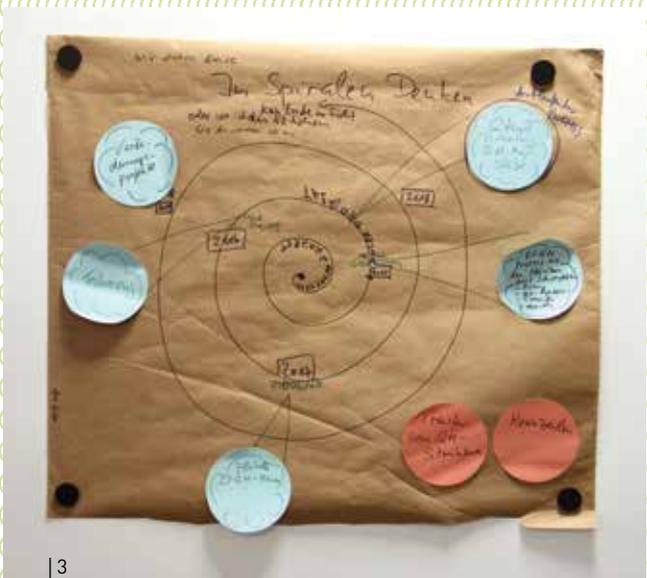
6 „In Spiralen denken“ führte zu regen Diskussionen unter den Vorstandsmitgliedern beider Kliniken

7 Über die Klinikgrenze hinweg (Klaus Schumacher, LVR-Klinikum Essen; Dietmar Benzerath, LVR-Klinik Mönchengladbach)



Offener Dialog

Klinikvorstände beider Kliniken sowie ihre Stellvertreter*innen und Qualitätsmanagement-Beauftragte trafen sich insgesamt zehnmal gemeinsam, um den Veränderungsprozess voranzutreiben.

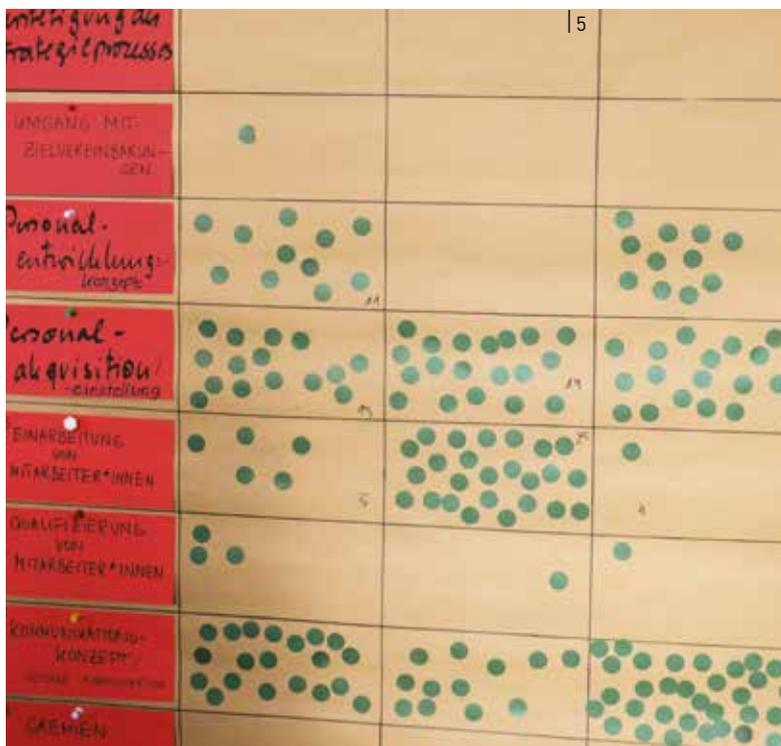


Wie geht es weiter?

Der Verlauf der Diskussionen und die Ergebnisse werden visualisiert, damit alle Teilnehmer*innen den Workshop mit einem gemeinsamen Verständnis verlassen, zum Beispiel über das weitere Vorgehen.

- 1 Teilnehmer*innen des Mönchengladbacher Priorisierungsworkshops gewichten die Projektideen
- 2 Ergebnisse einer Fokusgruppe werden geclustert
- 3 Erster Versuch: Entwicklung der Grafik „In Spiralen denken“

- 4 Essener Priorisierungsworkshop im Ratssaal des ehemaligen Rathauses in Essen-Bredeneu
- 5 So sieht die Übersicht zur Priorisierung der Veränderungsprojekte II in Essen aus (Ausschnitt)
- 6 Mitglieder des erweiterten Klinikvorstands Essen in einem Workshop zum DGQ-Führungsprojekt



123 x

trafen sich die Projektgruppen in vier Jahren, im Schnitt also alle zwölf Tage.



58

Mitarbeiter*innen wurden in beiden Kliniken zu EFQM-Assessor*innen ausgebildet.

6

Auswirkungen und Empfehlungen

Der Veränderungsdruck im Gesundheitswesen erfordert ein Qualitätsmanagement-System, mit dessen Hilfe sich Organisationen erfolgreich weiterentwickeln können.

Mit EFQM haben sich Qualitätsmanagement-Strukturen verändert, bewährte Methoden blieben erhalten. Die beiden Pilotkliniken empfehlen dem LVR-Klinikverbund, die Vorgehensweise nach EFQM in allen Kliniken einzuführen.

6.1 Bewährtes übernehmen und anpassen

Ein wirkungsvolles Qualitätsmanagement ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass eine Organisation auf Dauer wettbewerbsfähig bleibt. Daher sollte jede Organisation ein geeignetes Qualitätsmanagement-System entwickeln und umsetzen. Die erfolgreiche Entwicklung und Umsetzung verlangt ein systematisches und gezieltes Vorgehen: Prozesse müssen klar strukturiert, planvoll gesteuert und kontinuierlich optimiert werden. Ebenso gilt es, die Aufgabenverteilungen und Verantwortlichkeiten innerhalb der Organisation festzulegen und zu beschreiben.

Vor diesem Hintergrund haben die beiden LVR-Kliniken

- bestehende Qualitätsmanagement-Strukturen evaluiert,
- neue Anforderungen, welche sich durch die Umsetzung des EFQM-Modells ergeben (zum Beispiel Ausbildung der EFQM-Assessor*innen), integriert sowie
- bestehende Qualitätsmanagement-Strukturen entsprechend umgebaut.

Kontinuierliche und durchlässige Kommunikation

Der Aufbau geeigneter **Besprechungs- und Gremienstrukturen** für das Qualitätsmanagement ist im Grunde genommen kein EFQM-spezifisches Thema, dennoch erwies es sich als bedeutsam: In Essen ging es um die Anpassung bestehender Qualitätsmanagement-Strukturen, in Mönchengladbach um den Aufbau neuer Strukturen.

Das Gremium der „**Qualitätskoordinatorinnen und -koordinatoren**“ gab es im LVR-Klinikum Essen bereits vor Beginn des

Projekts. An dem Arbeitskreis nahmen Vertreter*innen aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen sowie aller klinischen Abteilungen und der Verwaltung teil. Die Qualitätskoordinator*innen trafen sich einmal im Monat.

Im Verlauf des Projekts konstituierte sich dieses Gremium neu: Der Klinikvorstand rief interessierte Mitarbeiter*innen dazu auf – unter anderem im InfoBrief für Mitarbeiter*innen –, sich als Qualitätskoordinator*innen zu engagieren, da einige Qualitätskoordinator*innen ausgeschieden waren. Das neu besetzte Gremium wurde vom Klinikvorstand offiziell bestätigt und die überarbeitete Geschäftsordnung verabschiedet. Der Grundsatz der berufsgruppen- und hierarchieübergreifenden Besetzung blieb genauso erhalten wie die Vertretung aller Abteilungen.

Verändert hat sich die Arbeitsweise des Gremiums. Zuvor spielten die Vorbereitung für den KTQ®-Selbstbewertungsbericht sowie die KTQ®-Visitation eine zentrale Rolle. Nun treten vor allem konkrete, inhaltliche Themen des Qualitätsmanagements in den Vordergrund, wie zum Beispiel das Konzept der „offenen Türen“ oder die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Behandlung.

Auch das Selbst- und Rollenverständnis der Qualitätskoordinator*innen hat sich verändert: Während sie früher vor allem als Multiplikator*innen die Informationen aus dem Qualitätsmanagement an Mitarbeiter*innen in ihren jeweiligen Bereichen weitergaben (**Top-down-Ansatz**), betrachten sie es heute als ihre wesentliche Aufgabe, Themen der Basis in das Gremium zu tragen, um so auch den Klinikvorstand zu informieren (**Bottom-up-Ansatz**).

Konkret sehen die Qualitätsmanagement-Strukturen im LVR-Klinikum Essen so aus:

→ **Klinikvorstand**

Wöchentliche Sitzungen der Vorstandsmitglieder, inklusive ihrer Stellvertreter*innen, Qualitätsmanagement ist ständiger Tagesordnungspunkt

→ **Erweiterter Klinikvorstand**

Sechswöchentliche Sitzungen des Klinikvorstands mit den (dualen) Abteilungsleitungen sowie weiteren Mitarbeiter*innen mit zentralen Funktionen (Qualitätsmanagement-Beauftragte*r, Medizincontroller*in, Pflegeexpert*in usw.)

→ **Qualitäts- und klinische Risikokonferenz**

Sechswöchentliche Sitzungen im Wechsel mit den Sitzungen des erweiterten Klinikvorstands

→ **Qualitätskoordinator*innen**

Monatliche Treffen

Mehr Spielraum für Mitarbeiter*innen

Auslöser für die Veränderung der Qualitätsmanagement-Strukturen Mitte 2017 in Mönchengladbach war der Wunsch nach mehr Transparenz und Gestaltungsspielraum. Viele Mitarbeiter*innen kannten weder die Organisationsziele, die jährlich mit der Verbundzentrale des Klinikverbunds vereinbart werden, noch war ihnen klar, welchen Anteil ihre eigene Arbeit am Erreichen dieser Vereinbarungen hat. Ziel der Veränderungsmaßnahme war es daher, sich kontinuierlich über Themen auszutauschen, die für die Arbeit in einer psychiatrischen Klinik wichtig sind, sowie relevante Themen für die Zielvereinbarung mit der Verbundzentrale des Klinikverbunds zu erarbeiten.

Bisher hatte der Vorstand die Mitarbeiter*innen einmal jährlich über die Zielvereinbarungen der LVR-Klinik Mönchengladbach mit der Verbundzentrale informiert. Dieser Top-down-Ansatz sollte nun um einen Bottom-up-Ansatz ergänzt werden. Um dies zu erreichen, führte die Mönchengladbacher LVR-Klinik ebenfalls ein Gremium von Qualitätskoordinator*innen ein. Jeder Bereich ernannte ein bis zwei Qualitätskoordinator*innen. Sie haben die Aufgabe, relevante Themen ihres Bereichs im Auge zu behalten, in den jeweiligen Teams zu besprechen und dann in die Koordinator*innentreffen einzubringen. In diesem Arbeitskreis sind Qualitätskoordinator*innen verschiedener Stationen, Bereiche und Berufsgruppen vertreten. Ein Vorteil der teamübergreifenden Zusammensetzung: Probleme können besser gebündelt und gemeinsam gelöst werden, Themen der Basis erhalten mehr Nachdruck.

Gleichzeitig wird aber auch die Top-down-Kommunikation unterstützt und Entscheidungen der Führung werden transparenter gemacht. In jeder Institution muss es klare Vorgaben des Vorstands geben, in welche Richtung sich die Organisation zukünftig entwickeln soll. Das Festlegen einer Strategie und deren transparente Kommunikation sind daher wichtig für ein Erfolg versprechendes Miteinander.

Wissensaustausch fördern

Parallel zum Um- und Aufbau der Qualitätsmanagement-Besprechungsstrukturen bereiteten beide Kliniken die EFQM-Selbstbewertung vor. Um diese durchzuführen, schulten Expert*innen der ILEP Mitarbeiter*innen zu **EFQM-Assessor*innen**. Diese geben das so erworbene Wissen zum EFQM-Ansatz sowie zu weiteren qualitätsmanagementrelevanten Themen wiederum im Arbeitsalltag an ihre Kolleg*innen weiter.

**~ Jetzt arbeite ich schon seit über 25 Jahren hier
in der Klinik und bekomme durch die Vorbereitung auf
die Selbstbewertung einen noch größeren Einblick
in die Abläufe der Organisation. ~**

Sönke Usdau-Backus, Mitarbeiter Therapeutische Dienste
LVR-Klinik Mönchengladbach

In der LVR-Klinik Mönchengladbach führte die parallele Einführung von Qualitätskoordinator*innen sowie EFQM-Assessor*innen zunächst zu Irritationen, die sich aber mittlerweile gelegt haben. In beiden Kliniken profitieren die Mitarbeiter*innen von größerer Transparenz und besserer Kommunikation.

6.1.1 Erprobte Instrumente im LVR-Klinikverbund

Die im November 2015 in Kraft getretene Qualitätsmanagement-Richtlinie – **QM-RL** (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser) beschreibt etablierte und praxisbezogene Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements, die verpflichtend anzuwenden sind. Beispielsweise Qualitätsziele, Patient*innen- und Mitarbeiter*innenbefragungen, Beschwerdemanagement, Fehler- und Risikomanagement, Prozess- und Ablaufbeschreibungen, berufsgruppenübergreifende Teambesprechungen sowie Information und Aufklärung der Patient*innen.

Die meisten dieser Instrumente wendet der LVR-Klinikverbund seit Einführung eines Qualitätsmanagements im Jahr 2001 an und entwickelt sie kontinuierlich weiter. 2018 fand zum Beispiel die Mitarbeiter*innenbefragung im LVR-Klinikverbund erstmals gleichzeitig in allen Kliniken statt. Für 2019 ist die Einführung **kllinikübergreifender Qualitätsmanage-**

ment-Audits geplant – nach dem Vorbild der beiden LVR-Kliniken Düren und Köln, deren Qualitätsmanagement-Beauftragte dieses Instrument bereits erfolgreich einsetzen.

Trotz weitreichender Veränderungen im Laufe des EFQM-Projekts bleiben viele dieser bewährten Instrumente erhalten. Beschrieben werden sie unter anderem im Abschlussbericht des Projekts „Qualitätsmanagement – Weiterentwicklung im LVR-Klinikverbund“ von 2014, auf eine erneute Aufzählung wird daher in diesem Bericht verzichtet.

6.2 Auswirkungen auf die Organisation

Wir leben in einer Welt permanenter Veränderung. Und das ist gut so. Denn ohne Veränderung gäbe es keine Entwicklung – weder persönlich noch gesellschaftlich noch für eine Organisation. Der Anstoß für Veränderungsprozesse in einer Organisation kann dabei von innen oder von außen erfolgen. Von innen zum Beispiel durch Umbau von Strukturen oder neue Arbeitsformen. Von außerhalb etwa aufgrund veränderter politischer Rahmenbedingungen, wie die Modifizierung des „pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik“ (**PEPP**) durch das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (**PsychVVG**). Wie sich einige Vorgaben des Gesetzes, etwa die verbindlichen Mindestpersonalvorgaben oder der Krankenhausvergleich, ab 2020 konkret in den LVR-Kliniken auswirken werden, ist nicht abzusehen. Fest steht, dass Veränderungen mithilfe geplanter Prozesse durchgeführt werden müssen. Ein geeignetes Instrument hierfür ist das EFQM-Excellence-Modell.

Die intensive Beschäftigung mit der EFQM-Philosophie beziehungsweise -Denkweise hat dazu geführt, die für die eigene Organisation wichtigen Themen zu identifizieren und zu bearbeiten. Es ist also eine große Stärke des Modells, die Themen in einer Organisation sicht- und damit auch bearbeitbar zu machen, die für deren Weiterentwicklung relevant sind. Diese Themen sind häufig latent bekannt, werden aber nicht offen angesprochen. Mithilfe des EFQM-Modells gelingt es, die richtigen Fragen zu stellen, um vorhandene Strukturen sowie Ursache und Wirkung von Handlungsmustern zu analysieren, Veränderungsziele zu definieren und in einem zweiten Schritt die richtigen (Veränderungs-)Projekte abzuleiten und zu priorisieren. Das bedeutet, sie zu gewichten und sich auf einige wenige relevante Projekte zu einigen. Probleme und Konflikte nicht offen anzusprechen und mehr oder weniger zu „umschiffen“, wird zunehmend schwieriger.

Qualitätsmanagement weiterentwickeln

Klar geworden ist, dass Qualitätsmanagement ein Führungsinstrument im Sinne der Unternehmenssteuerung sowie ein Instrument der Organisationsentwicklung ist. Es unterstützt den Vorstand, unter sich verändernden Bedingungen zu führen, entlässt Führungskräfte jedoch nicht aus der Verantwortung, persönliche Führungskompetenzen zu überprüfen und zu verbessern. In beiden Kliniken hat sich das Thema **„(Mitarbeiter*innen-)Führung“** als ein zentrales herausgestellt.

Für den Vorstand als kollegiales Führungsorgan der LVR-Kliniken bedeutet das, dass er ein gemeinsames Verständnis von Führung entwickeln und diese Haltung auch ernsthaft und glaubwürdig umsetzen muss. Das erfordert ein hohes Maß an selbstkritischem Denken, aus dem im Idealfall eine

Kultur der konsequenten Selbstreflexion entsteht, die wiederum eine stetige Weiterentwicklung begünstigt. Dieser Prozess ist anstrengend und mitunter auch schmerzhaft.

Das Thema Führung bezieht sich nicht nur auf die Organisationssteuerung, sondern auch auf die Mitarbeiter*innenführung. Diese spielt in Bezug auf Qualitätsmanagement eine große Rolle. Es gilt, die Mitarbeiter*innen mithilfe von Führungsinstrumenten einzubinden und dafür zu sensibilisieren, was die Kliniken erfolgreich macht. In beiden Kliniken ist das Thema Mitarbeiter*innenführung so wichtig, dass sich mindestens eines der drei Veränderungsprojekte II mit dem Thema beschäftigt.

Die Vorstände arbeiten „säulenübergreifend“

Ein konkretes Thema für die oberste Führungsebene ist die Arbeit des Klinikvorstands selbst. Alle Mitglieder des Vorstands, inklusive der Stellvertreter*innen, sind gefordert, sich auf ein einheitliches Führungsverständnis zu verständigen und sich über die Interessenkonflikte, die im dreigliedrigen Vorstandsmodell inhärent angelegt sind, auszutauschen. Und zwar immer wieder aufs Neue, denn die Zielkonflikte lösen sich nicht auf, aber sie werden nun thematisiert und alle Vorstandsmitglieder versuchen gemeinsam, Lösungen zu finden. So haben zum Beispiel im Essener LVR-Klinikum der stellvertretende Ärztliche Direktor und die Pflegedirektorin gemeinsam ein Konzept erarbeitet, um den Mangel an Pflegekräften in der Klinik für Psychosomatische Medizin zu beheben. Gemeinsame Führung bedeutet, gemeinsam Verantwortung für die gesamte Klinik zu übernehmen, nicht nur für die eigene „Säule“. Eine Haltung, die nicht nur auf Vorstandsebene gilt, sondern für alle Führungskräfte und alle Mitarbeiter*innen.

Durchsetzen kann sich diese Grundeinstellung jedoch nur, wenn die Vorstandsmitglieder hier Vorbildfunktion übernehmen und in der Lage sind, ihr eigenes Verhalten selbstkritisch zu hinterfragen.

Kooperation statt Konkurrenz: Duale Leitung

Für das schwierige und oft konfliktbehaftete Problem im Klinikalltag, die „**Duale Leitung**“, haben die Vorstände ebenfalls säulenübergreifend erste Lösungsideen entwickelt. Die Verbundzentrale hat das duale Leitungsmodell für die Abteilungsebene vorgegeben, aber nicht konkret ausformuliert. Angestoßen durch das EFQM-Projekt, legte der Vorstand des LVR-Klinikum Essen Mindestanforderungen an Duale Leitung auf Abteilungsebene fest. Diese regeln unter anderem, wie häufig und über welche Inhalte sich ärztliche und pflegerische Leitungen austauschen müssen. Zurzeit werden diese Regelungen auf die Stationsebene heruntergebrochen und auf das Miteinander von Oberärzt*innen und pflegerischen Stationsleitungen übertragen. Beide Kliniken sind dabei, Verantwortlichkeiten, Kompetenzen und Kooperationen auf verschiedenen Ebenen und zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen zu klären und festzulegen.

Eine Frage der Strategie

Die Auseinandersetzung mit dem EFQM-Modell machte weiterhin deutlich, dass die Strategie zur Steuerung der Klinik zeitweilig aus dem Blick geraten war und nicht dazu genutzt wurde, um die Organisation zu steuern beziehungsweise das Handeln an ihr auszurichten. Der Vorstand fühlte sich von Alltagsthemen getrieben und musste oft spontane Entscheidungen treffen, die manchmal auch Führungskräfte anderer Ebenen hätten treffen können. Die erneute **Fokussierung auf**

die strategische Ausrichtung sowie die strukturierte Weiterentwicklung der Strategie halfen den Vorstandsmitgliedern dabei, Maßnahmen zu priorisieren, um so die Klinik wieder besser steuern zu können. In Mönchengladbach wurde zum Beispiel die regelmäßige Strategie-Klausurtagung effizienter gestaltet.

Von Anfang an dabei: Mitarbeiter*innen beteiligen sich

Engagement und Motivation der Mitarbeiter*innen tragen wesentlich zum Erfolg einer Organisation bei. Diese sind umso höher, je mehr die Mitarbeiter*innen in (Veränderungs-) Prozesse und Entscheidungen eingebunden sind und erfahren, dass sie diese beeinflussen können. In Mönchengladbach hat die Einführung neuer Qualitätsmanagement-Strukturen dazu geführt, dass die Mitarbeiter*innen insgesamt viel stärker in den Prozess der Organisationsentwicklung einbezogen und in die Verantwortung genommen werden. In beiden Kliniken wurden Strukturen gestaltet, die es den Mitarbeiter*innen ermöglichen, Themen, die sie bewegen, einzubringen. Darüber hinaus sind Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen daran beteiligt, Veränderungsprojekte abzuleiten, zu priorisieren und umzusetzen.

Immer wieder Kommunikation

Beide Kliniken haben Veränderungsprojekte zum Thema Kommunikation aufgelegt. Es gilt, die bestehenden Kommunikationsstrukturen mit Blick auf ihre Durchlässigkeit zu analysieren und entsprechend zu verändern. **Kommunikation** ist ein Thema, das klassischerweise immer wieder in Veränderungsprojekten auftaucht und damit nicht als EFQM-spezifisch gelten kann. Spezifisch für den EFQM-Prozess ist jedoch, dass dieses Thema im Selbstbewertungsprozess auftaucht.

Immer wichtiger: Personalentwicklung

Nicht zuletzt hat sich das Thema Personalentwicklung als ein relevantes herausgestellt. Fachkräftemangel und Generationswechsel sind nur einige der Herausforderungen, die auf die Kliniken zukommen. Es liegt in der Verantwortung der Führungskräfte, hier geeignete Maßnahmen zu entwickeln, um Mitarbeiter*innen zu gewinnen und zu fördern.

Führung, Partizipation, Kommunikation sowie Personalentwicklung als die relevanten Themen zu identifizieren, mag als selbstverständlich erscheinen. Aber: Das EFQM-Modell hat wesentlich dazu beigetragen, diese Themen auch anzugehen und die richtigen Veränderungsprojekte zu den jeweiligen Themen zu finden und zu priorisieren!

Veränderung passiert nicht von heute auf morgen, sondern ist ein langer Prozess für Führungskräfte und Mitarbeiter*innen. Die LVR-Kliniken Essen und Mönchengladbach stehen noch am Anfang, aber sie spüren erste positive Auswirkungen der Kulturveränderung und empfehlen den Kliniken im Verbund die Vorgehensweise nach dem EFQM-Modell, um sich weiterzuentwickeln.

6.3 Empfehlungen für den Klinikverbund

Einrichtungen des Gesundheitswesens werden immer wieder mit neuen Herausforderungen konfrontiert, wie aktuellen Forschungsergebnissen, demografischen Entwicklungen, gesetzlichen Vorschriften etc. Um zukunftsfähig zu bleiben, müssen sie sich weiterentwickeln. Das heißt nicht nur auf Veränderungen reagieren, sondern diese mithilfe guter Führung und Organisationsentwicklung mitgestalten.

Aufgrund der positiven Erfahrungen im Projekt „Entwicklung eines psychiatriespezifischen Qualitätsmanagement-Systems auf Basis des EFQM-Modells“ empfiehlt die Projektgruppe, das EFQM-Modell als Instrument zur Steuerung und Entwicklung der Kliniken zu nutzen.

Die Projektgruppe weist ausdrücklich darauf hin, dass der Aufwand in den vergangenen vier Jahren insgesamt sehr hoch war, doch alle Teilnehmer*innen sind sich einig, dass er sich gelohnt hat und sich die LVR-Kliniken Essen und Mönchengladbach auf einem guten Weg befinden, um sich zukunftsfähig aufzustellen.

Viele der im Bericht beschriebenen Prozesse, Maßnahmen und Instrumente lassen sich auf andere Kliniken übertragen und mit einigen Änderungen adaptieren. Das EFQM-Modell unterstützt die Kliniken darin, ihre eigene Kultur zu entwickeln. Nachfolgend werden die wesentlichen Punkte für die Einführung eines EFQM-basierten Qualitätsmanagements im LVR-Klinikverbund beschrieben.

6.3.1 Meilensteine im Projektverlauf



Erste Annäherung

Um sich mit der Denkweise beziehungsweise Philosophie des EFQM-Modells vertraut zu machen, sind „Erfolgsgeschichten“ anderer Unternehmen hilfreich, zum Beispiel aus der LWL-Klinik Paderborn. In einer Kick-off-Veranstaltung stellte PD Dr. Bernward Vieten die Umsetzung des EFQM-Modells in seiner Klinik vor. Trotz schwieriger finanzieller Lage war es dem ehemaligen Ärztlichen Direktor und seinen Kolleg*innen gelungen, die Paderborner Klinik mithilfe eines auf EFQM basierenden Qualitätsmanagement-Systems wieder erfolgreich zu machen. 2012 erhielt die Klinik die Auszeichnung „Recognised for Excellence 4star“ beim renommierten Ludwig-Erhard-Preis. Zwei Jahre später sogar fünf Sterne. Das Vorgehen in Paderborn lässt sich nicht eins zu eins auf andere Kliniken übertragen, aber der Vortrag vermittelte dem Projektteam aus Essen und Mönchengladbach einen ersten Eindruck von Vorgehensweise und Möglichkeiten des Modells.



Standort bestimmen

Zunächst galt es, den Ist-Zustand der Kliniken zu bestimmen. Mithilfe der Ad-hoc-Selbstbewertung lassen sich die relevanten Handlungsfelder identifizieren sowie Stärken und Verbesserungspotenziale herausarbeiten, die Auskunft geben über den Reifegrad einer Organisation (↗ vgl. Kapitel 5.2.1). Die Vorstände analysieren zunächst die für sie relevanten Kriterien. Die Projektgruppe hat die Erfahrung gemacht, dass Führung, Strategie und Mitarbeiter*innen die wesentlichen Themen sind, die geklärt werden sollten, bevor das Projekt weitergeht. Das Zusammenarbeiten beider Klinikvorstände im sogenannten „Tandem“ erwies sich hierbei als großer Vorteil. Der offene und ehrliche Austausch machte es möglich, aus Fortschritten, aber auch aus Fehlern des anderen zu lernen und sich gegenseitig anzuspornen. Das setzt einen vertrauensvollen und kollegialen Umgang miteinander voraus. Darüber hinaus müssen die Führungskräfte auf höchster Ebene dazu bereit sein, ihr eigenes Verhalten zu hinterfragen und gegebenenfalls zu ändern, um sich selbst und ihre Kliniken weiterzuentwickeln (↗ vgl. Kapitel 3). Sehr hilfreich war es, die Ad-hoc-Selbstbewertung mithilfe erfahrener externer EFQM-Assessor*innen durchzuführen.



Organisationsmodelle erarbeiten

Bevor die Kliniken in die EFQM-Selbstbewertung einsteigen, ist es für Führungskräfte und Mitarbeiter*innen sinnvoll, ein gemeinsames Grundverständnis ihrer Organisation zu entwickeln. Hilfreich ist die Erarbeitung eines Organisationsmodells, das die wesentlichen Faktoren zeigt, die eine Organisation beeinflussen. Die Kliniken müssen sich zum Beispiel darauf einigen, wer ihre Schlüsselkunden sind und was ihre Schlüsselprozesse (↗ vgl. Kapitel 5.2.3).



Zwischenstand erheben

Im EFQM-Fitnesscheck, der von einem qualifizierten externen Berater geleitet wurde, haben die Vorstände und Qualitätsmanagement-Beauftragten der beiden Kliniken einen Zwischenstand ihres Entwicklungsprozesses erhoben. Die Vorstände konnten die Handlungsfelder identifizieren, die sie bis zur EFQM-Selbstbewertung noch zu bearbeiten hatten, und die nächsten Schritte festlegen. Auch hierbei bereicherte die Zusammenarbeit von Vorstandsmitgliedern unterschiedlicher Kliniken den Prozess (↗ vgl. Kapitel 5.2.3).



Bewerten und Priorisieren

Die Selbstbewertung ist eine anerkannte Methode im Qualitätsmanagement, um den Reifegrad einer Organisation zu bestimmen. Kriterienteams analysieren Stärken und Verbesserungspotenziale und fassen die Ergebnisse aller Teilkriterien zusammen. Alle Mitglieder der Kriterienteams diskutieren die Ergebnisse und halten ein Konsensergebnis fest, das als Basis für die Ableitung und Priorisierung der Veränderungsprojekte dient. Die EFQM-Selbstbewertung wird ausführlich in Kapitel 5.2.6 beschrieben. Das Besondere in beiden Kliniken: Sowohl am Selbstbewertungs- respektive Konsensworkshop als auch am Priorisierungsworkshop haben alle am Prozess beteiligten Mitarbeiter*innen teilgenommen und mitentschieden!

6.3.2 Wesentliche Themen

Führungskräfte fördern und fordern

Führungskräfte sind die Schlüsselfiguren einer Organisation. Die systematische Förderung ihrer Kompetenzen auf allen Ebenen trägt wesentlich zum Erfolg der Organisation bei. Eine geeignete Maßnahme ist **Supervision**, verstanden als konstruktiver Dialog, um Führungsqualitäten und -kompetenzen weiterzuentwickeln sowie die eigene Führungsrolle zu reflektieren. Erfolg versprechend ist Supervision gerade auch auf Vorstandsebene, da deren Mitglieder Vorbildfunktion haben.

Tandems bilden

Darüber hinaus trug die konstruktive Zusammenarbeit von Vorstandsmitgliedern unterschiedlicher Kliniken im Tandem dazu bei, Probleme offen anzusprechen und sich über geeignete Maßnahmen auszutauschen, um so aus Fehlern und Fortschritten des anderen zu lernen, aber auch, sich im Sinne gesunder Konkurrenz gegenseitig anzuspornen.

Strategieentwicklungsprozess kommunizieren

Die strukturierte Beschäftigung mit dem Strategieentwicklungsprozess und mit relevanten Themen zwang die Führungskräfte, sich wieder mehr mit der **strategischen Ausrichtung** der Kliniken zu befassen, sie zu überarbeiten und zu schärfen und letztlich wieder konsequenter im Alltag umzusetzen. Ebenso wichtig ist es, den Prozess der Strategieentwicklung transparent zu machen und an die Mitarbeiter*innen zu kommunizieren. Das LVR-Klinikum Essen beschreibt sein Vorgehen zum Beispiel in einer Broschüre, die Mönchengladbacher erstellten ein Schaubild (↗vgl. Kapitel 5.2.4).

Mitarbeiter*innen einbeziehen

Für beide Kliniken war es wichtig, die Mitarbeiter*innen am gesamten Prozess aktiv zu beteiligen, um deren Belange angemessen zu berücksichtigen. Sie waren von Anfang an in den Prozess involviert und konnten mitentscheiden, welche Veränderungsprojekte wichtig sind. Darüber hinaus tragen die neu gestalteten Strukturen im Qualitätsmanagement dazu bei, die **Partizipation** der Mitarbeiter*innen zu erhöhen und die Kommunikation zu verbessern.

6.3.3 Grundlegende Instrumente

Qualitätsmaßstäbe verbindlich einführen und Qualitätsmerkmale anpassen

Ein wichtiges Ergebnis des Projekts ist die Erarbeitung und Definition von Qualitätsmaßstäben durch die Mitglieder der Projektgruppe. Diese Qualitätsmaßstäbe sind für alle LVR-Kliniken verbindlich. Darüber hinaus hat das Projektteam auf operativer Ebene konkrete Qualitätsmerkmale für jeden Maßstab erarbeitet. Diese Merkmale sind klinikspezifisch und müssen von den jeweiligen Kliniken geprüft und angepasst werden. Zusammengenommen bilden sie die **Qualitätsmatrix** (↗vgl. Kapitel 4.1) als Ergänzung zum EFQM-Modell.

Kennzahlen definieren und erheben

Um den Erfolg messen zu können, ist die Entwicklung eines Kennzahlenportfolios essenziell. Das heißt ein für alle Kliniken geltendes gemeinsames Mindestkennzahlenset, das sich auf einige wenige Kennzahlen beschränkt, die auf Routinedaten basieren, steuerungsrelevant und zukunftsfähig sind.

Die Kliniken können das Portfolio erweitern und an ihre spezifischen Bedürfnisse anpassen. Erstrebenswert wäre eine verbundweite Entwicklung und Abstimmung dieses Portfolios, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse in allen Kliniken sicherzustellen.

6.4 Empfehlungen an die Verbundzentrale des Klinikverbunds

Der EFQM-Ansatz ist nicht neu im LVR-Klinikverbund. Seit Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems zu Beginn der 2000er-Jahre ist er im Verbund verankert, war jedoch in den letzten Jahren in den Hintergrund getreten. Die Projektgruppe empfiehlt, diesen Ansatz zu reaktivieren und für alle LVR-Kliniken im Verbund verbindlich zu machen. Nach den Erfahrungen der Projektgruppe im Modellversuch eignet sich das EFQM-Modell sehr gut für eine erfolgreiche Organisationsentwicklung und Unternehmenssteuerung, da es auch offen und kompatibel für weitere Managementinstrumente ist.

Zertifizierungssysteme, wie das der KTQ[®], fördern auf Dauer nicht die Weiterentwicklung der Organisation. Hier werden „nur“ starre Kriterien abgefragt. Sind diese im Grundsatz erfüllt, wird eine weitere Entwicklung durch die (erneuten) Rezertifizierungen nicht befördert. Das EFQM-Modell hingegen ist ein flexibles Werkzeug und hilft dabei, die eigene Organisation ganzheitlich zu betrachten, Stärken und Verbesserungspotenziale zu identifizieren und Veränderungsprojekte abzuleiten, mit dem Fokus auf die strategische Ausrichtung der Organisation. Und gerade die Flexibilität des Modells macht es

~ **Organisationsentwicklung nach dem EFQM-Excellence-Ansatz stellt hohe Ansprüche** ~
– insbesondere an Führungskräfte. ~

Holger Foullois, Stellvertretender Kaufmännischer
Direktor LVR-Klinikum Essen

möglich, es mithilfe der Qualitätsmatrix an den **spezifischen Anforderungen einer Psychiatrie** auszurichten und eine Weiterentwicklung – selbst bei sich immer schneller wandelnden gesundheitspolitischen Randbedingungen – zu fördern.

Rolle der Führungskräfte

Die verbindliche Einführung des EFQM-Modells kann nur gelingen, wenn diese Übereinkunft von allen Führungskräften mitgetragen wird und wenn Qualitätsmanagement im Sinne von Organisationsentwicklung als **genuine Führungsaufgabe** verstanden wird. Die Projektgruppe empfiehlt der Verbundzentrale des Klinikverbunds, diese Anforderung in die Rollenbeschreibungen für Führungskräfte aufzunehmen. Abgesehen von Fachwissen sind Reflexionsfähigkeit und innere Haltung der Führungskräfte entscheidend. Sie müssen LVR-Grundwerte wie Partizipation der Mitarbeiter*innen, Fürsorge, Vielfalt, Gerechtigkeit vertreten, nach ihnen handeln und sie vorleben. Diese Grundwerte werden durch die Qualitätsmaßstäbe beschrieben.

Auf operativer Ebene wurde im Laufe des Projekts deutlich, dass das Prinzip der Dualen Leitung nicht ausreichend beschrieben ist. Die Projektgruppe empfiehlt der Verbundzentrale, die **Rollenbeschreibung der Führungskräfte** auf Stations- und Abteilungsebene zu schärfen, Verantwortungen zu benennen sowie Zuständigkeiten und Befugnisse festzulegen.

Verbindliche Qualitätsmaßstäbe

Ein zentrales Ergebnis des Projekts ist die Erarbeitung und Definition von Qualitätsmaßstäben durch die Projektgruppe. Sie legen die Soll-Anforderungen für gute psychiatrische Arbeit fest und sollten für alle Kliniken im Verbund verbindlich sein und damit auch Grundlage für die Zielvereinbarung.

Auf operativer Ebene hat das Projektteam konkrete Qualitätsmerkmale für jeden Maßstab erarbeitet. Die Merkmale sind

klinikspezifisch und müssen von den jeweiligen Kliniken geprüft und angepasst werden. Das bedeutet, dass die Kliniken auf dieser Ebene unterschiedliche Merkmale entwickeln können.

Steuerungsrelevante Kennzahlen

Innerhalb der EFQM-Selbstbewertungen hat die Projektgruppe Kennzahlen zu den einzelnen Kriterien gesammelt. Dabei wurden auch sehr viele Daten erhoben, die zwar „spannend“ sind, aber nicht wirklich relevant für die Steuerung und Weiterentwicklung der Organisation. Die Mitglieder der Projektgruppe empfehlen daher der Verbundzentrale, gemeinsam mit den Kliniken ein Mindestkennzahlenset zu entwickeln, das sich auf einige wenige Kennzahlen beschränkt, die auf Routinedaten basieren, steuerungsrelevant und zukunftsfähig sind. Die Kliniken können dieses Portfolio erweitern und an ihre spezifischen Bedürfnisse anpassen.

Bewusster Wandel erfordert Anstrengung!

7

Anhang: Daten, Fakten und Informationen

Zusammenstellung von Dokumenten mit ergänzenden Hintergrundinformationen, die für den Bericht verwendet wurden, aber nicht vollständig Eingang in den Text gefunden haben.

Rund ums Projekt

Projektauftrag



	LVR-Klinikum Essen/LVR-Klinik Mönchengladbach																			
	Projektauftrag																			
Titel des Projektes: Entwicklung eines psychiatriespezifischen QM-Systems auf der Basis des EFQM-Modells																				
<table border="1"> <tr> <td>Projektbeginn: 01.01.2015</td> <td>Projektende: 31.12.2017</td> </tr> </table>			Projektbeginn: 01.01.2015	Projektende: 31.12.2017																
Projektbeginn: 01.01.2015	Projektende: 31.12.2017																			
Problembeschreibung: Auf Empfehlung der Projektgruppe „Qualitätsmanagement – Weiterentwicklung im LVR-Klinikverbund“ soll in den LVR-Kliniken Mönchengladbach und Essen ein LVR-eigenes Qualitätsmanagementsystem entwickelt werden, da in dem bisherigen Projekt der Auftrag „Prüfung der Möglichkeit einer LVR-spezifischen Vorgehensweise und der Entwicklung einer Qualitätsmarke LVR“ nicht abschließend erfüllt werden konnte (vgl. S. 12f. des Abschlussberichtes der Projektgruppe).																				
Zielsetzungen: Ziel ist die Entwicklung eines eigenen QM-Systems mit psychiatriespezifischen QM-Kriterien. Das EFQM-Modell, das auf die spezifischen Anforderungen der LVR-Kliniken adaptiert werden soll, dient dabei als Ausgangspunkt.																				
Zu erarbeitende Ergebnisse: (weiche Ergebnisse werden erwartet? Welche Daten sind an welchen Messpunkten mit welchen Messverfahren zu ermitteln?) <ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung eines Kataloges mit QM-Kriterien als Mindeststandard eines QM-Modells • Abgleich mit den vorhandenen QM-Katalogen • Prozessbeschreibungen für Überprüfungsmaßnahmen der QM-Kriterien und deren jeweiligen Zuordnung 																				
Projektleitung: Frau Splett – Kaufmännische Direktorin LVR-Klinikum Essen Herr Möller – Pflegedirektor LVR-Klinik Mönchengladbach (stv. Projektleitung)																				
Projektbeteiligte: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Name:</th> <th>Funktion:</th> <th>Abteilung/Bereich:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Herr Foullois</td> <td>QMB</td> <td>LVR-Klinikum Essen</td> </tr> <tr> <td>Frau Kleinertz</td> <td>QMB</td> <td>LVR-Klinik Mönchengladbach</td> </tr> <tr> <td>Herr Kitzig</td> <td>Leiter der Abteilung Psychiatrische Versorgung</td> <td>LVR-ZV FB 84.20</td> </tr> <tr> <td>Herr Dr. Mennicken</td> <td>Mitarbeiter in der Abteilung Psychiatrische Versorgung</td> <td>LVR-ZV FB 84.20</td> </tr> <tr> <td>N.N.</td> <td>Externer Berater</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Name:	Funktion:	Abteilung/Bereich:	Herr Foullois	QMB	LVR-Klinikum Essen	Frau Kleinertz	QMB	LVR-Klinik Mönchengladbach	Herr Kitzig	Leiter der Abteilung Psychiatrische Versorgung	LVR-ZV FB 84.20	Herr Dr. Mennicken	Mitarbeiter in der Abteilung Psychiatrische Versorgung	LVR-ZV FB 84.20	N.N.	Externer Berater	
Name:	Funktion:	Abteilung/Bereich:																		
Herr Foullois	QMB	LVR-Klinikum Essen																		
Frau Kleinertz	QMB	LVR-Klinik Mönchengladbach																		
Herr Kitzig	Leiter der Abteilung Psychiatrische Versorgung	LVR-ZV FB 84.20																		
Herr Dr. Mennicken	Mitarbeiter in der Abteilung Psychiatrische Versorgung	LVR-ZV FB 84.20																		
N.N.	Externer Berater																			
Ressourcen: <ul style="list-style-type: none"> • 1 Projektgruppensitzung pro Quartal • 1 Teilprojektgruppensitzung zusätzlich pro Quartal • 2 Termine pro Quartal für QMB zur Vor- bzw. Nachbereitung der Sitzungen • mindestens 2 Klausurtag mit externer Moderation • evtl. Exkursionen der Projektgruppe zum Erfahrungsaustausch (z.B: LWL, Vitos o.ä.) • 1 Trainee und/oder 2 wissenschaftliche Hilfskräfte 																				
Ergänzende Informationen/ Anmerkungen: (z.B.: mögliche Probleme/Risiken/Abhängigkeiten/verbindliche Termine)																				
<table border="1"> <tr> <td>17.7.15</td> <td></td> <td>17.7.15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Datum</td> <td>Auftraggeber</td> <td>Datum</td> <td>Projektleitung</td> </tr> </table>			17.7.15		17.7.15		Datum	Auftraggeber	Datum	Projektleitung										
17.7.15		17.7.15																		
Datum	Auftraggeber	Datum	Projektleitung																	

Verlängerung der Laufzeit des Projektes zur „Entwicklung eines psychiatriespezifischen Qualitätsmanagementsystems auf Basis des EFQM-Modells“**Antrag:**

Die Projektgruppe zur „Entwicklung eines psychiatriespezifischen Qualitätsmanagementsystems auf Basis des EFQM-Modells“ beantragt eine Verlängerung der Projektlaufzeit um ein Jahr bis zum 31.12.2018, um aus der für 2018 geplanten EFQM-Selbstbewertung auch geeignete Maßnahmen ableiten zu können.

Begründung:

Die mit der „Entwicklung eines psychiatriespezifischen Qualitätsmanagementsystems auf Basis des EFQM-Modells“ beauftragte Projektgruppe hat zur Bearbeitung des Projektauftrages sechs Arbeitspakete definiert und eine entsprechende Projektplanung vorgenommen (Arbeitspakete und Projektplanung sind in der Sitzung des Lenkungsausschusses Kliniken QM am 14.10.2015 vorgestellt worden.). In den einzelnen Arbeitspaketen liegen erste Arbeitsergebnisse vor (Beispiel: LVR-Qualitätsmaßstäbe; supervisorischer Prozess der Vorstände).

Da sich aber im Projektverlauf die Themen „Führung“ und „Qualitätsmanagement als Instrument der Organisationsentwicklung“ als zentral herausgestellt haben und die Projektgruppe es als sinnvoll erachtete, die theoretische Entwicklung eines psychiatriespezifischen Qualitätsmanagementsystem durch eine praktische Erprobung zu ergänzen, musste die bestehende Zeitplanung um diese Erprobungsphase erweitert werden. Zusätzlich möchten sich die beiden LVR-Kliniken Essen und Mönchengladbach über die ursprüngliche Projektplanung hinaus im Jahr 2018 einer EFQM-Selbstbewertung unterziehen, deren Ergebnisse (inklusive der abgeleiteten Maßnahmen) in den Projektabschlussbericht einfließen sollten.

Beantragt wird daher eine Verlängerung der Projektlaufzeit um ein Jahr bis 31.12.2018, um die geplante EFQM-Selbstbewertung durchführen zu können und um aus dieser geeignete Maßnahmen abzuleiten.

84.20

Köln, 19.12.2016
☎ 6596 / Mennicken

**Protokoll
der 6. LA-QM Sitzung
am 25.10.2016**

Beginn: 13:00 Uhr – Ende: 15:15 Uhr

Teilnehmende:

Hr. Allsat
Hr. van Brederode
Hr. Höhmann
Fr. Prof. Dr. Meisenzahl-Lechner
Hr. Mielke
Hr. Möller
Fr. Splett

Fr. Graf
Hr. Kitzig
Hr. Prof. Dr. Zielasek

**zu erledigen
durch:**

2. Statusberichte QM-Verbundmaßnahmen

2.1 Zwischenstand EFQM Projekt

Bericht: Frau Splett (Anlage 2a: Folien; Anlage 2b:
Antrag: Verlängerung der Laufzeit des Projektes)

Beschluss 1:

Nach ausführlicher Diskussion bestätigen die Teilnehmenden der Sitzung die Verlängerung des Projektes bis 2018. Die Projektleitung wird gebeten, jährlich über den Fortgang zu berichten.

**Fr. Splett/
Hr. Möller**

Projektbeteiligte aus Essen und Mönchengladbach sowie Externe

	Essen		Mönchengladbach	
Projektleitung	Frau Splett	Kaufmännische Direktorin	Herr Möller	Pflegedirektor
QM	Herr Foullois Frau Terfloth Frau Viola	Abteilungsleiter SQE und Controlling QMB Mitarbeiterin QM Herr Wörmann- Trainee des LVR	Frau Kleinertz Frau Lohmanns Frau Bürgerhausen	QMB Redaktion Bericht Mitarbeiterin QM
Vorstandsmitglieder	Frau Splett Frau Frenkel Herr Prof. Dr. Scherbaum Herr Foullois Herr Schumacher Herr Prof. Dr. Teufel Herr Prof. Dr. Hebebrand	Kaufmännische Direktorin Pflegedirektorin Ärztlicher Direktor stellv. Kaufmännischer Direktor stellv. Pflegedirektor stellv. Ärztlicher Direktor ehemaliger stellv. Ärztlicher Direktor	Frau Engbergs Herr Möller Herr Dr. Rinckens Herr Benzerath Herr Helgers Frau Dr. Schöller	Kaufmännische Direktorin Pflegedirektor Ärztlicher Direktor stellv. Kaufmännischer Direktor stellv. Pflegedirektor stellv. Ärztliche Direktorin
EFQM-Assessor*innen	Frau At Herr Boden Herr Droste Frau Evers-Grewe Herr Festerling Frau Dr. Fiedler Herr Foullois Frau Frenkel Frau Dr. Frosch Frau Golloch Frau Groeger Herr Dr. Heilmann Frau Himmel Frau Holzmann Frau Jurski-Brand Frau Dr. Keller-Pließnig Frau Dr. Klein Frau Kühn Frau Mennicke-Moussa Herr Mollik Herr Noske Frau Peters Herr Reck Frau Rode-Piontek Herr Rohloff Herr Roloff-Stachel Herr Prof. Dr. Scherbaum Herr Schumacher Herr Seigerschmidt Frau Splett Frau Dr. Stainer Herr Tackenberg Frau Terfloth Herr Prof. Dr. Teufel Herr Turner Frau Viola Herr van den Boom Frau Wendler	Pflege- und Erziehungsdienst Pflege- und Erziehungsdienst Sozialdienst Fachtherapeutischer Dienst Pflege- und Erziehungsdienst Ärztlicher Dienst Klinikvorstand (stellv.) Klinikvorstand Ärztlicher Dienst Fachtherapeutischer Dienst Pflege- und Erziehungsdienst/ Verwaltung Ärztlicher Dienst Pflege- und Erziehungsdienst Pflege- und Erziehungsdienst Verwaltung Ärztlicher Dienst Ärztlicher Dienst Pflege- und Erziehungsdienst Fachtherapeutischer Dienst Verwaltung Pflege- und Erziehungsdienst Pflege- und Erziehungsdienst Verwaltung Pflege- und Erziehungsdienst Pflege- und Erziehungsdienst Fachtherapeutischer Dienst Ärztlicher Dienst Klinikvorstand Klinikvorstand (stellv.) Fachtherapeutischer Dienst Klinikvorstand Ärztlicher Dienst Verwaltung Verwaltung Klinikvorstand (stellv.) Pflege- und Erziehungsdienst Verwaltung Pflege- und Erziehungsdienst Sozialdienst	Frau Barniske Herr Benzerath Herr Brocker Frau Bürgerhausen Herr Dr. Busch Frau Enbergs Frau Genc-Mat Frau Gerhartz Frau Dr. Griese Herr Haas Frau Hahn Herr Helgers Frau Kleinertz Frau Lasse Herr Liewer Herr Möller Herr Murshed Herr Neiken Frau Olschowski Frau Pfau Frau Reiche Herr Reitz Herr Dr. Rinckens Herr Schmitz Frau Dr. Schöller Herr Usdau-Backus Herr Vogt Frau Wüffel	Psychologische Psychotherapeutin Klinikvorstand (stellv.) Pflege- und Erziehungsdienst Verwaltung Ärztlicher Dienst Klinikvorstand Ärztlicher Dienst Pflege- und Erziehungsdienst Ärztlicher Dienst Pflege- und Erziehungsdienst Pflege- und Erziehungsdienst Klinikvorstand (stellv.) Verwaltung Sozialdienst Pflege- und Erziehungsdienst Klinikvorstand Ärztlicher Dienst Personalrat Pflege- und Erziehungsdienst Pflege- und Erziehungsdienst Pflege- und Erziehungsdienst Sozialdienst Klinikvorstand Pflege- und Erziehungsdienst Klinikvorstand (stellv.) Fachtherapeutischer Dienst Pflege- und Erziehungsdienst
weitere Teilnehmer*innen am DGQ- Projekt	Frau Blaß Frau Dirks Herr Kanne Frau Öztürk Frau Sekotill Frau Terfloth Herr Zwart	Verwaltung Psychologischer Dienst Pflege- und Erziehungsdienst Pflege- und Erziehungsdienst Fachtherapeutischer Dienst Verwaltung Ärztlicher Dienst	Frau Cleophas Frau Coenen Frau Genc-Mat Frau Hahn Frau Hüsig Frau Kleinertz	Pflege- und Erziehungsdienst Fachtherapeutischer Dienst Ärztlicher Dienst Pflege- und Erziehungsdienst Verwaltung Verwaltung
Externe Moderator*innen:				
DGQ- Deutsche Gesellschaft für Qualität		PARTNERS4EXCELLENCE	ILEP	Ehemaliger Chefarzt der LWL-Klinik Paderborn
Herr Carbow Herr Fiegler Frau Kirsch Herr Kirsch Herr Dr. Koenig	Frau Merkel Herr Muskalla Herr Ritter Frau Schröder Herr Dr. Sommerhoff	Herr Kohlscheen	Frau Kohler Herr Dr. Moll	Herr PD Dr. Vieten

Veränderungsprojekte I

Veränderungsprojekt I – (Mitarbeiter*innen-)Führung

Anlage

05

LVR-Klinik Mönchengladbach

Projekt: Führung neu denken

Problembeschreibung:

- Vorliegen wesentlicher Verbesserungspotenziale im Bereich Führung in beiden Kliniken jedoch bisher Schwierigkeiten bei der Entwicklung von passenden Maßnahmen

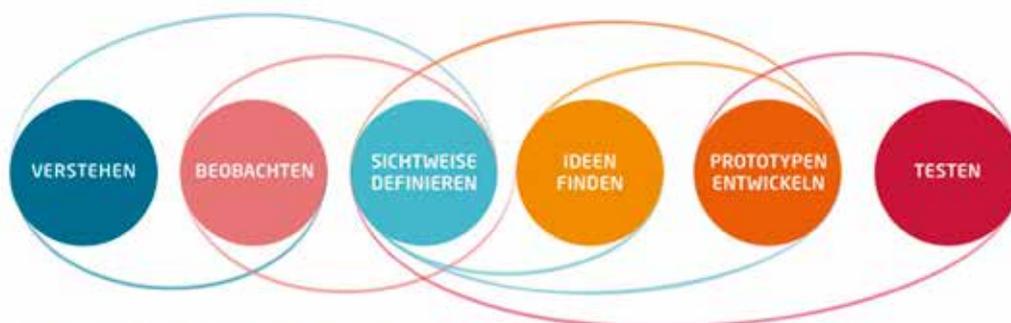


Abb.: Methode des Design-Thinking

Ziel des Projektes:

- DGQ-assistierte Entwicklung eines Prototyps, der die Führungsqualität in den LVR-Kliniken Essen und Mönchengladbach maßgeblich verbessert

LVR-Klinikverbund





LVR-Klinikum Essen
Kliniken und Institut der
Universität Duisburg-Essen

Projekt: Verbesserung der Interaktionen zwischen Abteilungen der Verwaltung und klinischen Abteilungen

Problembeschreibung:

- an den Schnittstellen zwischen klinischen Bereichen und der Verwaltung häufig auftretende Konfliktsituationen
- höherer Dokumentations- und Verwaltungsaufwand in den Kliniken v. a. durch PEPP
- höherer Druck auf die Verwaltung (z. B. Tariftreue- und Vergabebezug, Mindestlohngesetz)

Organigramm LVR-Klinikum Essen

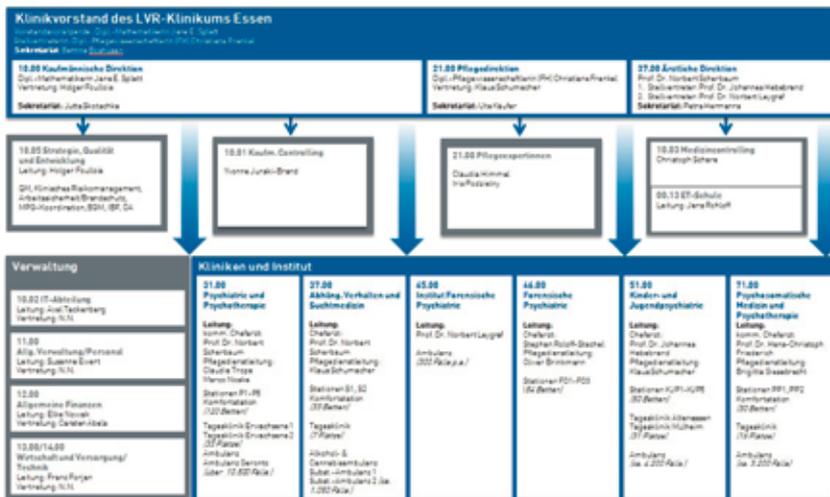


Abb.: Organigramm des LVR-Klinikums Essen

Projektidee:

- konkrete Projektideen sollen auf dem Essener Strategietag (Leitungen aller Abteilungen nehmen teil) gesammelt werden





LVR-Klinikum Essen
Kliniken und Institut der
Universität Duisburg-Essen

Projekt: Verbesserung der klinischen Arbeitsprozesse

Problembeschreibung:

- Qualitätsmanagement kommt derzeit kaum beim Patienten an
- Mitarbeiterwissen wird nur unstrukturiert zur Verbesserung der Behandlungsqualität genutzt

Projektidee:

- Qualitätsmanagement soll beim Patienten ankommen, Ziel ist daher die Verbesserung der Behandlungsqualität
- Als Experten für die tägliche, klinische Arbeit werden deshalb Mitarbeiterideen und -vorschläge gesammelt
- Daraus werden konkrete Vorschläge für die tägliche Arbeit abgeleitet und umgesetzt
- Methoden:
Themenbezogene Ideenbörse zur Verbesserung der klinischen Arbeitsprozesse und Pilotierung stationsbezogener Qualitätszirkel

Zielvorgaben
 1. Überprüfen an welcher Stelle/Station und an der Qualitätsmanagement (z.B. L) ansetzt
 2. Die besten Verbesserungsvorschläge nach Prüfung an der Qualitätsmanagement weiterleiten

Stellungnahme des Vorgesetzten (z.B. V) (nicht bei ansonstiger Unterstützung)
 Der Vorschlag wurde umgesetzt
 Umsetzung befristet, aber fortläufige Bearbeitung notwendig
 Ich lehne den Vorschlag ab. Bitte begründen.

Stadium, Verantwortlich & Verantwortlich
 (Bitte bei Bearbeitung prüfen: Was genau an der Station/Praxis/Station verändert/über den Status)

Vorschlagsgeber:
 Name: _____
 Abteilung: _____
 Station: _____
 Telefon: _____

Vor- und Nachteile des Besserens:
 Beschreibt als (Funktion): _____
 Wirkung (Stationen): _____
 Tabelle: _____

Maßnahmenhaft: Ja Nein
 Wenn Ja, wie soll an der Ausarbeitung der Vorschläge beteiligt? _____

Name des Vorschlags: _____
 Der Vorschlag betrifft meine Abteilung
 Der Vorschlag betrifft die Abteilung _____

Kontakt: _____
 (Bitte bei Bearbeitung prüfen)

Abb.: Ideenbogen

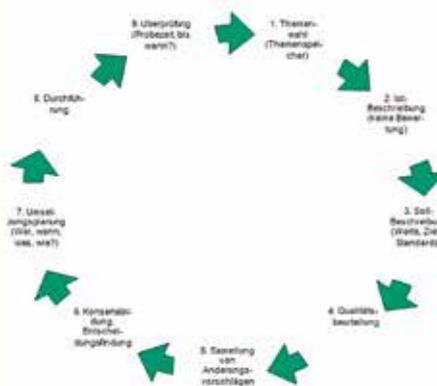


Abb.: Qualitätszirkel

LVR-Klinik Mönchengladbach

Projekt: Analyse der bestehenden Kommunikationsstrukturen mit dem Ziel der Optimierung

Problembeschreibung:

- relevante Informationen kommen nicht bei den MA an
- Informationsbedarf und -bedürfnisse der MA sind unklar
- Verbesserungsbedarf bei Qualität und Zuverlässigkeit des Informationsflusses



Ziel des Projektes:

- Ist-Analyse bestehender Kommunikationsstrukturen
- Ableitung von Verbesserungspotenzialen und zugehörigen Maßnahmen
- Umsetzung der Maßnahmen

LVR-Klinikverbund



Veränderungsprojekt I – Reorganisation Ärztlich-Psychologischer Dienst

LVR-Klinik Mönchengladbach

Projekt: Reorganisation der Personaleinsatzplanung und Beschreibung der Arbeitsabläufe im ärztlich/psychologischen Dienst

Problembeschreibung:

- Diskrepanz zwischen den von den Kolleginnen und Kollegen, Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen erwarteten Anwesenheitszeiten und den vorgegebenen Dienstzeiten
- Fluktuation und Rotation im ärztlichen Dienst ausgelöst durch die Fachweiterbildung
- unklares Regelwerk zur Dienstplanung und -gestaltung
- Arbeitsverdichtung



Ziel des Projektes:

- Optimierung der Personaleinsatzplanung und Erstellung eines allgemein zugänglichen Regelwerkes
- Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Assistenzarztausbildung
- Handlungs- und Planungssicherheit für MA aus dem ärztlich/psychologischen Dienst

Veränderungsprojekte II

Veränderungsprojekt II – Führungskräfteentwicklung Einarbeitung von Führungskräften – Seite 1

Anlage
10



LVR-Klinikum Essen
Kliniken und Institut der
Universität Duisburg-Essen



Formular für das LVR-Klinikum Essen

Projektauftrag

Titel des Projekts	Führungskräfteentwicklung/Einarbeitung neuer Führungskräfte		
Start	01.08.2018	Ende	19.04.2019
Auftraggeber	EFQM-Assess./KV		
Team und Rollen (Max. 12 Personen)	Projektleitung: Anja Rode-Plontek KV-Pate/Patin: Christiane Frenkel Gruppenmitglieder: Gina Anna Viola Henrike Groeger Johanna Blöcker Regina Noesges Nora Bruckhoff Saskia Schwarz Dennis Seigerschmidt Annika Holzmann Astrid Kuprella Bettina Christen Eva-Maria Golloch Dr. Anett Keller-Pließnig Dr. Martin Heilmann		
Projekt bezieht sich auf	EFQM-Kriterium: K1 – Führung		
Ausgangssituation	Es besteht keine klare Regelung dazu, wer als Führungskraft zählt. Darüber hinaus fehlt eine einheitliche Struktur bezüglich der Einarbeitung, der Teilnahme an Fortbildungen sowie der Begleitung durch Kolleg*innen oder Vorgesetzte. s. ergänzend Vorergebnisse aus EFQM-Selbstbewertung, Mitarbeitendenbefragung, DGQ-Projekt		
Ziele des EFQM-Projekts (Beschreibung)	Das Ziel dieses Projektes steht in Zusammenhang mit dem übergeordneten strategischen Ziel, die Führungskräfte des LVR-Klinikum Essen weiterzuentwickeln. Der KV hat sich im Strategiehandbuch verpflichtet, die Führungskompetenzen aller Führungskräfte zu stärken und Transparenz und Kommunikation zu gewährleisten. Da derzeit für den KV sowie Abteilungsleitungen bereits einige Angebote vom Träger bestehen, werden in diesem Projekt gezielt die weiteren Führungskräfte berücksichtigt.		
Ziele/Ergebnisse	Erstellung eines Konzeptes zur Entwicklung von Führungskräften bzw.		

NEXUS / CURATOR - Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 8591 | Version 5 vom 03.08.2018 | Gültig bis: 02.08.2020 | Seite 1 von 3



NEXUS / CURATOR - Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 8591 | Version 5 vom 03.08.2018 | Gültig bis: 02.08.2020 | Seite 2 von 3

EFQM-Projekt Führungskräfteentwicklung/Einarbeitung neuer Führungskräfte

<p>Mit Hilfe welcher Messgrößen oder Ergebnisse werden Sie die erfolgreiche Umsetzung und Verbesserung zum Abschluss des Projektes prüfen?</p>	<p>Einarbeitung neuer Führungskräfte, außer KV/Abteilungsleitungen, mit den untenstehenden Themen.</p> <p>Dies wird durch folgende Teilziele umgesetzt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. IST-Stand ist erhoben: <ol style="list-style-type: none"> a. welche Angebote/Konzepte gibt es/gab es bereits zur Führungskräfte-Entwicklung/Einarbeitung neuer Führungskräfte? b. Bedarf: was benötigen Führungskräfte? 2. Erwartungen an Führungskräfte sind geklärt und definiert: welche Rolle/Rechte/Aufgaben/Pflichten/Handlungsspielräume/Entscheidungskompetenzen haben FK? 3. Einarbeitung ist festgelegt – was ist Teil der Einarbeitung/wie erfolgt Einarbeitung? 4. Fortbildungskatalog/Handwerkszeug zu Beginn/ in regelmäßigen Abständen ist festgelegt 5. Begleitung ist festgelegt (kollegial und durch direkte FK) 6. Nachhaltigkeit des Konzeptes ist sicher gestellt (Implementation, Überprüfung, Weiterentwicklung, ...) 											
<p>Risikoanalyse kritische Erfolgsfaktoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitfaktor • TN-Gruppe (Motivation) • Freistellung Projektleitung 											
<p>Aufwand (geplant) Wie viele Tage/ Budget/Arbeitsmittel werden voraussichtlich benötigt?</p>	<p>Intern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Freistellung Projektleitung ca. 20-25% VK (ca. 8-10 Wo-Stunden) • Freistellung 11 Projektmitarbeitende insg. ca. 40 h • Klausurtagung: 2x Tagungsraum/ Verpflegung • Beamer, Laptop, Moderationsmaterial... • Druck des Konzeptes für alle bestehenden FK und zukünftig neuen FK 	<p>Extern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine 										
<p>Vorgehen/Umsetzung Vorgehensweise im Projekt mit Meilensteinen und Terminen</p>	<p>Meilensteinplanung s. Zeitplan</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Vorphase</td></tr> <tr><td>- Projektausschreibung</td></tr> <tr><td>- Festlegung/ Klärung Führungskräfte -> KV (abgeschlossen)</td></tr> <tr><td>Projektphase</td></tr> <tr><td>- Kennenlernen der Projektgruppe/Klärung des Projektauftrags</td></tr> <tr><td>- Bestandaufnahme (was gibt es/gab es?)</td></tr> <tr><td>- VB Bedarfsabfrage, z.B. Kurzfragebogen "was wünschen Sie sich als FK/was hätten Sie sich gewünscht?"</td></tr> <tr><td>- Durchführung Bedarfsabfrage</td></tr> <tr><td>- Sichtung der Ergebnisse der Bedarfsabfrage</td></tr> </table>			Vorphase	- Projektausschreibung	- Festlegung/ Klärung Führungskräfte -> KV (abgeschlossen)	Projektphase	- Kennenlernen der Projektgruppe/Klärung des Projektauftrags	- Bestandaufnahme (was gibt es/gab es?)	- VB Bedarfsabfrage, z.B. Kurzfragebogen "was wünschen Sie sich als FK/was hätten Sie sich gewünscht?"	- Durchführung Bedarfsabfrage	- Sichtung der Ergebnisse der Bedarfsabfrage
Vorphase												
- Projektausschreibung												
- Festlegung/ Klärung Führungskräfte -> KV (abgeschlossen)												
Projektphase												
- Kennenlernen der Projektgruppe/Klärung des Projektauftrags												
- Bestandaufnahme (was gibt es/gab es?)												
- VB Bedarfsabfrage, z.B. Kurzfragebogen "was wünschen Sie sich als FK/was hätten Sie sich gewünscht?"												
- Durchführung Bedarfsabfrage												
- Sichtung der Ergebnisse der Bedarfsabfrage												

Veränderungsprojekte II

Veränderungsprojekt II – Führungskräfteentwicklung Einarbeitung von Führungskräften – Seite 3

Anlage
10

EFQM-Projekt Führungskräfteentwicklung/Einarbeitung neuer Führungskräfte

	<ul style="list-style-type: none"> - Festlegung von Rolle/Rechten/Pflichten/Aufgaben der Zielgruppe - Erarbeitung einer Einarbeitungs-Checkliste für Führungskräfte (0.-6. Monat) - Zusammenstellung des Fortbildungskatalogs für verschiedene Phasen der FK (Beginn, jährl., kontinuierl.) - Zusammenstellung von begleitenden Aufgaben/Instrumenten durch den/die nächsthöhere Führungsebene, Kolleg*innen, ... (z.B. MAG) <p>Nachhaltigkeit sicher stellen</p> <ul style="list-style-type: none"> - kontinuierliche Weiterentwicklung des Konzeptes - Umsetzung und Kommunikation des Konzeptes - Handlungsempfehlungen zusammen stellen <p>Reflexion der Projektarbeit/Abgleich mit Projektauftrag/Erwartungen</p> <p>Projektabschluss mit Projektbericht</p> <p>generell: Führen eines Themenspeichers</p>
<p>Bewertung und Verbesserung</p> <p>Beschreiben Sie,</p> <ul style="list-style-type: none"> • wie Sie den Projektfortschritt mit dem Plan abgleichen • den Fortschritt über die in Ziele definierten Kennzahlen überwachen werden • Lessons learned: was Sie gelernt haben (am Ende des Projektes) 	Anhand der Meilensteinplanung/der Einhaltung des Zeitplans

NEXUS / CURATOR - Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 8591 | Version 5 vom 03.06.2018 | Gültig bis: 02.08.2020 | Seite 3 von 3

Formular

für das LVR-Klinikum Essen

Projektauftrag

Titel des Projekts	Interne Kommunikation		
Start	01.08.2018	Ende	19.04.2019
Auftraggeber	EFQM-Assess./KV		
Team und Rollen	Projektleitung: Jennifer Krämer KV-Pate/Patin: Jane E. Splett Gruppenmitglieder: Gina Anna Viola Petra Hermanns Gül-Serif Aslantas Susanne Bonnet Isolde Groschwald Dennis Einecker Sylke Kullmann Birgit Freese Tanja Viefhaus Michael Joos Dr. Nikolaus Barth		
Projekt bezieht sich auf EFQM-Kriterium:	K3 – Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		
Ausgangssituation	<p>Es besteht eine allgemeine Unzufriedenheit bzgl. der internen Kommunikation, welche auch durch die Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung belegt wird. Informationen aus dem Klinikvorstand kommen nicht oder nicht flächendeckend an der Basis an. Ebenso werden Informationen der Basis nicht systematisch nach oben weitergegeben.</p> <p>Es existiert kein verbindliches Kommunikationskonzept.</p> <p>Grundsätzlich besteht darüber hinaus Unklarheit, welche Kommunikationswege bestehen und welche Informationen für welche Mitarbeitenden relevant sind.</p>		
Ziele des EFQM-Projekts (Beschreibung)	<p>Das Ziel dieses Projektes steht in Zusammenhang mit dem übergeordneten strategischen Ziel, sowohl bezogen auf Führungskräfte als auch auf Mitarbeiter*innen die Kommunikation weiterzuentwickeln. Der KV hat sich im Strategiehandbuch verpflichtet, auf Führungskräfte-Ebene Transparenz und Kommunikation voranzubringen und auf Mitarbeiter-Ebene den Informationsfluss zu verbessern.</p>		
Ziele/Ergebnisse			

EFQM-Projekt Interne Kommunikation

<p>Mit Hilfe welcher Messgrößen oder Ergebnisse werden Sie die erfolgreiche Umsetzung und Verbesserung zum Abschluss des Projektes prüfen?</p>	<p>Ziel des Projektes ist eine Analyse der Ausgangslage und die Entwicklung sowie Implementierung eines verbindlichen Kommunikationskonzeptes.</p> <p>Innerhalb dieses Projektes werden folgende Teilziele aufgestellt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bestehende Materialien aus weiteren Projekten (z.B. DGQ-Führungsprojekt, Freitexte der Mitarbeitendenbefragung, vorherige Projekte zu dem Thema) sind zusammengefasst 2. Befragung von Mitarbeiter*innen durch die Projektmitarbeiter*innen bzgl. der Nutzung von Kommunikationswegen, Bedürfnissen und Erwartungen ist abgeschlossen 3. Kommunikationswege für alle Beteiligten (Mitarbeitende verschiedener Fachrichtungen, Abteilungen, Hierarchieebenen) sind definiert 4. Die Kommunikationswege sind anhand verschiedener Beispiele, u.a. aus dem Medizincontrolling (med. Dokumentationsqualität), unter Berücksichtigung der Fragestellung „Werden alle Beteiligten erreicht?“, theoretisch überprüft worden 5. Kommunikation des neuen verbindlichen Kommunikationskonzeptes durch den Klinikvorstand mit der Zielstellung, dieses allen Mitarbeitenden bekannt zu machen 6. Sicherstellung der Nachhaltigkeit des Konzeptes (Implementierung, Überprüfung, Weiterentwicklung, ...) 7. Reflexion der Projektarbeit/Abgleich mit Projektauftrag/Erwartungen 8. Projektabschluss mit Projektbericht 		
<p>Risikoanalyse kritische Erfolgsfaktoren</p>	<p>Risikofaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zu wenige Bewerbungen von Mitarbeitenden als Projektmitarbeitende • Wenig Rückmeldungen bei der Analyse oder keine Offenheit bzgl. des Projektes • Zeitfaktor • TN-Gruppe (Motivation) • Freistellung Projektleitung <p>Erfolgsfaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bereits bestehende Erhebungen werden zusammengetragen und als Ausgangslage genutzt (breite Datenbasis) • Durch eine Durchdringung bereits bzgl. der Projektmitarbeitenden werden viele Sichtweisen vereint 		
<p>Aufwand (geplant) Wie viele Tage/Budget/Arbeitsmittel werden voraussichtlich benötigt?</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="742 1736 1085 1868"> <p>Intern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Freistellung Projekt-MA = 8 x 3 h (Sitzung + Vor- und Nachbereitung) + 2x 8 h (Interviews) = 40 h </td> <td data-bbox="1085 1736 1383 1868"> <p>Extern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noch nicht bekannt </td> </tr> </table>	<p>Intern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Freistellung Projekt-MA = 8 x 3 h (Sitzung + Vor- und Nachbereitung) + 2x 8 h (Interviews) = 40 h 	<p>Extern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noch nicht bekannt
<p>Intern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Freistellung Projekt-MA = 8 x 3 h (Sitzung + Vor- und Nachbereitung) + 2x 8 h (Interviews) = 40 h 	<p>Extern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noch nicht bekannt 		

EFQM-Projekt Interne Kommunikation

	<ul style="list-style-type: none"> • Freistellung Projektleitung = ca. 20-25% VK (ca. 8-10 Wo-Stunden) • Anzahl Projekt-MA: 1 KV-Mitglied als Pate, 1 Projektleitung, 10 Projektmitarbeitende 	
<p>Vorgehen/Umsetzung Vorgehensweise im Projekt mit Meilensteinen und Terminen</p>	<p>Meilensteinplanung</p> <p>Bis Ende August 2018 – Zusammenfassung bestehender Materialien/weiterer Projekte (z.B. DGQ-Führungsprojekt, Freitexte der Mitarbeitendenbefragung)</p> <p>Mitte Juni bis Mitte Juli 2018 – Ausschreibung ist veröffentlicht und es wird bei zu wenigen Bewerbungen ggf. noch einmal nachgefasst</p> <p>Mitte Juli bis Mitte August 2018 – Auswahl der Projektmitarbeitenden und erste Sitzung</p> <p>Mitte August bis Anfang September 2018- Befragung von Mitarbeitenden durch die Projektmitarbeitenden bzgl. der Nutzung von Kommunikationswegen, Bedürfnissen und Erwartungen und Erstellen einer IST-Analyse Weiterführen der Meilensteinplanung</p> <p>April 2019 Projektabschluss durch Kommunikationskonzept wird dem Klinikvorstand vorgestellt</p> <p>Nach Projektabschluss Kommunikation des neuen verbindlichen Kommunikationskonzeptes durch den Klinikvorstand mit der Zielstellung, dieses allen Mitarbeitenden bekannt zu machen</p>	
<p>Bewertung und Verbesserung Beschreiben Sie,</p> <ul style="list-style-type: none"> • wie Sie den Projektfortschritt mit dem Plan abgleichen • den Fortschritt über die in Ziele definierten Kennzahlen überwachen werden • Lessons learned: was Sie gelernt haben (am Ende des Projektes) 	<p>Die Erreichung der Meilensteine wird in den Projektsitzungen kritisch hinterfragt. Außerdem werden im Anschluss an die Analyse weitere Meilensteine aufgestellt, die jeweils in den Sitzungen auf ihren Fortschritt überprüft werden.</p> <p>Lessons learned:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überblick über bestehende Kommunikationswege und Bedürfnisse und Erwartungen verschiedener MA-Gruppen 	

NEXUS / CURATOR - Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 8592 | Version 3 vom 03.08.2018 | Gültig bis: 02.08.2020 | Seite 3 von 3

Formular

für das LVR-Klinikum Essen

Projektauftrag

Titel des Projekts	Personalakquise und -einstellung		
Start	01.08.2018	Ende	19.04.2019
Auftraggeber	EFQM-Assess./KV		
Team und Rollen (8 – 12 Pers.)	Projektleitung: Gina Anna Viola KV-Pate/Patin: Prof. Dr. Norbert Scherbaum Gruppenmitglieder: Claudia Himmel Daniel Gerbig Jonas Schecke Klaus Schumacher Marco Festerling Dr. Susanne Klein Dr. Anna Silkens Corinna Schäfer Beatrix Evers-Grewe Susanne Ewert Nadine Kremeier Alexandra Jakoby		
Projekt bezieht sich auf EFQM-Kriterium: K3 – Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter			
Ausgangssituation	Personalakquise: <ul style="list-style-type: none"> • Vorteile des Klinikverbundes werden nicht genutzt • Klinikindividuelle Merkmale werden nicht ausreichend sichtbar • Gestaltung/und Inhalt der Stellenausschreibungen (Vorteile für MA) optimierbar • es gibt kein Konzept dazu, wie Stellenbeschreibungen gut und zielgruppenspezifisch platziert werden können. • Gestaltung der Homepage (Stellenangebote) und Darstellung der Fachgebiete unzufriedenstellend. Bisher keine Darstellung von Berufsgruppen • Übergang von der Uni DuE zu unserer Homepage unübersichtlich Personalentwicklung: <ul style="list-style-type: none"> • Keine klare Regel zur Überlappung bei Einstellung • Langer Zeitraum von der Bedarfsfeststellung bis zur Einstellung • Dauer des Einstellungsprozesses von der Entscheidung bis zum Einstellungsschreiben durch die Personalabteilung • Einstellungsprozedere/Aufgaben der Prozessbeteiligten nicht immer klar: Abstimmung zwischen Personalabteilung und direkten Vorgesetzten funktioniert nicht immer gut 		

Veränderungsprojekt II – Personalakquise und -einstellung – Seite 2

EFQM-Projekt Personalakquise und -einstellung

	<p>Spezielle Wege der Personalgewinnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit UK Essen/ andere Schulen/ Hochschulen/ Ausbildungstätten, ... ist ausbaufähig • Jobmessen werden genutzt, sind aber ausbaufähig • Mitarbeitende werben Mitarbeitende
Ziele des EFQM-Projekts (Beschreibung)	Das Ziel dieses Projektes steht in Zusammenhang mit dem übergeordneten strategischen Ziel, die Personalplanung und Personalentwicklung voranzubringen. Der KV hat sich im Strategiehandbuch verpflichtet, ein Konzept zur Gewinnung, bzw. Akquise von kompetenten Mitarbeitern zu entwickeln.
Ziele/Ergebnisse Mit Hilfe welcher Messgrößen oder Ergebnisse werden Sie die erfolgreiche Umsetzung und Verbesserung zum Abschluss des Projektes prüfen?	<p>Ziel des Projektes ist die Erhöhung der Anzahl geeigneter Bewerber*innen und die erfolgreiche Einstellung im LVR-Klinikum Essen. Hierfür werden zum einen sinnvolle Recruitingkanäle und -möglichkeiten identifiziert und implementiert.</p> <p>Zum anderen werden kritische Punkte bei der Personaleinstellung, wie beispielsweise die Dauer des Einstellungsprozesses, identifiziert, analysiert und der Prozess angepasst.</p> <p>Innerhalb dieses Projektes werden folgende Teilziele aufgestellt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kritische Punkte in der Personalakquise und -einstellung sind identifiziert 2. Die 3 kritischsten Punktwurden anhand eines Umsetzungsplans bearbeitet 3. Nachhaltigkeit des Konzeptes ist sicher gestellt (Implementation, Überprüfung, Weiterentwicklung, ...) 4. Messgrößen sind definiert und eine „Baseline-Erhebung“ ist durchgeführt und Vorbereitung der kontinuierlichen Messung zur nachhaltigen Erfolgskontrolle, z.B. Anzahl geeigneter Bewerbungen in kritischen Bereichen, Klickzahlen, Zeitraum zwischen mündlicher Zusage und schriftlicher Einstellung 5. Nachhaltigkeit ist stellgestellt <ul style="list-style-type: none"> - kontinuierliche Weiterentwicklung des Konzeptes - Umsetzung und Kommunikation des Konzeptes - Handlungsempfehlungen zusammen stellen 6. Reflexion der Projektarbeit/Abgleich mit Projektauftrag/Erwartungen 7. Projektabschluss mit Projektbericht
Risikoanalyse kritische Erfolgsfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgaben des Trägers zu Stellenausschreibungen und zur Homepage; kaum Einfluss auf Gestaltung der Uni-Homepage • Rahmenbedingungen, wie z.B. LPVG, KHBS und Umgang damit durch beteiligte Personengruppen • Zeitfaktor

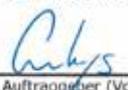
EFQM-Projekt Personalakquise und -einstellung

	<ul style="list-style-type: none"> • TN-Gruppe (Motivation) • Freistellung Projektleitung 		
Aufwand (geplant) Wie viele Tage/Budget/Arbeitsmittel werden voraussichtlich benötigt?	<table border="1"> <tr> <td> Intern: <ul style="list-style-type: none"> - Projektleitung: 20%-25% - Projektmitglieder: 40 h - Budget s. extern </td> <td> Extern: <ul style="list-style-type: none"> • Stellenausschreibung in Fachzeitschriften, Internetportalen o.ä. • Gestaltung der Homepage (z.B. Fotograf) • Externe Beratung (z.B. Recruiter) </td> </tr> </table>	Intern: <ul style="list-style-type: none"> - Projektleitung: 20%-25% - Projektmitglieder: 40 h - Budget s. extern 	Extern: <ul style="list-style-type: none"> • Stellenausschreibung in Fachzeitschriften, Internetportalen o.ä. • Gestaltung der Homepage (z.B. Fotograf) • Externe Beratung (z.B. Recruiter)
Intern: <ul style="list-style-type: none"> - Projektleitung: 20%-25% - Projektmitglieder: 40 h - Budget s. extern 	Extern: <ul style="list-style-type: none"> • Stellenausschreibung in Fachzeitschriften, Internetportalen o.ä. • Gestaltung der Homepage (z.B. Fotograf) • Externe Beratung (z.B. Recruiter) 		
Vorgehen/Umsetzung Vorgehensweise im Projekt mit Meilensteinen und Terminen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kritische Punkte/Prozessschritte im Akquise- und Einstellungsprozess identifizieren Ca. 2 Sitzungen („erweitertes Brainstorming“) Ergebnisse: Auflistung der erfolgskritischen Prozessschritte inkl. Beschreibung der Veränderungsnotwendigkeit und Priorisierung 2. Umfeldanalyse zu 3 kritischsten Punkten Ca. 1 Sitzung 3. Lösungsphase zu 3 kritischen Punkten: ggf. Hinzuziehen von Experten ca. 6 Sitzungen (gesplittete Arbeitsweise/Unterarbeitsgruppen) 		
Bewertung und Verbesserung Beschreiben Sie, <ul style="list-style-type: none"> • wie Sie den Projektfortschritt mit dem Plan abgleichen • den Fortschritt über die in Ziele definierten Kennzahlen überwachen werden • Lessons learned: was Sie gelernt haben (am Ende des Projektes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Werden die Meilensteine erreicht? 		

LVR-Klinik Mönchengladbach		Projektauftrag	LVR-Klinikverbund LVR Qualität für Menschen																																				
Titel des Projektes: Erarbeitung eines Konzeptes zur gemeinsamen Behandlungsplanung von der Aufnahme über die Behandlung bis zur Entlassung (im PDCA-Zyklus) unter Berücksichtigung unseres systemischen Ansatzes			Nr.: 89																																				
Projektbeginn: 01.10.2018		Projektende: 31.03.2019																																					
Problembeschreibung: Stringenz und Multidisziplinarität der Behandlungsplanung ist lt. Selbsteinschätzung noch nicht durchgängig gegeben. Systemische Ansätze werden noch nicht hinreichend berücksichtigt																																							
Zielsetzungen: In der Behandlungsplanung erfolgt die Auftragsklärung und Auftragsweiterentwicklung fortlaufend unter Berücksichtigung der Dimensionen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenperspektive ▪ Soziales Umfeld ▪ Multiprofessionalität Dieser Prozess wird im Entlassungsgespräch reflektiert. Die qualitative Weiterentwicklung der Behandlungsplanung in der Klinik wird erkennbar und sichtbar.																																							
Bezug zu den Kriterien ... des EFQM: Kriterium 2b: Die Strategie beruht auf dem Verständnis der eigenen Leistungen und Fertigkeiten Kriterium 2c: Die Strategie und die unterstützenden Leitlinien werden entwickelt, überprüft und aktualisiert, um ökonomische, gesellschaftliche und ökologische Nachhaltigkeit sicherzustellen		der KTQ: Kriterium 1.4.2: Therapeutische Prozesse Kriterium 1.5.1: Entlassung																																					
Zu erarbeitende Ergebnisse: (welche Ergebnisse werden erwartet? Welche Daten sind an welchen Messpunkten mit welchen Messverfahren zu ermitteln?) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorlage einer Meilensteinplanung im Vorstand bis zum 31.10.2018 ▪ Festlegung aller relevanter qualitativer und quantitativer Kriterien/Qualitätsindikatoren in diesem Prozess sowie die Beschreibung der Erhebungsmethode ▪ Beschreibung der zur Evaluation der Behandlungsplanung festgelegten Prozesse ▪ Empfehlungen für eine Implementierung des Konzeptes 																																							
Projektleitung: Frau Funda Gavas, Herr Peter Brocker																																							
Projektbeteiligte: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Name:</th> <th style="width: 33%;">Funktion:</th> <th style="width: 33%;">Abteilung/Bereich:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nicole Seibert</td> <td>Medizincontrolling</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alex Cremer</td> <td>Pflegeexperte</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Iris Olschowski</td> <td>Pflegedienstleitung</td> <td>41.00</td> </tr> <tr> <td>Frank Auffenberg</td> <td>Stationsleitung</td> <td>BE</td> </tr> <tr> <td>Anna Krappen</td> <td>Pflege</td> <td>BE</td> </tr> <tr> <td>Janina Peckel</td> <td>Pflege A2</td> <td>A2</td> </tr> <tr> <td>Alexandra Oksluk</td> <td>Pflege A2</td> <td>A2</td> </tr> <tr> <td>Joy Conzen</td> <td>Pflege B1</td> <td>B1</td> </tr> <tr> <td>Nicole Reiske</td> <td>Pflege C1</td> <td>C1</td> </tr> <tr> <td>Denis Sehovic</td> <td>Stationsarzt AE</td> <td>AE</td> </tr> <tr> <td>Nathalie Grotjohann</td> <td>Pflege BE</td> <td>BE</td> </tr> </tbody> </table>				Name:	Funktion:	Abteilung/Bereich:	Nicole Seibert	Medizincontrolling		Alex Cremer	Pflegeexperte		Iris Olschowski	Pflegedienstleitung	41.00	Frank Auffenberg	Stationsleitung	BE	Anna Krappen	Pflege	BE	Janina Peckel	Pflege A2	A2	Alexandra Oksluk	Pflege A2	A2	Joy Conzen	Pflege B1	B1	Nicole Reiske	Pflege C1	C1	Denis Sehovic	Stationsarzt AE	AE	Nathalie Grotjohann	Pflege BE	BE
Name:	Funktion:	Abteilung/Bereich:																																					
Nicole Seibert	Medizincontrolling																																						
Alex Cremer	Pflegeexperte																																						
Iris Olschowski	Pflegedienstleitung	41.00																																					
Frank Auffenberg	Stationsleitung	BE																																					
Anna Krappen	Pflege	BE																																					
Janina Peckel	Pflege A2	A2																																					
Alexandra Oksluk	Pflege A2	A2																																					
Joy Conzen	Pflege B1	B1																																					
Nicole Reiske	Pflege C1	C1																																					
Denis Sehovic	Stationsarzt AE	AE																																					
Nathalie Grotjohann	Pflege BE	BE																																					
<small>Dieser Ausdruck ist eine Kopie. Bitte stellen Sie sicher, dass Ihr Ausdruck mit der aktuellsten Version im Intranet/ Nexus Curator übereinstimmt.</small>																																							
Ansprechpartner: QMB	Verantwortlich: Vorstand	Gültig bis: 23.09.2020	Version: 1-0-0																																				
Seitenzahl 1 von 2																																							

Veränderungsprojekt II – Behandlungsplanung – Seite 2

Anlage
13

LVR-Klinik Mönchengladbach		Projektauftrag		LVR-Klinikverbund  LVR Qualität für Menschen	
Anika Janschersky Julia Lasse		Stationsärztin B1 Sozialdienst		B1 BE/Ambulanz	
Ressourcen: <ul style="list-style-type: none"> • Freistellung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Teilnahme an den Projektgruppensitzungen (ca. 6 Treffen á 1-1,5 Std.) • Bereitstellung der Räumlichkeiten für die Projektgruppensitzungen • Hinzuziehen von Fachleuten bei Bedarf • Bereitstellung der notwendigen Fachliteratur bzw. Kostenübernahme bei Neukauf 					
Ergänzende Informationen/ Anmerkungen: (z.B.: mögliche Probleme/Risiken/Abhängigkeiten/verbindliche Termine) Dieses Projekt ist eins der drei Verbesserungsprojekte aus der EFQM-Selbstbewertung 2018					
Im Auftrag des Vorstandes:					
01.10.18				13.10.2018	
Datum		Auftraggeber (Vorstand)		Datum	
				F. Schatz 	
				Projektleitung	
<small>Dieser Ausdruck ist eine Kopie. Bitte stellen Sie sicher, dass Ihr Ausdruck mit der aktuellen Version im Intranet/ Nexus Curator übereinstimmt.</small>					
Ansprechpartner: QMB	Verantwortlich: Vorstand	Gültig bis: 23.09.2020	Version: 1-0-0		
Seitenzahl 2 von 2					

Veränderungsprojekt II – Einarbeitung – Seite 1

LVR-Klinik Mönchengladbach		Projektauftrag		LVR-Klinikverbund  Qualität für Menschen	
Titel des Projektes: Modernisierung des Einarbeitungskonzeptes				Nr.: 90	
Projektbeginn: 01.10.2018			Projektende: 31.05.2019		
Problembeschreibung: Das bestehende Einarbeitungskonzept wird nicht genutzt. Neue Mitarbeitende fühlen sich nicht ausreichend unterstützt.					
Zielsetzungen: Die erfolgreiche Einarbeitung von Mitarbeitenden ist von erheblicher Bedeutung für die Zufriedenheit am Arbeitsplatz und die Identifikation mit der Klinik. Die strukturierte Einarbeitung sollte daher folgende Themen umfassen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klärung der Aufgaben/Kompetenzen ▪ Vorstellung des eigenen Bereiches ▪ Vermittlung der Strukturen im eigenen Bereich sowie in der Klinik ▪ Kennenlernen der Kultur in der Klinik Somit werden mit dem Einarbeitungskonzept folgende Ziele verfolgt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientierung geben, Unsicherheiten abbauen ▪ Integration am Arbeitsplatz fördern ▪ Leistungsbereitschaft und -fähigkeit erhöhen ▪ Allgemeine Arbeitszufriedenheit erhöhen und dadurch ungewollte Personalfluktuatoin verhindern Zukünftig soll eine kontinuierliche Evaluation des Konzeptes sowie eine Überprüfung der Umsetzung sicherstellen, dass alle neuen Mitarbeitende eine qualifizierte Einarbeitung erfahren.					
Bezug zu den Kriterien ... des EFQM: Kriterium 1d: Führungskräfte stärken zusammen mit den Mitarbeitenden der Organisation eine Kultur der Excellence Kriterium 3a: Personalpläne unterstützen die Strategie der Station			der KTQ: Kriterium 2.2.2: Einarbeitung von Mitarbeitern		
Zu erarbeitende Ergebnisse: (welche Ergebnisse werden erwartet? Welche Daten sind an welchen Messpunkten mit welchen Messverfahren zu ermitteln?) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorlage einer Meilensteinplanung im Vorstand bis zum 31.10.2018 ▪ Erarbeitung eines neuen Einarbeitungskonzeptes, welches einen umfassenden Überblick über die Bestandteile und Instrumente des Einarbeitungsprozesses liefert und praktische Arbeitshilfen zur Verfügung stellt. ▪ Praktische Einführung des neuen Konzeptes mit seinen Instrumenten bis zum 30.04.2019. ▪ Erarbeitung eines Evaluationsbogens für die Einarbeitung ▪ ggf. erste Auswertung der Evaluationsbögen bis zum 31.05.2019 					
Projektleitung: Moritz Liewer, Axel Kropat					
<small>Dieser Ausdruck ist eine Kopie. Bitte stellen Sie sicher, dass ihr Ausdruck mit der aktuellen Version im Intranet/ Nexus Curator übereinstimmt.</small>					
<small>Ansprechpartner:</small> QMB	<small>Verantwortlich:</small> Vorstand	<small>Gültig bis:</small> 23.09.2020	<small>Version:</small> 1-0-0		
<small>Seitenzahl 1 von 2</small>					

LVR-Klinik Mönchengladbach		Projektauftrag		LVR-Klinikverbund LVR Qualität für Menschen	
Projektbeteiligte:					
Name:		Funktion:		Abteilung/Bereich:	
Dana Pfau		Fort- und Weiterbildungsbeauftragte			
Kira Scholz		Pflege		Station A2	
Harvey Lobmeier		Pflege		Station A2	
Thomas Dieter		Ergotherapeut		Zentral Therapeutischer Dienst	
Christian Brocker		Pflege		Station B1	
Samantha Galle		Pflege		Station A3	
Ressourcen:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Freistellung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Teilnahme an den Projektgruppensitzungen (ca. 8 Treffen á 1-1,5 Std.) ▪ Bereitstellung der Räumlichkeiten für die Projektgruppensitzungen ▪ Hinzuziehen von Fachleuten bei Bedarf ▪ Bereitstellung der notwendigen Fachliteratur bzw. Kostenübernahme bei Neukauf 					
Ergänzende Informationen/ Anmerkungen: (z.B.: mögliche Probleme/Risiken/Abhängigkeiten/verbindliche Termine)					
Dieses Projekt ist eins der drei Verbesserungsprojekte aus der EFQM-Selbstbewertung 2018. Im Rahmen des Priorisierungswshops haben mögliche Hospitationen im Prozess der Einarbeitung eine große Rolle gespielt und sollten daher auch als ein mögliches Instrument mitgedacht werden.					
Im Auftrag des Vorstandes:					
01.10.18		2.10.18			
Datum	Auftraggeber (Vorstand)	Datum	AUSA Projektleitung		
Dieser Ausdruck ist eine Kopie. Bitte stellen Sie sicher, dass ihr Ausdruck mit der aktuellen Version im Intranet/ Nexus Curator übereinstimmt.					
Ansprechpartner: QMB	Verantwortlich: Vorstand	Gültig bis: 23.09.2020	Version: 1-0-0		
				Seitenzahl 2 von 2	

LVR-Klinik Mönchengladbach	Projektauftrag	 <small>Qualität für Menschen</small>						
Titel des Projektes: Beschreibung und Entwicklung von Strukturen und Maßnahmen zur Umsetzung von konsequentem Führungsverhalten auf der Stationsebene		Nr.: 92						
Projektbeginn: 01.01.2019		Projektende: 31.08.2019						
Problembeschreibung: 2012 und 2015 wurden in der LVR-Klinik Mönchengladbach gemeinsam mit der externen Beratungsfirma „Wolf & Oberkötter“ Führungskräftefeedbacks durchgeführt mit u.a. den Zielen einer Verbesserung der Einschätzungsmöglichkeit des eigenen Führungsverhaltens durch Abgleich Selbst- und Fremdbild sowie eine Überprüfung der bestehenden Führungsgrundsätze. 2016 war dann ein Ergebnis des gemeinsamen Projektes mit der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ) zum Thema „(Mitarbeiter-)Führung“, dass eine Kernursache für nicht gelebte Führungsgrundsätze ein individuelles, uneinheitliches und teilweise konsequenzfreies Führungsverhalten in der Klinik ist. Im Rahmen der EFQM-Selbstbewertung 2018 wurde erneut konsequentes Führungsverhalten von den Mitarbeitenden eingefordert und dann auch als zweit wichtigstes Projekt priorisiert.								
Zielsetzungen: Durch die Umsetzung des Grundgedankens „Duale Leitung“ in der Klinik soll zukünftig konsequentes Führungsverhalten aller Leitungskräfte spürbar und erlebbar werden. Hierfür müssen zunächst Bedingungen (Berufsgruppenübergreifende Leitungsbesprechung/Anleitung zur Dualen Leitung) geschaffen werden, die es den Leitungskräften ermöglicht, sich in einem Rahmen auszuprobieren und für ihre zu leitenden Bereiche passenden Instrumente zu erproben. Dies soll dazu führen, dass führungsverantwortlichen Mitarbeiter*innen in ihrer gemeinsamen Leitungsrolle gestärkt werden. Gleichzeitig sollen sie durch ihre Vorbildfunktion dazu beitragen, die Führungskultur der Klinik weiterzuentwickeln.								
Bezug zu den Kriterien ... <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> des EFQM: Kriterium 1b: Führungskräfte definieren, überprüfen und verbessern das Managementsystem und die Leistung der Organisation Kriterium 1d: Führungskräfte stärken zusammen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Organisation eine Kultur der Excellence </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> der KTQ: Kriterium 5.3.1: Festlegung einer Organisationsstruktur Kriterium 5.3.2: Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien </td> </tr> </table>			des EFQM: Kriterium 1b: Führungskräfte definieren, überprüfen und verbessern das Managementsystem und die Leistung der Organisation Kriterium 1d: Führungskräfte stärken zusammen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Organisation eine Kultur der Excellence	der KTQ: Kriterium 5.3.1: Festlegung einer Organisationsstruktur Kriterium 5.3.2: Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien				
des EFQM: Kriterium 1b: Führungskräfte definieren, überprüfen und verbessern das Managementsystem und die Leistung der Organisation Kriterium 1d: Führungskräfte stärken zusammen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Organisation eine Kultur der Excellence	der KTQ: Kriterium 5.3.1: Festlegung einer Organisationsstruktur Kriterium 5.3.2: Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien							
Zu erarbeitende Ergebnisse: (welche Ergebnisse werden erwartet? Welche Daten sind an welchen Messpunkten mit welchen Messverfahren zu ermitteln?) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorlage einer Meilensteinplanung bis zum 05.02.2019 im Vorstand ▪ Erarbeitung einer Übersicht der berufsgruppenübergreifenden Leitungsbesprechung durch den Vorstand ▪ Erstellung einer Anleitung/Leitfaden für die Dualen Leitungskräfte der Stationen, welche Punkte wie Führen mit Zielen, Abstimmungskultur, Gesprächsstruktur, Personalentwicklung thematisiert. ▪ Vorbereitung der Einführung des Leitfadens sowie Motivation der Führungsverantwortlichen, die nicht an diesem Projekt beteiligt sind. 								
Projektleitung: Ertan Altintas, Eric Vogt								
Projektbeteiligte: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Name:</th> <th style="width: 33%;">Funktion:</th> <th style="width: 33%;">Abteilung/Bereich:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			Name:	Funktion:	Abteilung/Bereich:			
Name:	Funktion:	Abteilung/Bereich:						
Dieser Ausdruck ist eine Kopie. Bitte stellen Sie sicher, dass ihr Ausdruck mit der aktuellen Version im Intranet/ Nexus Curator übereinstimmt.								
Ansprechpartner: QMB	Verantwortlich: Vorstand	Gültig bis: 23.09.2020						
Version: 1-0-0		Seitenzahl 1 von 2						

Strategiehandbuch

Strategiehandbuch Essen – Seite 1 | 2

Anlage

16



Strate
des LVR-

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

LVR-Klinikum Essen
Kliniken und Institut der
Universität Duisburg-Essen

LVR-KLINIKUM ESSEN

Das Strategiehandbuch des LVR-Klinikum Essen

Das Strategiehandbuch bildet die „Eckpfeiler“ der Organisationsentwicklung des LVR-Klinikum Essen ab. Es umfasst das Organisationsmodell, die Mission, die Vision, die Qualitätsmaßstäbe sowie die Strategie des LVR-Klinikum Essen.

Die Strategie ist im Sinne des EFQM-Modells aufgebaut und wird, wie unter Kriterium 2 (K 2) beschrieben, jährlich am Essener Strategietag mit den Mitgliedern des erweiterten Klinikvorstandes überprüft, abgestimmt und angepasst. Daraus werden mit dem Träger sowie mit den Abteilungen Zielvereinbarungen abgeleitet und geschlossen.

Inhalt des Handbuchs:

- Organisationsmodell
- Mission
- Vision
- Kriterien (K) der Strategie/Strategische Planung
 - K 1 Führung
 - K 2 Strategie
 - K 3 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - K 4 Partnerschaften und Ressourcen
 - K 5 Prozesse, Produkte und Dienstleistungen

Organisationsmodell

<p>Was sind die wesentlichen Inputs (Einsatzfaktoren)?</p> <p>1) staatlicher Auftrag 1a) Rechtsgrundlagen • Gesetze, Vorgaben, Bundesverfügungen, Auflagen</p> <p>1b) Fachliche Standard der Behandlung • Wissenschaftliche Entwicklung • Behandlungsleitlinien</p> <p>2) Personal • Wissen/Know-How • persönliche/fachliche Kompetenzen</p> <p>3) Einnahmen • KHG/MRV/FuL/...</p>	<p>Was passiert innerhalb des LVR-Klinikum Essen (Schlüsselprozesse)?</p> <p>1a) Diagnostik und Behandlung • ambul./teilstat./stat. (KHG/MRV) • freiwillig - PsychKG/Zwangsbehandlung • Austausch/Interaktion mit anderen, Einhandl...</p> <p>1b) Forschung</p> <p>2a) Führung • Richtung (Kultur) • Organ...</p> <p>2b) Personal • Akquisition/... • Arb-, F...</p> <p>3) Verwaltung (z.B. Abw...</p>	<p>Was sind die wesentlichen Outputs (Ergebnisse)?</p> <p>1) Behandelte Patient*innen einschließlich Dokumentation/Arztbriefe/Behandlungsberichte</p> <p>2) Berufsabschlüsse/Qualifikation/Erfahrung/Wissen</p> <p>3) Forschungsergebnisse z.B. wissenschaftliche Publikationen, Leitlinien, Versorgungskonzepte</p> <p>4) Ausgaben z.B. Personalkosten</p>
--	---	--

<p>Wer sind die Schlüssellieferanten?</p> <p>1) Niedergelassene Ärzte/Zuweiser/Einweiser, z.B. Universitätsklinikum</p> <p>2) Universität Duisburg -Essen</p> <p>3) Kostenträger (MRV, Krankenkassen...)</p> <p>4) Träger als Dienstleister</p>	<p>Wer sind die Interessengruppen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeitende (alle mit Arbeitsvertrag) • Staatliche Institutionen, z.B. Gesundheits-/Ordnungsamt, Bezirksregierung, Justiz, gestetzt, Betreuer, PsychKG-Kommission • Ausbildungsstätten • Angehörige • Kooperationspartner • MDK • Politik (Kommune und LVR)
--	---

LVR-KLINIKUM ESSEN

Mission

Wir, das LVR-Klinikum Essen, haben als Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie das Ziel, Menschen mit psychischen Erkrankungen zu behandeln. Im Rahmen unseres universitären Auftrags entwickeln wir das Verständnis psychischer Erkrankungen und deren Behandlung weiter. Wir bilden Studierende der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen und Schüler*innen unserer Schule für Ergotherapie aus.



Strategiehandbuch

Strategiehandbuch Essen – Seite 5 | 6

Anlage

16

LVR-KLINIKUM ESSEN



Vision

Im Jahr 2027 ist das LVR-Klinikum Essen ein führendes psychiatrisches und psychosomatisches Zentrum mit innovativen, individuellen und evidenzbasierten Methoden.

Das Behandlungsangebot deckt alle Altersgruppen ab und ist niedrigschwellig zugänglich. Es geschieht umfassend ambulant in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendlichen, der Verhalten- und Suchtmedizin. Die Behandlungsschwerpunkte sind klar erkennbar und den Merkmalen entsprechen.

LVR-KLINIKUM ESSEN

- Als Teil der Universität Duisburg-Essen ist das LVR-Klinikum Essen mit der angebotenen Schule für Ergotherapie eine attraktive Lern- bzw. Ausbildungsstätte.
- Das LVR-Klinikum Essen ist attraktiver Arbeitgeber für qualifizierte und kompetente Mitarbeiter*innen, welche durch Fort- und Weiterbildung zu Fach- und Führungskräften entwickelt werden.
- Die Führungskräfte tragen gemeinsam mit den Mitarbeiter*innen die Qualitätsmaßstäbe sowie die Führungsgrundsätze und entwickeln so das LVR-Klinikum Essen kontinuierlich weiter.
- Zur Gestaltung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Stadt Essen und überregional ist das LVR-Klinikum Essen mit seinen Kooperationspartnern vernetzt und in Fachkreisen anerkannt.
- Das LVR-Klinikum Essen reagiert verantwortlich und flexibel auf gesetzliche und gesellschaftliche Veränderungen im Gesundheitssystem.
- In kommunaler Trägerschaft ist das LVR-Klinikum Essen wirtschaftlich stabil.



LVR-KLINIKUM ESSEN

Kriterien (K) der Strategie/Strategische Planung

K 1 Führung

Die Führungskräfte tragen gemeinsam mit den Mitarbeiter*innen die Qualitätsmaßstäbe sowie die Führungsgrundsätze und entwickeln so das LVR-Klinikum Essen kontinuierlich weiter.



Weiterentwicklung der Führungskräfte

- Entwicklung einer Vorbildfunktion bzw. eines gemeinsamen Führungsverständnisses des Klinikvorstands.
- Stärkung der Führungskompetenzen aller Führungskräfte.
- Verbindlichkeit von Führungsgrundsätzen für alle Führungskräfte.

LVR-KLINIKUM ESSEN



K 2 Strategie

Auf gesetzliche und gesellschaftliche Veränderungen im Gesundheitssystem reagiert das LVR-Klinikum Essen verantwortlich und flexibel.

- Jährliche Durchführung eines Klausurtags durch den Klinikvorstand zur Weiterentwicklung der Strategie.
- Jährliche Auseinandersetzung und Abstimmung der Strategie durch die Führung am Essener Strategietag.
- Jährliche Auswahl und Bearbeitung eines Schwerpunktthemas aus den Q-Maßstäben mit den Mitarbeitenden: Das Thema fließt in die am Essener Strategietag abgestimmten Jahresziele für eine Zielvereinbarung mit dem Träger ein.
- Erarbeitung von Abteilungszielen durch die einzelnen Kliniken des LVR-Klinikum Essen. Diese passen in den Kontext der Jahresziele: Die Vereinbarung der Abteilungsziele erfolgt mit dem Klinikvorstand.
- Abschluss des Projekts zur Implementierung eines psychiatriespezifischen QM-Systems und Verankerung der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Klinikums nach EFQM.

Strategiehandbuch

Strategiehandbuch Essen – Seite 9 | 10

Anlage

16

LVR-KLINIKUM ESSEN

**K 3 Mitarbeiter*innen**

Das LVR-Klinikum Essen ist attraktiver Arbeitgeber für qualifizierte und kompetente Mitarbeiter*innen, welche durch Fort- und Weiterbildung zu Fach- und Führungskräften entwickelt werden.

› Unterstützung bei der Weiterentwicklung von Kom-

Weiterentwicklung der Mitarbeiter*innenschaft

- Personalplanung und Personalentwicklung:
- › Konzeptentwicklung zur Gewinnung bzw. Akquise von kompetenten Mitarbeitenden unter Berücksichtigung von „Demographie-Management“

LVR-KLINIKUM ESSEN

K 4 Partnerschaft und Ressourcen

Zur Gestaltung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Stadt Essen und überregional ist das LVR-Klinikum Essen mit seinen Kooperationspartnern vernetzt und in Fachkreisen anerkannt. In kommunaler Trägerschaft ist das LVR-Klinikum Essen wirtschaftlich stabil.

Weiterentwicklung der Partnerschaften und Ressourcen

- Überprüfung und Weiterentwicklung der Vernetzung mit Kooperationspartnern bzw. Anbietern psychiatrischer Hilfe in der Region.
- Gestaltung der Versorgungslandschaft.
- Pflege der Beziehungen zu Politik, innerhalb des LVR und mit Berufsverbänden mit dem Ziel, in kommunaler Trägerschaft zu verbleiben und die gesellschaftspolitischen Bedingungen im Gesundheitssystem weiterzuentwickeln.
- Erwirtschaftung von Rendite zur Rücklagenbildung für Investitionen.
- Umweltschutz und Energiemanagement.
- Entwicklung einer IT-Strategie.
- Erhalten und Weitervermitteln von institutionellem Wissen bzw. Erfahrungswissen.



LVR-KLINIKUM ESSEN

K 5 Prozesse, Produkte und Dienstleistungen

2027 ist das LVR-Klinikum Essen ein modernes psychiatrisches und psychosomatisches Fachklinikum mit innovativen, individuellen und patientenzentrierten Behandlungsmethoden.

Das Behandlungsangebot des LVR-Klinikum Essen bietet für Patient*innen aller Altersgruppen eine multiprofessionelle, niederschwellig zugängliche und gut vernetzte Versorgung an.

Dies geschieht umfassend ambulant, teilstationär und vollstationär in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin sowie für Forensische Psychiatrie.



Die Behandlungsschwerpunkte sind als Profil des LVR-Klinikum Essen klar

LVR-KLINIKUM ESSEN

Weiterentwicklung von Prozessen, Produkten und Dienstleistungen

- Festlegung der Behandlungsschwerpunkte.
- Entwicklung neuer diagnostischer und therapeutischer Angebote:
 - › Übertragung des Erkenntnisgewinns aus Forschung in die Behandlung.
 - › Weiterentwicklung der vorhandenen Behandlungskonzepte.
- Sektor- bzw. settingübergreifende Behandlung aufbauen:
 - › Abbau von Grenzen ambulant/teilstationär/stationär.
- Autonomie und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten stärken.
- Entwicklung und wissenschaftliche Evaluierung der Therapie.
- Entwicklung moderner Methoden und Inhalte in unserer Ausbildung und Lehre.



Impressum

Redaktion

Jochen Möller (Projektleitung)
Jane E. Splett (Projektleitung)
Brigitte Lohmanns
LVR-Klinik Mönchengladbach

Mitarbeit

Holger Foullois, Henrike Kleinertz,
Christina Terfloth, Gina Anna Viola

Layout & Grafik

sitzgruppe Meyer Rath Uphaus GbR
Achenbachstraße 19, 40237 Düsseldorf
www.sitzgruppe.de

Fotos & Grafiken

Foto S. 5: © Norbert Kohlscheen
Alle anderen Fotos:
LVR-Kliniken Essen und Mönchengladbach
Grafiken S. 19, S. 21, S. 22:
© Initiative Ludwig-Erhard-Preis e.V.
Grafik S. 61: © Dr. André Moll
Alle anderen Grafiken: LVR-Kliniken
Essen und Mönchengladbach

Druck

Druckerei des Landschaftsverbands Rheinland
Ottoplatz 2, 50679 Köln

LVR-Klinikum Essen
LVR-Klinik Mönchengladbach

Dezember 2018

LVR-Klinikum Essen

Kliniken und Institut der
Universität Duisburg-Essen
Virchowstraße 174, 45147 Essen
www.klinikum-essen.lvr.de

LVR-Klinik Mönchengladbach

Heinrich-Pesch-Straße 39–41
41239 Mönchengladbach
www.klinik-moenchengladbach.lvr.de

