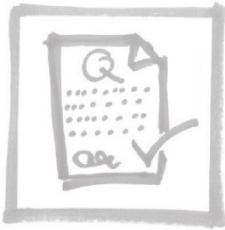


## 24 Messen und Bewerten von Qualitätszielen



Grundlage eines ziel- und qualitätsorientierten, einrichtungsinternen Managementsystems ist die Festlegung realistischer Praxisziele und der daraus abgeleiteten relevanten Praxisindikatoren.

Ein relevanter Praxisindikator sollte den „RUMBA-Kriterien“ folgen. Das aus dem englischen stammende Akronym „RUMBA“ setzt sich aus den jeweiligen Anfangsbuchstaben der fünf Indikatorkriterien zusammen.

- R** – relevant (relevant)
- U** – understandable (verständlich)
- M** – measurable (messbar)
- B** – behaviourable (beeinflussbar)
- A** – achievable (erreichbar)

Mit „**R** – relevant (relevant)“ ist gemeint, dass der Indikator eine hinreichende Aussagekraft hinsichtlich des Erreichungsgrades des Prozessergebnisses hat. Eine Überprüfung, ob z. B. eine Influenza-Schutzimpfungskampagne Erfolg hat, kann bspw. anhand der Anzahl der durchgeführten Impfungen erfolgen.

„**U** – understandable (verstehbar)“ bedeutet, dass der Indikator von den Anwendern grundsätzlich verstanden wird, was in dem gewählten Beispiel einer Influenza-Schutzimpfungskampagne mit der Anzahl an durchgeführten Impfungen zweifellos gegeben ist.

„**M** – measurable (messbar)“ fordert, dass der Indikator in Form von Zahlen gemessen werden kann. Dabei entspricht „keine“ der „0“ und alle der „100%“. Bei dem gewählten Beispiel handelt es sich um eine einfache natürliche Zahl, erreicht durch z. B. eine einfache Strichliste.

„**B** – behaviourable (beeinflussbar)“ steht dafür, dass Veränderungen des Indikators durch das Handeln der Praxis beeinflussbar sind. Bei dem

### Qualitätsmanagement-Richtlinie

#### § 4 Methoden und Instrumente

- **Messen und Bewerten von Qualitätszielen**

Wesentliche Zielvorgaben zur Verbesserung der Patientenversorgung oder der Einrichtungsorganisation werden definiert, deren Erreichungsgrad erfasst, regelmäßig ausgewertet und gegebenenfalls Konsequenzen abgeleitet.

gewählten Beispiel kann z. B. durch Aushänge, Auslage von Informationsmaterialien oder direkte Ansprache von Patienten der Risikogruppen die Anzahl an Impfungen beeinflusst werden.

Mit „**A** – achievable (erreichbar)“ wird erreicht, dass der Indikator einen Zustand beschreiben soll, der durch Maßnahmen der Praxis grundsätzlich erreichbar ist. Bei dem gewählten Beispiel ist die einzelne durchgeführte Impfung offensichtlich erreichbar.

Ein Indikator beschreibt somit eine Messgröße, die für den zu betrachtenden Prozess relevant ist, von den Prozessbeteiligten verstanden wird, mit Zahlen messbar ist, durch das Handeln der Prozessbeteiligten beeinflussbar ist und einen erreichbaren Zustand beschreibt.

Nach der Auswahl eines für den Prozess geeigneten Indikators ist – im Sinne des zielorientierten PDCA-Zyklus – der nächste Schritt die Zielbeschreibung. Bei einem Ziel handelt es sich um einen in der Zukunft liegenden Ausprägungsgrad des Indikators.

Dabei sollten die konkret formulierten Ziele zu der Praxispolitik und den in der Praxispolitik formulierten Praxisvisionen passen. Bei den in der Praxispolitik formulierten Visionen handelt es sich zwar auch um eine Beschreibung eines zukünftigen Zustandes, ohne diesen eindeutig, messbar und terminiert zu beschreiben. Es handelt sich dabei um grundsätzliche „Richtungsangaben“, die sowohl den Praxismitarbeitenden als auch den Patienten eine grundsätzliche Information über die erwünschte Entwicklung der Praxis geben.

Eine Zielbeschreibung sollte den sogenannten „SMART-Kriterien“ folgen. Das Akronym „SMART“ setzt sich aus den jeweiligen Anfangsbuchstaben der fünf Zielkriterien zusammen.

<b>S</b>	–	spezifisch
<b>M</b>	–	messbar
<b>A</b>	–	akzeptiert
<b>R</b>	–	realistisch
<b>T</b>	–	terminiert

Mit „**S** = spezifisch“ ist gemeint, dass das Ziel einen erwünschten, in der Zukunft liegenden Zustand der eigenen Praxis beschreibt, der von der Praxis selber beeinflussbar ist. Dabei soll das Ziel für eine spätere Überprüfbarkeit eindeutig und genau beschrieben werden. Ein einrichtungsinternes QM soll sich bei den Zielbeschreibungen auf den Einflussbereich der jeweiligen Praxis beziehen.

Bei dem gewählten Beispiel einer Influenza-Schutzimpfungskampagne

handelt es sich um ein Ziel, welches im Einflussbereich des Praxishandelns liegt.

Mit „**M** = messbar“ ist gemeint, dass das Ziel mit einer Zahl beschrieben wird. Wenn in einer Zielbeschreibung z. B. „keine“ gefordert wird, dann ist „0“ gemeint und wenn in einer Zielbeschreibung z. B. „alle“ gefordert wird, dann ist das in Zahlen übersetzt „100%“. Aussagen wie „mehr“, „weniger“, „besser“, „gesteigert“ verhindern eine eindeutige Feststellung, ob ein Ziel erreicht oder nicht erreicht wurde. Bei einer Zahl ist eindeutig und für jeden leicht erkennbar eine Zielerreichung oder Nichterreichung festzustellen.

Bei dem gewählten Beispiel einer Influenza-Schutzimpfungskampagne ist die Messgröße „Anzahl der durchgeführten Impfungen“ eine natürliche Zahl.

Mit „**A** = akzeptiert“ ist gemeint, dass das Ziel grundsätzlich von den an der Zielerreichung Mitwirkenden akzeptiert oder zumindest angenommen wird. Weitere alternative Interpretationen des „A“ in „SMART“ sind auch ambitioniert, attraktiv oder auch angemessen.

Mit „**R** = realistisch“ ist gemeint, dass das Ziel keine unerreichbaren Wünsche beschreibt, sondern dass die Zielerreichung durchaus von den Prozessbeteiligten als möglich, wenn auch ggf. als ambitioniert angesehen werden.

Mit „**T** = terminiert“ ist gemeint, dass das Ziel zu einem definierten Zeitpunkt erreicht sein soll. Dabei können grundsätzlich zwei verschiedene Terminierungsarten angewendet werden. Zum einen kann es sich dabei um sogenannte Endpunktermine handeln. Darunter werden Terminangaben verstanden, die einen Termin in der Zukunft als Endpunkt beschreiben, bis zu dem das Ziel erreicht sein soll. Dazu zählen z. B. Ziele wie die erfolgreiche Absolvierung eines Notfalltrainings für alle in der Praxis Mitwirkenden oder die Fertigstellung eines praxisspezifischen Hygieneplanes. Zum anderen kann es sich um sogenannte Zeitraumtermine handeln. Darunter werden Terminangaben verstanden, die einen Zeitraum beschreiben, in dem das Ziel erreicht werden soll. Dazu zählen z. B. durchgeführte Untersuchungen oder Therapieverfahren bspw. in einem Quartal oder einem Jahr.

Im Sinne des **PDCA-Zyklus** folgt nach der Zielbeschreibung die Planfestlegung. Im Plan (**P**) soll beschrieben werden, wer z. B. was, wann, wie, womit und mit wem machen soll, um das erwünschte Ziel inhaltlich, umfänglich und zeitgerecht zu erreichen.

Nach der anschließenden Aktionsphase (**D**) erfolgt im Sinne des Checks

(C) zum festgelegten Zieltermin eine Überprüfung der Zielerreichung.

Aufgrund der eindeutig festgelegten Ziel-Zahl ist die Feststellung hinsichtlich der Zielerreichung eindeutig erkennbar. Basierend auf zum einen dem Umfang der Zielerreichung und zum anderen aufgrund der Erfahrungen bei den Aktivitäten (z. B. „Was lief gut; was lief schlecht?“) kann eine entsprechende analytische Reflexion durchgeführt werden (A). Die Analyseergebnisse können dann für die weitere Praxisarbeit genutzt werden, z. B. durch Festlegung neuer Ziele und/oder Lernen aus den Erfahrungen für zukünftige Ziele und Aktivitäten. Durch das Lernen aus den Erfahrungen werden die praxisrelevanten Abläufe kontinuierlich weiter verbessert, was dem PDCA-Zyklus innehabenden KVP entspricht.

Somit ist der zielorientierte PDCA-Zyklus mit gleichzeitig erfolgter kontinuierlicher Verbesserung geschlossen.

Der G-BA fordert in diesem Zusammenhang eine nachvollziehbare Dokumentation. Nur ein konsequenter „Vorher-Nachher-Vergleich“ anhand dokumentierter Fakten kann einen „Selbstbetrug“ verhindern.

Entsprechend des zielorientierten PDCA-Zyklus gehören dazu:

1. („schriftliche“) Zielbeschreibung des gewählten Indikators mit Hilfe der SMART-Kriterien
2. („schriftliche“) Festlegung, wer z. B. was wann wie womit und mit wem machen soll
3. („schriftliche“) Feststellung der Ausprägung des Indikators (Zahl)
4. („schriftliche“) Feststellung, ob das beschriebene Ziel erreicht oder nicht erreicht wurde (erreicht, unterschritten oder überschritten)
5. („schriftliche“) Feststellung der Reflexionsergebnisse über den abgelaufenen Prozess („Was lief gut?“ – „Was lief schlecht?“)
6. („schriftliche“) Feststellung, wie es weiter gehen soll (z. B. Fortsetzen des Prozesses mit neuer Zielbeschreibung, ggf. Veränderung im Prozessablauf)

Bei dem gewählten Beispiel einer Influenza-Schutzimpfungskampagne könnte dies wie folgt aussehen:

1. Ziel:
  - a. In dem Zeitraum Oktober 20xx bis Dezember 20xx sollen mindestens 100 Influenza-Schutzimpfungen durchgeführt werden. (Anmerkung: im Vorjahreszeitraum wurden insgesamt „nur“ 38 Influenza-Schutzimpfungen durchgeführt;

- eine Steigerung der Anzahl an Schutzimpfungen passt zur in der Praxispolitik beschriebenen Orientierung zu „mehr Prävention“)
2. (P) Plan:
    - a. MFA Sarah erstellt einen Informationsaushang zum Thema Influenza-Schutzimpfung bis Ende August 20xx
    - b. MFA Julia entwirft einen Influenza-Schutzimpfungsaufklärungsbogen (auch geeignet zur Patientenmitgabe und zur schriftlichen Dokumentation der Impfaufklärung für die Patientenakte) bis Ende August 20xx
    - c. MFA Anna informiert im Zeitraum Oktober 20xx bis Dezember 20xx jeden Montagmorgen alle Praxismitarbeitende über den aktuellen Stand der geimpften Patienten
  3. „Ergebnis“ (Ende Dezember 20xx): 132 durchgeführte Impfungen
  4. (C-Check) Zielerreichungsgrad: Ziel wurde übertroffen
  5. (A-Act) Reflexion:
    - a. Was lief gut?
      - Das „Übertreffen“ des Zieles mit mehr als 130 durchgeführten Impfungen wird als positiv bewertet, weil aufgrund der Praxisvision (einer mehr präventiv ausgerichteten Praxisarbeit) grundsätzlich eine Steigerung von präventiven Leistungen erwünscht ist.
      - Das Informationsplakat wurde von den Patienten als eine „gute“ Praxisinformation positiv wahrgenommen – Information wurde als ansprechend, kurz und prägnant wahrgenommen.
      - Die „montäglichen Wasserstandsmeldungen“ wurden immer prompt geliefert.
      - Das Nachbestellen des Impfstoffes aus der Apotheke lief problemlos.
    - b. Was lief schlecht?
      - Einige Formulierungen auf dem Aufklärungsbogen wurden von den Patienten missverstanden.
      - Nicht alle MFA kannten die angesprochenen Aufklärungsinhalte.
  6. (A-Act) weitere Vorgehensweise:
    - a. Auch im nächsten Jahr soll eine Influenza-Schutzimpfungs-kampagne durchgeführt werden.
    - b. Bei der nächsten Kampagne sollen das Plakat und die „montäglichen Wasserstandsmeldungen“ wieder genutzt werden.
    - c. Bei der nächsten Kampagne ist ein überarbeiteter Aufklärungsbogen zu verwenden. Die Inhalte sind dabei vor dem Start der Kampagne mit allen MFA zu besprechen und ggf. zu erläutern.

Der Begriff („schriftliche“) wurde in Klammern und in Anführungszeichen gesetzt, was durchaus auch andere Dokumentationsmöglichkeiten zulässt. Wesentlich ist dabei, dass insbesondere bei der Zielbeschreibung nachträgliche Veränderungen nicht vorgenommen werden.

Im Sinne des zielorientierten PDCA-Zyklus bedeutet eine Nichterreichung eines Zieles nicht grundsätzlich ein Scheitern oder gar eine Katastrophe. Es sollte zunächst der gesamte Prozess, wie beschrieben, kritisch reflektiert werden, um zu lernen und um sich kontinuierlich weiter zu verbessern.

**„KPQM liefert einfache Werkzeuge zur Kontrolle.“**

