

Zertifizierung und Qualitätspreise

*Die Anwender orientierte Erstellung eines praxisrelevanten Leitfadens
am Beispiel der ambulanten medizinischen Rehabilitation*

Magisterarbeit
im postgradualen Studiengang Public Health
an der Technischen Universität Berlin

vorgelegt von
Dr. Christa Weßel
im September 2000

1. Gutachter: Prof. Dr. Ralph Brennecke
2. Gutachterin: Dr. Ursel König

Dank

Prof. Dr. Ralph Brennecke hat mir durch seine Betreuung immer wieder den richtigen Weg gewiesen. Von meiner Zweitgutachterin, Dr. Ursel König, habe ich gelernt, wie gut man nicht nur persönlich, sondern auch telefonisch Feedback geben kann. Werner Mall von der IKK Brandenburg und Berlin regte die Erstellung dieses Leitfadens an und öffnete den Zugang zum Projekt. Im Laufe des letzten Jahres gab er mir viele wertvolle Hinweise.

Zahlreiche Fachleute erschlossen mir ihr Gebiet. Werner Vogd hat im Forschungsseminar *Das Bild der Psychiatrie in unseren Köpfen* die Faszination qualitativer Forschungsmethoden eröffnet. Birgit Babitsch hat mir die Auswertung qualitativer Interviews erleichtert. Klaus Graebig vom Deutschen Institut für Normung e.V. machte den Zugang zur "trockenen Welt" der Normen möglich. John Elser vom Max-Bürger-Zentrum verdeutlichte aus praktischer Erfahrung die Möglichkeiten des *EFQM Excellence Model*. Leta Müller von der Deutschen Gesellschaft für Qualität stellte kurzfristig wichtige Literatur zur Verfügung. Rolf Hildebrand liess mich an seiner langjährigen Erfahrung im Qualitätsmanagement und insbesondere mit der European Foundation for Quality Management teilhaben.

Danken möchte ich auch meinen Freunden, Dorothea Weiß und Oliver Gelhausen, Kerstin Gentsch, Barbara Martin, Axel Hansmann und Pascale Meyer, Alex Davids, Regula Bucher, Ursula Heiniger, Reinhold Riedel, Heike Szarwak und last not least Irma Kretzer-Stein. Sie unterstützten mich immer wieder während meines *Sommers in Neukölln* und gewährten mir Asyl, wenn die Handwerker wieder mal zu lebhaft wurden.

Besonderer Dank gilt Dagmar Decker und Sebastian Graubner, die mir gezeigt haben, dass sich Lektorat und Freundschaft gut vertragen.

Kern dieser Magisterarbeit ist *Zertifizierung und Qualitätspreise. Ein Leitfaden für Einrichtungen im Gesundheitswesen*. Ohne die Kooperation meiner Interviewpartner in den Rehabilitationszentren, die im Projekt *Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation* beteiligt sind, wäre diese Arbeit in dieser Form nicht möglich gewesen.

Berlin, London, Zürich – Sommer 2000

Christa Weßel

Inhalt

Verzeichnis der Abkürzungen	5
Zusammenfassung	7
1 Einleitung	8
1.1 <i>Die Qualitätsdiskussion im deutschen Gesundheitswesen</i>	8
1.2 <i>Bewertungsverfahren für Qualitätsmanagementsysteme – internationale und nationale Entwicklungen</i>	9
1.3 <i>Rehabilitation in Deutschland</i>	12
1.4 <i>Das Projekt “Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation”</i>	13
1.5 <i>Eine Aufgabe von Public Health</i>	16
2 Zielsetzung und Vorgehen	18
3 Recherche	20
4 Was wollen die Anwender?	22
4.1 <i>Experteninterviews – ein qualitativer Forschungsansatz</i>	22
4.2 <i>Vorverständnis</i>	23
4.3 <i>Interviewleitfaden</i>	24
4.4 <i>Interviews</i>	25
4.5 <i>Ergebnisse der Interview-Auswertung</i>	27
4.6 <i>Fazit der Interview-Auswertung</i>	31
5 Der Leitfaden	33
5.1 <i>Gestaltung des Leitfadens</i>	33
5.2 <i>“Zertifizierung und Qualitätspreise. Ein Leitfaden für Einrichtungen im Gesundheitswesen”</i> ³⁴	

6	Evaluation	35
6.1	<i>Entwicklung des Fragebogens</i>	35
6.2	<i>Auswertung der Rückmeldungen</i>	37
7	Diskussion	41
7.1	<i>Der Leitfaden – kritische Reflexion</i>	41
7.2	<i>Qualitätsmanagement, Zertifizierung und Qualitätspreise – Fazit</i>	43
7.3	<i>Ausblick</i>	47
L	Literatur und Quellen	48
A	Anhang	51
A.1	<i>Interviewleitfaden</i>	51
A.2	<i>Auswertungsmatrix</i>	53
A.3	<i>Zitate</i>	54
A.4	<i>Anschreiben und Fragebogen für die Leser des Leitfadens</i>	61
	Erklärung über die selbständige Verfassung der Arbeit	63

Verzeichnis der Abkürzungen¹

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOTR	Ambulante medizinische orthopädisch-traumatologische Rehabilitation
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung
BÄK	Bundesärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
BKK	Betriebskrankenkassen
CQI	Continuous Quality Improvement
DAR	Deutscher Akkreditierungs-Rat
DEGEMED	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.
DGQ	Deutsche Gesellschaft für Qualität
DIHT	Deutscher Industrie- und Handelstag
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
EAP	Erweiterte ambulante Physiotherapie
EFQM	European Foundation for Quality Management
EHMA	European Healthcare Management Association
EN	European Norm
EQA	European Quality Award
IKK	Innungskrankenkassen
ISO	International Organization for Standardization
ISO/TC	ISO Technical Committee
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations
KTQ®	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus
MBNQA	Malcolm Baldrige National Quality Award
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen

¹ Es wurden auch die im Leitfaden verwendeten Abkürzungen mit aufgenommen.

o.J.	ohne Jahresangabe
o.V.	ohne Verfasser
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch V
TGA	Trägergemeinschaft für Akkreditierung
TQM	Total Quality Management
VdAK/AEV	Verband der Angestellten Krankenkassen / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
VDI	Verein Deutscher Ingenieure
WHO	World Health Organization

Zusammenfassung

Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Zertifizierung, dies sind Begriffe, die im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewinnen. Seit Anfang der neunziger Jahre hat sich die Diskussion um die Erbringung und den Nachweis qualitativ hochwertiger Leistungen auch auf das Gebiet der Rehabilitation ausgedehnt.

Entscheidungsträger im Gesundheitswesen sind zeitlich stark eingespannt. Es gibt zahlreiche, zum Teil sehr umfangreiche Veröffentlichungen zu den oben genannten Themen. Die Entwicklung auf diesem Gebiet ist sehr dynamisch. Es ist aufwendig, sich dazu einen Überblick zu verschaffen und die verschiedenen Perspektiven und Erfahrungen im Gesundheitswesen kennenzulernen.

Es wird als eine Aufgabe von Public Health angesehen, Akteure im Gesundheitswesen in ihrer Arbeit zu unterstützen. Mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden können zu konkreten Fragestellungen Informationen und Wissen zusammengestellt werden. Hierbei ist es wichtig, die Zielgruppe, für welche die Informationen zusammengestellt werden, in den Arbeitsprozeß mit einzubeziehen, um sicherzustellen, daß das Endprodukt auch wirklich den Bedürfnissen der Zielgruppe entspricht.

Im Rahmen dieser Magisterarbeit wurde für das Projekt *Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation (AOTR)* der Leitfaden *Zertifizierung und Qualitätspreise – Ein Leitfaden für Einrichtungen im Gesundheitswesen* erstellt. Beteiligte im Projekt *Qualitätssicherung in der AOTR* sind Vertreter von Krankenkassen, von ambulanten Leistungserbringern, des Medizinischen Dienstes und Mitarbeiter eines universitären Forschungsinstitutes. Die Leser sollten zu den Themen *Qualitätsmanagement, Zertifizierung und Qualitätspreise* einen Überblick erhalten und selbst weitere Informationen einholen können.

Um die Bedürfnisse der Leser kennenzulernen, wurden strukturierte, halboffene Experteninterviews mit Vertretern der Rehabilitationszentren geführt. Diese als Leistungserbringer sind diejenigen, die am stärksten mit der Frage nach Qualitätsmanagementsystemen, Qualitätssicherung und Zertifizierung konfrontiert werden.

Basierend auf der Auswertung der Interviews und der Recherche zum aktuellen Stand des Wissens wurde der Leitfaden erstellt. Mit dem Leitfaden wurde den Projektbeteiligten ein Fragebogen ausgehändigt, um einen Eindruck darüber zu gewinnen, ob das Ziel des Leitfadens erreicht wurde.

Die Rückmeldungen in Form der Fragebögen, in Telefonaten und in dem Brief eines Interviewpartners zeigten, dass zumindest für diesen Leserkreis der Leitfaden die Bedürfnisse der Leser erfüllt. Wissenslücken konnten geschlossen werden. Der Ablauf und die Vorbereitung einer Zertifizierung nach den Normen der ISO 9000 Familie sind dargestellt. Die Einholung weiterer Informationen zu den eingangs genannten Themen ist möglich.

1 Einleitung

1.1 Die Qualitätsdiskussion im deutschen Gesundheitswesen

In Deutschland wird wie in anderen Ländern der westlichen Welt die Diskussion um eine kostengünstige, bzw. Kosten stabilisierende, qualitativ hochwertige Gestaltung des Gesundheitswesens seit Jahrzehnten geführt [vgl. Kaltenbach 1993, Eichhorn 1997, Hildebrand 1999]. Zu den zu verwendenden Instrumenten werden die interne und externe Qualitätssicherung, bzw. kontinuierliche Qualitätsverbesserung der erbrachten Leistungen und entsprechende gesetzliche Vorgaben gezählt. Die Stärkung des Wettbewerbes soll ein zusätzlicher Anreiz sein. An der Diskussion beteiligen sich Leistungserbringer, Kostenträger, Patienten, Versicherte, Arbeitgeber sowie Politiker aus den unterschiedlichsten Standesvertretungen, Verbänden und Parteien.

Der Gesetzgeber reagierte auf den zunehmenden Kostendruck im Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren mit mehreren gesetzlichen Vorgaben. Zunächst wurde der Grundsatz *ambulant vor stationär* 1989 im SGB V auch im Rehabilitationsbereich für den Geltungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherungen festgeschrieben. Dies wurde mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) 1996 auch im Geltungsbereich der gesetzlichen Rentenversicherungen eingeführt [Egner 1998]. Seit der Gesundheitsreform 2000 ist im § 40 SGB V der Anspruch der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen auf ambulante Leistungen festgeschrieben [Bundesministerium für Gesundheit 2000].

Gleichzeitig sollte die Qualität der medizinischen Leistungen mittels der Einführung qualitätssichernder Massnahmen, bzw. seit dem 1.1.2000 mit der Verpflichtung zur Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen gewahrt, bzw. kontinuierlich verbessert werden. In den §§ 2, 11, 70, 111 und 135 bis 139 SGB V sind Forderungen nach Qualität, Wirtschaftlichkeit, Angemessenheit und Humanität beschrieben [Bundesministerium für Gesundheit 2000]². Die Leistungserbringer sollen ein Qualitätsmanagementsystem einführen und dies auch nach aussen darstellen. Es ist *nicht* vorgeschrieben, ob dies durch eine Zertifizierung oder einen anderen Nachweis, wie zum Beispiel (Geschäfts-)Berichte und Evaluationsergebnisse, erfolgt.

Die Kostenträger setzen sich unter anderem zusammen aus gesetzlichen und privaten Krankenversicherern, Rentenversicherern und Berufsgenossenschaften. Die Leistungserbringer lassen sich unterscheiden in ambulant und stationär, in die Bereiche Akut- und Rehabilitationsmedizin sowie in medizinische und nicht-medizinische Bereiche [vgl. Grigoleit et al. 1999].

² Für die ambulante medizinische Rehabilitation sind insbesondere die §§ 111a 135a und 137d von Belang.

Insbesondere Akteure aus dem Kreis der Leistungserbringer haben in den nächsten Jahren Entscheidungen über die Einführung, bzw. Durchführung von Qualitätsmanagement und seine externe Bewertung zu treffen. Mit der Gesundheitsreform 2000 wird den Leistungserbringern die Zuständigkeit für die Einführung von Qualitätsmanagement und die Erstellung von Qualitätsmassstäben zugeordnet [vgl. o.V. 2000d]. Die Kostenträger brauchen Methoden zur externen Beurteilung dieser Massnahmen.

1.2 **Bewertungsverfahren für Qualitätsmanagementsysteme – internationale und nationale Entwicklungen**

Qualitätsmanagementsysteme und ihre Bewertung – extern oder intern – wurden zunächst in der Industrie entwickelt und im weiteren Verlauf auch im Dienstleistungsbereich angewendet und für die speziellen Bedürfnisse spezifiziert. Zu ihren Grundsätzen zählen die Kunden-, Prozess- und Ergebnisorientierung, der Einbezug der Mitarbeiter und die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft. Die Führungsebene muss die kontinuierliche Verbesserung der Leistungen im Sinne des Continuous Quality Improvement (CQI) tragen und voran bringen³.

Externe Bewertungsverfahren für Qualitätsmanagementsysteme lassen sich in zwei Gruppen unterscheiden, die zunächst einmal Branchen unspezifisch konzipiert sind.

Ein weltweit verbreitetes Modell ist die **Zertifizierung** nach den Normen der ISO 9000 Familie. Leistungserbringer im Gesundheitswesen wählen meist die DIN EN ISO 9001: 1994-08 *QM-Systeme; Modell zur Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement-Darlegung in Design, Entwicklung, Produktion, Montage und Wartung*⁴.

Eine andere Möglichkeit, Qualitätsmanagementsysteme *und* die erzielten Resultate der Arbeit einer Organisation zu bewerten, sind **Qualitätspreise**. In Europa ist dies zum Beispiel der *European Quality Award (EQA)*, der von der European Foundation for Quality Management (EFQM) ausgeschrieben wird. In Deutschland wird korrespondierend der Ludwig-Erhard-Preis verliehen.

Diese Qualitätspreise sind für die ausschreibenden Organisationen ein *Teilaspekt*. Der Schwerpunkt liegt in der Anwendung des *EFQM Excellence Model*. Es handelt sich hierbei um ein Qualitätsmanagement-Modell, das eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung unter anderem mit Hilfe der Selbstbewertung zum Ziel hat. Dieses Modell weist eine starke Ergebnis- und Mitarbeiterorientierung auf, und beruht auf seit Jahrzehnten entwickelten Qualitätsmanagement-Methoden. Nicht alle Einrichtungen, die diese Modelle anwenden, bewerben sich um einen Qualitätspreis.

³ Im Leitfaden ist dies ausführlicher mit entsprechenden Quellenangaben dargestellt.

⁴ Im Leitfaden sind die Normen in *4 Serviceteil* im Abschnitt 4.1 zusammengestellt. Die Literaturangaben zum Deutschen Institut für Normung e.V. (DIN) sind im Abschnitt 4.2.1 aufgeführt (S. 89).

Bewerber, die sich einem Wettbewerb um Qualitätspreise beteiligen, stellen sich damit auch einer externen Bewertung. Allerdings ist ein Qualitätspreis, bzw. die Beteiligung an einem Wettbewerb kein Zertifikat, sondern ein möglicher Schritt in der Arbeit mit dem *EFQM Excellence Model*.

Ergebnisorientierung und die Evaluation von (Behandlungs-)Ergebnissen wird in den Diskussionen im Gesundheitswesen mittlerweile als ein unerlässlicher Bestandteil von Qualitätssicherung erkannt. Ein Kritikpunkt an den gegenwärtig gültigen Normen der ISO 9000 Familie ist, dass diese Ergebnisse und ihre Evaluation nicht ausreichend berücksichtigen. Ausserdem zeichnet sich im deutschen Gesundheitswesen eine Wende von der eher bewahrenden Qualitätssicherung hin zum zukunftsgerichteten Qualitätsmanagement ab⁵.

Im Gesundheitswesen werden in verschiedenen Ländern seit mehreren Jahren spezialisierte Qualitätsmanagementsysteme und vor allem – als Instrument zur externen Bewertung – Zertifizierungs- und Akkreditierungsverfahren verwendet. Ein Ursprung liegt in den USA, wo Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts der Chirurg Ernest Amory Codman erste Kriterien zur Messung und Überprüfung der Ergebnisqualität der Behandlungen entwickelte und in seiner Klinik einführte [Codman 1914].

Zu den zur Zeit international im Gesundheitswesen angewendeten Verfahren gehören die Akkreditierungsstandards der Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) in den USA, die Standards für akute Versorgungseinrichtungen des Canadian Council, die Standards für Australische Gesundheitseinrichtungen, das Hospital Accreditation Programme des britischen King's Fund und die niederländische Visitatie (Peer Review) [Selbmann 1999 & 2000].

Für den Bereich der *Akutkliniken* erarbeitet in Deutschland in jüngster Zeit die Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ®) ein Zertifizierungsverfahren⁶.

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherungen wird seit 1993 für *stationäre Rehabilitationseinrichtungen* ein Qualitätssicherungsprogramm entwickelt [Müller-Fahrnow 1995; Weßel 2000a]. Die Rentenversicherungen haben in ihren Verträgen mit Rehabilitationskliniken Qualitätssicherungsprogramme für die medizinische stationäre Rehabilitation verankert. Des weiteren wurden wissenschaftliche Institute und Universitäten zur Entwicklung fundierter Erhebungsinstrumente und zur Evaluation hinzugezogen.

Mit ihrem Qualitätssicherungsprogramm wollen die Rentenversicherungen die Qualität der erbrachten Leistungen darstellen, also messen können, Kliniken vergleichen und dadurch Anreize zur Qualitätssteigerung setzen. Das Programm gliedert sich in

⁵ vgl. im Leitfaden die Literaturangaben zu *Erfahrungsberichte und Stellungnahmen* (S. 92 und S. 97f)

⁶ siehe auch im Leitfaden 2.2 *Zertifizierung im Rahmen der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ®)* (S. 61ff)

fünf Punkte. Sie umfassen Klinikstruktur und Klinikkonzept, Patiententherapiepläne, Therapiezielkatalog und Peer Review, Patientenbefragung sowie Qualitätszirkel.

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) ist ein Verband, in dem mehr als hundert Rehabilitationskliniken Mitglieder sind [DEGEMED 2000]. In ihren Thesen und Forderungen legen sie besonderen Wert auf die Leistungserbringung durch Anbieter, die hohen Qualitätsanforderungen genügen und dies “durch internes Qualitätsmanagement und ein anerkanntes, rehaspezifisches Zertifizierungsverfahren nachweisen” [DEGEMED 2000, homepage]. Vor diesem Hintergrund wurde ein Zertifizierungsverfahren erarbeitet, das auf den Normen der ISO 9000 Familie beruht. Die Zertifizierung selbst wird von bei der Trägergemeinschaft für Akkreditierung (TGA) akkreditierten Zertifizierungsstellen durchgeführt⁷.

Der spezielle Zuschnitt auf die stationäre Rehabilitation wurde durch die folgenden Massnahmen ermöglicht. Eine Arbeitsgruppe der DEGEMED erstellt auf der Basis der ISO 9000 Familie einen entsprechenden Auditkatalog. Die Kliniken werden von der DEGEMED bei der Implementierung von Qualitätsmanagement im Rahmen von Schulungen und der Vorbereitung auf die Zertifizierung nach den Normen der ISO 9000 Familie unterstützt.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen gibt es heterogene Ansätze für Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementprogramme mit zahlreichen Modellprojekten und begleitenden wissenschaftliche Evaluationen zur Qualität der erbrachten Leistungen. Sie sind sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich angesiedelt [vgl. Maier-Riehle, Schliehe 1999]. Im ambulanten Bereich bilden die ambulante kardiologische Rehabilitation und die ambulante orthopädisch-traumatologische Rehabilitation die Schwerpunkte.

Während Jäckel und Koch [1999] eine Einbindung ambulanter Rehabilitation in das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherungen vorschlagen, ist die Vertragsgestaltung im Projekt *Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation (AOTR)* ein Beispiel für die regionale Erarbeitung von qualitätssichernden Massnahmen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern.

⁷ zur Trägergemeinschaft für Akkreditierung (TGA) vgl. im Leitfaden 1.6.4 *Zertifizierende Einrichtungen – Akkreditierung* (S. 31 f)

1.3 *Rehabilitation in Deutschland*

Das System der Rehabilitation in Deutschland weist eine komplexe Zusammensetzung der Akteure und ihrer Zielsetzungen auf. Die Rehabilitation gliedert sich in medizinische, berufliche, bzw. schulisch-pädagogische und soziale Rehabilitation. Im folgenden ist – wo nicht anders erwähnt – mit Rehabilitation die *medizinische* Rehabilitation gemeint.

Im deutschen Gesundheitswesen sind zwei Hauptgruppen Kostenträger der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation. Es sind dies die gesetzlichen Rentenversicherer, deren Ziel ist, dass die Arbeitsfähigkeit ihrer Versicherten wieder hergestellt wird. Die zweite Gruppe sind die gesetzlichen Krankenkassen. Ihre Versicherten sollen mit Hilfe der Rehabilitation den höchstmöglichen Grad an Gesundheit wieder erlangen, bzw. mit der Grunderkrankung eine möglichst geringe Beeinträchtigung erfahren [vgl. o.V. 2000d].

Weitere Kostenträger sind die Berufsgenossenschaften (Eigenunfallversicherungen), die Kriegsopferfürsorge und die Jugendhilfe [vgl. Grigoleit et al. 1999]⁸.

Die medizinische Rehabilitation wird vor allem stationär und in den letzten Jahren zunehmend auch ambulant durchgeführt [o.V. 2000d]. Die ambulante Rehabilitation wird von einigen gesetzlichen Krankenkassen befürwortet und gefördert [vgl. Meier-Riehle, Schliehe 1999]. In der gesetzlichen Rentenversicherung besteht die Besonderheit, dass die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und die Landesversicherungsanstalten für Arbeiter (LVA) selbst zahlreiche Rehabilitationskliniken betreiben. Sie sind hier nicht nur Kostenträger, sondern auch Leistungserbringer. Daher ist es nachvollziehbar, dass sie auch ein wirtschaftliches Interesse an der Bewahrung der stationären Rehabilitation haben und den Mitbewerbern aus dem ambulanten Bereich eher skeptisch gegenüber stehen [vgl. Jäckel, Koch 1999].

Die ambulante medizinische Rehabilitation gewinnt seit Anfang der neunziger Jahre an Bedeutung. Diese Entwicklung nahm ihren Anfang in den Bereichen Herz-Kreislaufkrankungen und ambulante medizinische orthopädisch-traumatologische Rehabilitation [Badura et al. 1995, Peil 1995]. Vor allem die Krankenkassen als Vertragspartner der anbietenden Rehabilitationseinrichtungen nutzten und förderten diese Entwicklung, um für ihre Versicherten Rehabilitation flexibler und kostengünstiger zu ermöglichen [Mall, Gildemeister 1999].

Ebenfalls seit Beginn der neunziger Jahre werden im Gesundheitswesen die Kosten und die Qualität erbrachter Leistungen und ihre Evaluation diskutiert. Hinzu kom-

⁸ Die Rolle der Privatversicherer wird hier nicht berücksichtigt, da der Anteil ihrer Klienten, die an einer Rehabilitationsmassnahme teilnehmen, relativ gering ist. Die Besonderheiten, die hier auftreten können, würden den Rahmen der hier zu führenden Diskussion überschreiten. Die Rehabilitation unter Zuständigkeit der Berufsgenossenschaften unterliegt speziellen Anwendungsbereichen und Verfahren. Auch sie soll hier nicht weiter behandelt werden.

men der Wettbewerb zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation. Vor diesen Hintergründen wurden in verschiedenen zum Teil regionalen, zum Teil überregionalen Projekten Untersuchungen zur Indikation, Prozessqualität, Ergebnisqualität und Patientenorientierung durchgeführt⁹.

1.4 Das Projekt "Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation"

Die *ambulante medizinische orthopädisch-traumatologische Rehabilitation* (AOTR) gehört seit 1994 zu von den Gesetzlichen Krankenversicherungen gewährten Leistungen der ambulanten Rehabilitation. Die Berufsgenossenschaften gewähren sie als *Erweiterte ambulante Physiotherapie* (EAP) ebenfalls seit 1994 [Peil 1995]. Erfüllen die Patienten bestimmte Voraussetzungen, z.B. eine entsprechende psychische und physische Konstitution, können sie innerhalb eines Indikationskataloges an einer ambulanten medizinischen Rehabilitation teilnehmen. Zu diesen Indikationen gehören akut aufgetretene Wirbelsäulenerkrankungen, Operationen am Skelettsystem, endoprothetischer Gelenkersatz, operativ und konservativ behandelte Gelenkerkrankungen sowie Amputationen [o.V. 2000a].

Zu den Leistungserbringern zählen ambulante Rehabilitationszentren, Rehabilitationskliniken, die auch ambulante Rehabilitation durchführen sowie an Akutkliniken angeschlossene Rehabilitationsabteilungen. [Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998]. Um mit den Kostenträgern Verträge zur AOTR abschliessen zu können, müssen sie definierte personelle Anforderungen und räumliche Richtlinien erfüllen. Zu den personellen Anforderungen gehört die Zusammensetzung des Personals und ihre Qualifikation. Die räumlichen Richtlinien beschreiben unter anderem die geforderte Grösse und technische Ausstattung der Einrichtung [o.V. 2000b & 2000c].

Die wissenschaftliche Forschung im Bereich der Rehabilitation hat durch die Gründung des Förderschwerpunkts Rehabilitationswissenschaften 1996 ein Netzwerk erhalten, in dem sich acht regionale Forschungsverbände zusammengeschlossen haben. Zu diesen zählt der Reha-Forschungsverbund Berlin-Brandenburg-Sachsen, dessen Geschäftsstelle am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin angesiedelt ist [Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften 2000, Brennecke et al. 1998, Buschmann-Steinhage et al. 1998, Koch et al. 1998].

Im Projekt *Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation* in Berlin sind Krankenkassen, Leistungserbringer und ein universitäres Forschungsinstitut beteiligt. Zu den Krankenkassen zählen IKK

⁹ vgl. die Literaturangaben im Leitfaden zu *Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagement-Modelle in ambulanten Einrichtungen der Rehabilitation* (S. 94 f)

Brandenburg und Berlin, AOK Berlin und der BKK Landesverband Ost. Das Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin hat unter der Leitung von Prof. Müller-Fahrnow die wissenschaftliche Begleitung des Projektes übernommen. Hinzugezogen wurden Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) Berlin-Brandenburg.

Die Leistungserbringer sind fünf Rehabilitationszentren, die die ambulante medizinische orthopädisch-traumatologische Rehabilitation durchführen. Die Einrichtungen haben, bis auf eine Ausnahme neben Verträgen zur AOTR auch eine Physiotherapeutische Praxis und zum Teil noch eine Ergotherapie. Eine der Einrichtungen hat zusätzlich zur AOTR, also zur ambulanten Therapieorganisation, einen Vertrag über die Leistungserbringung im Form einer Tagesklinik¹⁰.

Ab dem 1.1.1999 wurde für zwei Jahre ein Vertrag zwischen den Krankenkassen und den einzelnen Rehabilitationszentren über die AOTR abgeschlossen. Teil dieses Vertrages ist eine Anlage, in der das Projekt beschrieben ist [Mall, Gildemeister 1999; o.V. 1999].

Die Projektbeteiligten wollen für die AOTR Voraussetzungen schaffen,

“... damit sie den Anforderungen an die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Rehabilitation in der späteren Regelversorgung dauerhaft genügen kann. Im Mittelpunkt des Projektes steht die Entwicklung und Einführung von Elementen der *Qualitätssicherung*, welche ein hohes Qualitätsniveau der AOTR langfristig sichern.” [o.V. 1999, Seite 1]

Das Projekt ist in vier Fachforen organisiert. Im Fachforum *Leitlinien* erarbeiten Ärzte und Physiotherapeuten der Einrichtungen, ärztliche Sachverständige des MDK und Rehabilitationswissenschaftler indikationsspezifische Standards. Sie stützen sich dabei auf eine gemeinsame Dokumentation, die im Fachforum *AOTR-Basisdokumentation* entwickelt werden. Hier sind neben den Genannten auch Vertreter der Krankenkassen beteiligt. Das Fachforum *Interne Qualitätssicherung* dient dem internen Erfahrungsaustausch der Projektbeteiligten. Hier können externe Experten hinzugezogen werden. Im Fachforum *Verfahrensfragen* sollen nicht-medizinische Prozeduren geklärt und Strategien entwickelt werden, um die Zusammenarbeit zwischen den Reha-Zentren, den Kassen und weiteren Leistungserbringern, wie Akutkrankenhäusern und niedergelassenen Ärzten zu optimieren.

Ein Mitarbeiter der IKK Brandenburg und Berlin koordiniert die Projektarbeit und moderiert die Fachforen. Ein Beirat, in dem alle Vertragspartner vertreten sind, legt die Zielsetzungen fest, stimmt die Arbeitsschritte der Fachforen miteinander ab, verabschiedet die Ergebnisse und diskutiert die sich daraus ergebenden Konsequenzen zur künftigen Vertragsgestaltung der AOTR in der Regelversorgung.

Der Ansatz dieses Vorgehens ist die multidisziplinäre Zusammenarbeit von Experten, die im Konsens auf der Basis ihres Wissens und einer einheitlichen Datenlage

¹⁰ Gegenstand der Interviews, die mit Vertretern der Leistungserbringer geführt wurden, sind im ersten Teil die Einrichtungen selbst. Daher werden die Einrichtungen in dieser Arbeit detailliert im Abschnitt 4.5 *Ergebnisse der Interview-Auswertungen – das Rehabilitations-Zentrum* beschrieben.

und Dokumentation, “gemeinsam die AOTR weiter(zu)entwickeln und die Voraussetzungen (zu) schaffen für eine Überleitung der AOTR aus dem Erprobungsstadium in die Regelversorgung” [o.V. 1999, Seite 1].

Einen Aspekt der Qualitätssicherung bildet für die Beteiligten die Zertifizierung von Leistungserbringern als externes Bewertungsverfahren von Qualitätsmanagementsystemen. Im Verlauf der Projektarbeit wurde deutlich, dass auf allen Seiten ein Bedürfnis nach Klärung der verschiedenen Begriffe zu diesem Thema besteht. Besonderes Interesse galt der Darstellung der Zertifizierungsabläufe nach den Normen der ISO 9000 Familie.

Innerhalb diese Projektes sehen sich die Beteiligten, die eingeschränkte zeitliche und personelle Ressourcen zur Verfügung haben, mit mehreren Problemen konfrontiert.

Es besteht ein zum Teil sehr unterschiedliches Wissen zu existierenden Instrumenten der Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen und Qualitätssicherungsinstrumenten sowie externen Bewertungsverfahren, wie z.B. der Zertifizierung nach den Normen der ISO 9000 Familie. Die Einholung von Informationen und die Generierung von Wissen ist zeitaufwendig.

Die Implementierung der für den stationären Bereich entwickelten Instrumente wie die Akkreditierungsverfahren auf internationaler Ebene oder das Qualitätssicherungsprogramm der deutschen gesetzlichen Rentenversicherungen sind zeit- und personalintensiv, und somit kostenintensiv.

Es besteht Unklarheit bezüglich des Aufwandes und des Nutzens Branchen unspezifischer Verfahren wie der Zertifizierung nach den Normen der ISO 9000 Familie. Neuere Entwicklungen, wie die Revision der ISO Normen und die Arbeit der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ), sind nur in eingeschränktem Umfang bekannt. Andere Möglichkeiten zur Durchführung von Qualitätsmanagement, wie das Total Quality Management (TQM) und das EFQM Excellence Model, und ihre externe Bewertung, wie z.B. im Rahmen einer Bewerbung um den European Quality Award (EQA) oder die Simulation der Bewerbung, waren – wie sich auch aus den Interviews ergab – bis dato kaum bekannt.

Vor diesem Hintergrund äusserten die Beteiligten im Projekt *Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation* den Wunsch nach einer Klärung grundlegender Begriffe und der knappen Darstellung relevanter Modelle der externen Bewertung von Qualitätsmanagementsystemen, wie z.B. der Zertifizierung nach der ISO 9000 Familie.

Der Projektkoordinator regte die Erstellung einer Broschüre zum Thema *Zertifizierung* an und bot im Studiengang Public Health an der Technischen Universität Berlin ein entsprechendes Studienprojekt für das Wintersemester 1999 / 2000 an. Orientierende Recherchen und Gespräche mit den Betreuern führten zu dem Entschluss, im Studienprojekt die erforderlichen Vorarbeiten zu leisten, und innerhalb dieser Magisterarbeit die Broschüre im Sinne eines Leitfadens zu verfassen.

1.5 Eine Aufgabe von Public Health

In den Industrieländern ist seit einigen Jahrzehnten ein demographischer Wandel zu verzeichnen. Die Lebenserwartung steigt. Der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung steigt, und chronische Erkrankungen nehmen zu. Gleichzeitig sinkt die Zahl der Erwerbstätigen im Vergleich zu den Nichterwerbstätigen [Weßel 1999; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998]. Die Möglichkeiten zur Prävention, Therapie und Rehabilitation werden kontinuierlich weiter entwickelt. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Rehabilitation weiter an Bedeutung.

Jedoch ist in Zeiten knapper werdender finanzieller Ressourcen und steigender Nachfrage eine Sicherung, bzw. kontinuierliche Verbesserung der Qualität erbrachter Leistungen unabdingbar. Für die Kostenträger, z.B. die gesetzlichen Krankenkassen und die gesetzlichen Rentenversicherungen, für die betroffenen Patienten, aber auch für die Leistungserbringer selbst ist es erforderlich, ein Instrument zur Hand zu haben, das den Vergleich erbrachter Leistungen ermöglicht.

Um allerdings solche Instrumente beurteilen und anwenden zu können, ist es erforderlich, die zugrunde liegenden Begriffe und die Instrumente und ihre Anwendung zu kennen. Oft haben weder Vertreter der Leitungsebene noch Mitarbeiter in Einrichtungen des Gesundheitswesens zusätzlich zu ihrer täglichen Arbeit die Möglichkeit zu eingehenden Recherchen und Lektüre zu diesen komplexen Themen. Die Informationsflut, ob in Zeitschriften, Büchern oder im Internet ist enorm.

Public Health soll mit Hilfe seines multidisziplinären Ansatzes und der verwendeten wissenschaftlichen Methoden das theoretische Wissen dazu erarbeiten [Hurrelmann, Laaser 1998]. Die World Health Organization (WHO) betont in der Ottawa Charter for Health Promotion (1986) und in der Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century (1997) als einen wesentlichen Ansatz die Unterstützung der Menschen in ihrer jeweiligen Arbeit. In der Jakarta Declaration wird als eine der fünf Strategien die Entwicklung persönlicher Fähigkeiten (*develop personal skills*) genannt. Dazu ist die frühzeitige Einbindung aller Beteiligten erforderlich (*participation is essential to sustain efforts*) [World Health Organization 1999, homepage].

Unter diesem Aspekt kann auch eine Aufgabe von Public Health sein, für Akteure im Gesundheitswesen, zu konkreten Fragestellungen Informationen und Wissen zusammenzustellen und aufzuarbeiten. Dies kann – wie im vorliegenden Beispiel – als Leitfaden erfolgen. Damit sollen die Akteure in ihrer Arbeit unterstützt werden.

Wichtig ist dabei der Einbezug der angesprochenen Leser. Um einen Anwender orientierten Leitfaden erstellen zu können, ist es notwendig, die Bedürfnisse der Leser kennenzulernen. Dazu kann Public Health sich wissenschaftlich fundierter Methoden bedienen. Zu diesen zählen auch die durchgeführten strukturierten, halboffenen Experteninterviews als qualitative Methode [vgl. Müller et al. 1997].

Zu wünschen ist ausserdem eine Evaluation, ob das angestrebte Ziel erreicht wurde [Wottawa, Thierau 1990; Schwartz et al. 1998]. Dazu können weitere Interviews der Leser nach Anwendung des Leitfadens gehören. Diese müssten einige Monate nach der Aushändigung erfolgen, um valide Ergebnisse erbringen zu können. Da dies im zeitlichen Rahmen einer Masterarbeit nicht durchführbar ist, kann ein von den Lesern zu beantwortender Fragebogen eine erste Rückmeldung ermöglichen.

2 Zielsetzung und Vorgehen

Eine Aufgabe von Public Health ist die praxisnahe Unterstützung von Akteuren im Gesundheitswesen. Mit den Forschungsmethoden, die sich Public Health zunutze macht, ist es möglich, die Bedürfnisse der Anwender kennenzulernen, Recherchen durchzuführen und aus der Praxis und für die Praxis einen solchen Leitfaden zu erstellen.

Ziel dieser Magisterarbeit ist die Erstellung eines praxisrelevanten, Anwender orientierten Leitfadens zu grundlegenden Begriffen des Qualitätsmanagement und der Qualitätssicherung sowie zur Zertifizierung. Dazu ist es erforderlich, die Bedürfnisse der Anwender zu kennen.

Es wird von den **Hypothesen** ausgegangen, dass ein Anwender orientierter Leitfaden hilfreich sein kann zur Schliessung von Wissenslücken, zur Beschaffung weiterer Informationen, als Entscheidungshilfe hinsichtlich der Auswahl, bzw. Einführung eines Qualitätsmanagement-Modells und als Unterstützung bei der Vorbereitung auf eine Zertifizierung. Ausserdem wird angenommen, dass er als Kommunikationsgrundlage nach innen (in der eigenen Einrichtung) und aussen (im Projekt *Qualitätssicherung in der AOTR*) verwendet werden kann.

Die zentrale **Frage** lautet *Was muss in einem Leitfaden zu Zertifizierung und den grundlegenden Begriffen des Qualitätsmanagements für Einrichtungen im Gesundheitswesen enthalten sein?*

Dies führt zu den **Forschungsfragen**:

- welches sind die Informationsbedürfnisse der Anwender?
- was sind wichtige Themen?
- wie soll der praxisrelevante Leitfaden gestaltet sein?
- wurden die Anforderungen an den Leitfaden erfüllt?

Orientierende Recherchen und Gespräche mit den Betreuern führten zu dem Entschluss, im Studienprojekt die erforderlichen Vorarbeiten zu leisten, und innerhalb der Magisterarbeit den Leitfaden zu verfassen.

Im Studienprojekt wurden strukturierte halboffene Experteninterviews mit den Leistungserbringern geführt, um ihre **Bedürfnisse**, Kenntnisse und Wünsche hinsichtlich einer solchen Arbeitshilfe kennenzulernen. Die Leistungserbringer sind diejenigen, die am stärksten mit der Frage nach Qualitätsmanagementsystemen, Qualitätssicherung und Zertifizierung konfrontiert werden. Sie sind diejenigen, die unmittelbar mit dem Patienten arbeiten. Daher wurde diese Gruppe als Interviewpartner ausgewählt. Des weiteren wurden im Studienprojekt erste Recherchen und die Strukturierung durchgeführt [Weßel 2000b].

Im Rahmen der Magisterarbeit erfolgte die Auswertung der Interviews und eine eingehende Recherche. Daraus wurden die Fragestellungen und **Themen** des Leitfadens entwickelt und der Leitfaden verfasst. Dieser Leitfaden *Zertifizierung und Qualitätspreise – Ein Leitfaden für Einrichtungen im Gesundheitswesen* ist Teil dieser Magisterarbeit und in der Form beigelegt, wie ihn der erste Leserkreis erhalten hat.

Zur *Gestaltung* des Leitfadens wurden Beispiele aus der Praxis, eigene Erfahrungen und die geäußerten Wünsche der Interviewpartner herangezogen.

Zur Beantwortung der Frage, ob die *Anforderungen* an einen solchen Leitfaden erfüllt werden, wurde den Lesern mit dem Leitfaden ein Fragebogen ausgehändigt¹¹. Dieser Fragebogen kann nur ein erstes Stimmungsbild wiedergeben. Er soll einen ersten Eindruck darüber geben, ob das Ziel des Leitfadens erreicht wurde, oder welche Unzulänglichkeiten er noch aufweist. Für dieses Vorgehen spricht der kleine erste Leserkreis und die zeitlichen Ressourcen, die den Lesern innerhalb ihrer täglichen Arbeit und der Verfasserin innerhalb der Magisterarbeit zur Verfügung stehen.

¹¹ siehe bitte Anhang A.4

3 Recherche

Die Recherche verfolgte zwei Ziele. Zu den Themen Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und Zertifizierung sollte der aktuelle Stand des Wissens sowie Erfahrungen im Gesundheitswesen eruiert werden. Ausserdem sollte den Lesern ermöglicht werden, weiterführende Informationen einzuholen.

Als Quellen wurden drei Bereiche eingegrenzt. Neben einigen Standardwerken und Handbüchern zur Rehabilitation, zum Qualitätsmanagement und zur Zertifizierung wurden einige Zeitschriften im Bereich Rehabilitation und Qualitätsmanagement der Jahre 1996 bis Mitte 2000 heran gezogen¹². Der dritte Bereich ist das Internet, in dem verschiedene Organisationen, Verbände, Forschungsinstitute und Firmen auf ihren Homepages ihre Arbeit vorstellen und allgemeine Informationen zu diesen Themen zur Verfügung stellen.

Um den aktuellen Stand des Wissens und die Bedürfnisse der Anwender berücksichtigen zu können, wurde die Recherche in mehreren Zyklen durchgeführt. Zum einen sollte damit die Eingrenzung des Themas vom allgemeinen ins speziellere ermöglicht werden. Zum anderen sollte die regelmässige Sichtung der Homepages den aktuellen Stand der Informationen gewährleisten. Gleiches gilt für die Sichtung der Zeitschriften, die vor dem Abschluss des Leitfadens erneut vorgenommen wurde.

Während des Studienprojektes im Wintersemester 1999 / 2000 erfolgte die allgemeine Recherche in verschiedenen Bibliotheken und im Internet. Während des Sommersemesters 2000 spezialisierte sich die Recherche. Ausserdem konnten Kontaktpersonen, die insbesondere auf den Internetseiten angegeben waren, in Telefonaten und zum Teil persönlichen Gesprächen wertvolle weitere Hinweise geben¹³. Die Präsentation des Leitfadens vor den Projektbeteiligten fand am 21. Juli 2000 statt. Die letzte Sichtung von Homepages erfolgte am 1. Juli 2000. Die Zeitschriften wurden in der zweiten Junihälfte noch einmal geprüft.

Die Internetrecherche stützte sich eingangs auf Suchmaschinen wie www.yahoo.com und Datenbanken, wie www.dbi-berlin.de. Aus früheren eigenen Arbeiten zum Thema waren bereits einige Internetadressen, wie die Homepage des Deutschen Institut für Normung e.V. (DIN) oder der International Organization for Standardization (ISO) und der European Foundation for Quality Management (EFQM) bekannt. Hier waren zahlreiche weiterführende Verbindungen zu anderen Homepages vorhanden (*links*).

Insbesondere die Angaben im Internet, aber auch die telefonische und schriftliche Recherche bei Institutionen, Organisationen, Forschungseinrichtungen, Verbänden und Firmen, erbrachten Informationen zu Adressen und Telefonnummern und –

¹² Diese Zeitschriften sind im Leitfaden unter 4.2.4 *Zeitschriften* aufgelistet.

¹³ Hier kommt erleichternd hinzu, dass sich in Berlin z.B. das Deutsche Institut für Normung e.V. (DIN) mit seiner umfassenden Bibliothek und eine Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ) befinden, und sich daher die persönliche Kontaktaufnahme einfach gestaltete.

soweit vorhanden – Homepages im Internet sowie E-mail-Adressen. Diese wurden zu einer Liste zusammengestellt, die den Lesern eigene Recherchen erleichtern kann¹⁴.

¹⁴ Diese Liste befindet sich im Leitfaden unter *4.3 Adressen*.

4 Was wollen die Anwender?

4.1 Experteninterviews – ein qualitativer Forschungsansatz

Die Ausführungen von Müller, Münch, Badura [1997] über ihr Projekt “Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell” zu den von ihnen durch geführten Experteninterviews regten die Wahl einer **qualitativen Forschungsmethode** an. Müller et al. sehen die Vorteile vor allem in dem “,verdichteten’ resp. vertieften Einblick” (in ihrem Fall:) “in die Organisationsstrukturen und -abläufe” und postulieren “die ‚Stärke’ dieser Methode liegt eindeutig in der ... Exploration von Problemlagen, Erklärungsmustern und Zusammenhängen, die – da vorher nicht bekannt – über quantitative Methoden nur schwer zu erfassen sind.” [Müller et al. 1997, S. 301].

Die Wahl fiel auf **strukturierte halboffene Experteninterviews**, weil sie es ermöglichen, die Individualität der Untersuchten und ihre speziellen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Es sollten individuell, für die Interviewten in kurzer Zeit, umfassend und nachvollziehbar Informationen gewonnen werden. Da sich das Thema auf einen Teilaspekt ihrer Arbeit bezieht, kann hier auch von *problemzentrierten Interviews* gesprochen werden. Dieses Vorgehen bot den Vorteil, das die Untersuchende eine möglichst grosse *Offenheit* bewahren konnte [vgl. Lamnek 1993; Mayring 1999]. Dies ist relevant, weil sich in diesem Design mehrere Aspekte überschneiden.

Bei der Durchführung und Auswertung musste bedacht werden, dass die Experten Betroffene sind, d.h. es geht um ihre eigene Einrichtung und Arbeit. Der sonst Experten zugeschriebene Aspekt der Neutralität geht hier verloren.

Ausserdem ist die Interviewende Expertin und kommt mit Vorinformationen und Erfahrung in die Interviews. Aus diesem ergibt sich ihr Vorverständnis. Dies war bei der Auswertung der Interviews und der Generierung der Themen und der Gestaltung des Leitfadens *Zertifizierung und Qualitätspreise* zu berücksichtigen.

Das **Vorgehen** orientiert sich an den Ausführungen von Lamnek (1993) und Mayring (1999) zur qualitativen Inhaltsanalyse. Den theoretischen Hintergrund bilden fünf Postulate [Mayring 1999, Seiten 9 ff.]. Die *Subjektbezogenheit im Alltag* ermöglicht problemorientiertes Forschen. Die *Deskription* des Gegenstandes soll mittels Einzelfallbezogenheit, Offenheit und Methodenkontrolle genau und umfassend erfolgen. Für die *Interpretation* muss zuvor das eigene Vorverständnis dargelegt werden. Die Untersuchung sollte in *alltäglicher Umgebung* stattfinden. Die *Verallgemeinerung* muss schrittweise begründet werden.

Die Durchführung lässt sich in die folgenden *Schritte* untergliedern. Die *Auswahl der Interviewpartner* hat zum Ziel, die “theoretischen Konzepte des Forschers komplexer, differenzierter und profunder zu gestalten” [Lamnek 1993, Seite 22]. Im vorliegenden Fall sollte die am stärksten betroffene Gruppe untersucht werden.

Die Entwicklung eines Interviewleitfadens und die Auswertung der Interviews wird vom eigenen Vorverständnis beeinflusst. Daher ist es erforderlich, dieses *Vorverständnis* zu formulieren. Ausserdem muss der aktuelle Stand des Wissens aus der Literatur als *theoretischer Hintergrund* einbezogen werden.

Der *Interviewleitfaden* soll die Vergleichbarkeit der Interviews erhöhen. Die Entwicklung des Interviewleitfadens orientiert sich an den Forschungsfragen. Das Interview wird in Themenblöcke unterteilt, die logisch aufeinander aufbauen. Der erste Thema sollte zum Interviewpartner selbst sein, um den Beforschten kennenzulernen und eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu schaffen (*warming up*).

Die *Kontaktaufnahme* kann durch eine Person erleichtert werden, die Forscher und Beforschte kennen. Dadurch wird das notwendige Vertrauensverhältnis gefördert. Die Durchführung der Interviews muss die Einholung der *Einverständniserklärung* beinhalten. Sie sollte in vertrauter Umgebung stattfinden. So bietet es sich an, dies in den Einrichtungen selbst zu tun.

In der *Transskription* kann durch eine entsprechende Zeichensetzung bei Namensnennungen die *Anonymität* gewahrt werden. Die vollständige Transkription ins Schriftdeutsche ermöglicht eine systematische Auswertung in mehreren Zyklen.

Die *Auswertung* mit Hilfe der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse erfolgt über die Bildung von Kategorien, die Identifizierung von Ankerbeispielen, einen mehrfachen Materialdurchlauf, in dem unter Umständen das Kategoriensystem revidiert werden muss, und die Ergebnisaufbereitung [Mayring 1999, Seiten 91 ff].

Die Interpretation und das daraus zu ziehende *Fazit* bilden zunächst einen Abschluss.

Daraus und aus theoretischem Wissen können Massnahmen oder – wie im vorliegenden Fall – ein Leitfaden entwickelt werden. Die *kommunikative Validierung* mit den Beforschten soll die Gültigkeit der Ergebnisse überprüfen, indem ihnen die Ergebnisse vorgelegt und diese mit ihnen diskutiert werden [vgl. Mayring 1999, Seite 125].

4.2 Vorverständnis

In meinem Vorverständnis ist Qualitätsmanagement als kontinuierlicher, nie endender Prozess innerhalb einer Einrichtung zu sehen, der von der Leitung und den Mitarbeitern als Unternehmensphilosophie getragen werden muss. Dies bedeutet, dass insbesondere die Unternehmensleitung die Mitarbeiter und die Patienten immer wieder in dieses Selbstverständnis und Vorgehen einbezieht. Qualitätsmanagement bedient sich dazu verschiedener Instrumente¹⁵.

Zertifizierung kann ein Anlass und ein Instrument für die Einführung vom Qualitätsmanagement sein. Eine Einrichtung kann eine Zertifizierung als einen wesentlichen Schritt in die Entwicklung ihres Qualitätsmanagements integrieren. Welches

¹⁵ Einige Instrumente sind im Leitfaden unter 1.5 *Qualitätsmanagement* aufgeführt (S.18 ff).

Modell dazu gewählt wird, sollte die jeweilige Einrichtung individuell und ihren Bedürfnissen und Möglichkeiten entsprechend entscheiden.

Qualitätsmanagement und Zertifizierung können Instrumente für wirtschaftliches, qualitativ hochwertiges Arbeiten sein. Daher ist es wichtig, ihre Bedeutung und ihre Techniken zu kennen, sie jedoch nicht zum Selbstzweck und zur Belastung werden zu lassen.

Oft bestehen unklare Vorstellungen zur Einführung von Qualitätsmanagement und zur Zertifizierung. Diese können zu einer ablehnenden Haltung oder hohen Erwartungen führen. Zum einen kann dadurch die Einführung von Qualitätsmanagement erschwert oder verhindert werden. Zum anderen können Enttäuschungen über nicht erfüllte Erwartungen verhindern, Qualitätsmanagement oder einen Zertifizierungsprozess, der regelmässig wiederholt werden muss, auf Dauer in einer Einrichtung zu implementieren.

4.3 Interviewleitfaden

Die Hypothesen und die sich daraus ergebenden **Forschungsfragen** bildeten die Basis zur Entwicklung des Interviewleitfadens¹⁶. Der Interviewleitfaden ist in vier Themenkomplexe mit entsprechenden Leitfragen untergliedert. Ad-hoc Fragen können zusätzlich während des Interviews verwendet werden, um bei einem Abschweifen des Befragten von der Frage wieder an das Thema heran zu führen oder ein Stocken des Interviews zu beheben.

Um die **Informationsbedürfnisse der Anwender** zu erfahren, ist es zunächst erforderlich den Interviewpartner selbst kennenzulernen. Daher schlossen sich an die Einleitung mit der Vorstellung der Interviewerin, der Klärung der Tonbandaufnahme und der Vertraulichkeit Fragen zum *Leistungserbringer* an. Dies diente ausserdem als *warming up*.

Das Forschungsthema ist auf die Bereiche Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und Zertifizierung eingegrenzt. Diese wurden in der Entwicklung des Interviewleitfadens als **wichtige Themen** angenommen und im zweiten Thema *Vorhandenes Wissen* behandelt. Bei der Frage nach der Qualifikation der Mitarbeiter leiteten einige der Interviewten selbst dazu über. Aus diesem Komplex konnte in der Auswertung unter Berücksichtigung des eigenen Vorverständnisses und des theoretischen Hintergrundes gleichsam in einem "Negativabdruck" geklärt werden, wo die grössten Informationsbedürfnisse und Unklarheiten liegen.

Um das eigene Vorverständnis klar von den Bedürfnissen der Anwender abgrenzen zu können, und um Vorbehalte und eventuell nicht zu erfüllende Erwartungen zu erkennen, wurde im dritten Thema nach *Motiven und Erwartungen* gefragt.

Die *Wünsche zu Inhalt und Gestaltung des Leitfadens* sind zum Teil schon in den

¹⁶ Der Interview-Leitfaden befindet sich im Anhang A.1.

anderen Themen besprochen worden. Dieser Abschnitt sollte sicherstellen, dass zum einen die Informationsbedürfnisse der Anwender explizit angesprochen werden. Zum anderen sollte damit auch der Frage nach der *praxisrelevanten Gestaltung des Leitfadens* nachgegangen werden.

4.4 Interviews

Um die Rehabilitations-Zentren und ihre Bedürfnisse hinsichtlich des Leitfadens kennenzulernen, wurden *strukturierte halboffene Experteninterviews* mit leitenden Mitarbeitern der im Projekt beteiligten fünf Zentren durchgeführt. Wie eingangs ausgeführt, sind die Leistungserbringer diejenigen, die am stärksten mit der Frage nach Qualitätsmanagementsystemen, Qualitätssicherung und Zertifizierung konfrontiert werden. Sie sind diejenigen, die unmittelbar mit dem Patienten arbeiten. Daher wurde diese Gruppe als Interviewpartner *ausgewählt*.

Die Leitungsebene entscheidet über die Einführung vom Qualitätsmanagement und Zertifizierung. Die wichtigsten Vertreter dieser strategisch-operativen Ebene sind der medizinische Leiter (Arzt oder Physiotherapeut)¹⁷ und der Leiter der Administration (z.B. Verwaltungsleiter, Geschäftsführer). Sie haben beide wesentliches aus fachlich unterschiedlichen Perspektiven zur Fragestellung beizutragen.

Es fand in den fünf Reha-Zentren je ein *Interview* mit kurzen Begehungen eher im Sinne von Besichtigungen der Einrichtungen statt. Um eine gute Vergleichbarkeit zu erreichen, wurde ein möglichst ähnlicher Ablauf angestrebt. Wie zu erwarten war, waren medizinischer Leiter und administrativer Leiter der Rehabilitations-Zentren zeitlich stark eingespannt. In zwei Fällen haben sie ein gemeinsames Interview vorgeschlagen, was ich – nach Rücksprache mit meinen Betreuern – akzeptiert habe, auch wenn damit die Vergleichbarkeit der verschiedenen Einrichtungen abnehmen sollte. Die weiteren drei Interviewpartner waren medizinischer Leiter (Arzt oder Physiotherapeut) und administrativer Leiter in Personalunion.

Nach der Vorstellung auf einer Projektsitzung im August 1999 erfolgte im Oktober 1999 die telefonische *Kontaktaufnahme* mit dem Ansprechpartner, der auf der Projektliste verzeichnet war. Es handelte sich entweder um den Leiter der Administration oder um den medizinischen Leiter. Nach einer kurzen Vorstellung und der Erinnerung an das Projekt erläuterte ich den Sinn und das Ziel der geplanten Interviews und Begehungen. Wir klärten den Ablauf und vereinbarten einen Termin. Ich wies darauf hin, dass in den Interviews nicht über den Inhalt anderer Interviews gesprochen werden würde.

Die *Dauer* der Leitfadengestützten Interviews betrug in vier Fällen ungefähr eine Stunde. Ein Interview dauerte ungefähr dreissig Minuten. Hinzu kam eine ungefähr

¹⁷ Zu dieser Gruppierung habe ich mich wegen der leichteren Lesbarkeit entschieden, auch wenn in Deutschland eine solche Zusammenfassung von ärztlichen und nicht-ärztlichen medizinischen Berufen (medical professionals) – noch – nicht üblich ist.

fünfzehn bis dreissig minütige Besichtigung. Alle Interviews wurden auf Audiokassette aufgezeichnet. Die *Aufnahme* war freiwillig. Im Anschluss habe ich angelehnt an den Interviewleitfaden ein *Postskriptum* und Protokoll zum Interview und zur Besichtigung angefertigt, in das nicht aufgenommene wesentliche Aspekte und die Umstände des Interviews einfließen.

Die *Einverständniserklärung* habe ich an drei Punkten *mündlich* eingeholt. Zum einen bei der Vorstellung in einer Projektsitzung im August innerhalb der Gruppe. Zum anderen erklärte ich jedem der Teilnehmer bei der telefonischen Kontaktaufnahme vor den Interviews und vor Beginn des Interviews das Projekt, seine Zielsetzung, die Vertraulichkeit und holte ihr Einverständnis ein.

Es erfolgte die vollständige *Transskription* aller fünf Interviews ins Schriftdeutsche. Für unverständliche Worte wurde jeweils ein Schrägstrich eingesetzt. Namen von Personen, Einrichtungen oder Kliniken wurden ebenfalls durch einen Schrägstrich ersetzt, um die *Anonymität* zu gewährleisten. Es war darauf zu achten, dass in Zitaten keine Hinweise auf den Urheber auftreten.

Es wird darauf verzichtet, alle fünf Interviews vollständig oder auch in längeren Auszügen in diese Arbeit aufzunehmen. Zum einen ist die Zahl der untersuchten Einrichtungen klein und die Teilnehmer im Projekt sind bekannt. Daher könnte von den Inhalten auf die Identität der Interviewten geschlossen werden. Somit ginge die zugesicherte Anonymität verloren. Zum anderen würde es den Umfang dieser Arbeit erheblich erhöhen, ohne zum eigentlichen Ziel, der Erstellung eines praxisrelevanten Leitfadens, zusätzliche Informationen beizutragen.

Zur *Auswertung* der Interviews mittels der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse wurden zunächst *Kategorien* definiert. Sie entsprechen den Themenkomplexen des Interviewleitfadens. Einzelne Fragen der Themenkomplexe stehen für Unterkategorien, bzw. *Kriterien* der Auswertung. Die Analyse dieser Kriterien, bzw. Indikatoren erfolgte mit Hilfe einer *Matrix* für alle fünf Interviews¹⁸. „Ankerbeispiele“, also Zitate sind exemplarisch im Anhang A.3 für die unterschiedlichen Kategorien aufgeführt. Die *Ergebnisse* der Auswertung werden *zusammenfassend dargestellt*, wobei unterschiedliche Positionen und Schwerpunkte der Interviewten berücksichtigt werden müssen.

¹⁸ Für die Kategorie *Wünsche zum Inhalt des Leitfadens* ist dies im Anhang A.2 abgebildet.

4.5 Ergebnisse der Interview-Auswertung

- **das Rehabilitations-Zentrum (der Leistungserbringer)**

Zu diesen Komplex wurde nach den klassischen, in den sechziger Jahren für das Gesundheitswesen von Donabedian [1966] entwickelten Kategorien *Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität* gefragt.

Zur Beurteilung der *Strukturqualität* werden räumliche, technische, personelle und organisatorische Parameter herangezogen [Kaltenbach 1993, Hildebrand 1999]. Für diese Parameter existieren zum Teil Anlagen zu Verträgen zwischen Leistungserbringern in der ambulanten Rehabilitation und Gesetzlichen Krankenkassen [vgl. o.V. 2000a, 2000b, 2000c].

Die Einrichtungen sind mit 750 bis 1500 qm jeweils deutlich grösser als das von den Gesetzlichen Krankenversicherern geforderte Mindestmass von 350 qm. Zusätzlich zur *technischen* Mindestausstattung halten alle fünf Einrichtungen weitere Anlagen vor, zum Beispiel eine Sauna oder ein Schwimmbecken.

Zu den *personellen* Anforderungen gehört die ständige "Leitung und Verantwortung eines Arztes für Chirurgie/Unfallchirurgie oder eines Arztes für Orthopädie" [o.V. 2000b]. Wesentlich ist hierbei das Merkmal *Arzt für*, also eines Facharztes. Es kann sich auch um einen Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin handeln. In drei der untersuchten Einrichtungen ist der ärztliche Leiter Vollzeit engagiert. Um eine durchgängige Versorgung der ambulanten Patienten an sechs Tagen in der Woche zu gewährleisten, soll es mindest drei Physiotherapeuten, einen Masseur und medizinischen Bademeister und einen Diplomsportlehrer geben. Je nach weiteren Zulassungen, bzw. Verträgen mit Krankenkassen, Unfallversicherungen und Rentenversicherungen sowie dem Patientenaufkommen wird von den Einrichtungen diese Zahl in allen Bereichen mehr oder weniger deutlich überschritten¹⁹.

Zu den *organisatorischen* Gegebenheiten werden hier die Patientenzahlen, das Leistungsprofil, die häufigsten Erkrankungen, die Therapieformen, unterschieden nach ambulant und tagesklinisch, sowie die Kooperation mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens gezählt.

Die Angaben für die Patientenzahlen in der AOTR, bezogen auf den Tag, schwanken zwischen vierzig und einhundertzwanzig.

Das Leistungsprofil zeigt sich zum Beispiel in der Form der mit den Kostenträgern abgeschlossenen Verträge. Die Einrichtungen haben, bis auf eine Ausnahme neben Verträgen zur AOTR auch eine Physiotherapeutische Praxis und zum Teil noch eine Ergotherapie. Eine der Einrichtungen hat zusätzlich zur AOTR, also ambulanten Therapieorganisation, einen Vertrag über die Leistungserbringung in Form einer Tagesklinik.

Die häufigsten Erkrankungen stammen aus dem chirurgisch-orthopädischen Formenkreis mit Übergängen zur Inneren Medizin (rheumatische Erkrankungen) und zur

¹⁹ vgl. Anhang A.3, Zitat 1

Neurologie. Letztere sind für die AOTR aber nicht von Belang. Im AOTR-Bereich stellen Patienten mit Bandscheiben-, Knie-, Schulter- und Hüfterkrankungen mit oder ohne vorangegangene Operation den grössten Anteil²⁰.

Es überwiegt die Kooperation mit Krankenhäusern im jeweiligen geographischen Umkreis und mit niedergelassenen Ärzten, die aus persönlichen Kontakten entstanden sind und in diesem Sinne gepflegt werden²¹. Es werden aber auch vereinzelt Probleme bei der Kooperation deutlich²².

Zu den organisatorischen Gegebenheiten gehören ausserdem Organigramm, formelle und informelle Besprechungen und Fortbildungen.

Die fünf Einrichtungen haben als GmbHs einen Geschäftsführer für den administrativen Bereich. In einer Einrichtung ist der Geschäftsführer gleichzeitig der leitende Arzt. In einer weiteren Einrichtung ist der Geschäftsführer nicht klinisch tätiger Arzt, der eng mit dem leitenden Physiotherapeuten zusammen arbeitet. Die drei übrigen Geschäftsführer sind in zwei Fällen Physiotherapeuten und in einem Fall aus einem pädagogischen Beruf. Hier wird jeweils eine enge Abstimmung mit der ärztlichen Leitung betont²³.

Formelle Besprechungen, die zum Teil mit internen Fortbildungen kombiniert werden, finden in zwei Einrichtungen einmal pro Woche und in einem Zentrum täglich statt. Eine Einrichtung legt grossen Wert auf schriftliche Dokumentationen. In diesem Interview wird nichts über regelmässige Besprechungen erwähnt. Der Geschäftsführer einer Einrichtung legt eher Wert auf informelles Vorgehen²⁴. Informelle Besprechungen und Kontakte schildern auch die übrigen Interviewpartner vor allem hinsichtlich akut entstehender Fragestellung zu einzelnen Patienten²⁵.

Interne Fortbildungen finden zwei- bis viermal im Monat, in einem Fall vier bis fünfmal im Jahr statt. Hier werden auch niedergelassenen Ärzte eingeladen. Teilnahmen an externen Fortbildung sind in allen Einrichtungen möglich, bzw. erwünscht²⁶.

Die Beurteilung der *Prozessqualität* bezieht sich im Gesundheitswesen vor allem auf die Patientenbehandlungen. Diese Patienten bezogenen Prozesse haben durch die Vertragsgestaltungen mit den Kostenträgern eine gewisse Struktur [vgl. o.V. 2000b]. Sie werden von den Einrichtungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten weiter differenziert. Die Abläufe werden für den einzelnen Patienten dokumentiert. In einer Einrichtung sind schriftliche Behandlungsstandards erarbeitet worden²⁷.

Als Gegenstand der *Ergebnisqualität* (*Outcome*) sehen alle Interviewpartner das kurz- und das langfristige Behandlungsergebnis der Patienten. Eine Einrichtung ver-

²⁰ vgl. Anhang A.3, Zitat 2

²¹ vgl. Anhang A.3, Zitate 3 bis 5

²² vgl. Anhang A.3, Zitat 6

²³ vgl. Anhang A.3, Zitat 7

²⁴ vgl. Anhang A.3, Zitate 8 bis 9

²⁵ vgl. Anhang A.3, Zitat 10

²⁶ vgl. Anhang A.3, Zitate 11 und 12

²⁷ vgl. Anhang A.3, Zitat 13

sucht mit Hilfe von Patientenfragebögen einen Anhalt hinsichtlich des kurzfristigen Outcomes zu erhalten, äussert ausdrücklich den Wunsch nach Ergebnissen hinsichtlich des langfristigen Behandlungsergebnisses²⁸.

- vorhandenes Wissen zu Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und Zertifizierung

Dieser Komplex ist in den Interviews unterteilt zum einen in den Teil Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement zum anderen in den Teil Zertifizierung. Von Interesse waren mögliche Definitionen, die Durchführung in der Einrichtung, sowie Quellen – zum Beispiel der Austausch mit anderen Leistungserbringern.

Insgesamt wurde auf die Fragen nach *Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung* vor allem der Begriff Qualitätssicherung verwendet. Als Ziel der qualitätssichernden Massnahmen gaben die Interviewten die Erbringung qualitativ hochwertiger, Prozess orientierter Therapien an, die sie mittels verschiedener Instrumente sichern. Dazu gehören die Qualifikation der Mitarbeiter über das von den Kostenträgern geforderte Mass hinaus, das Arbeiten im Team, die Therapieplanung und -überprüfung, die Sicherstellung der Therapeutenkontinuität, die fortlaufende interdisziplinäre Rücksprache einschliesslich der Überprüfung des Therapieergebnisses, sowie die Dokumentation²⁹.

Sieht man als wesentliche Kennzeichen von Qualitätsmanagement den Einbezug der Mitarbeiter und die kontinuierliche Verbesserung der eigenen Leistungen, so wurde dies ausdrücklich nur in einem der Interviews beschrieben³⁰.

Zwei der Interviewten gingen mit einer eher skeptischen Reaktion separat auf den Begriff Management ein³¹.

Als Quellen wurden der Austausch auf Kongressen sowie mit Verbänden, zum Beispiel der Deutschen Rheumaliga, angegeben³². Erfahrungen sammelte eine Einrichtung durch die Durchführung der teilstationären Rehabilitation und das damit verbundene Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger³³.

Zum Bereich *Zertifizierung* wurden in drei der Interviews Definitionen, bzw. Beschreibungen vorgenommen. Sie umfassten den Nachweis von Qualität, die Arbeit nach Richtlinien und die Vergleichbarkeit der Leistungen³⁴.

Keine der Einrichtungen verfügt bisher über eigene Erfahrungen mit Zertifizierungen. Als Quellen hat einer der Interviewten die Normen der International Organization for Standardization (ISO) erwähnt³⁵. Die Informationen durch Verbände, wie die Deutsche Rheumaliga wurde weiter oben schon geschildert und zitiert (Zitat 21).

²⁸ vgl. Anhang A.3, Zitat 14

²⁹ vgl. Anhang A.3, Zitat 15 und 16

³⁰ vgl. Anhang A.3, Zitat 17

³¹ vgl. Anhang A.3, Zitat 18 und 19

³² vgl. Anhang A.3, Zitate 20 und 21

³³ vgl. Anhang A.3, Zitat 22

³⁴ vgl. Anhang A.3, Zitate 23, 24, 25

³⁵ vgl. Anhang A.3, Zitat 26

- **Motive und Erwartungen**

Die Einschätzung der *Bedeutung* von Zertifizierungen für das Gesundheitswesen, bzw. die ambulante Rehabilitation, reicht von gering bis deutlich steigend. Parallel dazu wird der *Nutzen* als gering bis hoch eingeschätzt. Im letzteren Fall wird dies für eine Zunahme der Transparenz und eine Senkung der Kosten erwartet. Für die Einrichtungen muss sich der finanzielle und zeitliche Aufwand lohnen, zum Beispiel durch den Abschluss von Verträgen mit den Kostenträgern. *Nachteile* werden vor allem darin gesehen, dass eine Zertifizierung nicht unbedingt den Nachweis hoher Qualität ermöglicht³⁶.

Die Bandbreite dieser Einschätzungen spiegelt sich in der *Motivation* zur Durchführung von Qualitätsmanagement und Zertifizierung wider. Es finden sich eher ablehnende bis zustimmende Angaben³⁷.

- **Wünsche zum Inhalt des Leitfadens *Zertifizierung und Qualitätspreise***

Im letzten Teil des Interviews wurden noch einmal ausdrücklich Wünsche zum Inhalt des Leitfadens erfragt. Einer der Interviewten erachtete ein Leitfaden zur Begriffsklärung für Leistungserbringer nicht für erforderlich, sondern sah eher Informationsbedarf bei den Kostenträgern³⁸. Im übrigen wurde vor allem auf die Klärung zentraler Begriffe und die Erläuterung der Abläufe und notwendigen Voraussetzungen von Zertifizierungen Wert gelegt³⁹. Ausserdem sollten durchführende Institutionen und Erfahrungen anderer Einrichtungen dargestellt werden⁴⁰. In einem Interview wurde der Wunsch nach einer Darstellung der Entwicklung, bzw. Trends geäußert⁴¹.

³⁶ vgl. Anhang A.3, Zitate 27 bis 31

³⁷ vgl. Anhang A.3, Zitate 32, 33, 34

³⁸ vgl. Anhang A.3, Zitat 35

³⁹ vgl. Anhang A.3, Zitate 36, 37

⁴⁰ vgl. Anhang A.3, Zitat 38, 39

⁴¹ vgl. Anhang A.3, Zitat 40

4.6 **Fazit der Interview-Auswertung**

Insgesamt zeigt sich, dass den Interviewten Begriffe wie Qualität und die Kategorien Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität als Punkte in der Qualitätssicherung vertraut sind. Die Begriffe Qualitätsmanagement und Zertifizierung sind ebenfalls bekannt. Keiner der Interviewten verfügt über ein vertieftes Hintergrundwissen. Begriffe wie Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung werden synonym verwendet. Der grösste Informationsbedarf besteht auf dem Gebiet der Zertifizierung.

Die Zielgruppe eines Leitfadens zu diesem Thema sind zeitlich stark eingespannte Akteure im Gesundheitswesen. Zum einen sind dies die Leistungserbringer. Sie sind diejenigen, die eine Zertifizierung hauptsächlich zu tragen und durchzuführen haben. Die übrigen Beteiligten im Projekt wie Krankenkassenvertreter und Mitarbeiter der Forschungseinrichtung sind weitere Leser.

Die Interviewten als Vertreter der Zielgruppe wollen eine Definition der wesentlichen Begriffe zu den Themen Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und Zertifizierung. Bei letzterem sind vor allem die verschiedenen Modelle und Normen, sowie Voraussetzungen, Abläufe, Aufwand und Nutzen sowie Erfahrungen aus dem Gesundheitswesen von Interesse.

Ausserdem benötigen die Leser als Ansprechpartner Institutionen, die Zertifizierungen durchführen oder Normen und Modelle entwickeln oder über eigene Erfahrungen mit Zertifizierungen verfügen.

Die Auswertungsergebnisse der Interviews und der aktuelle Stand des Wissens waren die Grundlage zur Erstellung des Leitfadens *Zertifizierung und Qualitätspreise*. Aus der Auswertung wurden zunächst zentrale Fragestellungen generiert. Daraus wurden die Themen und die Struktur des Leitfadens entwickelt:

- zentrale Begriffe der Qualitätssicherung, des Qualitätsmanagement und der Zertifizierung
- Zertifizierung nach den Normen der ISO 9000 Familie: Beschreibung, Hintergründe, aktuelle Entwicklungen, Abläufe (einschliesslich Voraussetzungen), Erfahrungen (einschliesslich Aufwand und Nutzen)
- Serviceteil: Informationen zu Institutionen und Organisationen sowie weiterführender Literatur und Internetquellen

Im ersten Punkt ist die Frage nach Qualitätsmanagement-Modellen enthalten. Ausserdem wird in den Interviews deutlich, dass im Gesundheitswesen Qualitätssicherung und die externe Bewertung von Qualitätsmanagement-Verfahren Ergebnisorientierung (*outcome*) einschliessen soll.

Dies führte zu dem Entschluss, den *European Quality Award* (EQA) als ein Beispiel für externes Bewertungsverfahren und das ihm zugrunde liegende *EFQM Excellence Model* darzustellen. Für diese Auswahl sprechen mehrere Gründe. Anhand dieses Modells können Charakteristika von Qualitätsmanagement exemplarisch erklärt werden. Das Modell wird von einer steigenden Zahl von Einrichtungen im Gesundheitswesen auch in Deutschland angewendet. Andere externe Bewertungsverfahren und Preise weisen einige Gemeinsamkeiten mit dem EFQM Excellence Model auf. Exemplarisch wurden der branchenunabhängige Ludwig-Erhard-Preis, der Golden Helix Award und die Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ) in den Leitfaden aufgenommen.

Neben der Zertifizierung nach den Normen der ISO 9000 Familie und der Beteiligung an Qualitätspreisen gibt es speziell im und für das Gesundheitswesen entwickelte Bewertungs-, Zertifizierungs- und Akkreditierungsverfahren.

Zu diesen gehören die Akkreditierungsstandards der Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) in den USA, die Standards für akute Versorgungseinrichtungen des Canadian Council, die Standards für Australische Gesundheitseinrichtungen, das Hospital Accreditation Programme des britischen King's Fund und die niederländische Visitation (Peer Review).

Die Zielgruppe des Leitfadens *Zertifizierung und Qualitätspreise* soll zunächst eine Orientierung zu zwei der zur Zeit am stärksten diskutierten Verfahren in Deutschland erhalten. Es wurde darauf verzichtet, Entwicklungen und Modelle aus dem Ausland ausführlich darzustellen, da dieses den Rahmen des Leitfadens gesprengt hätte. Dies deckt sich mit den Wünschen der Interviewten, die in einem Interview Interesse an ausländischen Modellen angemeldet hatten, aber vor allem hiesige Gegebenheiten nachgefragt hatten.

Der Leitfaden soll so gestaltet sein, dass er sich unter verschiedenen Aspekten lesen lässt. Er soll logisch aufeinander aufbauend nach der Klärung grundlegender Begriffe die Zertifizierung nach den DIN EN ISO 9001 ff und das EFQM Excellence Model einschliesslich Erfahrungen aus dem Gesundheitswesen darstellen. Es soll auch – je nach Interesse des Lesers – möglich sein, zunächst mit dem Thema *Zertifizierung* oder mit dem Thema *Qualitätspreise* zu beginnen. Schliesslich soll er als "Nachschlagewerk" für Begriffe, Normen, Literatur und Adressen nutzbar sein.

Zu diesem Zweck wurde eine Gliederung in vier Kapitel vorgenommen und ein Stichwortverzeichnis angefügt. In den Kapiteln *Zertifizierung* und *Qualitätspreise* wurden Verweise zu ausführlicheren Erläuterungen im Kapitel *Begriffe* bzw. zu Informationen im *Serviceteil* gemacht.

5 Der Leitfaden

5.1 Gestaltung des Leitfadens

Beispiele aus der Praxis, eigene Erfahrungen und die von den Interviewten geäußerten Wünsche bildeten die Basis für die Entwicklung des Layouts. Dazu wurden folgende Kriterien identifiziert:

- handlich
- komfortabel lesbar
- übersichtlich
- möglichst hohe Unabhängigkeit der Abschnitte
- nachschlagbare Begriffe
- knapper Umfang
- umfassender Inhalt

Um ein *handlichen* Gebrauch in der täglichen Arbeit und einen hohen *Lesekomfort* zu erleichtern, wurde ein DIN-A 5 Format mit Spiralbindung sowie ein einheitliches, ruhiges Schriftbild gewählt [vgl. H+ Bildung 1997; Bundesärztekammer 1997].

Die *Übersichtlichkeit* soll durch die Differenzierung des Inhaltes und die Verwendung von Kopfzeilen gefördert werden. Der Inhalt wurde dreistufig gegliedert und numeriert. Die Kapitel (1, 2, 3, 4) haben Abschnitte (1.1, 1.2 etc.) und zum Teil Unterabschnitte (1.6.1, 1.6.2 etc.) Korrespondierend sind im Text in den Kopfzeilen die aktuellen Überschriften der Abschnitte und – so vorhanden – Unterabschnitte angegeben (1.6 Zertifizierung [neue Zeile] 1.6.2 Zertifizierung nach Normen) [vgl. Bundesärztekammer 1997].

Damit der Leser Kapitel und Punkte, die ihn aktuell nicht interessieren, überschlagen kann, wurde eine möglichst hohe *Unabhängigkeit der Kapitel* angestrebt. Daher wurde die Unterteilung in die zwei Hauptthemen 2 Zertifizierung und 3 Qualitätspreise vorgenommen, so dass diese getrennt gelesen werden können. Vor oder nach der Lektüre der beiden Hauptthemen kann der Leser sich einen Überblick über zentrale *Begriffe* verschaffen (Kapitel 1). Um doppelte Ausführungen zu vermeiden, wurden einige Querverweise eingefügt (z.B. Fussnote 4, Seite 43: “siehe auch *Begriffe (Qualitätsmanagement)*”) [vgl. Hauke 1994; H+ Bildung 1997; Bundesärztekammer 1997].

Das *Stichwortverzeichnis* und die Verzeichnisse der Abbildungen, Tabellen und Abkürzungen sowie die Unterteilung des *Serviceteils* (Kapitel 4) in *Normen, Literatur und Quellen* sowie *Adressen* sollen dem Leser ermöglichen, *Begriffe und Informationen nachzuschlagen*. Dies unterstützt beim ersten Lesen die Unabhängigkeit der Kapitel voneinander und erleichtert den späteren Gebrauch des Leitfadens [vgl. Bahrs 1995].

Der *Umfang* des Leitfadens soll durch die Beschränkung auf zwei Hauptthemen und auf zentrale Begriffe möglichst *knapp* gehalten werden. Die *Darstellung* der Hauptthemen soll insofern *umfassend* sein, dass sie auch einige Hintergründe und aktuelle Entwicklungen umfasst. So wurde zum Beispiel auch die noch nicht gültige Revision

der ISO 9000 Familie erläutert, da durch diese Revision in den nächsten Jahren deutliche Veränderungen in der Zertifizierung zu erwarten sind.

5.2 *“Zertifizierung und Qualitätspreise. Ein Leitfaden für Einrichtungen im Gesundheitswesen”*

Der Leitfaden befindet sich in der verschliessbaren Sichthülle am Ende dieser Magisterarbeit. Er liegt hier in seiner ersten Version vor, so wie ihn die Leser auf der Präsentation am 21. Juli 2000 erhalten haben.

6 Evaluation

6.1 Entwicklung des Fragebogens

Eine Evaluation soll prüfen, ob das angestrebte Ziel erreicht wurde [vgl. Wottawa, Thierau 1990]. Ziel war die Erstellung eines Anwender orientierten, praxisrelevanten Leitfadens. In Anbetracht des kleinen ersten Leserkreises könnte man erneut qualitativer Interviews mit den Lesern einige Monate nach der Aushändigung des Leitfadens durchführen [vgl. Wottawa, Thierau 1990]. Da dies die zeitlichen Ressourcen im Rahmen einer Magisterarbeit deutlich überschreitet, wurde eine orientierende Rückmeldung mittels eines Fragebogens angestrebt, der allen Lesern zusammen mit dem Leitfaden ausgehändigt wurde⁴².

Zur Gestaltung des Fragebogens wurden die Ausführungen von Diekmann (1995) herangezogen. Eine Einschätzung und Bewertung kann mittels geschlossener Fragen vorgenommen werden, deren Skalierung nach der Likert-Methode vorgenommen wird. Die Unterteilung in fünf Punkte hat den Vorteil, dass auch eine tatsächliche mittlere Einstellung geäußert werden kann, und der Befragte nicht zu einer "positiven" oder "negativen" Stellungnahme gezwungen wird [Diekmann 1995, Seite 410]. Allerdings besteht auch die Gefahr, dass hier Eintragungen bei Unentschiedenheit oder Meinungslosigkeit erfolgen.

Die Skalierung mit Zahlen scheint – so Diekmann – gegenüber einer Verbalisierung, wie z.B. sehr gut bis sehr schlecht, eine geringere Zuverlässigkeit zu haben. Im Fragebogen wurde ein Mittelweg gewählt. Es wurden als Bewertungssymbole lächelnde, neutrale und negative Gesichtssymbole verwendet (*smileys*). Eine Umpolung der Reihenfolge innerhalb des Fragebogens kann die Konsistenz des Antwortverhaltens prüfen. Hierauf wurde in Anbetracht der kleinen Zahl der Fragen verzichtet.

Neben den geschlossenen Bewertungsfragen wurde den Lesern die Möglichkeit gegeben, frei zu formulieren. Hier sollen insbesondere Unzulänglichkeiten, die bei einer erneuten Überarbeitung des Leitfadens zu berücksichtigen sind, aufgedeckt werden. Ausserdem gewinnt diese Form der Rückmeldung dadurch einen stärker kommunikativen Charakter, wie ihn auch Mayring für den Abschluss einer qualitativen Forschung als Gütekriterium fordert [Mayring 1999, Seite 121].

Um den Lesern ein zügige, wenig Zeit aufwendige Beantwortung zu ermöglichen, wurden die Anzahl der Fragen auf elf begrenzt, die wiederum in vier Themenblöcke unterteilt waren. Die Themenblöcke und die darin gestellten Fragen orientieren sich an den Hypothesen.

Um der in der Beantwortung eines Fragebogens auftretenden "Spannungskurve" gerecht zu werden, wurde zunächst als *warming up* die Gestaltung des Leitfadens be-

⁴² Der Fragebogen und das Anschreiben bilden den Anhang A.4. Die Aushändigung erfolgte im Rahmen der Präsentation des Leitfadens innerhalb einer Projektsitzung am 21. Juli 2000. Dabei wurde den Lesern freigestellt, ihn anonym oder mit Angabe des Absenders zurückzusenden.

handelt. Dadurch wird versucht, das Interesse des Ausfüllenden zu wecken, da die Interviewpartner ausdrücklich nach ihren Wünschen hierzu befragt worden waren.

Im zweiten Drittel steigt in der Regel die Aufmerksamkeit. Daher wurden in den weiteren Blöcken die eingangs aufgestellten Hypothesen geprüft.

In der ersten Hypothese wird angenommen, dass ein solcher Leitfaden hilfreich sein kann zur Schliessung von Wissenslücken. Der Leitfaden ist in die Abschnitte *Begriffe*, *Zertifizierung*, *Qualitätspreise* und *Serviceteil* gegliedert. Daher wurde im zweiten und dritten Block der Informationsgehalt zu diesen Abschnitten erfragt.

Des weiteren wird angenommen, dass der Leitfaden hilfreich sein kann zur Beschaffung weiterer Informationen, als Entscheidungshilfe hinsichtlich der Auswahl, bzw. Einführung eines Qualitätsmanagement-Modells und als Unterstützung bei der Vorbereitung auf eine Zertifizierung. Dies deckt der Fragebogen im vierten Block ab.

Ob ein solcher Leitfaden auch als Kommunikationsgrundlage nach innen und nach aussen verwendet werden kann, lässt sich erst nach einer längeren Anwendung sagen. Da die Befragung vier Wochen nach Aushändigung des Leitfadens abgeschlossen werden sollte, wurde auf die Prüfung dieser Annahme verzichtet.

6.2 Auswertung der Rückmeldungen

Am 21. Juli 2000 fand die Präsentation des Leitfadens vor den Beteiligten des Projektes *Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation* statt. Am Beginn der Präsentation erhielten die Zuhörer den Leitfaden und den Fragebogen. Sie konnten sich dadurch und durch den Vortrag einen ersten Eindruck verschaffen.

An der Präsentation nahmen der Projektkoordinator, der Mitarbeiter der IKK Brandenburg und Berlin ist, Vertreter aller fünf Rehabilitationszentren, somit die Interviewpartner, sowie Mitarbeiter des Instituts für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin teil. An den Vortrag schloss sich eine Diskussion an, die als eine erste Rückmeldung gesehen werden kann.

Es wurden die anstehende Revision der Normen der ISO 9000 Familie, Kosten und Preise einer Zertifizierung, die Rolle externer Berater und das Zertifizierungsverfahren für *stationäre* Rehabilitationseinrichtungen der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) besprochen.

Die eigentliche Rückmeldung zum Leitfaden erfolgte mittels der Fragebögen. Neben den Teilnehmern am 21. Juli erhielten auch Mitarbeiter des MDK Berlin-Brandenburg den Leitfaden und den Fragebogen.

Die Leser wurden gebeten, den Fragebogen bis Ende August an die Verfasserin zurückzusenden. Zum Teil waren telefonische Erinnerung notwendig. In diesen Telefonaten zeigte sich, dass die Ansprechpartner den Leitfaden auch Kollegen vorlegten und mit ihnen diskutierten, so dass die Fragebogen zum Teil eine Synopsis mehrerer Leser sind. Alle Fragebogen wurden mit Angabe des Absenders zurückgesendet. Den Lesern war freigestellt, dies anonym zu tun.

Vier Rehabilitationszentren sendeten den Fragebogen ausgefüllt zurück. Ein Interviewpartner äusserte sich in einem Brief. Somit haben alle Interviewpartner reagiert. Ausserdem trafen bis zum 7. September Antworten des MDK und einer Krankenkasse ein.

Zur Auswertung liegen sechs Fragebögen vor. In vier Fragebögen wurde die Möglichkeit zu eigenen Anmerkungen genutzt. Der Brief eines der Interviewpartner geht auf einige Aspekte des Fragebogens ein.

In der Tabelle (1) sind die Bewertungen für die elf Fragen (F 1.1 bis F 4.3) in den Blöcken 1 bis 4 zusammengestellt⁴³. Die Bewertungssymbole wurden mit fünf bis einem Punkt gleichgesetzt und in der Abbildung (1) graphisch dargestellt.

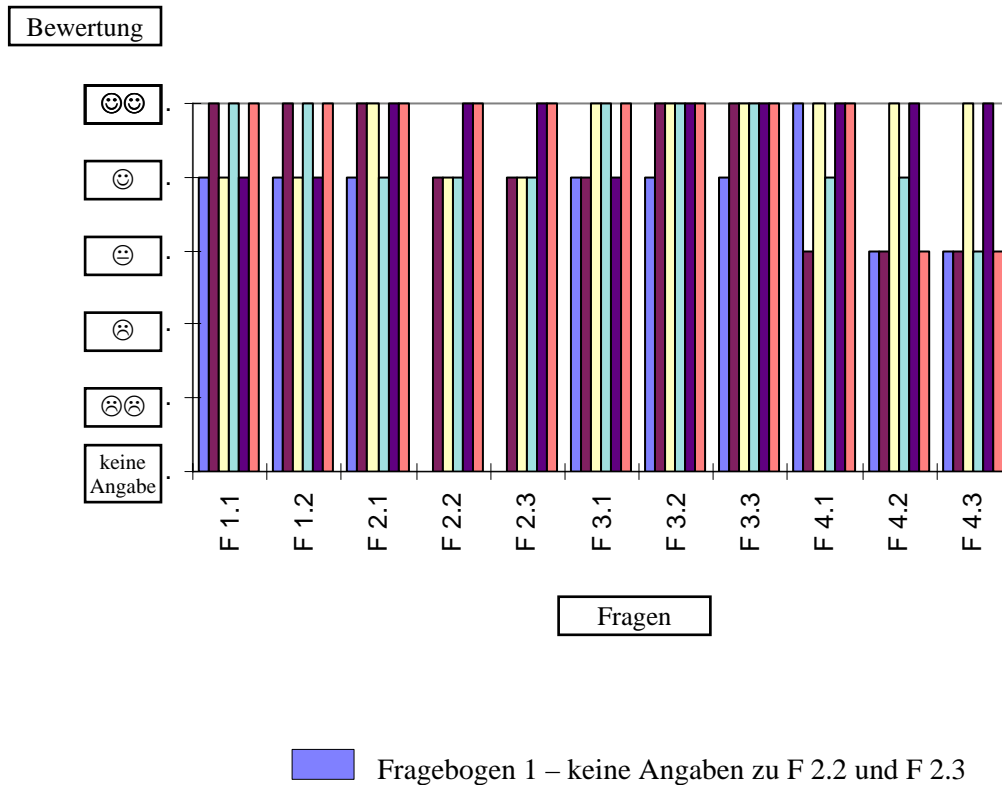
⁴³ vgl. dazu den Fragebogen im Anhang A.4

Tabelle 1 – Bewertungen

	Block 1		Block 2			Block 3			Block 4		
	F 1.1 Aufbau	F 1.2 Übersichtlichkeit	F 2.1 Begriffe	F 2.2 Zertifizierung	F 2.3 Qualitätspreise	F 3.1 Normen	F 3.2 Literatur und Quellen	F 3.3 Adressen	F 4.1 Beschaffung von Informationen	F 4.2 Entscheidungsfindung	F 4.3 Vorbereitung
Fragebogen 1	4	4	4	0	0	4	4	4	5	3	3
Fragebogen 2	5	5	5	4	4	4	5	5	3	3	3
Fragebogen 3	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5
Fragebogen 4	5	5	4	4	4	5	5	5	4	4	3
Fragebogen 5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5
Fragebogen 6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3

☺☺	5 Punkte
☺	4 Punkte
☹	3 Punkte
☹☹	2 Punkte
☹☹☹	1 Punkt
keine Angabe	0 Punkte

Abbildung 1 – graphische Darstellung der Bewertungen



Diekmann (1995) schlägt vor, bei Fragebögen, in denen zu einzelnen Items keine Angaben vorliegen, diese wegen der *missing data* nicht in eine Auswertung einzubeziehen. In Fragebogen 1 wurden zu den Fragen nach der Zertifizierung (F 2.2) und nach den Qualitätspreisen (F 2.3) keine Bewertung vorgenommen. Da die Fragebogen eine Rückmeldung sein sollen und an dieser Stelle nicht harten statistischen Kriterien genügen müssen, wurde auch dieser Fragebogen aufgenommen.

Insgesamt ist eine sehr positive Bewertung zu verzeichnen. Eine mittlere Bewertung findet sich zu den Fragen nach der Entscheidungsfindung (F 4.2) und nach der Vorbereitung auf eine Zertifizierung (F 4.3).

Dies entspricht auch den schriftlichen Anmerkungen. Zwei Kommentare in Fragebögen, in denen die Verwendbarkeit des Leitfadens für eine Entscheidungsfindung (F 4.2) und eine Vorbereitung auf eine Zertifizierung (F 4.3) auf der mittleren Bewertungsstufe eingeordnet wurde und entsprechend kommentiert wurde, stellen gleichzeitig explizit die Eignung des Leitfadens für eine Orientierung und als Einstieg in das Thema heraus.

Zwei weitere Stellungnahmen beziehen sich auf den Block 2. Zum einen wird eine ausführlichere Darstellung von Zertifizierung im Gesundheitswesen hinsichtlich Behandlungsprozessen gewünscht (F 2.2). Im zweiten Kommentar wird noch einmal betont, dass Zertifizierung ein Schritt auf dem Weg zur Qualitätsverbesserung im Sinne der European Foundation for Quality Management (EFQM) ist. Hier wird nach einer ausführlicheren Darstellung eines Instrumentes, der *Balanced Score Card*, gefragt (F 2.3).

7 Diskussion

7.1 Der Leitfaden – kritische Reflexion

Bei der Erstellung des Leitfadens *Zertifizierung und Qualitätspreise*, war der Ausgangspunkt, Wissens- und Informationslücken hinsichtlich der Zertifizierung nach den Normen der ISO 9000 Familie zu schliessen. Basierend auf den Interviews mit den Leistungserbringern als einem Teil der Leser und auf der Recherche zum aktuellen Stand des Wissens wurde der Leitfaden in die Kapitel *Begriffe, Zertifizierung* – einschliesslich *Zertifizierungsablauf, Qualitätspreise* und *Serviceteil* gegliedert.

Zunächst werden grundlegende *Begriffe* (Kapitel 1) zur Qualität, zum Qualitätsmanagement, zur Zertifizierung und zu Qualitätspreisen erläutert. Daran schliesst sich die Darstellung der Zertifizierung nach den Normen der ISO 9000 Familie an. Hier wird im Abschnitt 2.1.5 *ABLAUF DER ZERTIFIZIERUNG* die Vorbereitung auf eine Zertifizierung und die Durchführung der Zertifizierung selbst dargestellt.

Ein weitere externe Bewertung von Qualitätsmanagementsystemen kann im Rahmen einer Bewerbung um *Qualitätspreise* (Kapitel 3) durchgeführt werden. Zu diesen zählt der European Quality Award (EQA). Diesem liegt das EFQM Excellence Model zugrunde, das als Kernpunkt seiner Qualitätsmanagementstrategie die Selbstbewertung (selfassessment), die Ergebnisorientierung und – wo gewünscht – die Fremdbewertung und den Vergleich mit anderen (benchmarking) umfasst.

Erfahrungen von Leistungserbringern mit den verschiedenen Verfahren sollen einen Überblick zu Aufwand und Nutzen ermöglichen. Dies wird für die Zertifizierung nach den Normen der ISO 9000 Familie (Abschnitt 2.1.6) und für das EFQM Excellence Model (Abschnitt 3.1.4) getrennt dargestellt.

Die Leser sollen mit Hilfe des Leitfadens selbst weitere Informationen einholen können. Dies soll zum einen in der Literatur und im Internet ermöglicht werden. Zum anderen sollen sie Zugang zu wichtigen Institutionen und Organisationen bekommen. Daher umfasst dieser Leitfaden einem Quellen- und Adressenteil im *Serviceteil* (Kapitel 4).

Die Rückmeldungen in den Fragebogen, den Telefonaten und dem Brief eines Interviewpartners zeigen, dass zumindest für diesen Leserkreis der Leitfaden die Bedürfnisse der Leser erfüllt. Wissenslücken konnten geschlossen werden. Der Ablauf und die Vorbereitung einer Zertifizierung nach den Normen der ISO 9000 Familie sind dargestellt. Die Einholung weiterer Informationen ist möglich.

Dass in der Entscheidungsfindung (F 4.2) und in der Vorbereitung auf eine Zertifizierung (F 4.3) eine zum Teil mittlere Bewertung vorgenommen wird, ist vielleicht darauf zurück zu führen, dass in der Einleitung und im Inhaltsverzeichnis der Abschnitt 2.1.5 *DER ABLAUF DER ZERTIFIZIERUNG* noch deutlicher herausgestellt werden sollten. Auch kann in einer Einleitung stärker betont werden, dass die Ab-

schnitte eines solchen Leitfadens unabhängig voneinander in beliebiger Reihenfolge gelesen werden können. Bei Unklarheiten kann auf Querverweise, bzw. das Stichwortverzeichnis zurück gegriffen werden.

Ausserdem soll dieser Leitfaden wesentliche Punkte der Zertifizierung und ihres Ablaufes heraus stellen und kann kein "Kochbuch" für den konkreten Einzelfall sein. Jede Einrichtung hat individuelle Gegebenheiten und Bedürfnisse, die mit einer Zertifizierung oder der Einführung eines Qualitätsmanagement-Modells in Einklang gebracht werden müssen⁴⁴.

Einige Kommentare bezogen sich auf den allgemeinen Charakter des Leitfadens, der sich nur in einzelnen Punkten auf die Rehabilitation bezieht. Die Beteiligten im Projekt *Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation* fragten vor allem die Zertifizierung nach den Normen der ISO 9000 Familie und die dem Qualitätsmanagement zugrunde liegenden Begriffe nach.

Der Leitfaden ist allgemeiner abgefasst, als es diese erste Zielgruppe erwarten lässt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Grundlagen zu diesem Thema allgemein unter dem Aspekt Gesundheitswesen betrachtet werden können, und – wie die Darstellung von Erfahrungen im Gesundheitswesen zeigt – auch müssen. Es liegen zur Zertifizierung nach den Normen der ISO 9000 Familie und der Anwendung des EFQM Excellence Model auch Erfahrungen aus der Rehabilitation vor. Die meisten Erfahrungen wurden bisher jedoch aus stationären und zum Teil ambulanten Einrichtungen der Akutmedizin veröffentlicht⁴⁵. Daher sollte in der Einleitung begründet werden, warum dieser Leitfaden in dieser allgemeinen Form abgefasst wurde.

Eine Rückmeldung bezieht sich ausdrücklich auf die Rolle von Behandlungsprozessen im Rahmen einer Zertifizierung. Im Leitfaden werden Behandlungsstandards und -abläufe in einigen Abschnitten angesprochen. Sie sind ein Bestandteil von Qualitätsmanagement (S. 20). In der Zertifizierung nach den Normen der ISO 9000 Familie können sie als Beschreibung von Prozessen aufgenommen werden (S. 45). Da der Patient und somit seine Behandlung und das Behandlungsergebnis im Mittelpunkt jeglicher Diskussion über Qualität und die Beurteilung von Qualität stehen sollte, hätte dieses stärker heraus gestellt werden können. Dies bietet sich auch für das EFQM Excellence Model an.

Für das EFQM Excellence Model war eine ausführlichere Darstellung eines Instrumentes, der Balanced Score Card nachgefragt worden. Hier könnte detaillierter die zugrunde liegende Philosophie des Modells, Zielsetzungen und Umsetzungsmöglichkeiten mit dem Fokus auf Behandlungsabläufe und -ergebnisse dargestellt werden.

In der Diskussion, die sich die Präsentation des Leitfadens am 21. Juli 2000 vor Beteiligten des Projektes *Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen orthopädisch-traumatologische Rehabilitation* anschloss, war nach dem Zertifizierungsver-

⁴⁴ vgl. dazu die Literaturangaben *Erfahrungsberichte und Stellungnahmen* im Leitfaden (S. 92 und S.97 f)

⁴⁵ wie Fussnote 44

fahren der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) gefragt worden. Da dieses Zertifizierungsverfahren dem Vorgehen innerhalb der Zertifizierung nach den Normen der ISO 9000 Familie entspricht, und für die *stationäre* Rehabilitation entwickelt wird, wurde es zunächst nicht in den Leitfaden mit aufgenommen. Bei einer Überarbeitung des Leitfadens für weitere Leserkreise könnte dies nachgeholt werden.

Im Leitfaden wurde auf eine Diskussion der Bewertungsverfahren für Qualitätsmanagement-Modelle verzichtet, um ihre neutrale Darstellung zu ermöglichen. Den Lesern des Leitfadens ist es freigestellt, diese Verfahren selbst gegen einander abzuwägen. Im folgenden soll diese Abwägung vorgenommen und Schlüsse daraus gezogen werden.

7.2 Qualitätsmanagement, Zertifizierung und Qualitätspreise – Fazit

Die Zertifizierung nach den Normen der ISO 9000 Familie hat ein stark strukturiertes Vorgehen. Die Einrichtung eines individuellen, auf eine Organisation zugeschnittenen Qualitätsmanagementsystems und die stufenweise Steigerung und Differenzierung dieses Systems ist mit Hilfe der Zertifizierung allein nicht durchführbar. Dazu und zum Aufwand und Nutzen einer Zertifizierung sind im Leitfaden Erfahrungen aus dem Gesundheitswesen zusammen gefasst (S. 56 ff).

Das Ziel des Leitfadens, externe Bewertungsverfahren für Qualitätsmanagementsysteme darzustellen, führte zu dem Entschluss, Qualitätspreise als weitere Verfahren in den Leitfaden aufzunehmen. Mit der Darstellung des European Quality Award und dem ihm zugrunde liegenden EFQM Excellence Model sollte ausserdem gezeigt werden, dass es möglich ist, sukzessive ein Qualitätsmanagementsystem und seine Bewertung aufzubauen.

So erstrecken sich die Stufen der Selbstbewertung von ersten Einschätzungen in Workshops über Fragebögen, Matrixdiagramme und Standardformulare bis hin zur Simulation der Bewerbung um den EQA und schliesslich der Bewerbung selbst⁴⁶.

Mit Hilfe dieses Modells sollte gezeigt werden, dass es Modelle und Methoden gibt, die am Ergebnis orientiert sind und einen sukzessiven Aufbau erlauben. Die Erfahrungen der Anwender aus dem Gesundheitswesen unterstreichen dies⁴⁷.

Welche Schlüsse lassen sich nun aus dem Vergleich und der Synopsis der dargestellten Verfahren zur externen Bewertung von Qualitätsmanagementsystemen ziehen?

⁴⁶ vgl. die Literaturangaben im Leitfaden zu *EFQM Excellence Model und European Quality Award* (S. 96 f)

⁴⁷ vgl. die Literaturangaben im Leitfaden zu *Erfahrungsberichte und Stellungnahmen* (S. 97 f)

Zertifizierung und das damit erteilte Zertifikat soll “die Interessen des Kunden” wahren [Eichhorn 1997, S. 307]. Indem unparteiische Dritte das Qualitätsmanagementsystem einer Organisation⁴⁸ prüfen und bestätigen, dass die in einer Norm gestellten Anforderungen erfüllt werden, soll dem Kunden die Auswahl einer seinen Bedürfnissen entsprechenden Organisation erleichtert werden.

Ein wesentliches Merkmal einer solchen externen Prüfung ist die Kontrolle, die auf der Basis von Dokumentationen und Audits vorgenommen wird. Diese Kontrolle kann nicht die kontinuierliche Ausrichtung einer Organisation auf Qualitätsverbesserung und die Motivation der Mitarbeiter herbeiführen [vgl. Eichhorn 1997, Hildebrand 1999]. Daher sollte eine Organisation Zertifizierung als einen Schritt innerhalb des Aufbaus oder der Pflege eines Qualitätsmanagementsystems konzipieren⁴⁹.

Auch sollte eine Organisation berücksichtigen, dass sie in ihrer Arbeit mehrere Ansätze und Modelle verknüpfen und ihren eigenen Bedürfnissen entsprechend verwenden kann und sollte [Eichhorn 1997; Hildebrand 1999; Hildebrand, Lamprecht 2000].

Den im Leitfaden dargestellten Zertifizierungs- und Bewertungsverfahren und ihrer auf Dauer erfolgreichen Implementierung sind folgende Kriterien gemeinsam⁵⁰. Die Führungsebene einer Organisation muss die Einführung und Umsetzung des ausgewählten Verfahrens tragen und voran treiben. Sie muss sich über ihre angestrebten Ziele, die bestehenden Gegebenheiten und die zu ergreifenden Massnahmen im Klaren sein. Die Motivation, Schulung und Integration der Mitarbeiter ist ein entscheidender Erfolgsfaktor. Die Berücksichtigung des zeitlichen und finanziellen Aufwandes verhindert die vorzeitige Erschöpfung dieser Ressourcen.

Setzt sich eine Organisation zum Ziel, eine Zertifizierung lediglich zur Erfüllung von gesetzlichen oder vertraglichen Vorgaben durchzuführen, so läuft sie Gefahr an den eigenen Bedürfnissen vorbei die Mitarbeiter z.B. mit aufwendigen Dokumentationen zusätzlich zur eigentlichen Arbeit zu belasten. Daher fordern zahlreiche Autoren und Verbände die Integration einer Zertifizierung in den Aufbau, bzw. die Pflege eines Qualitätsmanagementsystems [z.B. Bundesärztekammer 1997, Eichhorn 1997, Hildebrand 1999, KTQ 2000, DEGEMED 2000].

Hinzu kommt, dass insbesondere die Zertifizierung nach den Normen der ISO 9000 Familie nicht spezifisch auf das Gesundheitswesen zugeschnitten ist. Daher muss eine Organisation ihre Belange entsprechend ihren Gegebenheiten formulieren und verfolgen⁵¹.

Die Bewerbung um einen Qualitätspreis wird in einigen Erfahrungsberichten als ein Weg zur Motivation der Mitarbeiter und als ein Mittel zur Aussendarstellung geschildert [EFQM 2000, DQS 2000]. Von denjenigen Organisationen, die z.B. das EFQM Excellence Model anwenden, bewirbt sich nur ein Teil um den European Quality Award. Die Anwender sehen den Vorteil dieses Modells vor allem in seiner

⁴⁸ zum Begriff *Organisation* vgl. die Beschreibung im Leitfaden unter *1.1 Organisation* (S. 12)

⁴⁹ vgl. die Literaturangaben im Leitfaden zu *Erfahrungsberichte und Stellungnahmen* (S. 92)

⁵⁰ vgl. dazu auch die im Leitfaden aufgeführten Literaturangaben

⁵¹ vgl. die Literaturangaben im Leitfaden zu *Erfahrungsberichte und Stellungnahmen* (S. 92)

langfristigen Ausrichtung, der Ergebnisorientierung und der Möglichkeit, die Mitarbeiter zu motivieren und integrieren⁵².

Aus den Interviews wurde deutlich, dass der Kostendruck im deutschen Gesundheitswesen diesen kleineren Einrichtungen zum Teil geringen finanziellen Spielraum gibt, zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Einführung von Qualitätsmanagement und zur Zertifizierung freizusetzen⁵³. Daher ist es – wie auch in den Erfahrungsberichten und Stellungnahmen oft gefordert – sinnvoll, auf bestehenden Strukturen, die bereits Merkmale des Qualitätsmanagement erfüllen, aufzubauen⁵⁴. Die Zusammenarbeit und der Austausch mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen erleichtert den Aufbau und die Durchführung von Qualitätsmanagement und Zertifizierung⁵⁵.

Insgesamt lässt sich also sagen, eine Einrichtung sollte nach einer Analyse der eigenen Gegebenheiten und Ziele, die für sie nützlichen Verfahren auswählen. Es gibt keine “hausfertige” Lösung. Der Aufwand sollte durch den Aufbau auf bestehenden Strukturen möglichst gering gehalten werden. Die Partnerschaft und Zusammenarbeit mit anderen Akteuren kann die Arbeit erleichtern.

Leistungsnachfrager, wie Versicherungen, Patienten, zuweisende Ärzte, müssen sich über die Bedeutung eines Zertifikats im Klaren sein. Ein Zertifikat nach der DIN EN ISO 9001 bestätigt, dass die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem erfüllt sind.

Im Gesundheitswesen sollte die Ergebnisqualität, das Behandlungsergebnis des Patienten, im Mittelpunkt stehen. Daher muss und wird nach weiteren Möglichkeiten gesucht, diese Ergebnisqualität auch nach aussen im Sinne einer Qualitätssicherung darzustellen. Dies wird seit einigen Jahren verstärkt unter dem Motto einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der erbrachten Leistungen im Sinne von Continuous Quality Improvement verfolgt⁵⁶.

Beispiele sind hierfür das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungen [Müller-Farnow 1995, Weßel 2000a], das Zertifizierungsverfahren der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus [KTQ 2000], das Zertifizierungsverfahren der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. [DEGEMED 2000] sowie regionale Projekte und Modelle im Bereich der ambulanten medizinischen Rehabilitation⁵⁷.

⁵² vgl. die Literaturangaben im Leitfaden zu *Erfahrungsberichte und Stellungnahmen* (S. 97 f)

⁵³ vgl. Anhang A.3, Zitat 28

⁵⁴ vgl. Leitfaden S. 20

⁵⁵ vgl. die Literaturangaben im Leitfaden zu *Erfahrungsberichte und Stellungnahmen* (S. 92 und S. 97 f)

⁵⁶ zu den Begriffen Qualitätssicherung und Continuous Quality Improvement vgl. die Beschreibungen im Leitfaden in den Abschnitten *1.4 Qualitätssicherung* und *1.5 Qualitätsmanagement* (S. 16 ff und S. 19 ff)

⁵⁷ vgl. die Literaturangaben im Leitfaden zu *Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagement - Modelle in ambulanten Einrichtungen der Rehabilitation* (S. 94 f)

Ein wesentlicher Bestandteil sollte bei der Entwicklung und Implementierung solcher Verfahren eine wissenschaftliche Evaluation sein [Froböse 1998; Jäckel, Koch 1999]. Im Projekt *Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation* geschieht dies durch die Einbindung des Instituts für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin [Mall, Gildemeister 1999].

7.3 Ausblick

Wie sich in den Interviews und in den zahlreichen Gesprächen mit Experten aus den unterschiedlichsten Institutionen und Einrichtungen zeigte, ist das Informationsbedürfnis zum Thema Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und Zertifizierung hoch.

Entscheidungsträger im Gesundheitswesen sind zeitlich stark eingespannt. Es gibt zahlreiche, zum Teil sehr umfangreiche Veröffentlichungen auch zu diesem Bereich, in die oft die Hintergründe und Sichtweisen der Autoren einfließen⁵⁸. Die Entwicklung auf diesem Gebiet ist sehr dynamisch. Es ist aufwendig, sich dazu einen Überblick zu verschaffen und die verschiedenen Perspektiven und Erfahrungen im Gesundheitswesen kennenzulernen.

In der Reflexion zum Leitfaden wird deutlich, dass eine Überarbeitung seine Akzeptanz weiter erhöhen könnte. Die Integration der Leser und die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse ist unter Public Health Gesichtspunkten unabdingbar. Die Erstellung eines Anwender orientierten, praxisrelevanten Leitfadens ist aufwendig. Daher ist eine Konzentration auf einen Teil der Leser, wie z.B. Vertretern der Leistungserbringer, bei beschränkten zeitlichen Ressourcen vertretbar. Für eine Evaluation, ob das angestrebte Ziel erreicht wurde, ist zu wünschen, dies einige Zeit nach der Aushändigung eines solchen Leitfadens erneut mittels qualitativer Methoden oder – bei einem ausreichend grossen Leserkreis – auch quantitativer Methoden durchzuführen.

Im Gesundheitswesen anderer Länder bestehen zum Thema Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und Zertifizierung teilweise jahrzehntelange Erfahrungen. Es wäre interessant dieses Thema vielleicht in ähnlicher Form wie dem vorliegenden Leitfaden *Zertifizierung und Qualitätspreise* zu bearbeiten.

⁵⁸ vgl. im Leitfaden 4.2 *Literatur und Quellen*

L Literatur und Quellen

Einige der hier aufgeführten Literatur- und Quellenangaben finden sich auch im Leitfaden (4.2 *Literatur und Quellen*, S. 88 ff)

- Bahrs, Ottomar; Gerlach, Ferdinand M.; Szecsenyi, Joachim (Hg.) (1995). *Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den niedergelassenen Arzt*. 2. durchgesehene Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Brennecke, Ralph; Müller-Fahrnow, Werner; Spyra, Karla (1998). Reha-Forschungsverbund Berlin-Brandenburg-Sachsen. *Rehabilitation* 1998; 37, Supplement 2: S84-91.
- Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern) (Hg.) unter Mitarbeit von Kolkmann, F.-W., Seyfarth-Metzger, I., Strobawa F. (1997). *Leitfaden Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus*. München, Bern, Wien, New York: W. Zuckschwerdt Verlag.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998). *Vierter Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation*. Bonn: Januar 1998.
- Bundesministerium für Gesundheit (2000). *Homepage: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988 (BGBl.I S. 2477, Artikel 1), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 (BGBl I S.2626) Änderungen durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 und durch das Rechtsangleichungsgesetz zum 1.1.2000*. <http://www.bmgesundheit.de>, zitiert am 30. Juni 2000
- Buschmann-Steinhage, Rolf; Gerwinn, Hans; Klosterhuis, Here; Mitreiter, Richard (1998). Der Förderschwerpunkt "Rehabilitationswissenschaften" – ein Förderprogramm und seine Umsetzung. *Rehabilitation* 1998; 37, Supplement 2: S71-77.
- Codman, Ernest Amory (1914). The Produkt of a Hospital. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* April 1914; 18: 491-6. Nachdruck in: White, Kerr L. et al. (Hg.) (1992). *Health Services Research: An Anthology*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 1-7.
- DEGEMED Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (2000). *homepage* <http://www.degemed.de>, zitiert am 26. August 2000
- Diekmann, Andreas (1995). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Hamburg: Rowohlt.
- Donabedian, Avedis (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44: 166-203. Nachdruck in: White, Kerr L. et al. (Hg.) (1992). *Health Services Research: An Anthology*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 345-365.
- DIN Deutsches Institut für Normung e. V.(Hg.). Graebig, Klaus (2000). *Qualitätsmanagement, Statistik, Umweltmanagement: Anwendungshilfen und Normensammlungen. Teil A bis D*. Grundwerk 1995. Berlin, Wien, Zürich: Beuth.
- DIN Deutsches Institut für Normung e.V. (2000). *homepage*. <http://www.din.de>, zitiert am 30. Juni 2000

- Eichhorn, Siegfried (1997). *Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus – Konzeption und Modelle eines qualitäts- und kostenintegrierten Krankenhausmanagement*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften (2000). *homepage*. <http://www.reha-verbund.de>, zitiert am 30. Juni 2000
- Froböse, Ingo (1998). Evaluation der Effektivität der ambulanten orthopädisch / traumatologischen Rehabilitation (AOTR/EAP). *Rehabilitation* 1998; 37: 147-53.
- Grigoleit, Hanspeter; Schliehe, Ferdinand; Wenig, Manfred (Hg.) (1999). *Handbuch Rehabilitation und Vorsorge*. Sankt Augustin: Asgard Verlag Dr. Werner Hippe.
- H+ Bildung (Hg.) (1997). *Leitfaden zum Qualitätsmanagement im schweizerischen Krankenhaus*. Aarau: H+ Bildung.
- Hauke, Eugen et al (1994). Vorgangsweise bei der Durchführung von Qualitätssicherung. In: Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.). *4. Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Hildebrand, Rolf (1999). *Das bessere Krankenhaus*. Neuwied: Luchterhand.
- Hildebrand, Rolf; Lamprecht, Walter (2000). EFQM und Balanced Scorecard in drei Reha-Kliniken. *führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 2000; 17.
- Hurrelmann, Klaus; Laaser Ulrich (1998). Entwicklungen und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich (Hg.) (1998). *Handbuch Gesundheitswissenschaften - Neuauflage*. Weinheim, München: Juventa.
- Jäckel, Wilfried H.; Koch, Uwe (1999). Editorial. *Rehabilitation* 1999; 38, Supplement 1: S1-2.
- Kaltenbach, Tobias (1993). *Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage von Total Quality Management*. Melsungen: bibliomed.
- Koch, Uwe; Schliehe, Ferdinand; Aufderheide, Enno (1998). Stand und Entwicklung der Rehabilitativen Forschung. *Rehabilitation* 1998; 37, Supplement 2: S66-70.
- Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ®) (2000). *homepage*. <http://www.ktq.de>, zitiert am 5. Mai 2000
- Lamnek, Siegfried (1993). *Qualitative Sozialforschung. Band 2, Methoden und Techniken*. 2., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Maier-Riehle, Brigitte; Schliehe, Ferdinand (1999). Aktuelle Entwicklungen in der ambulanten Rehabilitation. *Rehabilitation* 1999; 38, Supplement 1: S3-11.
- Mayring, Philipp (1999). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. 4. Auflage, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Müller, Brigitte; Münch, Eckhard; Badura, Bernhard (1997). *Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus: Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell*. Weinheim, München: Juventa.
- Müller-Fahrnow, Werner (1995). Zwischenbilanz der Programmumsetzung - Ergebnisse und Perspektiven. In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hg.) (1995). *Rehabilitation 1995. Rehabilitationsforum der BfA und der LVA Sachsen-Anhalt Magdeburg 23. bis 24. Oktober 1995*. Berlin: BfA, 74-114.

- o.V. (1999). *Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation (AOTR). Anlage 8 zum Vertrag mit dem Reha-Zentrum ----*. Unveröffentlichte Vertragsanlage. Berlin: IKK Brandenburg und Berlin
- o.V. (2000a). *Anlage 1 zum Vertrag mit dem Reha-Zentrum ... Indikationskatalog und Leistungsbeschreibung*. Siegburg: VdAK / AEV.
- o.V. (2000b). *Anlage 3 zum Vertrag mit dem Reha-Zentrum ... Personelle Anforderungen*. Siegburg: VdAK / AEV.
- o.V. (2000c). *Anlage 4 zum Vertrag mit dem Reha-Zentrum ... Einrichtungsrichtlinien*. Siegburg: VdAK / AEV.
- o.V. (2000d). Die Rehabilitation geht aus der Reform 2000 gestärkt hervor. *führen und wirtschaften im Krankenhaus 2000*; 17: 276-9.
- Schwartz, Friedrich W.; Bitzer, Eva Maria; Dörning, Hans; Walter, Ulla. Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In: Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich (Hg.) (1998). *Handbuch Gesundheitswissenschaften - Neuauflage*. Weinheim, München: Juventa.
- Selbmann, Hans-Konrad (1999). *Krankenhauszertifizierung aus der Sicht der wissenschaftlichen Begleitung*. 1. KTQ-Forum "Machbarkeitskonzept zur Zertifizierung von Krankenhäusern" 3. Dezember 1999, Bonn. In: KTQ (2000). *homepage*,. <http://www.ktq.de>, zitiert am 5. Mai 2000.
- Selbmann, Hans-Konrad (2000). DIN ISO, EFQM, KTQ und andere Verfahren zur Qualitätsbewertung – eine Übersicht. *Das Krankenhaus 2000*; 92: 626-30.
- Weßel, Christa (1999). *Kostensenkung und Wettbewerb zur Sicherstellung der Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Unveröffentlichtes Manuskript. Berlin: Technische Universität.
- Weßel, Christa (2000a). *Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung*. Unveröffentlichtes Manuskript. Berlin: Technische Universität.
- Weßel, Christa (2000b). *Projektbericht – Qualitätssicherung in der ambulanten Rehabilitation durch Zertifizierung*. Unveröffentlichtes Manuskript. Berlin: Technische Universität.
- WHO World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. <http://www.who.int/hpr/documents/ottawa.html>, zitiert am 26. Mai 1999.
- WHO World Health Organization (1997). *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st century*. <http://www.who.int/hpr/documents/jakarta/english.html>, zitiert am 26. Mai 1999
- Wottawa, Heinrich; Thierau, Heike (1990). *Lehrbuch Evaluation*. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.

A Anhang

A.1 Interviewleitfaden

Thema 1 – Der Leistungserbringer⁵⁹

Art

Um was für eine Einrichtung handelt es sich hier? (ambulant, stationär, Tagesklinik, Teilstationär)

Leistungsprofil

Mit welchen Erkrankungen werden die Patienten hierher gewiesen?

Welche Therapien werden hier durchgeführt?

Mit wem arbeiten Sie zusammen? (Reha-Kliniken, Akut-KH, Niedergelassene, andere)

Grösse

Wieviele Patienten pro Jahr behandeln Sie?

Wie gross ist die Einrichtung? (Gebäude)

Wie sind Sie ausgestattet? (Technik, Geräte)

Mitarbeiterprofil

Welche Berufsgruppen arbeiten hier?

Wieviele Mitarbeiter haben Sie?

Wieviele Mitarbeiter in welcher Berufsgruppe? (Vollzeit / Teilzeit)

Wie sind sie qualifiziert?

Gibt es interne Fortbildungen?

Wie sind externe Fort- und Weiterbildungen geregelt?

Thema 2 – Vorhandenes Wissen

QS / QM

Können Sie mir etwas zu QS und QM erzählen?

Was stellen Sie sich darunter vor?

Was würden Sie gerne nachlesen?

Erfahrungen

Haben Sie schon irgendwelche Erfahrungen damit gemacht?

in der Einrichtung

persönlich

Wenn ja, wie “passiert” QS /QM in Ihrer Einrichtung?

Wer ist zuständig?

Wie werden die Mitarbeiter eingebunden?

Welche Verbesserungswünsche haben Sie?

Sollen Erfahrungen anderer Personen / Einrichtungen eingebunden werden?

Sollen Referenzadressen aufgenommen werden?

Quellen

⁵⁹ Es handelt sich hier um Auszüge aus dem Leitfaden, in dem ich ausserdem die Einleitungsphase und den Abschluss geschildert habe. Da ich sie im Abschnitt *Interviews* beschrieben habe, lasse ich sie hier entfallen.

Woher wissen Sie etwas über diese Themen?
Wie stellen Sie sich eine handliche Information vor?

Zertifizierungen

Sagt Ihnen in diesem Zusammenhang "Zertifizierung" etwas?
Was können Sie dazu berichten?
Was würden Sie gerne nachlesen?

Thema 3 – Motive und Erwartungen

Bedeutung

Wie schätzen Sie die Bedeutung dieser Bereiche ein? (QS, QM, Zertifizierung)
Welchen Nutzen oder welche Nachteile können Sie sich vorstellen?
Welche Entwicklung erwarten Sie in den nächsten Jahren?
in dieser Einrichtung?
im Gesundheitswesen?

Bereitschaft

Wie stark schätzen Sie das Interesse ein an der Durchführung von

- QS / QM?
Ihr eigenes Interesse?
das Ihrer Einrichtung?
- Zertifizierungen?
Ihr eigenes Interesses?
das Ihrer Einrichtung?

Wie kann man (diese) Bereitschaft stärken?

Motive der Institution

Warum - meinen Sie - beteiligt sich Ihre Einrichtung an diesem Projekt? ("Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation (AOTR)")
Warum sollte Ihre Einrichtung

- QS / QM
- eine Zertifizierung durchführen?

Was spricht dagegen?

Persönliche Motive

Wie sehen Sie sich selbst darin?

Thema 4 – Wünsche zu Inhalt und Gestaltung des Leitfadens

Dies ist zum Teil schon in anderen Fragen abgedeckt, z.B. in II. Vorhandenes Wissen. Dieser Abschnitt soll sicherstellen, dass dieser Punkt besprochen wird.

Was möchten Sie in dem Leitfaden dargestellt haben? (QS / QM, Zertifizierung, Institutionen, Anhang)
Wie sollte der Leitfaden aussehen, um leicht handhabbar zu sein?

A.2 Auswertungsmatrix

Exemplarischer Auszug aus der Auswertungsmatrix für die Kategorie *Wünsche zum Inhalt des Leitfadens*

Indikator (Kriterium)	“Ankerbeispiel” (Zitat)				
	Interv I	Interv II	Interv III	Interv IV	Interv V
gewünschte Inhalte	Zeile 191 f	Zeile 155 ff	Zeile 609 ff	Zeile 672 ff	Zeile 503
Begriffe			x	x	
Anforderungen	x		x	x	
Abläufe	x		x		
Erfahrungen			x		
Institutionen			x		
Literatur/Quellen			x		
Diskussion					x
<i>neue Info</i>		kein Bedarf für Leistungserbringer, sondern eher für Kostenträger	inter-nationale Erfahrungen		

A.3 Zitate

Es wurden bei den Zitaten nicht die Interviews bezeichnet, da durch Zitate zum Komplex *Reha-Zentrum* und Zitate zu den anderen Komplexen, wie zum Beispiel *Wünsche zum Leitfaden*, Rückschlüsse auf den Interviewten möglich wären.

Zitat 1 (Fussnote 19, Seite 27): Wir sind jetzt zwanzig. Wie vielleicht die sich zusammen setzen. Acht Krankengymnasten, drei Sportlehrer /, zwei Masseure. Wir haben zwei Arzthelferinnen in der Anmeldung. Haben im Prinzip eine Sekretärin eine /buchhalterin. Ganz wichtig I-2 als ärztliche Leitung, die also ganztags hier ist. Das ist auch ganz wichtig, denke ich. Ich weiss gar nicht, wie man das sonst schaffen würde. Ja, und ich im Prinzip, die vielleicht Mädchen für alles ist. So setzt sich das Team also zusammen

Zitat 2 (Fussnote 20, Seite 28): Wobei zwischen sechzig bis siebzig Prozent Bandscheibenpatienten sind und Wirbelsäulenpatienten, und an zweiter Stelle dann die Knie Schultern etcetera.

Zitat 3 (Fussnote 21, Seite 28): C: Sie haben jetzt schon einige Einrichtungen erwähnt, mit denen Sie zusammen arbeiten, also /-Krankenhaus, dann Ihre niedergelassenen Kollegen. Gibt es sonst noch? I: Ja. Na gut, aus meiner früheren Tätigkeit im /-Krankenhaus habe ich natürlich sehr viele Verbindungen, da sich ja die meisten Kollegen selbst in Niederlassung begeben haben oder in andere Krankenhäuser abgewandert sind, so dass man heute sowieso (*lächelt*) keinen mehr oder kaum einen mehr im /-Krankenhaus kennt. Aber aus den Zeiten, da kennt man sehr sehr viele Kollegen, und da // der kurze Weg gegeben.

Zitat 4 (Fussnote 21, Seite 28): Also mit wem arbeiten wir zusammen. Das ist ja nun nicht so, dass wir. Wir sind ja auf die Überweisung angewiesen. Es schickt der niedergelassene Orthopäde, Chirurg, Facharzt für Physiotherapie. Es schicken Kliniken. Es gibt, ob es jetzt im Prinzip das /-Krankenhaus ist oder also alles, was jetzt in unmittelbarer Nähe ist. Es ist das / Krankenhaus. Es ist das / Krankenhaus. Und ich denke, es ist jetzt nicht nur, dass sie schicken, sondern dass es einfach eben auch gewachsen ist in fünf Jahren. Ohne sich auf die Schulter zu klopfen, sage ich jetzt mal, es ist doch so, dass ich denke, die Ärzte haben einen / sicherlich bekommen. Und dann kann man das auch wieder erklären. Also es ist nicht so, dass wir sagen, es sind jetzt bestimmte Ärzte. Sicherlich sind es bestimmte Ärzte im Umfeld. Die Orthopäden oder die niedergelassenen Ärzte. Aber ansonsten haben wir sowohl Patienten aus Zehlendorf, aus Reinickendorf, aus. Also das ist wirklich Breitband. Aus Mitte. Das, was man gar nicht so abschätzen kann, wenn man, also die kommen jetzt gezielt. Und wie gesagt, die Kliniken auch. Und da ist es auch mittlerweile eigentlich ganz unterschiedlich. // muss man schon sagen.

Zitat 5 (Fussnote 21, Seite 28): Bedeutet, dass die Einrichtungen – etwa so auch in / sehen – zwanzig Ärzte haben. Orthopäden, Unfallchirurgen, die mehr oder weniger gezielt auf nur eine Einrichtung stehen. Und dann gibt noch mal ungefähr, in / sind etwa hundertachtzig. Das heisst, es sind alle Ärzte der Stadt, wo wir Einzelfälle bekommen.

Zitat 6 (Fussnote 22, Seite 28): Na ja. Da es, die Zusammenarbeit mit Kliniken, das ist zumindest unsere Erfahrung, durchaus auch grundsätzlich in / etwas schwierig. Eines der Hauptprobleme, die wir also aus unserer Erfahrung sehen, die Klinik, letztendlich die Chefs, und dann auch die Oberärzte hier / / auch an die Assistenzärzte weitergegeben, ist, dass es wenig bis gar keine Empfehlungen, und schon gar keine oder ganz wenige Verordnungen aus dem Krankenhaus heraus gibt. Ein ganz formaler Grundsatz ist, dass die

Krankenhausärzte zum überwiegenden Teil gar nicht wissen, dass sie diese Notwendigkeitsbescheinigung ausstellen können. / / / neunzig Prozent wissen es überhaupt nicht. Und zu glauben, dass man sie darüber informieren könnte, also dass sie es dann auch tun, ist ziemlich müssig. Da könnte / / zumindest funktioniert. Also es immer extrem schwierig / /. Auch wenn sie das verstehen würden oder begreifen würden. Die würden es dann aber trotzdem nicht tun, weil der zweite viel wesentlichere Grund ist, dass sich die Krankenhausärzte / / sehr schwer tun, sich in das Behandlungsgeschehen der draussen betreuenden Ärzte einzumischen. Weil die auch abhängig sind. . . . Fälle gab, wo Chefarzt, Oberarzt eine Empfehlung ausgesprochen haben. Und dann ganz mutig waren so zu sagen hier her zu kommen. / / der Kollegen draussen, die dann gesagt haben, Moment wenn ihr jetzt noch einmal irgend / / Patienten da beeinflusst, dann schicken wir euch nichts mehr zum Operieren, und suchen wir uns eine andere Klinik aus, mit der wir zusammenarbeiten. Es heisst, es gibt dann schon massive durchaus auch Ängste, entsprechend Empfehlungen auszusprechen. Und das beste, was man eigentlich noch erreichen kann ist, dass im Entlassungsbrief steht, also unter Umständen wäre es möglich, an eine ambulante Rehabilitation zu denken. Aber das wird einfach dann auch oftmals draussen dann missverstanden. Also dieser Konflikt, grundsätzliche Konflikt zwischen Klinik und Niedergelassenem, der bildet sich auch da wieder ab.

Zitat 7 (Fussnote 23, Seite 28): Also ich denke, auch die Zusammenarbeit zwischen der Geschäftsführung und mir (*Arzt*), dass man also da wirklich immer wieder Probleme auch intern lösen kann.

Zitat 8 (Fussnote 24, Seite 28): Wir haben einmal die Woche Beratung. Die sind dienstags vierzehn Uhr eine Stunde, wo zum Teil betriebsinterne, also sage mal betriebliche Sachen als Gegenstand sind. Wobei ich da relativ zurückhalte, ich / da vielleicht einmal im Monat oder einmal in zwei Monaten in die gesamte Einheit. Ansonsten sind dort therapeutische Schwerpunkte, die zum Teil von der Ärztin, beziehungsweise von der Leitung geplant werden. Wo es darum geht im Sinne des Schneeballprinzipes bestimmte Behandlungstechnik weiterzugeben. Beziehungsweise wo Patienten besprochen werden. Wo Behandlungstechniken besprochen werden. Wo Erfahrungen ausgetauscht werden. Lehrgang ausgetauscht wird und so was, ja. Also das ist dort, wo diese Sache stattfindet. Wir machen es nicht, dass wir täglich eine Teambesprechung machen. Also es ist wünschenswert vielleicht, aber finde ich nicht allzu praktikabel.

Zitat 9 (Fussnote 24, Seite 28): C: Darüber. Das leitet mich dazu über, es gibt ja in jeder Einrichtungen immer wieder diese Besprechungen, also Teambesprechungen oder, oder Abteilung. Je nach wie man das nennt. Haben Sie das hier auch? I: Jein. Weil, also so dass ich jetzt sage, wir treffen uns um elf zur Teambesprechung, das halte ich zu sehr als Zwang. Sondern wir nehmen den kurzen Weg. Die Therapeuten haben zum Teil gemeinsame Pausen. Oder auch so zwischendurch. Das ist ja auch der Zweck der ambulanten Reha, dass man als Team arbeitet. Und Team heisst eben auch, dass man sich über bestimmte Patienten abspricht. Und da muss ich jetzt nicht irgendwo eine Veranstaltung kreieren, die auch wieder - muss ich ja auch wieder auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht sehen - mir Zeiten für die Patienten nimmt. Sondern es wird sich also in der Mittagspause über den Patienten unterhalten, oder eben zwischendurch, oder wenn es wirklich mal ein Problem, was man nicht lösen kann, dann wird er auch mal zu mir herein geführt. Ich muss jetzt nicht unbedingt das als Teambesprechung kreieren und festlegen.

Zitat 10 (Fussnote 25, Seite 28): Aber auf Grund der Nähe, meine. Wir werden nachher noch sehen, dass an meinem Zimmer müssen sie alle vorbei. Und der Aufenthaltsraum ist auch daneben. Und mehr noch eine offene, die Tür ist relativ offen. Und dadurch kriege ich viele Gespräche mit.

Zitat 11 (Fussnote 26, Seite 28): Wir machen, wir machen einerseits regelmässig interne Fortbildungen, die einmal im Monat stattfinden. Zum zweiten wird den Mitarbeitern die Möglichkeit eingeräumt, Freistellungen für Weiterbildungen überregionaler Art zu geben. Und zum dritten haben wir in dem Raum der leitenden Physiotherapeutin entsprechende Weiterbildungsmaterialien mit zum Beispiel der Zyriaxreihe, aber auch andere. Um, wo auch dann die einzelnen Mitarbeiter sich dann in den Pausen hinsetzen können, oder in den Freiräumen, und dann bestimmte Sachen noch mal nachlesen können, und anschauen können. Also das reicht ihnen eigentlich .

Zitat 12 (Fussnote 26, Seite 28): Und dem entsprechend natürlich auch die Therapeuten, die sowohl alle Qualifikationen haben ,die einerseits gefordert sind, aber noch zusätzliche Qualifikationen haben und auch selber daran interessiert sind. Also im Prinzip, dass drei Mitarbeiter in die Osteopathie gehen, dass ein paar Leute MacKenzie, das Bobath, Vojta. Also im Prinzip alles noch noch über dem, was gefordert ist, hinaus eigentlich an Qualifikationen, dort wir auf jeden Fall unterstützen.

Zitat 13 (Fussnote 27, Seite 28): Das heisst ich habe für alle operativ versorgten Krankheitsbilder Nachbehandlungsstandards entwickelt. Und die sind entsprechend mit unserem hier im / Kooperationsärzten Unfallchirurgen abgeglichen, so dass es eine nahtlose Nachversorgung gibt. Vom ersten Tag nach OP. Was wird die ersten Tage im Krankenhaus gemacht. Was wird dann in einer Übergangszeit gemacht zwischen Krankenhaus und Beginn der ambulanten Reha. Weil nicht jeder Patient ist postoperativ sofort in ein Reha-Patient. Die meisten sind noch bewegungseingeschränkt. Und wenn Sie einen Patienten haben, der deutlich bewegungseingeschränkt ist, um das Operationsergebnis zu sichern, und auch in der Belastung eingeschränkt ist. Das ist jetzt zu prüfen in der ambulanten Reha. Das heisst auch diese Übergangsphase haben wir zusammen erarbeitet. Was geschehen sollte. Dann was eigentlich in der Reha geschieht. Und dann noch ungefähr bis zum Ablauf eines Jahres. Und diese Nachbehandlungsstandards sind in allen Einrichtungen bekannt. Und danach wird auch entsprechend behandelt. Dazu angeglichen habe ich, dass wir Befunde entwickeln. Wie eben auch entsprechend ein Schulter-Patient, ein Knie-Patient befundet werden sollte, damit man auch entsprechend mit diesen Befunden ableiten kann, was man dann in der Behandlung macht. Diese Behandlung / / / – also das hört sich jetzt vielleicht etwas abstrakt an – lässt aber den Therapeuten genug Freiraum wirklich zu entscheiden, mache ich Methode A oder mach ich Methode B. Oder wieviel bringe ich von Methode A ein. Aber es gibt eine Struktur für die Behandlung anhand der Befunde, anhand der Nachbehandlungsstandards.

Zitat 14 (Fussnote 28, Seite 29): Also das ist vielleicht auch für die Sache, was wir auch damals angedacht haben, dass man einfach so katamnestische Befragung auch noch mal macht. Das ist vielleicht zu schwierig. Also wir haben ja nur einen kleinen Fragebogen für uns damals entwickelt. Und dann hatten wir überlegt einfach, ja, wie geht's denn dem Patienten. Weil er ist ja schon lange krank. Um einfach auch das mal zu sehen. Er ist vorher ja relativ lange krank geschrieben. Soll, bevor er die AOTR anfängt, eigentlich sechs Wochen vorher Physiotherapie gemacht haben, ja? Kann da nicht schon was früher passieren? Denn das sind ja alles auch Sachen. Der Patient ist krank geschrieben. Das fällt den Krankenkassen an Leistungen oder an Zahlungen doch wieder auf die Füße. Und dann zu sehen, wie geht's denn dem Patienten //? Aber das ist relativ schwierig. Man müsste den Patienten wieder anschreiben, um eine Befragung zu machen. Um auch für uns einfach zu sehen, wie ist denn die Therapie? Welchen Erfolg hat sie denn eigentlich gehabt? Das sind ja auch Fragen, die uns irgendwo interessieren. Nicht nur wenn der Patient hier war und dann ist er wieder zum niedergelassenen Arzt. Und, ja, dann hört man // nicht mehr. Aber das ist schon relativ schwierig, dass wir als Einrichtung also im Prinzip, oder auch wenn man eventuell. Oder wenn der Arzt dann noch mal anruft ,ja, // da hat

man schon einen Rücklauf. Ist denn nun wirklich eine OP vermieden? Kann er wieder arbeiten gehen? Ist er wieder hergestellt? Das ist ja das Ziel, das ganze. Wir machen ja im Prinzip die Akutversorgung, aber das ist schon interessant, wenn.

Zitat 15 (Fussnote 29, Seite 29): ein AOTR-Therapeut, ein AOTR-Patient von einem AOTR-Therapeut behandelt wird. Und dass die klassische Physiotherapie von allen Physiotherapeuten, der die Qualifikation hat. Entscheidend ist, dass er die Behandlungstechnik beherrscht, die er anwenden muss, die ich abrechnen möchte. So dass ich eben auch sagen kann, dass nun bei mir nicht nur ein Masseur Lymphdrainage hat, sondern ich habe auch noch drei Therapeuten die Lymphdrainage haben. Also sie sind relativ komplex ausgebildet, ja. So dass ich dort nicht den Teamcharakter / verstelle. Dass dort drei Berufsgruppen zusammenarbeiten. Auch dass ich eigentlich aufgrund der, sagen wir, der Entwicklung, dass der Masseur nicht mehr den Stellenwert hat sondern dass er mehr auch tendiert hin zum Krankengymnasten, dass ich dem Rechnung trage, dass auch der Krankengymnast bestimmte physikalische Behandlungsmethoden einfach beherrscht. Und nicht nur, weil er sie in der Ausbildung hatte. . . . Und ich sag mal so, wir machen praktizieren es von der Therapie her, so dass wir diese zwei Teams haben, wo in jedem Team drei bis vier Krankengymnasten sind, mindestens ein Masseur, mindestens ein Sporti. Und daraus kann ich eben sagen, dass zu jeder Tageszeit alle Behandlungstechniken angewandt werden können. Und der Patient selbst, der mit zunehmendem Masse immer fordernder wird, und auch, sagen wir mal, selbst wenn er krank geschrieben ist, in Anspruch nimmt da nicht kommen zu wollen, obwohl er dort kommen kann, versuchen wir trotzdem, dass er in einem Team bleibt. Und dort so relativ wenig Therapeutenwechsel erfährt

Zitat 16 (Fussnote 29, Seite 29): Also ich denke das Grundgerüst war für uns auch. damit zu beginnen. dass die ärztliche Leitung da ist. und dass man darauf aufbaut. Das ist ganz wichtig, dass wir so Teambesprechungen haben. Also dass nicht jeder, dass wirklich der Therapieplan, der ärztliche Therapieplan /// wirklich von den Therapeuten. Und ich denke, das ist ganz wichtig, wenn jeder eingebunden in diese Teamarbeit so. . . . Also, dass da einfach, dass sich der Patient wohl fühlt. Aber auf der anderen Seite auch merkt, man kümmert sich um ihn. Und das ist von der Anmeldung angefangen, über den Arzt, über die gesamten Mitarbeiter. Und ich denke, das musste sich auch entwickeln. Das ist ja nicht so, dass man sagt, man fängt an. Und dass diese Teamarbeit oder auch diese Qualität, die dann auch so eine Einrichtung ausmacht, sich im Laufe der Jahre entwickeln. Durch Fortbildungen, durch die Teambesprechungen, die am Mittag stattfinden. Es ist für uns was ganz wichtiges wirklich, diese halbe Stunde, im Prinzip der Austausch.

Zitat 17 (Fussnote 30, Seite 29): Man ist ja nie fertig. Man überlegt ja immer noch, was kann man denn noch anders machen? Aber der Ablauf, sowohl im Prinzip die Zusammenarbeit I-2, Therapeut. Ganz wichtig auch im Prinzip im Anmeldebereich. Also das muss sich irgendwo wiederfinden. Wie gesagt, ich denke, das ist nicht so ganz leicht gewesen, das umzusetzen, dass man eine Sprache spricht. Es, denn sind auch die unterschiedlichsten Therapeuten aus beiden Teilen zusammen gekommen. Auch das ist nicht immer so ganz einfach gewesen, hier eine Linie hinein zu bekommen (*lacht dabei*). Ich denke, das ist ein Zeichen der Qualitätssicherung, dass man sich zusammen / und versucht das Beste für den Patienten heraus zu finden

Zitat 18 (Fussnote 31, Seite 29): Qualitätsmanagement. Ja, gut. . . . Ich kann es jetzt nicht in Worte fassen, aber es irgendwo eine Selbstverständlichkeit. . . . Und ja das ist eigentlich so irgendwo im Inneren, ohne dass man das jetzt greifen könnte //.

Zitat 19 (Fussnote 31, Seite 29): Management ist ein schönes Wort . . . Das wird eigentlich auch ein bisschen missbraucht immer. Es wird missbraucht, was man alles zum Management zählen kann.

- Zitat 20 (Fussnote 32, Seite 29): Und diese Nachbehandlungsstandards, die ich entwickelt habe, sind auch von uns beiden verfilmt worden. Ich hab die auch auf Kongressen, unfallchirurgischen Kongressen vorgestellt. So dass ich also auch mich bemüht habe, sie entsprechend auch der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.
- Zitat 21 (Fussnote 32, Seite 29): die deutsche Rheumaliga hat eine Studie dazu für die Behandlung rheumatisch Erkrankter über diese ISO 9002 erarbeitet. Ein sehr feines Ding.
- Zitat 22 (Fussnote 33, Seite 29): wir sind da vielleicht ein bisschen rein gerutscht. Mehr durch diese ambulant teilstationäre Rehabilitation. Also Struktur und Prozessqualität, was verbirgt sich dahinter? Denke ich, dass wir da doch im Prinzip vielleicht auch dahin, dass wir da vielleicht auch die Qualitätssicherung /////. Weil da müssen wir vom Rentenversicherungsträger her.
- Zitat 23 (Fussnote 34, Seite 29): ein Zertifikat ist etwas, mit dem ich Qualität nachweisen kann
- Zitat 24 (Fussnote 34, Seite 29): Zertifizierung sagt mir, dass die Einrichtung, die eben zertifiziert ist, nach diesen Richtlinien arbeitet. . . . Dass sie bestimmte Normen erfüllen muss. Normen und Richtlinien, die also auch ständig halten muss und sich also auch kontrollieren lassen muss.
- Zitat 25 (Fussnote 34, Seite 29): Zertifizierung. Ich glaube das ist wohl so ein Trend, um sich von anderen abzuheben. Sag ich mal so. Vielleicht ist es auch eine Sache, weil wir nun EU sind und ähnliches. Und um sage mal bestimmte Leistungen plastischer zu gestalten. Damit man sie vergleichen kann miteinander.
- Zitat 26 (Fussnote 35, Seite 29): Na klar, wenn ich dieses ISO-Zeug angucke, versteh ich die Hälfte, nicht ein Drittel davon, was da drin steht. Aber ich glaube trotzdem, dass man auch vieles in der Lage wäre, selber auf die Reihe zu kriegen.
- Zitat 27 (Fussnote 36, Seite 30): Zertifizierung. Weiss ich nicht. Halte ich ein bisschen, also, soweit, da da kann ich nicht allzu viel sagen. Aber soweit ich da Bescheid weiss in der ISO neunzig null weiss ich nicht. Das ist aus meiner Sicht eine Geldschneiderei, weil das Ding einerseits jedes Jahr neu beantragt werden muss, und zum anderen ist es nur ein Stück Papier mit dem man sich schmücken kann. Und die Kriterien, die da erfasst werden, ich weiss nicht ob man damit tatsächlich das, was man erbringt, zertifizieren kann. Denn es werden ja eigentlich nur die fassbaren Dinge später, also die Geräte etcetera, bewertet. Und weniger so, was man machen kann, oder was man macht. Also das kann man ja kaum in so eine ISO fassen, glaube ich. Also wenn man es zertifiziert, dann kann man ja natürlich sehr viel vorspielen, und das muss nicht unbedingt mit der Praxis übereinstimmen
- Zitat 28 (Fussnote 36, Seite 30): Ich denke schon, dass es eine Wichtigkeit hat, weil man damit auch Qualität belegt. Und das ist sicherlich das, was auf Dauer zählen wird. Ob es sich aber durchsetzen wird, kann ich Ihnen nicht sagen. Weil es gibt noch anderen Interessen. Vorrangig auch wirtschaftliche Interessen, die sind nicht immer unbedingt qualitätsorientiert. Und wie sich das denn, sich diese Schere schliessen wird, kann ich nicht so beurteilen. Also es wäre sicherlich wünschenswert. Also gerade, was die Qualität anbelangt. Also ich denke nur daran, sicherlich haben wir – das weicht jetzt ein bisschen ab – aber sicherlich haben wir Vorgaben, unter denen wir ein EAP-Zentrum eröffnen dürfen. Wie die Qualifikation der Therapeuten sein muss und und und. Aber es kommt einmal jemand, der das überprüft, wenn man die Zulassung bekommt. Und danach kommt nie wieder jemand. Und ich denke mal, das wäre auch von Interesse, das regelmässig zu überprüfen. Solche Dinge sollten gemacht werden. Ich denke mal, da ist die Zertifizierung mit Sicherheit denn auch ergänzend dafür, dass eben Qualität auch gehalten wird.

Also von daher sehe ich schon eine Zukunft. Aber eben wenn die entsprechenden Leute daran auch Interesse haben. Es ist eben die Frage, ob daran wirklich – also auch von politischer Seite – Interesse besteht. Ich meine, Qualität heisst natürlich auch erstmal Investition.

Zitat 29 (Fussnote 36, Seite 30): Man erfüllt sowohl die apparativen als auch die personellen Voraussetzungen. Das ist das eine. Deshalb muss ich noch lange nicht Qualität liefern.

Zitat 30 (Fussnote 36, Seite 30): ein Zertifikat ist etwas, mit dem ich Qualität nachweisen kann. Und von der Seite her denke ich, ist es das erste, wo man sagt, man hat einen Vertrag zu bekommen.

Zitat 31 (Fussnote 36, Seite 30): Da denk ich auch, wenn der Kostenträger das Geld ausgibt, da kann er also auch fordern dass dies also auch nach bestimmten Normen eben durchgeführt wird, und vor allem sich eben transparent macht. Das ist ganz wichtig in der heutigen Zeit. Wir reden von Kostenersparnis. Da bedeutet das eben auch, transparent machen, heisst ja eben auch in Zusammenhang, welche Leistungen zu erbringen sind. Und da gibt es viele viele Ansätze schon in der AOTR, gerade in der AOTR. Dass eben also bestimmte Zeiteinheiten nachgewiesen werden müssen, oder, oder, oder. Das ist ja eben so eine Form der Transparenz. Als normaler Physiotherapeut kann ich eben eine Leistung erbringen. Was ich da eigentlich mache, kann ein Kostenträger nicht nachvollziehen. Kann er nicht nachvollziehen. Das verstehe ich darunter, und das finde ich gut so, dass da genau definiert wird, was wird bei welcher Erkrankung wann in welchem Zeitraum gemacht. Das ist gut.

Zitat 32 (Fussnote 37, Seite 30): Ich glaube, ich glaube letztendlich regelt sich das über die Qualität. Wenn ich jetzt zum Beispiel einen Patienten oder Teilnehmer einer Rehamassnahme verprelle, weil ich, weil er mit dem, weil der Patient unzufrieden ist über die Einrichtung. Oder der Arzt über das Ergebnis, was erreicht wurde. Dann wird er mir den vierten oder fünften Patienten nicht mehr zuweisen. Dann wird er sagen, dann schau ich mal in ein anderes Rehaszentrum. Und ich denke, nur so funktioniert diese sogenannte Verzahnung. Und wir sind ja letztendlich immer auf das Goodwill der einzelnen Ärzte angewiesen. Das heisst erstens, dass sie daran denken, dass es sowas gibt. Zum zweiten, dass sie den Patienten dazu instruieren. Und zum dritten, dass sie. Ja. Da entwickeln sich dann natürlich auch Verbindungen. Dass sie sagen, also da gehen Sie da oder da hin. Weil ja der Patient ja gar nicht weiss, wo soll ich da hin gehen. Und wird also dann schon von den niedergelassenen Kollegen oder von dem Krankenhaus gesagt, also gehen Sie mal da hin oder da hin oder da hin. Und. Ja. Wenn ich da also mehrere Male nicht zufrieden stellende Ergebnisse mache oder habe, dann wird also der Arzt sagen, also nein dahin schicke ich Sie nicht mehr. Sie gehen mal dahin. Das ist diese, nur so funktioniert Verzahnung. Das ist nicht so nahe beim Qualitätsmanagement. Aber das ist eben, ja, entweder man hat's oder man hat's nicht.

Zitat 33 (Fussnote 37, Seite 30): Ich sehe es jetzt erstmal nicht unbedingt als Problem. Könnte mir aber vorstellen, dass es Kosten verursacht, wenn man eine Zertifizierung haben will. Weil man vielleicht bestimmte Kriterien erfüllen muss, die sich darin äussern, eben Räumlichkeiten apparatetechnischerseits, personellerseits, ja. Ich hab deswegen keine grauen Haare. Die kriege ich durch andere Sachen. Aber ich sage mal so, da könnte ich mir vorstellen, dass dort sage mal Aufgaben auf mich zukommen. Und wenn die Zertifizierung so ist, dass er sie jeder erreichen, kann finde ich sie sinnlos. Also ich sehe es, wie es hier in Berlin ist. Wir haben sechzehn Einrichtungen. Alle reden sie über Qualität. Und letztendlich nur wenige sitzen – wie ich zum Beispiel – mit am Tisch. Und viele machen dasselbe. Und von Seiten der Kasse wird überhaupt nicht differenziert.

Zitat 34 (Fussnote 37, Seite 30): Insofern kann Zertifizierung, kann nachvollziehbare Qualität, Gewährung von Qualitätsmanagement nur funktionieren, wenn ich dafür in irgendeiner Form belohnt werde.

Zitat 35 (Fussnote 38, Seite 30): Also ich denke, da wäre sicherlich im Rehasentrum, glaube ich, zumindest die vier, die jetzt im Vertrag sind, da stimmen die Dinge, die ich ja auch selber gesagt habe. Da braucht man im Grunde keine Aufklärung oder keine Informationen machen. Was ich eher sehen würde, wo es Probleme gibt, dass einerseits, ja bei den Kassen eigentlich das grössere Problem liegt.

Zitat 36 (Fussnote 39, Seite 30): Wesentliche Abläufe, die sind mir also wichtig. Wesentliche Abläufe und wesentliche Anforderungen, dass also die Anforderungen überall gleich sind.

Zitat 37 (Fussnote 39, Seite 30): Wenn ich, wo Begriffe definiert worden sind, ja. Und daraus leiten sich ja bestimmte Inhalte ab. Und ähnliches so. Und da Abläufe und so was, ja. Und dann ist das natürlich, kann das eine sehr gute Hilfe sein. Weil man dann über dasselbe spricht. Also mal gut, man muss sich damit beschäftigen. Man wird irgendwann merken, wir reden eigentlich über dasselbe, oder wir reden nicht über dasselbe Thema, ja.

Zitat 38 (Fussnote 40, Seite 30): Diese Zertifikate oder diese Zertifizierungen. Dass man da vom Ablauf her /// das wäre wichtig. Zum Beispiel zu wissen, ja, wo sind diese Anlaufstellen. Was verbirgt sich dahinter. Was. Kann man da eigentlich auch? Kann man sich da was zuschicken lassen? als Informationsmaterial //// . Diese interne Qualitätssicherung // . Man muss da auch schon weiter gucken. /// wäre schon interessant. Also das das // dass man da. Wo kann man sich Informationsmaterial schicken lassen? Wo kann man sich /? Gibt es so Vorzeigekliniken, die so, wo man mal in Kontakt treten kann? Und uns ist zum Beispiel auch ganz wichtig auch einen Austausch zu haben. Nicht nur vom Standort das zu machen. Sondern auch einerseits mit den Rehasentren hier. Aber auch doch, wie sieht es woanders aus? . . . Also ein Austausch ist einfach wichtig zur Frage, was in Richtung Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement für die AOTR. Dass da auch entsprechend mal. Dass es da Fachforen gibt, sage ich jetzt mal. Das wäre schon so was //

Zitat 39 (Fussnote 40, Seite 30): vielleicht gibt es das auch weltweit oder europaweit. Also ob da schon Erfahrung mit //// kurze Informationen auch darüber.

Zitat 40 (Fussnote 41, Seite 30): was so momentan der aktuelle Trend ist.

A.4 Anschreiben und Fragebogen für die Leser des Leitfadens

Abs.:⁶⁰

An:

Dr. Christa Weßel
Altenbraker Straße 19
12053 Berlin

Tel.: 030 6808 1864
E-mail: Christa.Wessel@t-online.de

Zertifizierung und Qualitätspreise – Ein Leitfaden für Einrichtungen im Gesundheitswesen

– Fragebogen-Rückantwort –

Sehr geehrte Damen und Herren,

heute erhalten Sie den Leitfaden *Zertifizierung und Qualitätspreise*.

Wie den meisten von Ihnen bekannt ist, habe ich diesen Leitfaden im Public Health Studium an der Technischen Universität Berlin im Rahmen meiner Abschlussarbeit für das Projekt *Qualitätssicherung in der ambulanten medizinische orthopädisch-traumatologische Rehabilitation (AOTR)* erstellt.

Ich danke Ihnen für Ihre bisherige Mitarbeit, insbesondere meinen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern. Dadurch war es möglich Ihre Wünsche und Bedürfnisse hinsichtlich eines solchen Leitfadens kennenzulernen.

Ziel dieses Leitfadens ist es, Ihnen einen Überblick zum Thema *Zertifizierung* und über weitere Informationsquellen und -stellen zu verschaffen. Daher umfasst dieser Leitfaden neben einem Quellen- und Adressenteil im *Anhang* ausserdem einige Erläuterung zu *Begriffen* aus dem Bereich Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sowie – als weitere Möglichkeit, Qualitätsmanagementsysteme zu beurteilen – aus dem Bereich *Qualitätspreise*.

Um auch in dieser Arbeit den Qualitätskreis zu schliessen, bzw. die Qualitätsspirale zu eröffnen, bitte ich Sie um Ihre Rückmeldung. Mit Ihren Antworten auf die umseitig aufgeführten Fragen möchte ich einen Eindruck darüber gewinnen, ob das Ziel des Leitfadens erreicht wurde, oder welche Unzulänglichkeiten er noch aufweist.

Bitte senden Sie mir diesen Fragebogen in den nächsten vier Wochen an die oben stehende Adresse zurück. Zu persönlichen Gesprächen und Austausch stehe ich natürlich auch gerne zur Verfügung.

Herzlichen Dank.

Berlin, 21. Juli 2000 – *Christa Weßel*

⁶⁰ Bei der Präsentation, bzw. der Übergabe des Leitfadens wird dem Leser freigestellt, seine Adresse anzugeben, oder den Fragebogen anonym zurückzusenden.

Bitte nehmen Sie kurz Stellung, welches Ihr Eindruck und Ihre Meinung zu den einzelnen Punkten hinsichtlich des Leitfadens *Zertifizierung und Qualitätspreise* ist.

- Wie beurteilen Sie den Leitfaden hinsichtlich?

- Aufbau
- Übersichtlichkeit

😊😊	😊	😐	😞	😞😞

- Wie fühlen Sie sich durch die folgenden Abschnitte informiert?

- Begriffe

- Zertifizierung
- Qualitätspreise

😊😊	😊	😐	😞	😞😞

Sind die einzelnen Bereiche ausreichend, zu kurz oder zu lang abgehandelt worden? Erscheinen Ihnen Teile überflüssig oder welche Bereiche hätten ausführlicher dargestellt werden sollen?

- Wie fühlen Sie sich durch den *Anhang* informiert ?

- Normen
- Literatur und Quellen
- Adressen

😊😊	😊	😐	😞	😞😞

- Wie schätzen Sie die Verwendbarkeit dieses Leitfadens für Ihre Arbeit ein?

z.B. hinsichtlich

- Beschaffung weiterer Informationen
- Entscheidungsfindung
- Vorbereitung auf eine Zertifizierung

😊😊	😊	😐	😞	😞😞

Erklärung über die selbständige Verfassung der Arbeit

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit *Zertifizierung und Qualitätspreise – Die Anwender orientierte Erstellung eines praxisrelevanten Leitfadens am Beispiel der ambulanten medizinischen Rehabilitation* selbständig verfasst habe und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe und diese Arbeit nicht an anderer Stelle als Abschlussarbeit eingereicht habe.

Berlin, 21. September 2000

Dr. Christa Weßel