

Autor:

Dr. phil. Jörg Hallensleben

Qualitätssicherung und -management im Gesundheitswesen



Das diesem Bericht zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 16OH21034 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt beim Autor.

Kurzvita des Autors

Dr. Jörg Hallensleben (geb. 1959, geb. Meyer)

wurde durch seinen im Krankenhaus abgeleisteten Zivildienst dazu motiviert, eine Ausbildung zum Krankenpfleger zu machen. Im Anschluss daran arbeitete er fünf Jahre in der ambulanten Pflege. Parallel dazu absolvierte er in Marburg ein Politikstudium, das er zunächst mit einem Diplom abschloss. Es schlossen sich zehn Jahre primär wissenschaftlicher Tätigkeit an. Jörg Hallensleben promovierte in Marburg zum Thema „Einführung der Pflegeversicherung“ und betrieb danach im Auftrag des Bundes Begleit- und Aktionsforschung zur Verbesserung der Pflege in Münster. Anschließend bekleidete er eine Vertretungsprofessur für Theorie und Praxis der Pflege an der Fachhochschule Jena sowie eine weitere für das Fach Pflegemanagement an der Hamburger Fernhochschule (HFH). Seit 2002 ist Jörg Hallensleben in erster Linie als freiberuflicher Unternehmensberater für Einrichtungen im Gesundheitswesen tätig. Sein Beratungsschwerpunkt liegt auf dem Qualitätsmanagement. Nebenberuflich lehrt und unterrichtet er, nicht zuletzt an der Jade Hochschule.



Jörg Hallensleben hat sich auch nach seiner Promotion ständig fortgebildet. Unter anderem hat er das Fernstudium Management von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen (Master of Arts) an der Universität Kaiserslautern sowie eine Ausbildung zum QM-Manager bei der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ) und als TQM-Auditor im Gesundheits- und Sozialwesen bei der Steinbeis-Akademie erfolgreich abgeschlossen.

Inhalt

Einleitung	1
Kapitel 1 Einführung in das Qualitätsmanagement	4
Lernziele	4
1.1 Annäherung an einen angemessenen Qualitätsbegriff	4
1.2 Besonderheiten der Heilmittelerbringung	5
1.2.1 Qualitätsbegriff nach A. Donabedian.....	7
1.2.2 Kritik und Modifikationen am Donabedian-Modell.....	10
1.3 Von einfacher Qualitätssicherung zu TQM	11
1.4 Kundenorientierung	13
1.4.1 Zum Kundenbegriff	14
1.4.2 Stakeholder, Kunden- und Stakeholdernutzen	15
1.5 Kunden- und Stakeholderanforderungen analysieren	16
1.6 Qualitätsmanagement	20
1.7 Qualitätsmanagement und Wirtschaftlichkeit	21
1.7.1 Ökonomischer Nutzen des Qualitätsmanagements	21
1.7.2 Zur Relevanz finanzieller Ergebnisse.....	23
Zusammenfassung	23
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	24
Literatur	24
Kapitel 2 Externe Qualitätsanforderungen	27
Lernziele	27
2.1 Gesetzliche Anforderungen	27
2.1.1 Hintergrund.....	27
2.1.2 Qualitätsanforderungen laut SGB V	29
2.1.3 Sonstige Gesetze	31
2.2 Fachliche Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinien	32
2.2.1 Begriffsklärung: Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen	33
2.2.2 AWMF-Leitlinien	34
2.2.3 Öffentliche Institutionen	35
2.3 Freiwillige externe QS: Zertifizierungen, Siegel, Testate	37
2.3.1 ISO 9001	38
2.3.2 EFQM-Modell	40
2.3.3 Branchenspezifische QM-Systeme und -Zertifikate	44
2.3.4 Anforderungen für eine Zertifizierung (Bsp. PhysioQM)	46
2.3.5 Vom Nutzen einer Zertifizierung	47
Zusammenfassung	48
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	48
Literatur	48

Kapitel 3 Prozessmanagement	54
Lernziele.....	54
3.1 Begriffe	55
3.1.1 Prozess und Geschäftsprozess.....	55
3.1.2 Leistungsprozesse, Unterstützungsprozesse, Managementprozesse.....	59
3.1.3 Prozessmanagement.....	60
3.2 Prozessorientierte Organisation von Unternehmen	60
3.2.1 Klassische Aufbauorganisation: Organigramm	60
3.2.2 Ansatzpunkte zur Entschärfung der Schnittstellenproblematik	62
3.2.3 Prozesskoordinierende Organisation	63
3.2.4 Reine Prozessorganisation	65
3.2.5 Matrixorganisation	66
3.3 Klarheit durch Prozessbeschreibungen („QM-Handbuch“).....	68
3.3.1 Vom Nutzen der Prozessbeschreibungen.....	68
3.3.2 Elemente eines QM-Handbuchs und formaler Aufbau.....	69
3.3.3 Exkurs: Interne Therapieleitlinien	71
3.3.4 Lenkung des QM-Handbuchs.....	73
3.3.5 Inhaltlicher Aufbau des QM-Handbuchs.....	76
3.3.6 Aufbau einer Verfahrensweisung	77
3.4 Verbesserung von Geschäftsprozessen: Vorgehen.....	79
Zusammenfassung.....	81
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	82
Literatur	82
Kapitel 4 Interne Audits	84
Lernziele.....	84
4.1 Grundlagen	84
4.2 Auditarten.....	85
4.2.1 Fall-Audits.....	86
4.2.2 Personal-Audit	87
4.2.3 Prozess-Audit	90
4.2.4 System-Audit	92
4.3 Auditprinzipien, Anforderungen an Auditoren	93
4.4 Planung des Auditprogramms	94
4.4.1 Allgemeine Aspekte.....	94
4.4.2 Zur Frequenz und Dauer von Audits	95
4.4.3 Zum Detaillierungsgrad der Auditformulare	95
4.4.4 Zur Kombination verschiedener Audits	96
4.4.5 Verantwortung für das Auditprogramm	97
4.5 Grundsätzlicher Ablauf eines einzelnen Audits	97
4.5.1 Vorbereitung	97
4.5.2 Durchführung eines Prozess-Audits.....	99
4.5.3 Nachbereitung	101
4.6 Nutzung von Fall- und Personal-Audits für die Organisationsentwicklung	102

Zusammenfassung	102
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	102
Literatur	103
Kapitel 5 Unternehmenskultur	104
Lernziele	104
5.1 Unternehmenskultur verändern	107
5.1.1 Auftauphase	108
5.1.2 Veränderungsphase	111
5.1.3 Stabilisierungsphase	112
5.1.4 Exkurs: Vom Umgang mit „Gegnern“, Verhandlungstechnik	112
5.2 Unternehmensleitbild	115
5.2.1 Elemente eines Unternehmensleitbildes	115
5.2.2 Form und Inhalt	116
5.2.3 Entwicklung eines Leitbildes	118
5.2.4 Das Leitbild „leben“	119
Zusammenfassung	120
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	120
Literatur	121
Anhang	I
A Lösungshilfen	I
B Glossar	VI
C Weiterführende Links	XII
D Abkürzungsverzeichnis	XIII
Impressum	XIV

Hinweis: die im Text blau hinterlegten Stichworte sind im Glossar (Anhang B, ab Seite VI) erklärt.

Einleitung

Wie alle anderen im Wettbewerb stehenden Unternehmen und Organisationen müssen auch die Anbieter therapeutischer Dienstleistungen für **Qualität** sorgen. Therapeutische Praxen oder Krankenhäuser sind auf das **Vertrauen** ihrer direkten **Kunden** angewiesen. Darüber hinaus müssen sie ihre grundsätzliche Qualitätsfähigkeit gegenüber den Krankenkassen und anderen interessierten Akteuren demonstrieren.

Alle Leistungserbringer, die mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen, sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität gesetzlich verpflichtet (§ 135a Abs. 1 SGB V). Das gilt auch für Physiotherapeut_innen, Ergotherapeut_innen und Logopäd_innen, die im SGB V als „Heilmittelerbringer“ bezeichnet werden.

Gesichert und weiterentwickelt wird Qualität durch Qualitätsmanagement. Die Grundzüge des Qualitätsmanagements (abgekürzt: QM) sind zwar über alle Sektoren und Branchen hinweg ähnlich, gleich ob Industrie, Handel oder persönliche Dienstleistungen. Jede Branche weist aber natürlich bestimmte Besonderheiten auf, die Konsequenzen für das Qualitätsmanagement haben – bzw. haben sollten. Auch innerhalb einer Branche existieren von Betrieb zu Betrieb noch große, z. T. sehr große Unterschiede, die bei der Konzeption eines **QM-Systems** berücksichtigt werden müssen. Man denke nur an den Faktor Unternehmensgröße. Selbstverständlich muss das QM-System eines Universitätsklinikums mit über tausend Beschäftigten deutlich anders organisiert werden als dasjenige einer inhabergeführten Einzelpraxis für Physiotherapie (mit sehr wenigen oder sogar gar keinen Mitarbeiter_innen).

Im vorliegenden Studienheft werden die theoretischen Ausführungen anhand eines (fiktiven) Fallbeispiels durchgespielt und veranschaulicht. Unser Musterbetrieb ist ein kleines Therapiezentrum, das sowohl Physio- als auch Ergotherapie und Logopädie anbietet:

Fallbeispiel „Therapiezentrum Vita Sana“

Petra, Ebru und Lotta sind Inhaberinnen eines kleinen Therapiezentrums in Bremen, das sie gemeinsam in der Rechtsform einer Partnergesellschaft führen.

- Petra ist Physiotherapeutin
- Ebru ist Ergotherapeutin
- Lotta ist Logopädin

Ein Treiber des Zusammenschlusses war die Möglichkeit, preiswerte, neu errichtete Praxisräume in einem citynahen Gewerbegebiet zu beziehen.

Jede der drei Partnerinnen leitet eine Abteilung entsprechend ihrer Qualifikation. In der jetzigen Form existiert das Therapiezentrum zwar erst seit zwei Monaten. Petra,

Ebru und Lotta sind aber schon lange „im Geschäft“. Jede von ihnen hat bereits vor dem disziplinübergreifenden Zusammenschluss eine eigene Praxis betrieben.

Derzeit beschäftigt das Therapiezentrum 11 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit folgenden Qualifikationen (die drei Inhaberinnen sind dabei nicht mitgerechnet)

- 3 Physiotherapeut_innen
- 1 Masseur
- 4 Ergotherapeut_innen (je zwei mit geriatrischem Schwerpunkt und pädiatrischen Schwerpunkt)
- 1 Logopäde
- 2 Verwaltungskräfte

Das Qualitätsmanagement des neuen Therapiezentrums ist insofern nicht bei „Null“ gestartet, als jede der früheren Einzelpraxen natürlich auch bisher schon in irgendwie sinnvoller Weise organisiert gewesen sein wird. Die Zuständigkeiten in jeder Praxis waren im Großen und Ganzen geklärt und selbstverständlich verfügte jede Praxis über Regelungen zu bestimmten Abläufen. Selbst Lotta hatte in ihrer kleinen Praxis für Logopädie (in der außer ihr nur ein Angestellter tätig gewesen ist) einige Regeln schriftlich fixiert; außerdem gab es natürlich einige Formulare und Checklisten.

Durch die Umwandlung der bisherigen Einzelpraxen zu Abteilungen eines größeren Unternehmens ist aber ein erheblicher Neuregelungsbedarf entstanden. Bei einigen Prozessen könnte es vielleicht damit getan sein, die vorhandenen **Dokumente** einer Einzelpraxis an das neue Corporate Design des Therapiezentrums anzupassen. Andere Prozesse werden aber sicherlich mehr oder weniger komplett neu entwickelt und beschrieben werden müssen.

Darüber hinaus wäre zu überlegen, inwieweit bisher verzichtbare, ungeschriebene Regeln des Miteinanders expliziert werden sollten.

Zum **Aufbau** des vorliegenden Studienheftes: In **Kapitel 1** werden die Grundlagen des Qualitätsmanagements rekapituliert und auf die Besonderheiten therapeutischer Berufe bezogen.

Kapitel 2 beschäftigt sich mit den Gesetzen und sonstigen Normen und **Leitlinien**, die im Rahmen des Qualitätsmanagements beachtet werden müssen. Außerdem werden die Möglichkeiten zur freiwilligen externen **Qualitätssicherung** vorgestellt und diskutiert.

Das Thema von **Kapitel 3** ist das Herzstück des Qualitätsmanagements: Die Verbesserung von Unternehmensprozessen. Weil es so ein wichtiges Thema ist, werden zunächst das Verständnis von **Prozessen**, der **Prozessorganisation** und der Prozessdarstellung ausgebreitet. Im weiteren Verlauf geht es dann praxisnah um den Aufbau eines **QM-Handbuchs** und dessen Steuerung. Das Thema Prozessmanagement wird am Beispiel des Beschwerdemanagementprozesses veranschaulicht.

In **Kapitel 4** geht es dann um **interne Audits**. Vorgestellt werden die Auditprinzipien sowie verschiedene Auditarten und -methoden. Es werden konkrete Empfehlungen zur Erstellung von Auditprogrammen und zur Durchführung einzelner Audits gegeben.

Im abschließenden **Kapitel 5** wird der Frage nachgegangen, wie umfassende Veränderungen in einem Unternehmen umgesetzt werden können. Größere Änderungen an wichtigen Geschäftsprozessen sind auch deshalb kompliziert, weil sie Korrekturen der existierenden **Unternehmenskultur** mit sich bringen. Ein schwieriges, aber interessantes Unterfangen.

Kapitel 1 Einführung in das Qualitätsmanagement

Im vorliegenden Kapitel werden die Grundlagen des Qualitätsmanagements rekapituliert und auf die Besonderheiten therapeutischer Berufe bezogen.

Lernziele

Nach dem Durcharbeiten dieses Kapitels können Sie:

- erläutern, wie der Begriff „Qualität“ unter Berücksichtigung der Branchenbesonderheiten in therapeutischen Berufen zweckmäßigerweise definiert werden sollte;
- den für das Total Quality Management zentralen Begriff der Kundenorientierung darstellen und analysieren – und zwar wiederum bezogen auf Settings, in denen Logopäd_innen sowie Physio- und Ergotherapeut_innen tätig sind;
- Prinzipien des Qualitätsmanagements darstellen;
- Ihre Meinung zum Verhältnis von Qualitätsmanagement und Wirtschaftlichkeit begründen.

1.1 Annäherung an einen angemessenen Qualitätsbegriff

Was ist überhaupt „Qualität“? Diese einfache Frage ist gerade mit Blick auf persönliche Dienstleistungen nicht immer leicht zu beantworten. In diesem Unterkapitel soll ein angemessener Qualitätsbegriff für Anbieter therapeutischer Dienstleistungen entwickelt werden

Subjektive und objektive Qualität

Man kann versuchen, Qualität an objektiven, d. h. messbaren, Kriterien festzumachen. Diesen Weg geht die International Standard Organisation (ISO). Nach ihrer Definition ist

Qualität: der „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale eines Objekts Anforderungen erfüllt.“ (ISO 9001, 2015).

„Inhärent“ bedeutet einem Objekt als ständiges Merkmal innewohnend. Gemeint sind damit *objektiv messbare* Merkmale, wie z. B. Länge, Breite oder Gewicht. Nicht inhärent sind subjektive Beschreibungen, wie z. B. „schön“ oder auch zugeordnete Merkmale, wie der Preis.

Gerade im Dienstleistungsbereich wird Qualität allerdings aus der Kundenperspektive bestimmt. Als maßgeblich gelten in letzter die Bedürfnisse und Wünsche der Kunden – präziser: deren Wahrnehmungen und Erwartungen an das Leistungsniveau (vgl. Bruhn 2001, S. 31 ff.).

Kundenurteile (von „exzellent“ bis „miserabel“) basieren zum einen auf der *tatsächlichen* (objektiven) Beschaffenheit eines **Produktes** oder einer Dienstleis-

tung. Zum anderen aber eben auch auf subjektiven Wahrnehmungen und Wertbeimessungen. Eine Jeans mit Löchern könnte genau die Erwartungen einer 14-Jährigen treffen, während ihre old-fashioned eingestellte Großmutter so eine Jeans schlicht für „kaputt“ hielte und ihrer Enkelin niemals kaufen würde.

Qualitätsaussagen sind Werturteile.

Wird Qualität aus der Kundenperspektive betrachtet, reicht eine objektive Beschreibung der Eigenschaften bzw. Merkmale eines Produkts oder einer Dienstleistung nicht mehr aus. Von Interesse sind dann stets auch die subjektiven Gründe der Kunden für deren (Kauf-)Entscheidungen. Von einer qualitätsvollen therapeutischen Dienstleistung wird man sicherlich nur sprechen können, wenn auch subjektive Bedürfnisse, Wünsche und Wahrnehmungen des behandelten Kunden berücksichtigt werden.

Fallbeispiel zur Berücksichtigung subjektiver Bedürfnisse

Die Physiotherapeutin Petra behandelt sowohl Frau Meyer als auch Herrn Müller mit Fango-Packungen. Technisch gesehen ist die Vorgehensweise in beiden Fällen gleich. Anders als Herr Müller wirkt Frau Meyer aber einsam; sie sagt z. B., sie hätte sich schon seit Tagen auf den Besuch in der Praxis gefreut, da sie hier die nette Petra treffe.

Während Herr Müller selten zu Gesprächen aufgelegt ist, wäre Frau Meyer vermutlich sehr enttäuscht, wenn Petra ihr nicht auch als Gesprächspartnerin zur Verfügung stände. Alleine die lehrbuchmäßige, technisch korrekte Durchführung der Fango-Packung, ja selbst die Besserung ihrer Beschwerden, dürfte Frau Meyer kaum zur zufriedenen Kundin machen – während Herr Müller damit (vermutlich) vollkommen zufrieden gestellt wäre.

Aufgrund der besagten subjektiven Beimengungen, wird Qualität heute nicht mehr als absolute Größe definiert, sondern eben als relative Größe begriffen (vgl. Zollondz 2011, S. 163 ff.). Für die Gesundheitswirtschaft hat die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V. Qualität deshalb ohne den Rückgriff auf „inhärente Merkmale“ wie folgt definiert:

Qualität: „der Grad, in dem Anforderungen tatsächlich erfüllt werden (= **Konformität**)“ (Sens et al. 2007, S. 5).

Mit anderen Worten: Qualität ist die Übereinstimmung von Erwartung (Soll) und tatsächlicher Leistung (Ist).

Anforderungen können von der Organisation selbst festgelegt sein, oft ergeben sie sich aber auch aus gesetzlichen oder anderen Vorgaben, die von der Organisation verpflichtend einzuhalten sind. Last but not least können Anforderungen aber auch einfach üblicherweise vorausgesetzte Eigenschaften sein.

1.2 Besonderheiten der Heilmittelerbringung

An therapeutische Dienstleistungen werden teilweise deutlich andere Qualitätsforderungen herangetragen als an Sachgüter. Generell unterscheidet sich die

„Produktion“ personenbezogener, sozialer Dienstleistungen von der Produktion von Sachgütern in vielfältiger Weise:

- Therapeutische Dienstleistungen sind im Wesentlichen **immateriell** (vgl. Hucke, Gans 2009, S. 9). „Produktion“ und Absatz erfolgen räumlich und zeitlich quasi synchron – „*uno-actu*“ (vgl. Gross, Badura 1977). Sie können daher weder auf Vorrat produziert noch gelagert werden. Eine Kundin, die mit einer erhaltenen Massage unzufrieden ist, kann nach der Massage das „Produkt“ nicht einfach zurückgeben.
- Therapeutische Dienstleistungen im engeren Sinne können nicht ohne die Patient_innen durchgeführt werden, sondern sie werden Face-to-Face (oder sogar noch direkter: von Leib zu Leib) interaktiv und in wechselseitiger Abhängigkeit mit ihnen erbracht. Das Erreichen der therapeutischen Behandlungsziele liegt deshalb nicht alleine in der Macht und in den Händen des Dienstleisters, sondern hängt auch von den Patient_innen selbst ab, d. h. von ihrer gesundheitlicher Konstitution, ihren Kompetenzen und ihrem Verhalten.
- Für die meisten therapeutischen Maßnahmen existieren zwar wissenschaftlich abgesicherte methodisch-technische Standards und/oder zumindest bewährte Routinen. Das universelle „Lehrbuchwissen“ muss aber immer auf den Einzelfall und die dort gezeigten konkreten Phänomene und Besonderheiten bezogen werden (vgl. Weidner 1995). Anders als in den Naturwissenschaften gilt nicht unbedingt: „wenn A, dann B“. Das therapeutische Handeln ist **nicht voll standardisierungsfähig**. Theoretisches Fachwissen und sonstige Vorgaben werden zwar auch in Therapieberufen selten komplett kollidieren mit den spezifischen Bedingungen des Einzelfalls, eins zu eins umsetzen lassen sie sich jedenfalls nicht.
- Therapeutische Arbeit ist immer auch **Beziehungsarbeit**. Qualitätsvolle therapeutische Arbeit verlangt daher immer auch Kompetenzen zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung; nicht zuletzt müssen sich die Therapeut_innen auf Arbeitsbeziehungen zu ihren Patient_innen einlassen *wollen* (vgl. Görres 1999, S. 145).
- Neben universalem Fachwissen ist **berufliches Erfahrungswissen** nötig, d. h. die Summe der Begründungs- und Handlungskompetenzen der Therapeut_innen, die diese durch eigene Qualifikation, Sozialisation, Erfahrung und Eigenreflexion erlangt haben (vgl. Weidner 1995). Dazu gehört im Übrigen auch ein **ethisches Fundament**.
- Prozess und Ergebnis sind bei therapeutischen Dienstleistungen nicht immer klar trennbar. Bei Sachgütern interessiert die Kunden i. d. R. nicht, *wie* diese produziert wurden; es zählt alleine das Ergebnis, d. h. das gebrauchsfertige Produkt.¹ Bei therapeutischen Maßnahmen kommt es dagegen immer auch auf das „**Wie**“ der Durchführung an.
- Das Handeln von Therapeut_innen ist durch Dritte (Vorgesetzte, externe Kontrolleure) nur **schwer überprüfbar**. Der Behandlungsprozess selbst ist quasi eine „Black Box“, da Therapien im Regelfall in einem gesonderten Behandlungsraum von jeweils genau einer Person erbracht werden. Im Nachhinein mess- und beobachtbar ist zwar grundsätzlich das Errei-

¹ Ausnahmen von dieser Regel stellen ethisch motivierte Konsumentenentscheidungen dar, beispielsweise der Verzicht auf Fleisch aus Massentierhaltung

chen (oder Verfehlen) der Therapieziele. Wegen der oben bereits erwähnten Abhängigkeit der Zielerreichung von den Patient_innen würde aber selbst ein komplettes Verfehlen der aufgestellten Ziele keineswegs beweisen, dass die Therapie fehlerhaft war.

Aus dem Gesagten ergeben sich u. a. folgende Konsequenzen:

- Wenn sich der Erfolg einer Therapie nicht eindeutig prognostizieren lässt, kann und sollte das Erreichen der (vereinbarten) Therapieziele den Kunden auch nicht garantiert werden.
- Wenn bei persönlichen Dienstleistungen die Kundenzufriedenheit in hohem Maße von der Gestaltung der Beziehung abhängt, sollten die internen QM-Regelungen dies berücksichtigen. Wenn Patient_innen erwarten, dass sich ihre Therapeut_innen für sie „Zeit nehmen“, kann die Erbringung therapeutischer Dienstleistungen nicht ohne Qualitätsverluste beschleunigt werden.
- Wenn das therapeutische Handeln (anders als ein industrieller Fertigungsprozess) nicht voll standardisierungsfähig ist, müssen QM-Vorgaben für das therapeutische Handeln eher Leit- als Richtlinien sein. Abweichungen von einer Vorgabe (bzw. von der Leitlinie) sind nicht automatisch als Fehler anzusehen. Im Gegenteil: Aufgrund individueller Besonderheiten vorgenommene, *begründete* Abweichungen von einer Vorgabe, können Ausweis einer besonderen, professionellen Kompetenz sein (vgl. Friesacher 2008, S. 175 f.).
- Wenn das Handeln der Therapeut_innen während der Behandlungseinheiten von Dritten ohnehin nur sehr eingeschränkt überprüfbar ist, macht es wenig Sinn, ein System engmaschiger Kontrolle von außen aufzusetzen; erfolgversprechender ist es, die intrinsische Motivation der Therapeut_innen zu stärken.
- Wenn therapeutische Qualität neben der Motivation vor allem auf der professionellen Kompetenz beruht, muss QM auch und gerade hier ansetzen (Stichworte dazu: Fort- und Weiterbildungsmanagement, Fallbesprechungen/Fallsupervision).

1.2.1 Qualitätsbegriff nach A. Donabedian

Zur Beschreibung der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen wird bis heute das **Modell** des US-amerikanischen Mediziners und Public Health-Experten Avedis Donabedian verwendet, der QM-Ansätze aus der Industrie auf die Medizin übertragen und modifiziert hat (vgl. Zollondz 2011, S. 170). In diesem Modell (siehe Abb. 1) setzt sich Qualität aus den folgenden drei Komponenten zusammen: (1) **Strukturqualität**, (2) **Prozessqualität** und (3) **Ergebnisqualität** (vgl. Donabedian, 1966).

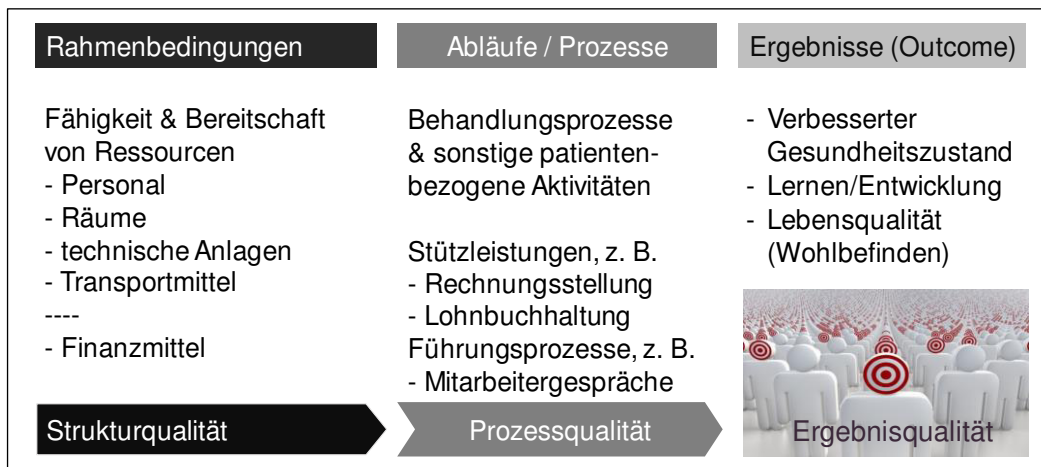


Abb. 1: QM-Modell nach Donabedian (eigene Darstellung)

Strukturqualität umfasst vor allem die räumlichen und sachlichen Ressourcen (Infrastruktur und Material) sowie das Personal (Menge und Qualifikation).

Laut § 10 *Gemeinsame Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V*² beinhaltet die Strukturqualität darüber hinaus „die organisatorischen Voraussetzungen für das Therapiegeschehen“. Diese Sichtweise ist allerdings ungewöhnlich, da organisatorische Regelungen in der branchenübergreifenden Qualitätsliteratur üblicherweise zur Prozessqualität gerechnet werden. Unstrittig dürfte hingegen folgende Begriffseingrenzung sein: „Strukturqualität beschreibt die Möglichkeit des Therapeuten, aufgrund seiner individuellen Qualifikation, im Rahmen seines Arbeitsfeldes und unter Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur qualitativ hochwertige Therapieleistungen zu erbringen.“ (§ 10 *Gemeinsame Rahmenempfehlungen* gem. § 125 Abs. 1 SGB V).

Prozessqualität meint die Qualität der Abläufe in der Praxis.

Laut § 14 *Gemeinsame Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V* beschreibt die Prozessqualität „die Güte der ablaufenden Therapieprozesse“. Gemeint sind damit insbesondere folgende Punkte:

- „Kooperation zwischen Heilmittelerbringer und verordnendem Vertragsarzt
- Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten
- Anwendung des verordneten Heilmittels
- Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (...)
- Dokumentation des Behandlungsverlaufs.“ (ebd.)

Die Güte der ablaufenden Therapieprozesse auf der Einzelfallebene (also die Qualität der Behandlung von Frau Müller, Herrn Meyer etc.) hängt natürlich von

² Mehr zum Thema *Rahmenempfehlungen* unter Kapitel 2.1.2.

der überzeugenden Klärung fallübergreifender Fragen ab, etwa: „Wie sollte die Therapie XY standardmäßig ablaufen?“

In der Gesundheitsberichtserstattung der Bundesregierung heißt es deshalb zur Prozessqualität: „Eine hohe Prozessqualität setzt voraus, dass diagnostische und therapeutische Maßnahmen den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft und den Erfahrungen der ärztlichen Berufspraxis entsprechen. Typische Instrumente zur Sicherung der Prozessqualität sind fachliche Leitlinien.“ (RKI; Statistisches Bundesamt 2006, S. 172).

Auch dieses Verständnis von Prozessqualität ist vielleicht noch nicht umfassend genug. In der branchenübergreifenden QM-Literatur zu Geschäftsprozessen wird die Prozessqualität nämlich deutlich weiter gefasst. Prozessqualität bezieht sich in der allgemeinen QM-Literatur nicht nur auf die Qualität der Kernprozesse³ eines Unternehmens, sondern sie bezieht sich auf *alle* Unternehmensprozesse – also auch auf die sogenannten Stützleistungen (Verwaltungsaufgaben, wie: Patientenverwaltung, Rechnungsstellung, Dienstplanung oder Lohnbuchhaltung) sowie auf die Führungsprozesse (z. B. Mitarbeitergespräche, Supervision oder auch strategisches Qualitätsmanagement).

Alle Unternehmensprozesse sollten natürlich (möglichst) **sicher beherrscht** werden. Diesem Lenkungszweck dienen Regelungen bzw. **Vorgabedokumente**, wie z. B. Verfahrensanweisungen oder Formulare, die üblicherweise im sog. „QM-Handbuch“ zusammengefasst werden (mehr dazu unter Kapitel 3.3).

Ergebnisqualität: ist der Zielerreichungsgrad der kundenbezogenen **Prozesse**, bezogen auf den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der einzelnen Dienstleistungsnutzer_innen, englisch als „Outcome“ bezeichnet. Gemessen wird das Outcome durch den Vergleich der angestrebten Ziele mit dem tatsächlich erreichten Zustand.

Die Rahmenempfehlungen fordern in diesem Zusammenhang: „Im Behandlungsverlauf ist das Ergebnis der Heilmittelbehandlung anhand der Therapieziele in Abgleich zu den verordneten und durchgeführten Heilmittelleistungen regelmäßig zu überprüfen. Zu vergleichen ist die Leitsymptomatik bei Beginn der Behandlungsserie mit dem tatsächlich erreichten Zustand am Ende der Behandlungsserie unter Berücksichtigung des Therapieziels gemäß der ärztlichen Verordnung sowie des Befindens und der Zufriedenheit des Versicherten.“ (§ 15 Gemeinsame Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V).

Donebedian hat angenommen, dass eine Verbesserung der Strukturqualität zu einer verbesserten Prozessqualität und diese wiederum regelmäßig zu einer insgesamt besseren Ergebnisqualität führt (siehe auch dazu oben Abb.1).

³ In therapeutischen Praxen ist die Erbringung der therapeutischen Leistungen der Kernprozess (wenn man hier differenzieren will, könnte man im Plural von „Kernprozessen“ sprechen).

1.2.2 Kritik und Modifikationen am Donabedian-Modell

Donabedians Annahme, dass eine Verbesserung der Strukturqualität zu einer verbesserten Prozessqualität und diese wiederum zu einer insgesamt besseren Ergebnisqualität führt, ist zwar plausibel, allerdings nicht im Sinne einer Gesetzmäßigkeit. In der Realität bedingt eine verbesserte Strukturqualität nicht zwangsläufig eine verbesserte Prozessqualität, und diese wiederum nicht zwangsläufig eine verbesserte Ergebnisqualität (vgl. Görres 1999, S. 91).

Fallbeispiel zur Kritik am Donabedian-Modell

Aufgrund ihrer evidenzbasierten, knapp 1.000-stündigen Zusatzausbildung in der Orthopädischen Manuellen Therapie (OMT) ist die Physiotherapeutin Paolina Patrese formal bestens für die Manuelle Therapie qualifiziert (also: Strukturqualität super). Paolina unterläuft bei der muskuloskeletalen Befunderhebungen einer Schmerz-Patientin trotzdem eine falsche Diagnose und damit ein Fehler (Stichwort: Patientensicherheit); und zwar aufgrund einer falschen Checkliste, die sie im Rahmen ihrer Ausbildung selbst erstellt hat. Die Patientin hat Schmerz in maximaler Kniehocke. Um zu prüfen, ob der Schmerz vom femorotibialen oder vom femoropatellaren Gelenk herkommt, prüft Paolina den Schub. Bei Schub an proximaler Tibia nach anterior hatte sich Paolina notiert „wenn Schmerz verändert (meist weniger) = femoropatellar“. (Richtig wäre aber „femorotibial“ gewesen). Als Folge dieser Fehldiagnose behandelt Paolina suboptimal (also: Prozessqualität mäßig); von daher ist es kein Wunder, dass sich der Zustand der Patientin am Ende des ärztlichen verordneten Behandlungszeitraums kaum gebessert hat (Ergebnisqualität: niedrig).

Auch die **Triade** aus Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist verschiedentlich als ergänzungsbedürftig angesehen worden.

- Im Coaching wurde die **Beziehungsqualität** zwischen Coach und Klient_in aus den bestehenden Qualitätsdimensionen herausgelöst und wegen ihrer Wichtigkeit einer eigenen vierten Dimension zugeordnet (vgl. Triebel et. al. 2016, S. VI).
- In der Pädagogik wurde als vierter Faktor die sogenannte **Konzeptqualität** eingeführt, also die Qualität des pädagogischen Konzepts einer Institution (vgl. Dadaczynski, Witteriede 2013). Im Konzept können und sollen dann auch **ethische Aspekte** besonders berücksichtigt werden.

Beide Erweiterungen des Donabedian-Modells erscheinen grundsätzlich plausibel und wären auch auf das Handlungsfeld der Physio- und Ergotherapie sowie der Logopädie übertragbar. Inwieweit es sinnvoll ist, das ursprüngliche Modell zu verkomplizieren, sei freilich dahingestellt.

An Donabedians Modell ließe sich des Weiteren kritisieren, dass Ergebnisqualität ausschließlich als Zielerreichungsgrad der patientenbezogenen Prozesse begriffen wird (vgl. Donabedian 1966, S. 692 f). Einrichtungen haben aber auch ökonomische Ziele – und sei es auch nur das Ziel, das eigene Überleben auf dem Gesundheitsmarkt mit einer „schwarzen Null“ zu sichern. Aus einer betriebswirtschaftlichen Perspektive wären die nutzerbezogenen Ergebnisse (Outcome) letzt-

lich sogar weniger wichtig als die finanziellen Ergebnisse der unternehmerischen Tätigkeit (wie Gewinn oder Verzinsung der Investition).

Ein dergestalt umfassenderes Verständnis von Qualitätsmanagement, das nicht nur auf die Produkt- bzw. Dienstleistungsqualität zielt, sondern auch auf ökonomische Ergebnisse (und im Übrigen auch die Interessen der Mitarbeiter_innen sowie letztlich aller Bürger_innen berücksichtigt), charakterisiert das sog. Total Quality Management (TQM); dieses wird im nächsten Abschnitt genauer vorgestellt.

1.3 Von einfacher Qualitätssicherung zu TQM

Qualität wurde historisch mit dem gleichgesetzt, was man heute als „Produktqualität“ bezeichnen würde. Theoretiker der Industrialisierung, wie Frederick W. Taylor, haben im 20. Jahrhundert dann immer stärker die Prozessqualität in den Mittelpunkt gerückt (vgl. Zollondz 2011, 60 ff. 242 ff.). Die Norm ISO 9001, die als „Mutter“ aller Zertifizierungen für QM-Systeme gelten darf, basiert bis heute auf der Annahme, dass Qualität in erster Linie aus der Standardisierung und Reproduzierbarkeit von Arbeitsabläufen erwächst. Prozessbeschreibungen mit eindeutiger Klärung der Verantwortlichkeiten dienen der Transparenz des gesamten Betriebsablaufes und gelten als Basis für dessen Rationalisierung. Nur wenn Unternehmen ihre Prozesse „beherrschen“, seien sie qualitätsfähig und **effizient** (vgl. Zollondz 2011, S. 776 ff.).

*„Die **Qualitätsfähigkeit** eines Unternehmens ist seine Fähigkeit, ein Leistungsangebot (Produkt- und Dienstleistungen) von gleichbleibender Qualität auf festgelegtem Qualitätsniveau zu erbringen, welches die Bedürfnisse der relevanten Anspruchsgruppen erfüllt.“ (Seghezzi et al., 2013, S. 53).*

Qualitätsfähigkeit beinhaltet die ständige Verbesserung aller Unternehmensprozesse. Dem **kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP)** liegt das von W. E. Deming Mitte des letzten Jahrhunderts entwickelte Modell des **PDCA-Zyklus** zugrunde (siehe Abb. 2).

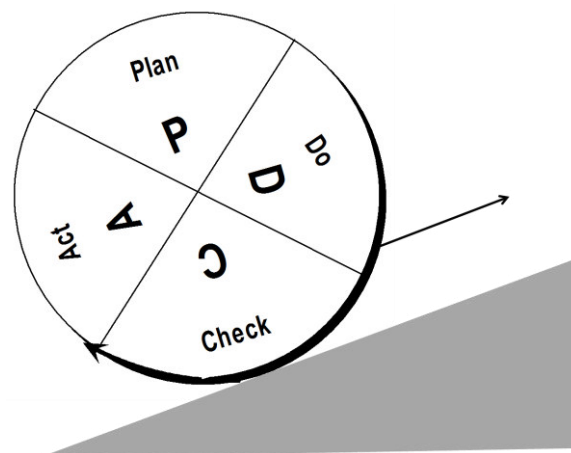


Abb. 2: Modell des PDCA-Zyklus nach Deming (1997)

Das PDCA-Zyklus-Modell beinhaltet eine logische Abfolge von Phasen: Für alle (relevanten) Unternehmensprozesse sind auf der Basis von Analysen und Zielsetzungen bestimmte Regelungen festzulegen (*Plan*). Diese sind dann zu implementieren bzw. umzusetzen (*Do*). Anschließend ist unter Einsatz geeigneter Messungen darüber zu wachen, dass das reale Handeln aller Prozessbeteiligten nicht von den geplanten und festgelegten Regelungen abweicht (*Check*). Ziel ist aber kein Gleichgewichtszustand; vielmehr wird jeder einmal erreichte Status Quo immer weiter verbessert (*Act*). Das heißt; soweit notwendig, werden Maßnahmen zur Verbesserung der Leistung ergriffen (vgl. ISO 9001 (2015), Ziff. 0.3.2.).

Qualitätsmanagement fokussiert heute allerdings nicht mehr „nur“ die Unternehmensprozesse. Das moderne Qualitätsmanagement richtet vielmehr das gesamte Unternehmen auf Qualität aus.

Japanische Qualitätspioniere hatten den KVP bereits in den 1970er Jahren inhaltlich auf folgende Formel gebracht (vgl. Imai 1996; Kostka, Kostka 2006).

Methode (PDCA-Zyklus)
+ Empowerment der Mitarbeiter_innen (Qualitätszirkel etc.)
+ Wille zur ständigen Verbesserung (Geisteshaltung, Einstellung)
= Qualität

Seit Mitte der 1980er-Jahre ist von Total Quality Management die Rede (vgl. Zolondz 2011, S. 186 ff.)

TQM kann wie folgt definiert werden: „Auf der Mitwirkung aller ihrer Mitglieder basierende Führungsmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder und die Gesellschaft zielt.“ (ISO 8402, zitiert nach Kamiske, Brauer 2012, S. 103)

Es gibt verschiedene TQM-Modelle. Am bekanntesten hierzulande ist das für die Verleihung des Europäischen Qualitätspreises von der *European Foundation for Quality Management (EFQM)* entwickelte Modell (siehe Kapitel 2.3.2). Auch der Qualitätsmanagementansatz der ISO 9004 (2009) zielt auf TQM – anders übrigens als die Zertifizierungs-Norm ISO 9001 (2015).

Das **EFQM-Modell** und die ISO 9004 (2009) beruhen auf ähnlich Prinzipien bzw. Grundkonzepten (in Abb. 3 dargestellt durch Verbindungslinien).

Das Modell der EFQM betont allerdings noch etwas stärker als die ISO 9001 zwei Punkte. Nämlich erstens, dass exzellente Unternehmen *dauerhaft* herausragende Ergebnisse erzielen sollen (siehe EFQM-Grundkonzept 1 in Abb. 3) und zweitens, dass sie dabei auch ökologisch und gesellschaftlich verantwortlich handeln (siehe EFQM-Grundkonzept 8 in Abb. 3).

EFQM (sog. „Grundkonzepte“)		ISO 9004 (sog. „Prinzipien“)
1. dauerhaft herausragende Ergebnisse erzielen		1. kundenorientiertes Handeln der Organisation
2. Kundennutzen mehrten		2. Führungswille des Managements
3. mit Vision, Inspiration und Integrität führen		3. vollständige Beteiligung der Mitarbeiter
4. Veränderungen aktiv managen		4. Prozessorientierung aller Abläufe
5. durch Menschen erfolgreich sein		5. ganzheitliche Betrachtung der Abläufe
6. Innovation und Kreativität fördern		6. Wille zur ständigen Verbesserung
7. Die Fähigkeiten der Organisation entwickeln		7. Entscheidungen nur auf der Basis von Daten und Fakten
8. Verantwortung für eine nachhaltige Zukunft übernehmen		8. Lieferantenbeziehungen zum gegenseitigen Nutzen

Abb. 3: Auf TQM zielende Prinzipien bzw. Grundkonzepte der ISO 9004 (2009) sowie des EFQM-Modells (EFQM 2013)

Der letzte Punkt ist zwar vor allem ethisch begründet („exzellent“ kann schwerlich kein Unternehmen genannt werden, dass gegen gesellschaftliche Erwartungen verstößt und/oder die Umwelt schädigt). Ein ethisch nicht einwandfreies Wirtschaften kann sich aber auch in ökonomischer Hinsicht als Irrweg erweisen – wenn nämlich die Kunden wegbleiben oder die Politik steuernd eingreift (vgl. Westlund 2001); siehe z. B. die Folgen des Ausstiegsbeschlusses aus der Atomenergie nach dem AKW-Unfall in Fukushima im Jahr 2011 für die deutschen AKW-Betreiber.

Von einigen der in Abb. 3 knapp formulierten Grundkonzepte bzw. Prinzipien war schon die Rede, etwa vom „Willen zur ständigen Verbesserung“ (Prinzip 3 bei der ISO 9004), der sich ja auch in zwei Grundkonzepten der EFQM widerspiegelt. Die verbleibenden Punkte werden im Laufe dieses Studienheftes alle wenigstens noch gestreift werden. Besondere Aufmerksamkeit verdient das den Kundennutzen mehrende, *kundenorientierte* Handeln der Organisation (vgl. Prinzip 1 bei der ISO 9004 bzw. EFQM-Grundkonzept 2).

1.4 Kundenorientierung

Das Prinzip des kundenorientierten Handelns der Organisation wird von der ISO 9004 nicht von Ungefähr an vorderster Stelle genannt. Dahinter steht die Überzeugung, dass der Geschäftserfolg eines Unternehmens, zumindest der *langfristige* Geschäftserfolg, auf der Schaffung von **Kundennutzen** und damit letztlich auf **Kundenzufriedenheit** beruht.

Die *European Foundation for Quality Management* erläutert ihre Forderung „Kundennutzen mehrten“ wie folgt: „Exzellente Organisationen sind sich bewusst,

dass ihre Kunden der wichtigste Grund ihrer Existenz sind; deshalb sind sie bestrebt Nutzen für ihre Kunden zu erfinden und zu schaffen, indem sie deren Bedürfnisse verstehen und antizipieren“ (EFQM, 2013, S. 7). Als Konsequenz daraus wird die Ausrichtung auf den Kundennutzen wie folgt präzisiert: „Kunden werden als die letztendlichen Entscheider über Produkt- und Service-Qualität betrachtet. ... [Exzellente Unternehmen] verfolgen und analysieren die Erfahrungen und Wahrnehmungen ihrer Kunden.“ (EFQM 2013, S. 7).

1.4.1 Zum Kundenbegriff

Im allgemeinen Sprachgebrauch sind Kunden die Käufer eines Produkts, also diejenigen (seien es nun Einzelpersonen oder Organisationen), die es *bezahlen*. Folgte man 1:1 dieser Sichtweise wären die Krankenkassen die eigentlichen Kunden der Physio- und Ergotherapie sowie der Logopädie (jedenfalls soweit es sich bei deren Leistungen um Kassenleistungen handelt).

Im Gegensatz dazu sind nach einer Definition der ISO 9000 (2015), Ziff. 3.2.4 alle „Organisationen oder Einzelpersonen, die ein Produkt empfangen“ als Kunden zu verstehen. Bezogen auf die Therapiebranche wären das also die Patient_innen als direkte Empfänger_innen und Nutzer_innen der therapeutischen Dienstleistungen. Und zwar auch dann, wenn sie nichts für die Leistungen bezahlen.

Die zweite Sichtweise erscheint für die Therapiebranche insgesamt angemessener als die erste. Die **Krankenkassen** bezahlen zwar – nach Prüfung – den Löwenanteil der therapeutischen Dienstleistungen. Allerdings liegt die Auswahlentscheidung bezüglich des Anbieters (und damit der wichtigste Aspekt der Kaufentscheidung) im Ermessen der Patient_innen. Man könnte die Krankenkassen als „indirekte Kunden“ bezeichnen.



Abb. 4: Kunden und andere Stakeholder therapeutischer Praxen (eigene Darstellung)

Auch die Auswahl der genauen Leistungen (üblicherweise ein Teil jeder Kaufentscheidung) obliegt bei der Heilmittelerbringung nicht den Patient_innen selbst. Art, Umfang und Häufigkeit der Leistungen werden bekanntlich im niedergelassenen Bereich per Heilmittel-Rezept von den verordnenden Ärztinnen und Ärzten festgelegt. Insofern sind sie „Auftraggeber“ und von daher lassen sich **Arztpraxen** als indirekte Kunden therapeutischer Praxen charakterisieren (siehe Abb. 4).

Ebenfalls Einfluss auf die Kaufentscheidung nehmen häufig auch engste Angehörige und Freunde. Bei Kindern sowie bei hochbetagten und/oder kognitiv eingeschränkten Personen wird die Entscheidung über die Wahl der therapeutischen Praxis sogar in aller Regel von nahen An- und Zugehörigen getroffen. Diese sollte eine Therapiepraxis daher als (indirekte) Kunden ansehen – und entsprechend behandeln.

1.4.2 Stakeholder, Kunden- und Stakeholdernutzen

Außer den Kunden im engeren Sinne richten natürlich noch weitere Personengruppen oder Organisationen Erwartungen an das Geschäftsgebaren eines Unternehmens oder sind aus anderen Gründen in irgendeiner Weise am Unternehmen interessiert. Solche Akteure, die von der Tätigkeit eines Unternehmens⁴ betroffen sind und/oder versuchen, diese zu beeinflussen, werden im Englischen als **Stakeholder** bezeichnet (vgl. Freeman 1994) – auf Deutsch: als Anspruchsgruppen oder auch als **interessierte Parteien**; vgl. ISO 9000 (2015), Ziff. 3.2.3.

Eine Analyse der (wichtigsten) Stakeholder-Beziehungen ist die Grundlage für eine optimierte Interaktion mit diesen (vgl. Benner 2012). Bei großen Unternehmen oder Non-Profit-Organisationen ist das ein komplexes Unterfangen (vgl. Schmeer o.J.).

Im ersten Schritt gilt es, die Stakeholder zu identifizieren. Wer sind die (externen) Stakeholder von therapeutischen Dienstleistern?

Fallbeispiel: Liste externer Stakeholder des Therapiezentrums VitaSana

Gleich ob Petra, Ebru und Lotta Krankenkassen und Arztpraxen nun als „(indirekte) Kunden“ oder als „Stakeholder“ bezeichnen, einig sein dürften sie sich darin, dass beiden Akteuren eine herausragende Bedeutung zukommt. Weitere wichtige (externe) Stakeholder des Therapiezentrums Vita Sana sind:

- die Apotheke in der Nachbarschaft (relevant ist auch der favorisierte Lieferant für Sanitätsartikel im Internet)
- Behörden (Gesundheitsamt, Arbeitsamt etc.)
- Gläubiger (Hausbanken der drei Gesellschafterinnen)
- der Vermieter der Immobilie
- Berufsverbände aller drei therapeutischen Richtungen (ZVK e.V., DVE e.V., dbl e.V.)

⁴ Von „Stakeholdern“ spricht man nicht nur in Zusammenhang mit Unternehmen, sondern auch bezogen auf Organisationen und Projekte.

Die Liste der (externen) Stakeholder ist mit der obigen Aufzählung noch lange nicht komplett. Als Stakeholder zu verstehen, lassen sich z. B. die Nachbarn, die ja auch in gewisser Weise (z. B. durch Parkplatzmangel) von den geschäftlichen Aktivitäten des Therapiezentrums Vita Sana betroffen sind. In den Blick zu nehmen wären sogar die Perspektiven von Akteuren, mit denen das Therapiezentrum Vita Sana heute – zum Glück – noch nichts zu tun hat, man denke etwa an Strafgerichte oder Verbraucherschutzorganisationen, die aber im Falle eines gravierenden Behandlungsfehlers auf den Plan treten würden.

Neben den externen Stakeholdern lassen sich auch **interne Stakeholder** ausmachen. Die wichtigsten internen Anspruchsgruppen in größeren Unternehmen sind

- Eigentümer⁵
- Mitarbeiter_innen
- Leitungen

In inhabergeführten Praxen üben allerdings die **Eigentümer_innen** in der Regel auch die Leitungsfunktion aus (so ja auch in unserem Fallbeispiel).

Die **Mitarbeiter_innen** werden in einem Teil der Literatur, insbesondere in der marketingorientierten Literatur, nicht als interne Stakeholder, sondern als „interne Kunden“ bezeichnet. Die gestrichelte Linie in der obigen Abb. 4 soll dies zum Ausdruck bringen. Ein Verständnis der Mitarbeiter_innen als „interne Kunden“ und die damit verbundene Übertragung entsprechender Marketingkonzepte auf die Beschäftigten (Mitarbeiter-Marketing) zielen auf die Bindung und Gewinnung zufriedener Mitarbeiter_innen (vgl. z. B. Fürsattel 2016).

In aller Regel haben gerade die internen Stakeholder ein besonders ausgeprägtes Interesse an den Belangen „ihres“ Unternehmens und stellen entsprechende Ansprüche. Die internen Stakeholder gehören auch aufgrund ihres großen Einflusspotenzials zu den gesetzten Akteuren in jeder Stakeholderanalyse.

1.5 Kunden- und Stakeholderanforderungen analysieren

Es liegt im ureigenen Interesse aller Unternehmen, insbesondere der Unternehmensleitungen, die Bedürfnisse und Anforderungen ihrer direkten Kunden und sonstigen Stakeholdern zu verstehen. Bedürfnisse und Anforderungen zu *verstehen* bedeutet allerdings nicht automatisch, diese auch zu erfüllen. Da die Interessen der Stakeholder nicht immer gleichgerichtet sind (man denke nur an den klassischen Gegensatz von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerinteressen bzw. von „Kapital“ und „Arbeit“), ist es für ein Unternehmen unmöglich, alle Erwartungen aller Stakeholder perfekt zu erfüllen.

⁵ Die Eigentümer werden auch als **Shareholder** bezeichnet, was mit Blick auf börsennotierte Unternehmen auch absolut Sinn macht, da hier Eigentum über Aktienanteile definiert wird. Wegen der besonderen Wichtigkeit der Eigentümer, werden die Shareholder oft – ebenso wie die direkten Kunden – von den (sonstigen) Stakeholdern begrifflich abgegrenzt.

Ein Unternehmen, das Exzellenz (im Sinne des EFQM-Modells) anstrebt, muss sich allerdings darum bemühen, eine bestmögliche *Balance* der Interessen und Ansprüche zu erreichen. Die Forderung nach dauerhaft herausragenden Ergebnissen (EFQM-Grundkonzept 1, vgl. Abb. 3) bezieht sich nämlich nicht alleine auf finanzielle **Kennzahlen**, wie Gewinn oder **Return on Invest**, sondern fordert nachweisbar gute Ergebnisse auch auf folgenden Feldern: Kunden, Mitarbeiter_innen und Gesellschaft (vgl. EFQM 2013; siehe auch Kapitel 2.3.2)

Was heißt das nun für kleine Unternehmen, wie therapeutische Praxen? Nachdem im ersten Schritt die Stakeholder identifiziert wurden, gilt es im zweiten Schritt die (eher kurzfristigen) Erwartungen sowie die (eher stabilen) Interessen und Bedürfnisse aller Stakeholder zu analysieren.

Fallbeispiel: Stakeholderanalyse Therapiezentrum SanaVita

Petra, Ebru und Lotta haben im Rahmen eines Gesellschafterinnen-Workshops eine Stakeholderanalyse erstellt (auf Flipchart). Petra hat die Ergebnisse dann mittels Tabellenkalkulationsprogramm übersichtlicher in eine einfache, tabellarische Übersicht gebracht (siehe auszugsweise und exemplarisch Tab. 1).

	Berührungspunkte	(kurzfristige) Erwartungen	Interessen/Bedürfnisse	Konfliktpotenziale	Macht & Einfluss
Adler-Apotheke	Lieferant	Reibungslose Anlieferung möglich	Bevorzugter Lieferant	keine	4*
		Rechnungen prompt beglichen			
Anwohner / Nachbarn	Parkplatzprobleme in der Straße	Parkraum wird nicht durch Praxiskunden blockiert	Parkraum in der Straße für Anwohner	bisher keine; aber möglich, wenn mehr Kunden parken	1
	potenzielle Kunden	keine	Therapie in Fußwegentfernung	keine	
(...)					

* Macht & Einfluss werden auf einer Skala von 1 (unbedeutend) bis 10 (sehr stark) bewertet

Tab 1: Auszug aus der Stakeholderanalyse des Therapiezentrums VitaSana (Eigene Darstellung)

Die in Tab. 1 dargestellte zahlenmäßige Bewertung durch die Gesellschafter_innen Petra, Ebru und Lotta erfolgte nach einer Diskussion im Rahmen eines Arbeitstreffens. Eine solche Bewertung ist sicherlich nicht objektiv, beschreibt und verbessert aber das gemeinsame Verständnis für die Wichtigkeit der verschiedenen Stakeholder.

Die im Rahmen des Workshops erstellte Einschätzung aller Stakeholder soll zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt werden – diesbezüglich sind sich Petra, Ebru

und Lotta einig. Konsens ist auch, dass die Einschätzung beim nächsten Mal aufgrund der zwischenzeitlich gemachten Erfahrungen sowie aufgrund von Daten auf einer fundierteren Basis durchgeführt werden wird.

Folgt man dem Prinzip 7 aus der ISO 9004 „Entscheidungen nur auf der Basis von Daten und Fakten“, sollten in der Tat Zahlen und Fakten zu den Stakeholdern gesammelt werden. Geeignete methodische Ansätze hierfür sind:

- Aus vorhandenen **Aufzeichnungen** per Dokumentenanalyse ermittelte **Kennzahlen**, wie z. B. Marktanteile oder Fehlzeitenquote nutzen.
Hinweis: In den patientenbezogenen Dokumentationen lagern Informationsschätze, die grundsätzlich auch für fallübergreifende Analysen der Nutzerbedürfnisse verwendet werden können. Mit vertretbarem Aufwand ist das aber nicht mit papiergestützten, sondern nur mit EDV-gestützten Dokumentationen möglich (entsprechende Analysetools der Softwareprogramme vorausgesetzt).
- **Beschwerdemanagement** und/oder **CIRS (Critical Incident Reporting System)**: Jede Kundenbeschwerde ist nicht nur eine Chance, einen aus Kundensicht existierenden Fehler im Sinne der Kundenzufriedenheit zu korrigieren, sondern darüber hinaus ist sie auch ein Informationsträger für weiterführende Analysen. Niederschwellig erfasst und systematisch ausgewertet, sind Kundenbeschwerden eine sehr gute Möglichkeit, um die Kundenwünsche zu erfahren und besser zu treffen; im Übrigen liefern sie natürlich wertvolle Informationen über Verbesserungspotenziale (vgl. Stauss, Seidel 2014). Critical Incident Reporting Systeme dienen dazu, Behandlungsfehler und sonstige Fehler zu analysieren und aus ihnen zu lernen. Für Krankenhäuser liegt in Gestalt des *KH-CIRS-Netz-D* eine Plattform vor, auf der „überregional bedeutsame CIRS-Fälle analysiert, kommentiert und von allen Nutzern gelesen werden können.“ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, o.J.).
- **Befragungen**, insbesondere der Patient_innen, Mitarbeiter_innen sowie der Arztpraxen. Quantitative Kundenumfragen liefern harte Daten zu Themen, die sonst schlecht durch Kennzahlen abbildbar sind. Neben schriftlichen Befragungen können auch qualitative Interviews eine Möglichkeit sein. Der Aufwand für qualitative Interviews mit wissenschaftlichem Anspruch sollte allerdings nicht unterschätzt werden (vgl. Döring, Bortz 2016).

Zur wichtigsten Kundenanforderung: Erfüllung des Leistungsversprechens

Nach dem branchenübergreifenden Modell des Japaners Noriaki Kano aus den 1970er-Jahren (**Kano-Modell**) können drei Arten von Kundenanforderungen unterschieden werden (vgl. Bruhn 2013, S. 26 f.).

- **Basisanforderungen** sind die Kriterien, die Kunden selbstverständlich erwarten; ihre Nichterfüllung würde daher zu erheblicher Unzufriedenheit führen. Dazu gehört in therapeutischen Settings z. B. die Einhaltung des Termins durch den Therapeuten. Verpflichtet sind Therapeut_innen aber auch zur Behandlung gemäß ärztlicher Verordnung und der Leistungsbe-

schreibung sowie zur Einhaltung der übrigen von den Krankenkassen überwachten Qualitätsanforderungen (mehr dazu in Kapitel 2.1.2).

- **Leistungsanforderungen** werden von den Kunden_innen nicht vorausgesetzt, aber deutlich artikuliert, sie werden auch als Soll-Kriterien bezeichnet. „Je höher der Erfüllungsgrad, desto höher ist die wahrgenommene Dienstleistungsqualität und somit die Zufriedenheit.“ (Bruhn, 2001, S. 40) Hierzu zählt eine kompetente (präziser: kompetent wirkende) Durchführung der Behandlung. Da ein Behandlungserfolg einer Therapie ohnehin nicht garantiert werden kann, wird er von den Krankenkassen zwar nicht gefordert, allerdings nehmen Patient_innen die Dienste von Therapeut_innen in aller Regel mit der Erwartung in Anspruch, dass ihre Beschwerden oder Probleme verschwinden oder zumindest gebessert werden. Die Freundlichkeit des Personals ist ebenfalls oft eine Leistungsanforderung (wenn nicht sogar eine Basisanforderung).
- **Begeisterungsanforderungen** sind Kriterien, mit deren Erfüllung die Kunden_innen nicht gerechnet haben. Entsprechend hoch ist deshalb ihre Zufriedenheit.
Ein besonders gutes (aktives) Zuhören ist etwas, womit Kunden vielleicht nicht wirklich rechnen. Wenn Therapeut_innen diese Kompetenz unter Beweis stellen, kann dies daher Begeisterung auslösen. Begeisterung würde auch auslösen, wenn sich Therapeut_innen über das verordnete Maß hinaus Zeit nähmen. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht wäre Letzteres aber problematisch und kann daher nur dosiert realisiert werden.

Welche Faktoren beeinflussen die Erwartungen von Kunden_innen? Hier lassen sich drei Faktorenbündel identifizieren, nämlich: a) nutzerbezogene, b) anbieterbezogene und c) konkurrenzbezogene Faktoren (vgl. Bruhn 2001, S. 35 ff.).

- Zu den **nutzerbezogenen Faktoren** der Kundenerwartungen gehören der jeweilige Gesundheitszustand sowie die persönlichen Bedürfnisse der Patient_innen, außerdem deren individuellen Servicephilosophien. Keiner dieser Faktoren kann von den Anbietern gesteuert werden.
- Zu den **anbieterbezogenen Faktoren** zählen die Leistungsversprechen der Anbieter sowie Erfahrungen mit dem Anbieter. Das können eigene Erfahrungen sein, aber auch Hören-Sagen oder auch Praxisbewertungen im Internet. Aufgabe des Qualitätsmanagements ist es, die Grundlage für positive Mund-zu-Mund-Propaganda zu schaffen.
- Die Kundenerwartungen werden drittens durch die **wahrgenommenen Alternativen** beeinflusst. Dazu gehören Erfahrungen mit der **Konkurrenz**, aber auch die Kenntnis substituierender Angebote. Beispielsweise könnten potenzielle Kund_innen Schmerzmedikamente oder auch Massagen durch befreundete Personen als Ersatz für eine manuelle Therapie durch Physiotherapeut_innen in Erwägung ziehen.

Nach dem Kano-Modell tendieren Anforderungen dazu, sich in die Höhe zu schrauben. Aus einer Begeisterungsanforderung wird durch Gewöhnung und durch Nachahmung seitens der Konkurrenz mit der Zeit eine Leistungsanforderung.

Fallbeispiel: Zum tendenziellen Anstieg der Kundenansprüche

Das Therapiezentrum VitaSana kann seinen Gästen im Wartebereich der neuen Praxis nicht nur moderne Sitzgelegenheiten, sondern auch eine gute Kaffeemaschine offerieren. Die Patient_innen etc. sind zunächst auch begeistert – gerade die aus der alten Kundendatei. Nach einem Jahr haben sich jedoch alle an den neuen Service gewöhnt (einige klagen jetzt sogar, dass der Kaffee nicht so gut schmecke, wie „beim Italiener“). Die drei Gesellschafterinnen könnten sich nun auch diesen wachsenden Ansprüchen stellen und etwa eine italienische Espressomaschine anschaffen. Mit der italienischen Cappuccino-Bar kann die Praxis aber natürlich immer noch nicht mithalten. (Wäre der nächste Schritt also die Anschaffung eines Original-Bartresens aus Rom, an dem die Bürokratie nun den Kunden einen Original-Cappuccino kredenzte?)

Alle Erwartungen seiner Kunden kann kein Dienstleistungsunternehmen hundertprozentig erfüllen. An bestimmten Sollbruchstellen tun sich in der Regel Lücken (engl. *gaps*) auf, wie das GAP-Modell von Parasuraman et al. theoretisch instruktiv aufzeigt (vgl. Bruhn 2001, S. 60 ff.).

Es gibt nun grundsätzlich zwei Möglichkeiten, wie Kundenanforderungen und Dienstleistungsqualität zur Deckung kommen können, nämlich (1) durch eine immer weitere Erhöhung der Dienstleistungsqualität, oder (2) durch Absenken der Kundenerwartungen auf ein realistisches Niveau.

Bei aller Bereitschaft (und Notwendigkeit) die eigenen Leistungen stets weiter zu verbessern, bleibt doch der zweite Weg unverzichtbar. Insbesondere die vom Parasuraman aufgezeigte Lücke zwischen der tatsächlich erstellten Dienstleistung und der kundengerichteten Kommunikation (GAP 4 bei Parasuraman, vgl. Bruhn 2001, S. 70 f.) ist zu schließen. Wichtige Maßnahmen dazu wären in therapeutischen Praxen:

- Ausführliche Darlegung der Leistungsmöglichkeiten und -grenzen beim ersten Kundengespräch
- Überprüfung der Verträge und der Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB)
- Überprüfung der expliziten und impliziten Leistungsversprechen in der Werbung. Ein Werbefoto von einer sympathisch-adretten Therapeutin (Modell einer Werbeagentur), die einen glücklich lächelnden Senior im Arm hält, stellt ein implizites Leistungsversprechen dar. Das ist riskant, wenn es in der Praxis nicht üblich ist, Patient_innen zu umarmen.

1.6 Qualitätsmanagement

Nachdem der Begriff „Qualitätsmanagement“ schon mehrfach gefallen ist, ist es nun an der Zeit, diesen zu definieren.

Qualitätsmanagement: das Leiten und Lenken bezüglich der Qualität. Das umfasst dann „üblicherweise das Festlegen der **Qualitätspolitik** und der **Qualitätsziele**, die **Qualitätsplanung**, die **Qualitätslenkung**, die **Qualitätsprüfung** und die **Qualitätsverbesserung**.“ (ISO 9000 (2015), Ziff. 3.2.8)

Die von der Leitung zu verantwortende **Qualitätspolitik** umfasst die Entwicklung und Vorgabe der „großen“, qualitätsbezogenen Unternehmensziele sowie die strategischen Maßnahmen zu deren Erreichung. **Qualitätsplanung** ist dagegen der Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Festlegen der Qualitätsziele und der notwendigen Ausführungsprozesse sowie der zugehörigen Ressourcen zur Erfüllung der Qualitätsziele gerichtet ist – vgl. ISO 9000 (2015), Ziff. 3.2.9. Die Qualitätsplanung ist operativer als die Qualitätspolitik, aber weniger operativ als die Qualitätslenkung. **Qualitätslenkung** ist der „Teil des Qualitätsmanagements, der auf die Erfüllung von Qualitätsanforderungen gerichtet ist.“ ISO 9000 (2015), Ziff. 3.2.7. Gemeint sind hier die alltäglichen QM-Maßnahmen. Bezogen auf eine Therapiepraxis also vor allem die alltäglichen QM-Anforderungen im Rahmen der Therapie (Anamnese, Therapieplanung, Therapiedurchführung, Katamnese); darüber hinaus aber auch die alltäglichen QM-Aktivitäten bei den Stützprozessen (Beschaffung, Hygienemaßnahmen etc.).

1.7 Qualitätsmanagement und Wirtschaftlichkeit

Viele Mitarbeiter_innen aus therapeutischen Berufen und sogar eine Reihe von Praxisinhaber_innen sehen kaum Nutzen im Qualitätsmanagement. Letztere äußern Statements, wie z. B. „Qualitätsmanagement ist ein bloßer Kostenfaktor, der nichts Zählbares bringt“. Was könnte man solchen Auffassungen entgegenen?

1.7.1 Ökonomischer Nutzen des Qualitätsmanagements

Unbestreitbar ist, dass das Qualitätsmanagement selbst Kosten verursacht. Qualitätskosten sind alle Kosten der Fehlerverhütung (z. B. für das Erstellen von Verfahrensanweisungen), der Qualitätsprüfung und der Fehlerbeseitigung (vgl. DIN 55355). Gerechtfertigt wären diese Kosten für das Qualitätsmanagement aus ökonomischer Sicht nur, wenn sie sich mindestens amortisieren.

Ein Aphorismus (mit unbekanntem Verfasser) zur Qualität lautet: „Qualität ist teuer – mangelhafte Qualität ist teurer.“ Oder anders herum formuliert: Qualitätsmanagement führt mit großer Wahrscheinlichkeit zum ökonomischen Erfolg. Hinter diese Behauptung steht eine plausible Theorie, die sich auch als Grafik darstellen lässt (vgl. Abb. 5).

Indem QM positiv auf die Kundenzufriedenheit wirkt, wächst die Nachfrage und die Erlöse werden gesteigert. Auf der anderen Seite senkt eine verbesserte, effiziente Leistungserstellung ebenso die Kosten wie das systematische Vermeiden von Fehlern (vgl. Bruhn 1998, S. 145 ff.).

Mit Blick auf die Produktion von Gütern wird man die in Abb. 5 abgebildeten Zusammenhänge schwerlich bestreiten können. Bezogen auf das Gesundheitswesen liegen die Vorteile aber nicht so eindeutig auf der Hand. Das liegt zum nicht geringen Teil an mangelnden Möglichkeiten der genauen Messung (vgl. Marschner et al. 2015).

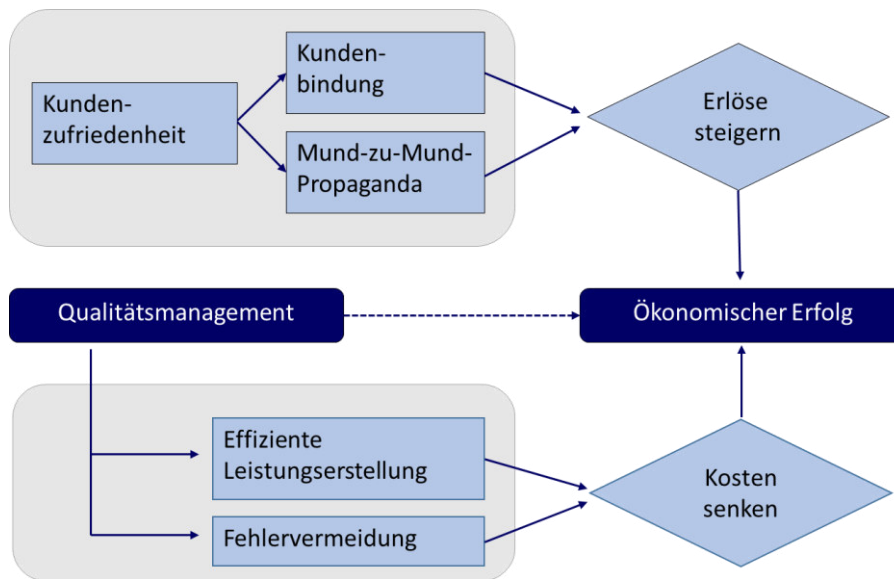


Abb. 5: Modell des ökonomischen Nutzens von QM (eigene Darstellung)

Besonders schlüssig an Abb. 5 ist zunächst einmal die obere Hälfte, in deren Zentrum die **Kundenzufriedenheit** steht. Einschränkend könnte man zwar darauf hinzuweisen, dass Kundenzufriedenheit nicht allein von der Prozess- und Ergebnisqualität der Dienstleistung abhängt, sondern üblicherweise ganz wesentlich auch von der durch den Preis mitbestimmten Erwartungshaltung. Die Erwartung von Kunden an ein Produkt oder eine Dienstleistung steigt normalerweise mit dem Preis, den sie zu bezahlen haben (unter Berücksichtigung des Preis-Leistungs-Verhältnisses bei den direkten Wettbewerbern). Dieser Mechanismus greift allerdings bei Heilmitteln nur sehr eingeschränkt. Denn aufgrund der von den Krankenkassen quasi diktierten Festpreise für alle Leistungen nach SGB V findet zwischen den Praxen zumeist kein Preiswettbewerb statt (Ausnahme: Freie Selbstzahlerleistungen). Der Wettbewerb zwischen Praxen ist in der Tat vor allem ein Qualitätswettbewerb.

Auch die in der unteren Hälfte des Modells dargestellten Wirkungen der Qualitätsmanagements sind auf den ersten Blick einleuchtend. Allerdings lassen sie sich – bezogen auf Heilmittelpraxen – nicht nur schwer beziffern, sondern sogar bestreiten.

- Die durch nachgewiesene **Fehler** bei der Dienstleistungserbringung verursachten wirtschaftlichen Kosten zeigen sich meistens nicht direkt; Rückforderungen der Krankenkassen wegen mangelhafter Leistungen sind selten, noch seltener sind verlorene Zivil- oder gar Strafgerichtsprozesse.
- Die behauptete Kostensenkung hinsichtlich der **Leistungserstellung** ist in Therapiepraxen auch nicht einfach zu erzielen. Kostenfaktor Nr. 1 sind schließlich die Personalkosten. Personalkosten werden in anderen Branchen gespart, indem das Personal effektiver eingesetzt wird. Wie kann Personal in Heilmittelpraxen effektiver eingesetzt werden? Die eigentliche Leistungserbringungszeit selbst kann kaum verkürzt werden. Den Pati-

ent_innen steht bei den wichtigsten Abrechnungspositionen eine von den Krankenkassen vorgegebene Regelbehandlungszeit zu (vgl. Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 125 Abs. 1 SGB V und Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Im Übrigen gingen ja, wie vorne schon im Zusammenhang mit den Besonderheiten der Heilmittelerbringung erwähnt, Einsparungen direkt zu Lasten der vom Kunden erfahrenen Qualität – und das kann kaum der richtige Weg sein.

1.7.2 Zur Relevanz finanzieller Ergebnisse

Die Frage, wie sich das Qualitätsmanagement zur Wirtschaftlichkeit verhält, darf und sollte natürlich gestellt werden. Die klassischen Ziele jeder unternehmerischen Aktivität – mehr Absatz, weniger Kosten, bessere Betriebsergebnisse – werden durch die strategische Orientierung an der Kundenzufriedenheit keineswegs obsolet. Dies spiegelt sich zum Beispiel im EFQM-Modell wider. Dort werden die finanziellen Ergebnisse, also beispielsweise die Rentabilität oder der Return on Invest als Schlüsselergebnisse (*Business Results*) bezeichnet. Exzellente Unternehmen im Sinne des EFQM-Modells sind also solche, die schlussendlich auch exzellente wirtschaftliche Ergebnisse erzielen. Und zwar „dauerhaft“. (EFQM 2013)

Auf der anderen Seite wäre es (auch aus der Sicht der EFQM) verfehlt, den Erfolg des Qualitätsmanagements an kurzfristigen wirtschaftlichen Erfolgen zu messen, also auf ein einziges Jahr bezogen oder gar nur auf ein Quartal. Qualitätsmanagement ist eher als Langstreckenlauf zu betrachten. Punktuell sind zwar schnelle Erfolge möglich, die wesentliche Wirkung braucht aber bedeutend länger.

Zusammenfassung

Qualität ist keine absolute Größe. Ob eine Ware von guter Qualität ist, hängt nicht nur von objektiven Merkmalen, sondern auch von den Erwartungen der Nutzer_innen ab. Kundenzufriedenheit ist natürlich auch in der Physio- und Ergotherapie sowie in der Logopädie wichtig. Insgesamt kann sich das Qualitätsmanagement in Heilmittelpraxen aber nur sehr bedingt an den Vorbildern aus der produzierenden Industrie orientieren.

Heilmittelerbringer haben mit unterschiedlichen Kundengruppen bzw. Stakeholdern zu tun. Aus diesem Grund ist die Zufriedenheit der Patient_innen zwar ein zentraler, aber eben nicht der einzige Gradmesser für die Qualität einer therapeutischen Praxis (oder einer therapeutischen Abteilung in einem Krankenhaus).

Mittels Kunden- bzw. Stakeholderanalyse sollten wenigstens die wichtigsten Anspruchsgruppen einer Praxis, namentlich die Krankenkassen als Hauptzahler sowie die Ärztinnen und Ärzten als maßgebliche Auftraggeber bzw. Zuweiser identifiziert werden.

Anders als in anderen Branchen können therapeutische Einrichtungen ihren Kunden und sonstigen interessierten Parteien nicht das Erreichen der (vereinbarten) Ziele garantieren. Anders als in Industrie und Handel resultiert in Heilmittelpraxen die Ergebnisqualität weniger daraus, dass sich die Mitarbeiter_innen bei der Leistungserbringung buchstabengetreu nach Regeln richten, sondern eher aus der Übertragung und Anwendung des theoretischen Fachwissens auf den Einzelfall. Zentral sind auch die Kompetenzen zum Aufbau und zur Gestaltung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Das beinhaltet einerseits Interaktionsfähigkeiten, zum anderen aber auch die Bereitschaft zum Sich-Einlassen, also das Wollen. Qualifizierte und motivierte Mitarbeiter_innen sind wohl der wichtigste Qualitätsfaktor in therapeutischen Settings. Sie sind die Voraussetzung für eine gute Prozessqualität und damit letztlich für die patientenbezogene Ergebnisqualität (Outcome). – Vor diesem Hintergrund mag es erklärlich sein, dass viele Heilmittelerbringer dem Qualitätsmanagement noch skeptisch gegenüberstehen (mehr dazu in Kapitel 2).

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- a) Definieren Sie TQM.
- b) Stellen Sie das QM-Modell nach Donabedian dar.
- c) Die Qualität eines Unternehmens kann definiert werden als seine Fähigkeit, ein Leistungsangebot 1. in gleichmäßiger Weise, auf festgelegtem oder vereinbartem Qualitätsniveau, 2. in vereinbarter oder ausreichender Menge, 3. in möglichst kurzer Zeit, 4. unter Einhaltung des vereinbarten Liefertermins, 5. am richtigen Ort, 6. zu niedrigen Kosten zu erbringen. Welche(s) dieser sechs Kriterien können therapeutische Praxen kaum oder gar nicht erfüllen? Begründen Sie Ihre Antwort.
- d) Benennen Sie die Faktoren, die für die Zufriedenheit der Kunden von therapeutischen Leistungen eine wichtige Rolle spielen.

Literatur

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (o. J.): Willkommen beim Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland. <http://www.kh-cirs.de/> (20.06.2017)

Benner, D. (2012): Stakeholder-Management im Sozialunternehmen: Kundennähe und Qualität durch Innovation. Saarbrücken: AV Akademikerverlag.

Döring, N.; Bortz, J. (2015): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin: Springer

Bruhn, M. (1998): Wirtschaftlichkeit des Qualitätsmanagements – Qualitätscontrolling für Dienstleistungen. Berlin: Springer.

Bruhn, M. (2001): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen – Grundlagen, Konzepte, Methoden. (3. Auflage) Berlin: Springer.

- Bruhn, M. (2013): Qualitätsmanagement für Non-Profit-Unternehmen – Grundlagen, Planung, Umsetzung, Kontrolle. Wiesbaden: Springer/Gabler.
- Dadaczynski, K.; Witteriede, H. (2013): *Das QGPS-Verfahren: Qualitätsentwicklung gesundheitsbezogener Programme in Schulen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Deming, W. E. (1997): *Out of the Crisis*. (25. Auflage) Cambridge: MIT Press.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83 (4), S. 691-729. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/> (18.07.2017)
- EFQM – European Foundation for Quality Management (2013): *EFQM Excellence Modell*. Brüssel: EFQM.
- Freeman, R. E. (1994): The Politics of Stakeholder Theory: In: *Business Ethics Quarterly* 4 (4), S. 409-421. DOI: 10.2307/3857340.
- Friesacher, H. (2008): *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns*. Göttingen: V & R unipress.
- Fürsattel, A. (2016): *Mitarbeiter im Fokus – Wie Sie mit ganzheitlichem Mitarbeiter-Marketing die besten Talente für Ihr Unternehmen finden, entwickeln und binden*. Weinheim: Wiley-VCH.
- Görres, S. (1999): *Qualitätssicherung in Pflege und Medizin*. Bern u. a.: Huber.
- Gross, P.; Badura, B. (1977): Sozialpolitik und Soziale Dienste – Entwurf einer Theorie sozialer Dienstleistungen. In: Ferber, C. v.; Kaufmann, F.-X. (Hrsg.): *Soziologie und Sozialpolitik*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 361-388.
- Hucke, B.; Gans, M. (2009): *Qualitätsmanagement und Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Imai, M. (1996): *Kaizen – Der Schlüssel zum Erfolg der Japaner im Wettbewerb*. (7. Auflage). Berlin u. a. O.: Ullstein.
- Kamiske, G.; Brauer, J.-P. (2012): *ABC des Qualitätsmanagements*. (4. Auflage) München: Hanser.
- Kostka, C.; Kostka, S. (2006): *Der Kontinuierliche Verbesserungsprozess – Methoden des KVP*. (3. Auflage) München: Hanser.
- Marschner, C.; Osygus, J.; Muszynski, V.; Greiling, M. (2015): *Erfolg auf Basis von Qualität. Eine Studie zu Nutzen und Wirksamkeit von Qualitätsmanagement*. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- RKI – Robert-Koch-Institut; Statistisches Bundesamt (2006): *Gesundheit in Deutschland*. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Berlin: Bundesregie-

rung.

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtId/GiD_2006/gesundheitsbericht.pdf?__blob=publicationFile
(20.06.2017)

Schmeer, K. (o.J.): Stakeholder Analysis-Guidelines. Genf: WHO.
<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/33.pdf> (20.06.2017)

Seghezzi, H. D.; Fahrni, F., Friedli, T. (2013): Integriertes Qualitätsmanagement – Das St. Galler Konzept. (4. Auflage) München: Hanser.

Sens B, Fischer B, Bastek A, Eckardt J, Kaczmarek D, Paschen U, Pietsch B, Rath S, Ruprecht T, Thomeczek C, Veit C, Wenzlaff P. (2007): Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. (3. Auflage.) Köln: Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V. (GMDS).; 3 (1): Doc05. <http://www.egms.de/static/en/journals/mibe/2007-3/mibe000053.shtml>
(20.06.2017)

Stauss, B.; Seidel, W. (2014): Beschwerdemanagement: Unzufriedene Kunden als profitable Zielgruppe. (5. Auflage) München: Hanser.

Triebel, C.; Heller, J.; Hauser, B.; Koch, A. (Hrsg.) (2016): Qualität im Coaching. Denkanstöße und neue Ansätze: Wie Coaching mehr Wirkung und Klientenzufriedenheit bringt. Berlin: Springer.

Weidner, F. (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Frankfurt a. M.: Mabuse.

Westlund, A. H. (2001): Measuring environmental impact on society in the EFQM system. In: Total Quality Management 12 (1), S. 125-135. DOI: 10.1080/09544120020010147.

Zollondz, H.-D. (2011): Grundlagen Qualitätsmanagement – Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme und Konzepte. 3. Auflage. München: Oldenbourg-Verlag.

Weitere Hinweise

Gemeinsame Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln vom 25.09.2006, zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelbringer auf Bundesebene – Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e.V. (BHV), Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlafhorst-Andersen e.V. (dba), Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs).
http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/heilberufe/empfehlung/rahmenempfehlungen_060925.pdf (24.07.2017)

Für Gesetze siehe <https://www.gesetze-im-internet.de/> und Anhang C.

Für ISO oder DIN-Normen siehe <http://www.beuth.de/> und Anhang C

Impressum

Herausgeberin

Jade Hochschule Wilhelmshaven/Oldenburg/Elsfleth
Fachbereich BGG • Abteilung Technik und Gesundheit für Menschen
Ofener Straße 16/19 • D-26121 Oldenburg • <https://tgm.jade-hs.de/>

Redaktion

Prof. Dr. Frauke Koppelin

Redaktionelle Mitarbeit, Lektorat

Lena Stange

Layout

Lena Stange

Das Format basiert auf der „Handreichung für Autorinnen und Autoren“ der berufsbegleitenden Studiengänge des Centers für lebenslanges Lernen (C3L) an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.

Dieses Studienheft ist entstanden im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Verbundprojektes „Aufbau berufsbegleitender Studienangebote in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften (PuG)“ (www.pug-pflege-und-gesundheit.de). Es stellt das Studienmaterial für das FIT-Modul „Qualitätssicherung und -management im Gesundheitswesen“ dar.

Copyright

Vervielfachung oder Nachdruck auch auszugsweise zum Zwecke einer Veröffentlichung durch Dritte nur mit Zustimmung der Herausgeberin.

Oldenburg, August 2017