Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 35 (2009)
Heft: 2

Artikel: Qualitätsmanagement : ein Überblick
Autor: Schneider, Philip / Gehrlach, Christoph
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800608

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 11.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Qualitätsmanagement: Ein Überblick

Im Sozial- und Gesundheitswesen gibt es immer mehr Qualitätsinitiativen. Einerseits schreiben die meist öffentlichen Geldgeber dies zunehmend vor, andererseits gelten Qualitätsmanagementmethoden auch als ausgemachte Steuerungstools für Organisationen. Anlass genug, für einen Überblick und eine Diskussion der Konzepte und des Nutzens.

Philipp Schneider
Professor, Leiter Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement Berner Fachhochschule BFH, Falkenplatz 24, 3012 Bern, Tel. +41 (0)31 848 36 50, philipp.schneider@bfh.ch, www.qm.bfh.ch

Christoph Gehrlach
Mitarbeiter Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement Berner Fachhochschule BFH, christoph.gehrlach@bfh.ch

Die Auseinandersetzung mit der Qualität von Dienstleistungen und Produkten bestimmt tagtäglich unseren Alltag. Häufig stehen dabei einfache Kosten-Nutzen Abwägungen im Zentrum – so etwa beim Kauf einer Ware. Komplizierter wird es, wenn man sich mit der Qualität von Dienstleistungen, speziell mit sozialen- oder mit Gesundheitsdienstleistungen auseinandersetzt. In diesen Bereichen ist Qualität komplex und multidimensional, subjektive und objektive Faktoren vermischen sich. So ist es nicht verwunderlich, dass Aktivitäten des Qualitätsmanagements selbst von MitarbeiterInnen der betroffenen Organisationen häufig als wenig nützlich eingeschätzt werden.

Ziel der Anstrengungen um eine gute Qualität ist, nicht nur den KundInnen/KlientInnen bzw. den NutzerInnen einen Vorteil zu bieten, sondern auch der eigenen Organisation selbst. Dies wird häufig nicht erkannt, da ein zu mechanistisches Verständnis von Qualitätsmanagement vorherrscht oder vermittelt wird. Die Einführung kann dann beispielsweise an der Basis keine oder wenig Wirkung zeigen und Nutzen und/oder Sinn und Zweck des Qualitätsmanagements werden nicht verstanden.
Der nachfolgende Beitrag versucht, mit einigen der bestehenden Fehlannahmen aufzuräumen, Konzepte einzuordnen und zu verknüpfen, so dass diese in einem Zusammenhang gesehen werden und der Nutzen des Qualitätsmanagements zum Vorschein kommt.

Vorurteile, Skepsis und Assoziationen

Qualität und Qualitätsmanagement scheinen Begriffe zu sein, die positiv bewertet werden, wenn sich jemand in der Rolle der Leistungempfängerin/des Leistungssempfängers befindet. Sie werden aber offenbar eher negativ erlebt, wenn es um die eigene Leistungserbringung geht. Wie sonst kann erklärt werden, dass im Sozial- und Gesundheitsbereich -aber auch im Bereich der Pädagogik- das Einführen eines Qualitätsmanagements an Veranstaltungen, Workshops und auch in Artikel vorwiegend als eine «Pflicht-Aufgabe» mit wenig Wirkung bezeichnet wird? Zwar ist es problematisch öffentlich zu bekennen, man sei gegen ein Qualitätsmanagement, aber die Botschaften in internen Kreisen- auch seitens der Führung - tönen oft anders und auch die zur Verfügung gestellten Ressourcen stehen oft im krassen Widerspruch zu anderen Massnahmen und wirken entsprechend halbherzig. Eine konsequente Ausrichtung und das Anstreben hoher Qualität der eigenen Dienstleistungen sind jedoch nicht nur aus NutzerInnensicht erstrebenswert, sondern bringen auch unmittelbar für die Organisation Vorteile.[1]

Im Rahmen eines Zertifikatslehrgangs der Berner Fachhochschule BFH des Kompetenzzentrums Qualitätsmanagement[2] haben wir eine Umfrage zu diesem Thema durchgeführt und u.a. folgende Frage gestellt: Welche Begriffe verbinden die Mitarbeitenden ihrer Organisation mit den Begriffen Qualität und Qualitätsmanagement? Dabei gab es u.a. folgende Nennungen:

- eine Selbstverständlichkeit, die jeden Tag geleistet wird
- Standardisierung
- Bürokratie
- Optimierung
- Effizienz
- Prozesse, ISO.

Fast nicht erwähnt wurden die aus Sicht der Theorie des Qualitätsmanagements zentralen Begriffe wie: «Kontinuierliche Verbesserung», «Kundennutzen oder Klientenzufriedenheit», «Wirkungsüberprüfung/Evaluation». Es lohnt sich also, nachfolgend einige Gedanken zu den Nennungen zu machen und mögliche Missverständnisse oder Unklarheiten aufzuzeigen.

Qualität als eine Selbstverständlichkeit, die jeden Tag geleistet wird

Dahinter steht das klassische und traditionelle Verständnis im Sozial- und Gesundheitswesen, dass Personen, welche diesen Beruf ergreifen, durch eine hohe intrinsische Motivation, durch innere Werte gesteuert werden. Qualität ist dabei selbstverständlich und somit Bestandteil des Berufs, sie gehört zur Eigenverantwortung. Qualität wird demnach als ein kontinuierlicher Prozess in einem selbstlernenden System verstanden. Ohne diese Werte in Frage zu stellen, gelten aber auch im Gesundheits- und Sozialwesen gewisse monetäre Anreize und andere Vergünstigungen als Treiber zur Berufswahl. Aus Sicht des Qualitätsmanagements ist eine intrinsische Motivation zu begrüssen, sie beinhaltet jedoch die Schwierigkeit, dass zwar möglicherweise die richtigen Ansprüche und Motive an die Qualität der eigenen Arbeit vorhanden sind, diese jedoch weder überprüft, gesichert noch nachgewiesen werden können. Wie kann also die Unternehmensleitung wirklich sicher sein, dass in der jeweiligen Situation (z.B. in der direkten Interaktion zwischen Professionellen und KlientInnen) das Richtige richtig gemacht wird, wenn keine Kontrollen, keine Stichproben, keine begleiteten Arbeitssituationen und keine Wirkungs- und Zielüberprüfungen stattfinden? Oder wie gut kann eine organisationsübergreifende Versorgung sichergestellt werden, wenn in einem interdisziplinären Umfeld die eigene Arbeit nicht transparent dokumentiert und nachgewiesen werden kann?

Ein konkretes Beispiel der Grenzen einer intrinsischen Motivation ist das Problem der «Selbstüberschätzung»: Eine gute Berufsausbildung und Motivation schützen nicht vor Selbstüberschätzung. Fast alle Untersuchungen und Auswertungen von systematischen Analysen im Rahmen des Fehlermanagements in Organisationen zeigen, dass gerade die Selbstüberschätzung oder die falsche Einschätzung der eigenen Ressourcen und Fähigkeiten die grösste Fehlerquelle ist.[3]
Fazit: Die intrinsische Motivation ist ein wichtiger Bestandteil personenbezogener Dienstleistungen, bietet aber keine Garantie für die angestrebte Qualität. Falls die Stärken und Schwächen der intrinsischen Motivation von den Betroffenen nicht akzeptiert und kritisch reflektiert werden, kann ein Qualitätsmanagement als Zweifel an der Motivation und Kompetenz oder gar als Kränkung erlebt werden.

Wer hat Einfluss auf das Qualitätsmanagement?

Qualität wurde über viele Jahre durch den «beruflichen Stolz», die damit verbundenen Werte sowie einem hohen Vertrauen auf die eigene Fachlichkeit und Professionalität gelenkt. Die zunehmende Komplexität der Dienstleistungsprozesse und der Bezüge zu weiteren, oft externen InteressensträgerInnen verlangte jedoch eine vermehrte Auseinandersetzung mit den eigenen Prozessen und den Schnittstellen. Die öffentliche Diskussion über Qualität und Rahmenbedingungen zum Qualitätsmanagement entstand im Nonprofit-Bereich jedoch erst in den 60er Jahren. Aus der manchmal sachlicher, manchmal emotionaler geführten Diskussion haben sich folgende Lenkungsgrössen zum Qualitätsmanagement herauskristallisiert:

- Vorgaben und Rahmenbedingungen werden durch einen Regulator bestimmt, meistens durch die Leistungsbesteller oder -finanziererInnen. Das Qualitätsprojekt des Bundesamt für Sozialversicherungen BSV «BSV-IV 2000» für Behinderteninstitutionen ist dafür ein typisches Beispiel.
- Standards und Indikatoren werden durch ExpertInnen, Fachgesellschaften, Dachverbände und/oder durch die Leistungserbringer erarbeitet (Evidenz basierte Vorgaben).
- Umfang und Qualitätsgrad der Leistungserbringung entsteht aus dem Zusammenspiel aller beteiligten Kräfte (Aushandlungsprozess), so z.B. das Qualitätsmanagementsystem des BAG, QuaTheDA.
- Druck der Leistungsempfänger, resp. deren Interessenvertreter bezüglich Qualitätsanforderungen.
- Laufende Anpassungen und Verbesserungen durch das interne Risiko-, Beschwerde- und Anspruchsgruppenmanagement.
- Erkenntnisse aus internen und externen Benchmarks, aus Best Practice-Projekten.

Der «Faktor Mensch» bei sozialen Dienstleistungen

Bei den Tätigkeiten im Sozial- und Gesundheitswesen handelt es sich um so genannte personenbezogene Dienstleistungen. Das Wesen solcher Dienstleistungen unterscheidet sich massgeblich von Leistungen aus beispielsweise dem Produktionsbereich. Aus diesem Grund ist Qualität in Dienstleistungsprozessen auch anderen Kriterien unterworfen. Personenbezogene Dienstleistungen sind menschliche Ko-Produktionen, zu einem hohen Anteil sind sie nicht materielle, nicht greifbare und nicht speicherbare Dienstleistungen, die an den direkten Kontakt zwischen ProduzentInnen (Fachpersonen) und KonsumentInnen (KlientInnen, PatientInnen) gebunden sind und bei denen das Gestalten der Beziehung einen Teil der professionellen Arbeit darstellt (Uno-actu-Prinzip, Rudolph Bauer).[4] Die Erstellung und die «Konsumption» der Dienstleistung fallen in den meisten Situationen zusammen.

- Qualität: Das Richtige richtig machen. Qualität ist das Erarbeiten und Einhalten einer Vereinbarung oder einer Abmachung, das Abstimmen der eigenen Leistungs- und Qualitätsfähigkeit mit den Erwartungen und Anforderungen der Anspruchsgruppen (richtige «Flughöhe»). [4]
- Qualität ist die Gesamtheit von Merkmalen und Eigenschaften einer Massnahme, einer Leistung, die zur Erfüllung erwünschter Erfordernisse, Zielsetzungen nötig sind (DIN / ISO[5]), die Güte der Leistung. Qualität = die Beschaffenheit eines Gegenstandes.

Qualität bei personenbezogenen Dienstleistungen:

- Qualität der Dienstleistung, der Ko-Produktion von LeistungsgerbringerIn und LeistungsempfängerIn, Qualität als Output (Leistungsindikatoren), Qualität als Outcome (Wirkung/Zielerreichung)
- Das Sicherstellen der Fachlichkeit, der richtigen, bedarfsgerechten Leistungserbringung = Qualität der Leistungserbringung
- Bestmögliche Kundenzufriedenheit, bestmögliche Service-Qualität (subjektive Zufriedenheit) = Servicequalität
- Das Erfüllen und Einhalten interner und externer Vorgaben und Standards der Leistungsvereinbarungen = Qualität als Outcome, als Wirkung
- Datenbasierte Leistungskontrolle, ein Nachweis von messbaren und standardisierten Kennzahlen = Qualität als Output, Leistungsindikatoren
- Das nachvollziehbare Gestalten und Steuern der Arbeiten im Qualitätsmanagement = Qualität der Organisation

Eine weitere Qualitätsdimension betrifft die Führung. Auch Organisationen im Sozial- und Gesundheitswesen haben einen hohen Steuerungsbedarf. Führungsaufgaben müssen wahrgenommen und durchgesetzt werden. Diese Managementqualität beeinflusst direkt die fachliche Leistungserbringung und kann nur funktionieren, wenn auch die strategischen Vorgaben und Aufgaben wahrgenommen werden.

Kasten 1: **Definition Qualität**

Das Definieren und Erreichen einer Qualität verlangt also eine aktive Mitarbeit der KundInnen. Qualität bei personenbezogenen sozialen Dienstleistungen umfasst einerseits objektive Anforderungen, kann aber auch als ein nicht absoluter Wert, als eine unmittelbare Erfahrung verstanden werden. Es handelt sich um eine Leistung, die im Rahmen einer Ko-Produktion entsteht und daher nicht immer stabil bleibt oder gleich wahrgenommen wird und sowohl subjektive Erwartungen wie auch subjektive Erfolge beinhaltet. Im Extremfall bleibt die Dienstleistung wirkungslos, wenn beispielsweise KlientInnen ihre Mitarbeit an der Dienstleistung verweigern.
Qualitätsanforderungen aus dem technischen oder kommerziellen Bereich, wo das Produkt eindeutig und isoliert hergestellt werden kann (z.B. ein Bett oder Fahrrad) können daher die Realität der Arbeiten im Sozial- und Gesundheitsbereich nicht oder nur beschränkt abbilden. Kommen nun solche Vorgaben zur Anwendung, werden diese zu Recht als bürokratisch erlebt und nur widerwillig erfüllt. Auf der anderen Seite ist es schwer nachvollziehbar, warum eine soziale Organisation oder ein Altersheim nicht verpflichtet werden kann, eigene Leistungen im Sinne von harten Kennzahlen nachzuweisen und mit Dritten zu vergleichen oder warum z.B. Sozialarbeitende Probleme mit einer elektronischen Zeit- und/oder Leistungserfassung haben.

Kriterien, Indikatoren, Standards und Freiräume

Im Qualitätsmanagement sind Kriterien, Indikatoren und Standards wichtige Begriffe und keineswegs bürokratische Hindernisse. Kriterien bilden die Beurteilungsgrundlage für Interventionen bei den KlientInnen oder bei der Bewertung der eigenen Arbeit, Indikatoren zeigen an, ob die vereinbarte Qualität auch wirklich erfüllt wird und Standards oder Richtlinien sind Orientierungshilfen, Vorgaben zu einer Grösse, die erreicht werden muss (Minimalstandards). Mit einer Standardisierung wird

Crack

versucht, wichtige Tätigkeiten als verbindlich zu erklären, präzise zu beschreiben und erfassbar zu machen. Die KundInnen erhalten damit die Gewissheit, dass unabhängig von der Fachperson die richtige Leistung in der richtigen Qualität erbracht wird. Personenbezogene Dienstleistungen verlangen jedoch auch situative Entscheide und kreative Interventionen. Es muss daher sichergestellt werden, dass die Fachleute bei ihrer Arbeit trotz Vorgaben noch eigenständig entscheiden können und einen Handlungsspielraum haben. Es ist eine der grossen Herausforderungen des Qualitätsmanagements dieses Spannungsfeld zwischen Standardisierung und Eigenständigkeit zu gestalten.

Qualitätsmanagement kann als das Führen, Gestalten und Einordnen der Arbeiten im Bereich der Qualität oder auch als das Steuern, Sicherstellen und Entwickeln der personenbezogenen Dienstleistungen unter dem Aspekt der Qualität beschrieben werden. Ziel des Qualitätsmanagements ist das Aufzeigen der Unterschiede zwischen dem IST- und SOLL-Zustand, das Analysieren der Schwachstellen und das Einleiten der nötigen Verbesserungen.

Kasten 2: **Definition Qualitätsmanagement**

Wirkung, Nutzen, Optimierung und Effizienz

In den letzten Jahren ist eine Tendenz festzustellen, dass Führung (Management) aber auch Qualitätsmanagement immer mehr mit betriebswirtschaftlichen Begriffen gefüllt und von deren Logik beherrscht und gesteuert werden. Mathematisierte Modelle, die angeblich wissenschaftlich unterlegt sind, kommen zur Anwendung.[7] Personenbezogene Dienstleistungen sind jedoch nur beschränkt mit den Prinzipien der Betriebswirtschaftslehre BWL zu steuern. Bekanntlich stellt die BWL den einzelnen Betrieb – der isoliert aus BWL-Sicht betrachtet sehr wohl optimiert werden kann – ins Zentrum und nicht die Gesamtheit der Leistungserbringung aus volkswirtschaftlicher Sicht. Die momentane Finanz- und Wirtschaftskrise zeigt, dass diese Logik auch in der Wirtschaft ihre Grenzen hat. Interventionen im Sozial- und Gesundheitswesen müssen jedoch immer in der Gesamtheit betrachtet und über den ganzen «Behandlungspfad» bewertet und falls nötig optimiert werden. Eine einseitige Kostenoptimierung greift schnell zu kurz. Dies gilt auch für das Messen des Nutzens. Aussagen zur Wirkung und zur Wirtschaftlichkeit von personenbezogenen Dienstleistungen sind nur dann relevant, wenn

- auch erfasst wird, welche Kosten anfallen, falls die entsprechende Leistung nicht erbracht würde,
- die Rahmenbedingungen, der Umfang und die Bedarfsklärung der Leistungserbringung übergreifend definiert sind (Creaming-Effekte,[8] Risiko-Adjustierungen etc.),
- aufgezeigt wird, wie die vereinbarte Wirkung anderswo wirtschaftlicher erreicht werden kann.

Die Arbeiten des Qualitätsmanagements vieler Organisationen mit personenbezogenen Dienstleistungen richten den Fokus häufig auf Strukturen und Prozesse. Angenommen wird dabei ein Zusammenhang der Handlungen mit den angestrebten Ergebnissen, gute Handlungen = gute Qualität wobei die angestrebten Ziele und Wirkungen häufig nicht klar definiert sind. Als Antwort auf diese oft unbefriedigende Situation hat sich in den vergangenen Jahren ein Trend zu einer verstärkten Evidenzbasierung ergeben, eine Methodik um wirksame und bewährte Verfahren herauszuarbeiten und für die Praxis nutzbar zu machen. Evidenzbasierte Massnahmen beeinflussen in grossem Masse Handlungsabläufe und Prozesse in einer Organisation mit dem Ziel, gute Ergebnisse zu erzielen.

Evidenzbasierung als systematische Methodik zur Sicherstellung wirksamer Vorgehensweisen in der Versorgung

Evidenzbasiertes Handeln ist der gewissenhafte Gebrauch der gegenwärtig besten, wissenschaftlich gestützten Entscheidungs- und Handlungsanweisungen und erfüllt daher zumindest teilweise die Anforderungen an Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit. Die Herausforderung besteht darin, dass der Mensch weiterhin als Ganzes und Teil seines Lebensumfelds betrachtet wird. Deshalb sollte bei der Betrachtung der Ergebnisse immer der ganze Mensch als bio-psycho-soziales Wesen betrachtet, ins Zentrum der (Ergebnis)-Betrachtungen gerückt werden. Dies bedingt nicht zuletzt auch eine Auseinandersetzung mit Fragen der Lebensqualität. Damit wird die fachlich korrekte Erstellung von Einzelmassnahmen nicht obsolet, sie gliedert sich aber in ein Spektrum an Massnahmen ein. Was nützt es beispielsweise einer Person, wenn eine Einzelleistung evidenzbasiert, mit hoher Qualität erbracht wird – die Schädigung «repariert» ist, negative Einflüsse oder Nebenwirkungen auf die Lebensgestaltung oder die Berufsausübung aber weiterbestehen?

Aktuell sind Outcomemessungen ein von verschiedenen Stakeholdern vieldiskutiertes Thema. Nicht nur Versicherer und Gesundheitsdirektionen fordern den Nachweis der Leistungsfähigkeit über die Veröffentlichung von Ergebnisqualitätsdaten, auch PatientInnenverbände und die LeistungserbringerInnen selbst nutzen die Daten für Informations- und Steuerungszwecke. Outcomemessungen folgen unterschiedlichen Ansätzen: Berufsgruppenspezifische Outcomemessungen fokussieren auf den Erfolg einzelner, spezifischer Therapien und Behandlungsmassnahmen; diese häufig systematisch in Registern erhobenen Daten dienen der wissenschaftlichen Forschung zur Verifizierung erfolgreicher Verfahren.

Ein anderer Ansatz versteht Outcomes im Sinne von Ergebnisqualität breiter. Verstanden wird unter Outcomes das Ergebnis, das aus dem Zusammenspiel der verschiedenen Berufsgruppen, Prozesse und strukturellen Voraussetzungen resultiert; häufig wird hier die Sicht der Nutzerin/des Nutzers eingenommen. Im akutsomatischen Sektor wurden im Verein Outcome[9] Pionierarbeit geleistet und eine breite Palette an Ergebnismessungen entwickelt, die aus einer patientInnenorientierten Perspektive Ergebnisqualität abbilden. Diese Daten dienen der Unternehmensführung und speziell dem Qualitätsmanagement dazu, sich mit anderen Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen zu vergleichen und um Hinweise auf Verbesserungspotenzial für die weitere Unternehmensentwicklung zu erhalten.

Aus Sicht des Qualitätsmanagements sind daher die Begriffe Effizienz und Optimierung nicht abzulehnen, aber zu relativieren. Es ist abzuklären, wo es sich um eine negative Fremdbestimmung, um negative wirtschaftlich geprägte Aspekte zu Lasten der fachlichen Ansprüche und der Qualität handelt oder wo diffuse Ängste und Widerstände der Betroffenen die Einführung eines Qualitätsmanagements erschweren. Es muss allen Beteiligten im Sozial- und Gesundheitswesen bewusst sein, dass sie fast ausschliesslich durch öffentliche Mittel finanziert werden, und sowohl die LeistungsfinanziererInnen (die LeistungsbestellerInnen) wie auch die LeistungsempfängerInnen das Recht haben, dass dieses Geld wirksam eingesetzt wird. Aus Sicht des Qualitätsmanagements sind in diesem Zusammenhang Fragen der Bedarfsklärung, der Indikationsstellung, der Zweckmässigkeit und der Effektivität zentral. Diese Aspekte sind jedoch nicht einfach zu erfassen und beinhalten immer auch Werte- und Haltungsfragen und damit ethische Fragestellungen: Welche Behandlung soll eine 85-jährige Person noch erhalten, wie viel sind uns Randgruppen wert, welche Summe soll in die ambulante oder stationäre Behandlung investiert werden? Solche Fragen können nur untersucht und beantwortet werden, wenn die Leistungserbrin-

gerInnen auch bereit sind, offen und transparent ihre Leistungen und Wirkungen überprüfen zu lassen und die zur Verfügung stehenden Daten qualitativ hochstehend und korrekt sind. Hier besteht vielerorts Nachholbedarf und das Monitoring und Reporting funktionieren oft nicht oder nur ungenügend.

Betriebswirtschaftliche Zahlenspiele machen Eindruck und grenzen sich für PolitikerInnen und Laien wohltuend von den weichen Faktoren des Sozial- und Gesundheitsbereichs ab. Ob sie eine Antwort auf die wichtigen Fragen geben, ist eine andere Frage. Nehmen Sie an, dass Sie mit ihrer Familie eine Wanderung machen möchten. Dazu fahren Sie zuerst mit dem Zug von A nach B. Kaum ausgestiegen muss aber ein Mitglied ihrer Familie zuerst etwas trinken, ein zweites den Rucksack umpacken. Sie möchten die Zeit optimieren und fragen sich, ob die Familienmitglieder diese Tätigkeiten nicht besser bereits im Zug – während der unproduktiven Zeit - hätten erledigen können. Sie starten deshalb – mit Unterstützung der Bahn - eine repräsentative Umfrage bei 100 Wanderfamilien und möglicherweise werden Sie feststellen, dass offensichtlich viele Familien wie die Ihre funktionieren und die nicht-produktive Zeit im Zug schlecht nutzen. Ihre Theorie lautet also: Dank Verbesserungen innerhalb der nicht-produktiven Zeit kann die produktive Zeit deutlich optimiert werden. Idealerweise unterlegen Sie die Theorie mit einer Checkliste, was alles im Zug erledigt werden muss, damit der Start der Wanderung unmittelbar nach dem Aussteigen erfolgen kann. Ihr Buch mit dem Titel «Das Spazierstock-Phänomen - eine Anleitung zur Optimierung von Sozialen Organisationen» wird garantiert ein Hit. Dass möglicherweise das Zeitungslesen und das gemütliche Kaffeetrinken im Zug zu kurz kommen, die Familie schon bald keine Lust mehr an der sonntäglichen Wanderung hat, muss als Nebenwirkung in Kauf genommen werden. Und dann wäre ja noch die Frage, was ist eigentlich eine schöne Wanderung, was soll deren Nutzen sein?

Kasten 3: **Wir basteln eine mathematische Formel**

Prozesse, ISO

Mit dem Prozessmanagement wird versucht, die betriebliche Handlungsebene zu beschreiben, um den Ist- und Soll-Zustand zu erfassen und die Voraussetzung für die ständige Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung zu schaffen. Wie bereits oben gezeigt, macht es Sinn, einzelne Abläufe und Tätigkeiten zu beschreiben, damit diese immer gleich ausgeführt werden. Klassische Beispiele sind Verhalten in einer Notsituation (Brand, Todesfall) oder in Situationen, die fast nie eintreten, jedoch viele Einflussfaktoren beinhalten. Prozesse beschreiben, was durch wen gemacht wird und stellen die Leistungserbringung aus Sicht der Anspruchsgruppen ins Zentrum. In der Praxis hat es sich bewährt, die Prozesse anhand von Flussdiagrammen schematisch und anhand normierter Zeichen darzustellen.

Werden im Qualitätsmanagement Prozesse erfasst und beschrieben, müssen folgende Punkte beachtet werden:

- Die Anzahl Prozesse, die ein Mitarbeiter/ eine Mitarbeiterin beherrschen muss, sollte 5 bis 8 nicht übersteigen.
- Die Prozesse beschreiben den Normalfall, das Tagesgeschäft (80:20 Regel), wo gleich bleibende Abläufe und Tätigkeiten wichtig sind. Sie erfassen also nicht jede einzelne Ausnahme.
- Die Prozesse beschreiben den Spezialfall, eine spezifische Aufgabe.
- Mit der Beschreibung der Prozesse werden auch die eingesetzten Dokumente, die Schnittstellen, Standards und Vorgaben geklärt.
- Mit der Beschreibung der Prozesse werden auch Prozessziele, die Prozessmessung, die Prozessüberprüfung und die Prozessverantwortlichkeiten definiert.

Fazit: Prozesse sind eine sinnvolle Unterstützung in der täglichen Leistungserbringung. Prozesse machen jedoch nur Sinn, wenn sie umgesetzt und gelebt werden. In Organisationen des Sozial- oder Gesundheitsbereichs mit (personenbezogenen) klientInnenbezogenen Aufgaben bilden die Schlüssel- oder Kernprozesse die direkte Arbeit mit den KlientInnen (die Ko-Produktion) ab. Ein isoliert eingeführtes Prozessmanagement gibt keine Garantie, dass die fachliche Qualität und/oder die Wirkungsqualität auch wirklich stimmen. Aus Sicht des Qualitätsmanagements ergänzt idealerweise ein Fachkonzept die Arbeiten im Prozessmanagement.

Ein zentraler Treiber des Prozessmanagements ist das Qualitätsmanagement-System ISO 9000. Auf der Grundlage internationaler Normen werden im Produktionsbetrieb die Prozesse definiert und der kontinuierliche Verbesserungsprozess (Plan-Do-Check-Act-Zyklus PDCA) eingeführt. Die Tauglichkeit der ISO-Systeme im Sozial- und Gesundheitsbereich ist umstritten, da die Fachqualität und die Besonderheiten der Ko-Produktion aus Sicht der KritikerInnen zu wenig berücksichtigt werden. Aus diesem Grund hat sich vor allem im Gesundheitswesen in letzter Zeit vermehrt das Modell der European Foundation for Quality Management EQFM[10] durchgesetzt, welches die Qualität einer Organisation umfassend beschreibt. Das EFQM Modell basiert auf dem umfassenden Total Quality Management TQM und arbeitet mit Selbst- und Fremdbeurteilungen. TQM ist eine systematische Vorgehensweise, um ein Unternehmen zu hervorragenden Leistungen zu führen und involviert neue Führungsstrategien und Kulturveränderungen. Gemäss dieser Philosophie werden allen Mitarbeitenden des Unternehmens Kompetenz und Verantwortung übertragen, damit diese die vom Kunden definierte Qualität laufend verbessern können.

Methoden, Instrumente und Vorgehen im Qualitätsmanagement. Das System ordnet und leitet die Elemente und Arbeiten des Qualitätsmanagements in einer logischen Abfolge und verknüpft die Vorgaben, Tätigkeiten, Instrumente und Überprüfungen.

Es handelt sich um ein organisatorisches System zur Umsetzung der Qualitätspolitik, des Qualitätsmanagements. Normalerweise werden in einem Qualitätshandbuch das Vorgehen und die Inhalte festgehalten.

In den letzten Jahren hat sich im Gesundheits- und Sozialbereich ein Qualitätsmarkt entwickelt, in dem viele Berater mehr oder weniger erprobte Qualitätsmanagement-Systeme oft unklarer Herkunft verkaufen. Im Zentrum stehen oft Aspekte der Strukturqualität. Diese werden aber eher zur Legitimierung als zur Qualitätsverbesserung eingeführt. Auch beim Qualitätsmanagement hat leider ein gewisses Exzellenz-, Effizienz-, Label- und Quality-Gehabe Einzug gehalten, das mit der Wirklichkeit und Realität im beruflichen Alltag nicht mehr viel zu tun hat und schnell zu einer Selbst- und oder Fremdtäuschung führen kann.

Kasten 4: **Qualitätsmanagement-Systeme**

KundInnenzufriedenheit und KundInnennutzen, Anspruchsgruppenorientierung

Aus Sicht des Qualitätsmanagements sind LeistungsempfängerInnen KundInnen, auch wenn diese Bezeichnung im engeren Sinn (Kundin/Kunde = Wahlfreiheit) für viele Situationen nicht zutrifft. Es geht jedoch um die Haltung, die Einstellung den LeistungsempfängerInnen gegenüber und zwar im Sinne der Wertschätzung, des Respekts und der Glaubwürdigkeit. Es muss daher jede Organisation interessieren, wie ihre KundInnen über sie denken. Vor allem im Gesundheitswesen sind PatientInnenbefragungen Standard geworden. Kein Qualitätsmanagement ohne umfassende KundInnenzufriedenheits-Befragung. Aus Sicht des Qualitätsmanagements machen standardisierte und systematische Befragungen sehr wohl Sinn, es stellt sich jedoch die Frage, was anhand der Rückmeldungen gelernt und verbessert werden kann. Untersuchungen zeigen, dass die LeistungsempfängerInnen die fachliche Qualität im Sozial- und Gesundheitswesen nur schwer beurteilen können.[11] Welcher Laie ist sicher, ob die Ärztin wirklich das Richtige gemacht hat, ob die erhaltene Unterstützung durch den Sozialarbeiter optimal war und die Beratung «state-of-the-art» gerecht erbracht worden ist. Zudem stehen viele LeistungsempfängerInnen in einer mehr oder weniger direkten Abhängigkeit zur LeistungserbringerIn und/

oder sind einfach froh, wenn sie dank der fachlichen Intervention wieder gesund und munter die Zahnarztpraxis, das Spital oder einen Sozialdienst verlassen können. Es ist daher nicht erstaunlich, dass die KundInnenzufriedenheit in diesen Bereichen relativ hoch ist und kritische Rückmeldungen vor allem die Servicequalität (Erreichbarkeit, Pünktlichkeit, Wartezeiten, Essen) und/oder das Auftreten, das Verhalten einzelner Mitarbeitender betreffen. Zudem muss vor allem im Sozialbereich beachtet werden, dass KlientInnen selbst eine richtig erbrachte Qualität nicht nur wohlwollend beurteilen. Wer findet es schon gut, wenn anstatt der erwarteten Unterstützung von Fr. 4500 nur Fr. 3800 (der korrekt berechnete Betrag) ausbezahlt werden, oder das Durchsetzen einer Hausordnung in einer stationären Organisation Sanktionen nach sich zieht. Vor allem öffentlich wirksame KundInnenzufriedenheitsmessungen sind in Sozial- und Gesundheitswesen differenziert zu bewerten und richtig einzuordnen. Wirklich interessant sind die Resultate dann, wenn auch Zahlen aus dem Beschwerdemanagement und Fehlermanagement und/oder einer Ombudsstelle vorliegen, wo möglicherweise wichtigere und kritischere Rückmeldungen zu finden sind. Um die Qualität der eigenen Organisation bewerten zu lassen, müssen aus Sicht des Qualitätsmanagements nicht nur die KundInnen, sondern auch immer die ZuweiserInnen, AbnehmerInnen und die Mitarbeitenden befragt werden. Nur diese Gesamtsicht erlaubt die nötige Interpretation, ermöglicht es die einzelnen Rückmeldungen richtig einzuordnen und die nötigen Massnahmen auszulösen. Gute Erfahrungen werden mit einem dreijährigen Befragungszyklus gemacht, in dem jeweils abwechselnd die KlientInnen, die ZuweiserInnen und AbnehmerInnen und die Mitarbeitenden befragt werden.

Das Verbesserungsmanagement

Ein zentrales Ziel aller Massnahmen und Anstrengungen im Qualitätsmanagement ist die kontinuierliche Sicherung und Verbesserung aller Leistungen. Mit dem Verbesserungsmanagement werden interne und externe Rückmeldungen systematisch erfasst und bearbeitet, Fehler beseitigt und Verbesserungen ausgelöst. Es besteht also eine enge Verknüpfung zu den Rückmeldungen aus dem Anspruchsgruppenmanagement. Die Erkenntnisse werden wiederum ins Prozessmanagement integriert. Im Verbesserungsmanagement finden sich aus externer Sicht Rückmeldungen aus den Befragungen, aus dem Beschwerdemanagement, aber auch aus positiven Anregungen und Lob der Anspruchsgruppen. Aus interner Sicht gibt es Rückmeldungen aus dem Fehlermanagement, aus dem Vorschlagswesen und Erkenntnisse der Mitarbeitendenbefragungen. Es lohnt sich, die Rückmeldungen einzuordnen und zu gewichten und diese möglichen Qualitätsdimensionen zuzuteilen, wie z.B.:

- Entstand ein objektiver oder emotionaler Schaden, muss mit internen und/oder externen Auswirkungen gerechnet werden?
- Sind es sachbezogene oder personenbezogene Probleme, handelt es sich um technisches oder menschliches Versagen?
- Welche Abteilung, welchen Bereich betrifft es?
- Kann die Verbesserung vor Ort geschehen oder muss das Thema organisationsübergreifend behandelt werden?

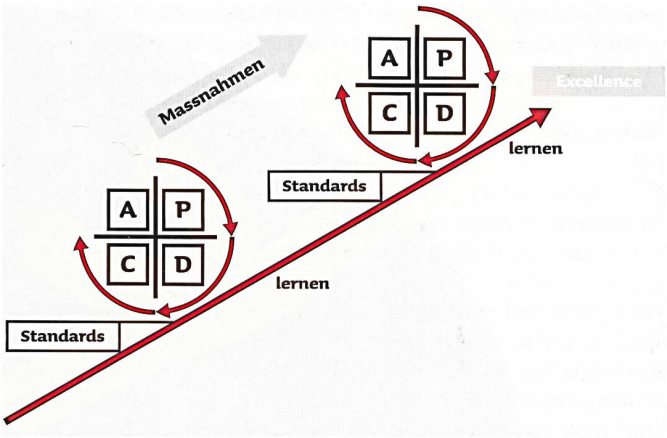

Abb. 1: **Kontinuierliche Verbesserung** (**P**lan-**D**o-**C**heck-**A**ct-Zyklus PDCA).

Das Qualitätsmanagement regelt mit definierten Abläufen das Vorgehen im Verbesserungsmanagement. Es muss klar sein, wie die Probleme erfasst, analysiert und verbessert werden und wie die ausgelösten Massnahmen die angestrebte Wirkung garantieren, bzw. wie die angestrebte Wirkung überprüft wird. Im Zentrum steht immer der kontinuierliche Verbesserungsprozess, inkl. des Qualitäts-Kreislaufs (plan–do–check–act), welcher systematisch und nachvollziehbar angewendet und dokumentiert wird (vgl. Tab. 1).

Problembeschreibung	Analyse der Ursachen	Ausgelöste Massnahmen / Verbesserungsvorschläge	Überprüfung	Schlussfolgerungen
			Auswertung der angestrebten Wirkung	definitive Verbesserung

Tab. 1: **Beispiel eines Dokuments des Verbesserungsmanagements.**

Strukturqualität
Darunter wird die Qualität der Struktur eines Betriebes im weitesten Sinne verstanden. Sie bezieht sich auf organisatorische Rahmenbedingungen, über welche eine Organisation zur Erbringung der Dienstleistungen verfügt. Z.B.: Ausbildungsniveau der Mitarbeitenden, Infrastruktur einer Organisation

Prozessqualität
Darunter wird das Vorhandensein, die Beschaffenheit und das Beherrschen der nötigen Tätigkeiten, der Leistungserbringung verstanden. Die Prozesse beschreiben dabei die Kernaufgaben der Organisation. Beispiel: eine richtig durchgeführte und nachvollziehbar dokumentierte Beratung oder Behandlung.

Ergebnisqualität
Darunter wird die am Prozessende stehende Qualität, das Eintreten von Resultaten, das Erreichen von Wirkungen und Zielen verstanden. Von den drei Dimensionen ist die Qualität der Ergebnisse zweifellos am schwierigsten zu erfassen (Output / Outcome). Beispiele: Grad der Zielerreichung, Klientenzufriedenheit, Wirkungsüberprüfung

Kasten 5: **Dimensionen der Qualität gemäss Donabedian**[1,2]

Audits

Als Ergänzung zum Verbesserungsmanagement bewähren sich Audits interne, kollegiale oder externe. Kollegiale Audits sind der wohlwollend kritische Blick auf das Qualitätsmanagement durch externe fachlich kompetente KollegInnen, meistens im gegenseitigen Austausch. Audits bieten eine gute Gelegenheit, die Arbeit zu reflektieren, Abläufe und Prozesse zu überprüfen, Zielerreichungen und die angestrebten Wirkungen nachzuweisen. Ein

Marihuana

Audit ist eine systematische Überprüfung und Bewertung von Vorgaben, Tätigkeiten, Vereinbarungen und Ergebnissen; eine Befragung, um festzustellen, ob die qualitätsbezogenen Tätigkeiten richtig erbracht und die damit zusammenhängenden Wirkungen erreicht werden. Das Audit beurteilt das Vorhandensein und das sachgerechte Umsetzen von Anforderungen und Standards. Vor allem interne und kollegiale Audits tragen viel dazu bei, den Sensibilisierungsgrad innerhalb der Organisation bezüglich des Qualitätsmanagements zu erhöhen. Anliegen und Ziele können damit allen Beteiligten deutlich gemacht werden. Ein Audit reiht sich im oben beschriebenen PDCA Zyklus in der «Check» Phase ein. Er trägt dazu bei, die aktuelle Ausgangslage zu beschreiben und allenfalls darauf aufbauend Massnahmen einzuleiten.

Fazit und Ausblick

Im vorliegenden Artikel wurden einige der relevanten Themenbereiche des Qualitätsmanagements erläutert. Andere Aspekte wie der Umgang mit Beschwerden und Fehlern, Anforderungen an ein Fachkonzept oder Grenzen und Möglichkeiten des Benchmarkings wurden nur gestreift. Weitere Schwerpunkte des Qualitätsmanagements wie Grundlagen einer Qualitäts-Berichtserstattung, des Risikomanagements, Aufgaben und Rollen der Qualitätsbeauftragten, Möglichkeiten und Grenzen von Qualitätszirkeln wurden nicht diskutiert.

Qualitätsmanagement umfasst immer auch Elemente der Organisationsentwicklung. Bewährtes wird möglicherweise in Frage gestellt, neue Situationen und Rahmenbedingungen verlangen Anpassungen und Veränderungen. Es liegt an der Führung zu verhindern, dass Qualität missbraucht wird (z.B. als versteckte Sparübung). Und es muss klar sein, dass auch das beste Qualitätsmanagement nie alle Widersprüche der personenbezogenen Dienstleistungen lösen kann.

Im Rahmen des Zertifikatslehrgangs CAS Qualitätsmanagement der Berner Fachhochschule BFH führen die Teilnehmenden Best Practice Projekte durch. Dabei wird immer auch diskutiert, welche Faktoren den Erfolg eines Qualitätsmanagements garantieren. Folgende Punkte werden von erfolgreichen Unternehmen immer wieder erwähnt:

- Qualität ist und bleibt ChefInsache. Für die Qualität sind neben der Führung alle Mitarbeitenden verantwortlich und nicht die Qualitäts- oder die Marketingabteilung. Nur so entsteht eine hohe Glaubwürdigkeit und Vorbildfunktion des Kaders.
- Allen Mitarbeitenden ist klar, was Qualität bedeutet, welche «Flughöhe» in der Organisation gilt, welche Standards verbindlich sind. Abweichungen bei zentralen Themen und bezüglich Verbindlichkeit werden nicht akzeptiert.
- Die ganze Organisation praktiziert eine umfassende, gelebte Anspruchsgruppen-Orientierung und lernt anhand von Benchmarks und Best Practice Projekten.
- Qualität ist und entsteht überall, geprüft und verbessert wird dort, wo gearbeitet wird. Alle Mitarbeitenden fühlen sich verantwortlich und tragen täglich zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung bei.

Qualitätsmanagement ist kein Selbstzweck. Mit dem Einführen des Qualitätsmanagements wird die Absicht verfolgt, dem Qualitätsthema den richtigen Stellenwert innerhalb der Organisation zu geben, damit Qualität sowohl organisatorisch verankert wie auch methodisch richtig angewendet wird. Folgende Themen stehen dabei zusammenfassend im Zentrum:

- Das permanente Sicherstellen und Weiterentwickeln der fachlichen Qualität, der Abläufe und der Verfahren zur Leistungserbringung (Fachkonzepte, Kernprozesse);
- Das Sicherstellen der kontinuierlichen Verbesserung inkl. des Qualitäts-Kreislaufs (plan – do – check – act);
- Das Arbeiten mit Indikatoren und Kennzahlen als Grundlage für ein Benchmarking oder für Best-Practice-Projekte;
- Das Durchführen interner und externer Evaluationen (Selbst-Evaluationen, Audits, Ziel- und Wirkungsüberprüfungen) und die Verknüpfung der Erkenntnisse mit dem Verbesserungsmanagement;
- Der regelmässige und standardisierte Nachweis der Qualitäts- und Leistungsfähigkeit anhand eines standardisierten Qualitäts-Reportings oder Qualitätsberichts.

Ein funktionierendes Qualitätsmanagement ermöglicht nicht nur die angestrebte Anspruchsgruppen-Zufriedenheit und eine qualitativ hochstehende Dienstleistung, sondern auch zufriedene und motivierte Mitarbeitende. Qualität und Qualitätsmanagement werden so zu positiven Begriffen[13]. Es kann eine Organisation entstehen, mit der sich viele gerne identifizieren und auf die viele – extern und intern – stolz sind. ●

Literatur

Bauer, Rudolph (2001): Personenbezogene Soziale Dienstleistungen. Begriff, Qualität und Zukunft. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Donabedian, Avedis (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly. Vol. XLIV, No. 3, Part. 2:166-206.

Donabedian, Avedis (1980): The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Health Administration: Ann Arbor, Michigan.

Donabedian, Avedis (1992): The role of outcomes in quality assessment and assurance. Qual Rev Bull 18:356-360.

Leape, LL. (1994): error in medicine. JAMA 1994, 272:1851-7.

Schneider, Philipp (2006): Unterrichtsmaterial CAS Qualitätsmanagement. Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement Berner Fachhochschule BFH.

Sexton JAB/Helmreich, Thomas RL (2000): Error, stress and teamwork in medicine and aviation. BMJ 2000, 320:745-9.

Weiterführende Literaturhinweise

Merkel, Joachim (2001): Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Münster: Votum Verlag.

Meinhold, Marianne /Matul, Christian (2003): Qualitätsmanagement aus Sicht von Sozialarbeit und Ökonomie. Baden-Baden: Nomos Verlag.

Bruhin, Manfred (2005): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Berlin: Springer Verlag.

Baartmans, P.C/Geng, V. (2002): Qualität nach Mass: Entwicklung und Implementierung von Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen. Bern: Huber.

Lauterbach, K.W./Schrappe M. (2004): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Stuttgart: Schattauer Stuttgart.

Endnoten

1 vgl. dazu auch den Artikel von Winkler in dieser Ausgabe des SuchtMagazin, die eine deutsche Studie zu den Wirkungen von Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Sucht-Rehabilitation vorstellt.
2 www.qm.bfh.ch
3 Leape 1994, Sexton/Helmreich 2000.
4 Schneider 2006.
5 DIN: Deutsches Institut für Normung. Es erarbeitet Normen und Standards für Wirtschaft, Staat und Gesellschaft. Diese werden gemeinsam mit den Vertretern der interessierten Kreise konsensbasiert definiert: www.din.de ISO: International Organization für Standardization ist die internationale Vereinigung der Normungsorganisationen (wie DIN). Die ISO-Standards 9000-9004 definieren das Qualitätsmanagement: www.iso.org
6 Bauer 2001.
7 Robert Skidelsky, zitiert von Alain Zucker, Tages-Anzeiger-Magazin 2008
8 Creaming-Effekt: Creaming bei personenbezogenen Dienstleistungen meint, dass nur ein Teil der Betroffenen (meistens eine positive Selektion) erfasst oder behandelt werden, der Rest der Betroffenen wird anderen Leistungserbringern oder der Gesellschaft überlassen.
9 www.vereinoutcome.ch
10 www.efqm.org
11 Blum (1995): Patientenbefragung als Instrument zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren im Krankenhaus. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
12 dem Begründer der Qualitätsforschung und Qualitätsmessung im Gesundheitsbereich (1919 bis 2000), vgl. Donabedian 1966, 1980, 1992.
13 Eine Auswahl weiterführender Literaturhinweise ist unter weiterführende Literatur aufgelistet.