

Andreas Zeuch / Markus Hänsel

Qualitätsmanagement im Systemverbund von Ausbildung, Praxis und Forschung

Diplomarbeit

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de/> abrufbar.

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlanges. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Copyright © 1996 Diplom.de
ISBN: 9783832427870

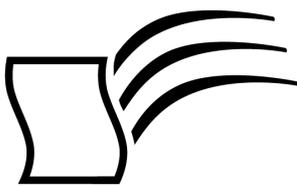
Andreas Zeuch, Markus Hänsel

Qualitätsmanagement im Systemverbund von Ausbildung, Praxis und Forschung

Andreas Zeuch / Markus Hänsel

Qualitätsmanagement im Systemverbund von Ausbildung, Praxis und Forschung

Diplomarbeit
an der Fachhochschule Heidelberg
Fachbereich Musiktherapie
Juli 1996 Abgabe



Diplomarbeiten Agentur

Dipl. Kfm. Dipl. Hdl. Björn Bedey
Dipl. Wi.-Ing. Martin Haschke
und Guido Meyer GbR

Hermannstal 119 k
22119 Hamburg

agentur@diplom.de
www.diplom.de

ID 2787

Zeuch, Andreas / Hänsel, Markus: Qualitätsmanagement im Systemverbund von Ausbildung, Praxis und Forschung / Andreas Zeuch, Markus Hänsel - Hamburg: Diplomarbeiten Agentur, 2000
Zugl.: Heidelberg, Fachhochschule, Diplom, 1996

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden, und die Diplomarbeiten Agentur, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Dipl. Kfm. Dipl. Hdl. Björn Bedey, Dipl. Wi.-Ing. Martin Haschke & Guido Meyer GbR
Diplomarbeiten Agentur, <http://www.diplom.de>, Hamburg 2000
Printed in Germany



Diplomarbeiten Agentur

Wissensquellen gewinnbringend nutzen

Qualität, Praxisrelevanz und Aktualität zeichnen unsere Studien aus. Wir bieten Ihnen im Auftrag unserer Autorinnen und Autoren Wirtschaftsstudien und wissenschaftliche Abschlussarbeiten – Dissertationen, Diplomarbeiten, Masterarbeiten, Staatsexamensarbeiten und Studienarbeiten zum Kauf. Sie wurden an deutschen Universitäten, Fachhochschulen, Akademien oder vergleichbaren Institutionen der Europäischen Union geschrieben. Der Notendurchschnitt liegt bei 1,5.

Wettbewerbsvorteile verschaffen – Vergleichen Sie den Preis unserer Studien mit den Honoraren externer Berater. Um dieses Wissen selbst zusammenzutragen, müssten Sie viel Zeit und Geld aufbringen.

<http://www.diplom.de> bietet Ihnen unser vollständiges Lieferprogramm mit mehreren tausend Studien im Internet. Neben dem Online-Katalog und der Online-Suchmaschine für Ihre Recherche steht Ihnen auch eine Online-Bestellfunktion zur Verfügung. Inhaltliche Zusammenfassungen und Inhaltsverzeichnisse zu jeder Studie sind im Internet einsehbar.

Individueller Service – Gerne senden wir Ihnen auch unseren Papierkatalog zu. Bitte fordern Sie Ihr individuelles Exemplar bei uns an. Für Fragen, Anregungen und individuelle Anfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit

Ihr Team der *Diplomarbeiten Agentur*

Dipl. Kfm. Dipl. Hdl. Björn Bedey —
Dipl. Wi.-Ing. Martin Haschke —
und Guido Meyer GbR —

Hermannstal 119 k —
22119 Hamburg —

Fon: 040 / 655 99 20 —
Fax: 040 / 655 99 222 —

agentur@diplom.de —
www.diplom.de —

An Stelle eines Vorwortes: unser Selbstverständnis

Wir sind Studenten und versuchen im Rahmen dieser Diplomarbeit ein Qualitätsmanagement-System zu entwickeln, das auf einer systemisch-konstruktivistischen Theorie beruht. Wenn wir unseren eigenen Ansatz ernstnehmen, müssen wir einige Gedanken zu Anfang verdeutlichen:

1.) Es ist uns nicht anders möglich, als eben aus unserer Studentenperspektive heraus zu arbeiten, selbst wenn wir uns bemühen, auch die Sichtweisen der Dozenten und TherapeutInnen einzunehmen und miteinzubeziehen.

2.) Aus unserem studentischen Status folgt natürlich auch eine zwangsläufige Begrenzung: wir haben uns eines Themas angenommen, mit dem wir in der Ausbildung nicht ausführlich konfrontiert waren und für das wir uns die nötigen Voraussetzungen im Laufe der Arbeit selbst aneignen mußten. Motiviert durch unser Interesse und unseren kritischen Charakter, uns trotzdem an diese Aufgabe zu wagen, handeln wir nach dem Motto: Mut zur Lücke.

3.) Auch zur anstehenden Jahrtausendwende beherrscht das Newton-Cartesianische Weltbild immer noch den Alltagsverstand. Dort mag es teilweise noch seine Berechtigung haben; im Umgang mit denjenigen Einheiten, die sinnvollerweise als komplexe Systeme beschrieben werden können, zeichnet sich jedoch zunehmend der Paradigmawechsel zum systemtheoretisch-konstruktivistischen Denken ab. Diesen Schritt haben wir möglichst nachvollziehbar zu gestalten versucht, allerdings nötigt uns auch an dieser Stelle der Rahmen der Diplomarbeit zu Vereinfachungen und Verkürzungen.

4.) Wir haben versucht, ein komplexes Theoriegebäude mit einem komplexen Handlungsfeld möglichst schlüssig in Verbindung zu bringen - aber die Tiefe und Ausdehnung dieser Aufgabe wurde uns erst während der Arbeit selbst bewußt, so daß sich erneut deren Entwurfscharakter deutlich abzeichnet.

5.) Dem Vorhergehenden zufolge sind alle Methoden und Verfahren zur Qualitätsverbesserung und -sicherung (zukünftig QM-Maßnahmen genannt), die das (praktische) Ergebnis unserer Bemühungen sind, selbstverständlich nur optional. Ob sie

sinnvoll und nützlich sind, sollten die Dozenten (oder vielleicht sogar zukünftige Dozentinnen), TherapeutInnen und StudentInnen nach uns beurteilen. Allen Genannten würde dann die Aufgabe zufallen, unseren Ansatz gemäß der entstandenen Beurteilung entweder weiterzuentwickeln oder zu überarbeiten.

6.) Unser theoretischer Ansatz bedingt die Wahl der Methode und damit die Perspektive(n) der augenblicklichen Ausführung eines Qualitätsmanagementsystems. Auch wenn wir einen neuen bislang nicht beschrittenen Weg erkunden, ignorieren wir keineswegs bisherige Entwicklungen in diesem Bereich, sondern versuchen diese einzubeziehen.

Um es uns und den LeserInnen leichter zu machen, haben wir folgende häufig benutzte Fachwörter abgekürzt:

Qualitätsmanagement = QM

Qualitätssicherung = QS

Fachbereich für Musiktherapie = Fachbereich für MT/Fachbereich

Noch eine Bemerkung zur Aufteilung der Arbeit: Kapitel eins und zwei haben wir gemeinsam verfaßt. In einem Verzeichnis der Autorenschaft markierten wir, wer von uns für welche Teile verantwortlich ist. Kapitel drei und vier sind jeweils entsprechende Einzelarbeiten.

Schlußendlich: Was eine gleichberechtigte Sprache betrifft, so waren wir bestrebt, solange es sinnvoll schien, männlich-weibliche Formen zu präferieren. So schreiben wir zum Beispiel von „TherapeutInnen“ oder „StudentInnen“, was wir für selbstverständlich halten. Das Dozententeam des Fachbereichs für MT besteht jedoch ausschließlich aus Männern, infolgedessen wir hier die männliche Form des Begriffs beibehalten, wenn wir uns auf den Fachbereich beziehen. Da wir es nicht als unser Ziel betrachten, die deutsche Sprache zu erneuern, wahren wir feststehende Begriffe wie „Arzt-Patient-Beziehung“, sobald sich absurde Sprachmonstren zu entwickeln drohten. Mögen uns all jene Frauen verzeihen, deren Feminismus glücklicherweise auch nicht vor der Sprache haltmacht.

Inhaltsverzeichnis

1. Entwurf eines systemisch-konstruktivistischen

Qualitätsmanagements	1
1.1 Qualitätssicherung - Qualitätsmanagement: Standortbestimmung.....	2
1.1.1 Qualität - Erste Begriffsbeschreibung	3
1.1.2 Qualitätssicherung - Historie.....	5
1.1.3 QS - Forderung im Gesundheitswesen	8
1.1.4 QS - Umsetzung im Gesundheitswesen	10
1.1.5 Von QS zu QM.....	16
1.1.6 QM/QS und Evaluation	21
1.2 Theoretische Grundlagen: Konstruktivismus und Systemtheorie	24
1.2.1 Historie	26
1.2.2 Viabilität.....	29
1.2.3 Die Subjekt - Objekt Spaltung und eine neue Dimension von Objektivität zweiter Ordnung: Intersubjektivität.....	33
1.2.4 Systemgrenzen.....	39
1.2.5 Kommunikation.....	42
1.2.6 Selbstorganisation.....	47
1.2.7 Ökologie	50
1.3 Systemisches Qualitätsmanagement.....	53
1.3.1 Systemische Aufgaben von QM.....	54
1.3.1.1 Einführung.....	54
1.3.1.2 QM - Ein System im System	55
1.3.1.3 Ökologie und Selbstorganisation in QM	61
1.3.2 Ziele in QM	65
1.3.3 Kommunikation in QM	70
1.3.4 Motivation in QM.....	76
1.3.5 Konstruktion systeminterner Qualitätskriterien.....	82
1.4 Der Verbund - ein komplexes, selbstreferentielles System.....	86
1.5 Methodik	92
1.5.1 Der Methodikbegriff.....	93

1.5.2 Eine „ganzheitliche Problemlösungsmethodik“	94
1.5.2.1 Der „Papiercomputer“	98
1.5.2.2. Die sechs Schritte	101
1.5.3 Interviews	106
1.5.4 Schwierigkeiten bei der Anwendung.....	107
1.6 Das Arbeitsprocedere in vier Phasen.....	108
1.6.1 Phase I: Wahl der Systemgrenzen	109
1.6.2 Phase II: Erstellung interner Qualitätskriterien	110
1.6.3 Phase III: Zuordnung der Qualitätskriterien zu den Teilqualitäten	112
1.6.4 Phase IV: Erfassung bestehender und Vorstellung optionaler QM- Maßnahmen	114
2. Therapiequalität	116
2.1 Interne Qualitätskriterien.....	117
2.2 Zuordnung der Qualitätskriterien zu den Teilqualitäten.....	123
2.2.1 Strukturqualität.....	124
2.2.1.1 Räumlichkeiten, technische Einrichtungen und Instrumente	124
2.2.1.2 MitarbeiterInnenqualifikation.....	125
2.2.1.3 Fortbildungen	126
2.2.1.4 Finanzielle und zeitliche Ressourcen	128
2.2.2 Prozeßqualität.....	129
2.2.2.1 Erstkontakte und Anamnesen.....	129
2.2.2.2 Therapien.....	130
2.2.2.3 Elterngespräche	132
2.2.3 Ergebnisqualität.....	133
2.3 QM-Maßnahmen in Ambulanz und Therapie	135
2.3.2 Prozeßqualität.....	137
2.3.3 Ergebnisqualität.....	142
2.3.4 Zusammenfassender QM-Maßnahmenkatalog für Ambulanz und Therapie.....	145
3. Ausbildungsqualität.....	146
3.1 Interne Qualitätskriterien.....	147

3.1.1 Befragung der Dozenten.....	149
3.1.2 Erstellung eines Systems interner Qualitätskriterien.....	151
3.2 Zuordnung der Qualitätskriterien zu den Teilqualitäten.....	157
3.2.1.1 Räumlichkeiten und technische Einrichtungen.....	157
3.2.1.2 Personelle, finanzielle und zeitliche Mittel.....	158
3.2.1.3 MitarbeiterInnenqualifikation.....	159
3.2.1.4 Fortbildungsangebote.....	159
3.2.2 Prozeßqualität.....	161
3.2.2.1 Didaktik.....	162
3.2.2.2 Lernzielorientierung.....	164
3.2.2.3 Dozentenvariable.....	165
3.2.2.4 Interdisziplinarität.....	166
3.2.2.5 Studentenvariable.....	168
3.2.3 Ergebnisqualität.....	171
3.3 QM-Maßnahmen in Ausbildung und Lehre.....	173
3.3.1.1 'Alternative' Evaluation.....	174
3.3.1.2 Externe Lehrevaluation.....	175
3.3.1.3 Interne Lehrevaluation.....	175
3.3.2 Das Feedbackprojekt.....	179
3.3.3 Strukturqualität.....	184
3.3.4 Prozeßqualität.....	187
3.3.5 Ergebnisqualität.....	189
3.3.6 Zusammenfassender QM-Maßnahmenkatalog zur Ausbildung und Lehre.....	191
4. Forschungsqualität.....	192
4.1 Warum Forschung?.....	194
4.1.1 Externe versus interne Adressaten.....	196
4.1.2 Anforderungen an Forschung.....	198
4.2 Qualitätskriterien.....	202
4.2.1 Externe Kriterien.....	203
4.2.2 Interne Kriterien.....	205
4.2.2.1 ForschungspraktikantInnen und Mentoren.....	205

4.2.2.2	ForschungspraktikantInnen	209
4.2.2.3	Schnittflächen	214
4.2.3	Übereinstimmungen mit externen Kriterien	218
4.3	Zuordnung der Qualitätskriterien zu den Teilqualitäten	220
4.3.1	Strukturqualität	221
4.3.1.1	Räumlichkeiten und technische Einrichtungen	221
4.3.1.2	Personelle, finanzielle und zeitliche Mittel	225
4.3.1.3	MitarbeiterInnenqualifikation	227
4.3.1.4	Fortbildungen	229
4.3.2	Prozeßqualität	231
4.3.2.1	Motivation	231
4.3.2.2	Kommunikation	232
4.3.2.3	Forschungsprozesse	234
4.3.2.3.1	Eventbestimmung	236
4.3.2.3.2	Ratingprozesse	236
4.3.2.3.3	Laufende Projekte	238
4.3.3	Ergebnisqualität	242
4.3.3.1	Forschungsergebnisse für interne Adressaten	242
4.3.3.2	Forschungsergebnisse für externe Adressaten	242
4.4	Therapiequalität als Schnittstelle	244
4.5	QM - Maßnahmen in der Forschung	246
4.5.1	Beziehung von QM und Forschung	248
4.5.2	QM - Maßnahmen für alle Teilbereiche	250
4.5.3	Strukturqualität	251
4.5.4	Prozeßqualität	254
4.5.5	Ergebnisqualität	257
4.5.6	Zusammenfassender QM - Maßnahmenkatalog zur Forschung	258
	Schlußwort	260
	Literaturverzeichnis	262
	Anhang	I

1) Entwurf eines systemisch-konstruktivistischen Qualitätsmanagements

Übersicht der Hauptkapitel:

1.1 Qualitätsicherung - Qualitätsmanagement: Standortbestimmung

1.2 Theoretische Grundlagen: Konstruktivismus und Systemtheorie

1.3 Systemisches Qualitätsmanagement

1.4 Der Verbund - ein komplexes, selbstreferentielles System

1.5 Methodik

1.6 Das Arbeitsprocedere in vier Phasen

1.1 Qualitätssicherung - Qualitätsmanagement: Standortbestimmung

Übersicht:

1.1.1 Qualität - Erste Begriffsbeschreibung

1.1.2 Qualitätssicherung - Historie

1.1.3 QS - Forderung im Gesundheitswesen

1.1.4 QS - Umsetzung im Gesundheitswesen

1.1.5 Von QS zu QM

1.1.6 QM/QS und Evaluation

1.1.1 Qualität - Erste Begriffsbeschreibung

Um das Vorhaben, etwas über Qualitätssicherung zu schreiben, sinnvoll zu beginnen, scheint es zunächst angebracht, den grundlegenden Begriff der **Qualität** zu *beschreiben*. Ich verwende hier ganz bewußt nicht den in Anfangskapiteln üblichen Begriff der „Begriffsdefinition“, da er impliziert, daß die Bedeutung und Verwendung eines Wortes festgelegt werden kann und sollte. Eine „Beschreibung“ hingegen lenkt den Fokus eher darauf, was eine bestimmte Person in einem bestimmten Augenblick unter einem Begriff versteht, bzw. welcher Konsens darüber in einer Gruppe besteht.

In einer Arbeit, die wissenschaftlichen Anforderungen Genüge leisten soll muß es (zumindest) einen guten Grund geben, um auf die Klarheit und die damit verbundene Sicherheit einer Begriffsdefinition zu verzichten. Somit möchte ich vorwegnehmen, daß genau in der Vieldeutigkeit und Bedeutungsentwicklung des Begriffs „**Qualität**“ die Chance liegt, sich ihm begreifend zu nähern und ihn in einem Vorhaben wie Qualitätssicherung in der Praxis angemessen umzusetzen. Auch wenn die folgenden Beschreibungen manchmal definitorischen Charakter haben, sollen sie im Spannungsfeld zwischen individueller und generalisierbarer Bedeutung gesehen werden. Außerdem wird im Laufe der Arbeit die Suche nach passenden Beschreibungen von „**Qualität**“ in verschiedenen Kontexten zu einem sich immer wiederholenden Prozeß, der für sich zu einer Qualitätssicherung beitragen kann.

Zunächst möchte ich eine allgemeine Begriffsbeschreibung des Fremdwörterlexikons anführen (vgl. Wahrig 1979, S.529):

Qualität 1. Art, Beschaffenheit

2. Sorte, Güte, Brauchbarkeit

Diese Beschreibung macht deutlich aus, welchen unterschiedlichen Komponenten sich der Qualitätsbegriff zusammensetzt, und welche verschiedenartigen Implikationen dabei entstehen. Einige davon möchte ich kurz darstellen:

- **Art und Sorte** deuten auf eine Typologisierung und Einteilung in ein Beschreibungsraster hin.
- **Beschaffenheit** sagt etwas über die Struktur und den Aufbau einer Sache aus.
- **Güte** legt einen Wertmaßstab zugrunde, anhand dessen entschieden werden kann, ob etwas gut oder schlecht ist.
- **Brauchbarkeit** schließlich impliziert einen Verwendungszweck zu einem bestimmten Ziel und beschreibt den Nutzen auf dem Weg, dieses Ziel zu erreichen.

Des Weiteren bleibt offen, worauf sich die Qualität und die zu ihr gehörigen Bedeutungen beziehen: Möglich wären ein materielles Objekt, ein Lebewesen, einen Prozeß, eine Handlung oder ein komplexes Zusammenwirken von Allem.

Nehmen wir zur Verdeutlichung das einfache Beispiel eines Fahrzeugkaufs, aus der Sicht des Käufers. Dieser kann sich überlegen von welcher Sorte sein Gefährt sein soll, z:B. ein Kleinwagen, ein Lastwagen oder ein Bus. Er wird sich über die Beschaffenheit des Fahrzeugs Gedanken machen, also was für einen Motor, wieviel PS, welche Ausstattung usw. das Gefährt haben soll. Desweiteren werden die Güte und Verarbeitung der Materialien, Crashtestergebnisse in sein Urteil einfließen. Schließlich werden die Brauchbarkeit und der Zweck zu dem das Fahrzeug gebraucht wird, eine Rolle spielen. Das Urteil über die Qualität eines gebrauchten Fiat Uno für eine gutsituierte, siebenköpfige Familie wird sicherlich anders ausfallen als das eines von Geldsorgen gequälten Studenten, der für seinen Job unbedingt ein Auto benötigt, ganz zu schweigen von der Perspektive des Autoverkäufers (der natürlich die siebenköpfige Familie als potentiellen Kunden nach dem Motto 'je teurer das Auto, desto besser' viel lieber sehen wird.)

Ich hoffe mit diesem simplen Beispiel nachvollziehbar dargestellt zu haben, daß **Qualität** immer ein **mehrdimensionaler, kontext- und perspektivabhängiger** Begriff ist, dessen Verwendung nur unter Berücksichtigung dieser Parameter Sinn macht. Dies gilt um so mehr, wenn man den Qualitätsbegriff für Prozesse verwendet, die so komplex sind, wie die in dieser Arbeit zentralen Arbeitsabläufe der Therapie, Ausbildung und Forschung.

1.1.2 Qualitätssicherung - Historie

Da Qualitätssicherung seine Wurzeln in der Industrie und Unternehmensführung hat und ein Großteil der gängigen Terminologie aus diesem Bereich entlehnt ist, trägt ein kurzer Abriß der Geschichte bzgl. dieses Begriffs dazu bei die Struktur der aktuellen Qualitätssicherungsansätze z.B. im Klinischen zu verstehen.

Qualitätssicherung wurde seit der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts verstärkt in Unternehmen eingeführt. Die Aufgabe bestand im wesentlichen in einer Prüfung der Produkte bei der Warenabnahme, also in einer Qualitätskontrolle der Endergebnisse. Im Laufe der Zeit wurde dann der Produktionsprozeß selber in stärkerem Maße auf seine Fehlerhaftigkeit und Effizienz überprüft und es wurde versucht ihn zu optimieren. Die übergeordneten Ziele bei diesen Ansätzen bestanden in Gewinnmaximierung und Verbesserung des Aufwand-/Ertragsverhältnisses, außerdem wurde zertifizierte Qualitätssicherung in die Rechtsprechung bei Schadensersatzklagen gegen Unternehmen miteinbezogen.

Ein wesentlicher Schritt in der Entwicklung der Qualitätssicherung war die erfolgreiche Einführung des sogenannten „**Integrierten Qualitätssicherungssystems**“ japanischer Unternehmen seit ca. 1950 (vgl. Berger in Haug, 1995, S.10). Die Neuerung bestand darin, daß neben der externen Qualitätsprüfung der Produkte, die Motivation und Weiterbildung der Beschäftigten mitberücksichtigt wurde. Angestellte wurden bei Entscheidungs- und Planungsfragen hinzugezogen und über den gesamten Produktionsablauf informiert. Diese Mitbeteiligung diente der Schaffung einer Identifikation aller MitarbeiterInnen mit der sogenannten Unternehmensphilosophie. Die Grundlage für diese Entwicklung bildete die Erkenntnis, daß die o.g. Faktoren sich maßgeblich auf die Effektivität und die Effizienz des Produktionsprozesses und damit auch auf die Qualität der Produkte auswirken.

Weitere Folgen dieses Ansatzes waren zum einen eine stärkere **Kundenorientierung**, die vor allem die Schaffung von Qualitätskriterien für den Planungs- und Entwicklungsbereich stark beeinflusste. Zum anderen hielt die sogenannte „**Bottom-up**“-**Kommunikation** Einzug in die Unternehmenskultur, also Kommunikation in der

Firmenhierarchie von Unten nach Oben. Damit soll angedeutet werden, daß die Kenntnisse über Produktionsvorgänge der MitarbeiterInnen „vor Ort“ meist höher sind, als die der ManagerInnen und daß dieses Know-how gerade bei Verbesserungsmöglichkeiten im Sinne der Qualitätssicherung einen unverzichtbaren Beitrag leistet.

Das Integrierte Qualitätssicherungssystem wurde im europäischen und amerikanischen Raum unter dem Begriff **Total Quality Management (TQM)** übernommen und weitergeführt (vgl. Frehr 1994).

Folgende Gegenüberstellung soll hier kurz die wesentlichen Unterschiede traditioneller QS- und aktueller QM-Systeme verdeutlichen, wie sie z.B. im Total-Quality-Management beschrieben werden (vgl. im folgenden Frehr 1994, S.22):

	QS	TQM
Ziele	bessere Produkte minimale Herstellkosten Gewinnmaximierung	besseres Unternehmen Kundenzufriedenheit hohe Flexibilität
Basis	produktorientiert	markt/kundenorientiert
Organisation	QS-Beauftragte	alle MitarbeiterInnen
Methoden	Fehlererfassung Kontrollmaßnahmen ergebnisorientiert	Null-Fehler-Programm Selbstprüfung prozeßorientiert

Abb. 1.1.1 a) Vergleich von QS und TQM

Die gegenübergestellten Punkte schließen sich hierbei nicht aus, sondern werden meist Ergänzungen und Schwerpunkte in den jeweiligen Bereichen sein. So wird im

QM z.B. das Kosten/Gewinnverhältnis und die Produktqualität miteinbezogen, aber nicht zur allein entscheidenden Größe gemacht, sondern mit dem Ziel, eine hohe Kundenzufriedenheit zu erreichen, verknüpft. In diesem Sinne steht also an oberster Stelle die Schaffung einer Unternehmenskultur, in der **Qualitätsbewußtsein** und die **Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten** für alle MitarbeiterInnen selbstverständlich sind. Der Begriff des Null-Fehler-Programms ist dabei nicht als perfektionistischer Absolutheitsanspruch zu verstehen, sondern zielt darauf ab, statt oder neben der Fehlererfassung durch Kontrollmechanismen mehr Gewicht auf die Fehlervermeidung, also auf prophylaktische Maßnahmen im Arbeitsprozeß, zu legen.

Der Firmenleitung und dem Management kommt die wichtige Aufgabe zu, neben der Erstellung entsprechender struktureller Voraussetzungen durch Information, Motivation und Kommunikation mit allen MitarbeiterInnen Zielformulierungen und Konzepte für Verbesserungsprozesse zu erarbeiten. Dies hat meist auch die Veränderung traditioneller Führungspraktiken zur Folge: MitarbeiterInnen aller Hierarchieebenen werden im Zuge der Bottom-Up-Kommunikation (siehe oben) zu Partnern bei der Informationserhebung und den Entscheidungsfragen bezüglich der spezifischen Arbeitsbereiche. Entscheidungskompetenz und Verantwortung wird orientiert nach Fachkompetenz vergeben. Schließlich kommt der Vorbildfunktion des Managements bei der Umsetzung qualitätsbezogenen Handelns eine hohe Bedeutung zu.

1.1.3 QS - Forderung im Gesundheitswesen

Die Tendenz, den Begriff der QS aus der Wirtschaft in andere Bereiche wie z.B. das Gesundheitswesen (und auch die Lehre) zu übertragen, ist schon seit Anfang des Jahrhunderts vor allem in den USA zu verzeichnen. Im folgenden möchte ich aufzeigen, daß diese Entwicklung in den letzten Jahren auch in Deutschland in immer stärkerem Maße Einzug gehalten hat und daß eine Auseinandersetzung mit der Thematik für eine Institution, die im medizinisch-therapeutischen Bereich arbeitet, notwendig ist.

Die grundlegende Forderung für die Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen ist spätestens seit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes gegeben. Dazu einige Auszüge aus dem entsprechenden Gesetzestext:

„Die nach §108 zugelassenen Krankenhäuser sowie die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen...sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen ermöglicht werden.“

(Sozialgesetzbuch V.Buch §137 in Forschungsbericht des BMA 1990, S.549)

„Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestimmen durch Richtlinien Verfahren zur Qualitätssicherung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung.“

(Sozialgesetzbuch V.Buch §137 in Forschungsbericht des BMA 1990, S.549)

Daß sich die Forderung nach QS auch auf den psychotherapeutischen Bereich erstreckt, zeigt sich exemplarisch im Forschungsgutachten zum Psychotherapeutengesetz (vgl. Meyer et.al.1991), in dem auch auf die ambulante Versorgung, die in dieser Arbeit ja im Mittelpunkt steht, eingegangen wird:

„Auch für ambulante Psychotherapie, die in entsprechenden Einrichtungen in öffentlicher oder freier Trägerschaft (Beratungsstellen etc.) durchgeführt wird, sind qualitätssichernde Maßnahmen dringend notwendig.“

(Meyer et.al. 1991, S.152)

Schließlich halte ich es noch für überaus wichtig, darauf hinzuweisen, daß eine Entscheidung für QS keinesfalls nur aufgrund des äußeren Drucks erfolgen sollte, sondern ein Teil professioneller Haltung, gerade im Rahmen der aktuellen gesundheitspolitischen Situation sein sollte. Dieser Standpunkt wurde in treffender Weise in einer Diskussion beim Symposium zur QS von Prof.Dr. Selbmann formuliert:

„Ein dritter Punkt, den ich mehrmals versucht habe herauszustellen, ist, daß die Basis einer Qualitätssicherung zunächst mal das Mißtrauen gegen die eigene Vollkommenheit ist. Jeder sollte davon ausgehen, daß er nicht so perfekt ist, wie er immer glaubt. Wir haben eine Reihe von Studien gemacht, die das auch tatsächlich zeigen. Nur wenn man seine eigenen Leistungen in Frage stellt - und das gilt für Hochschullehrer natürlich genauso wie für Ärzte - gewinnt man einen Ausgangspunkt für das eigene Qualitätsbewußtsein, das gestärkt werden muß.“

(Selbmann in Forschungsbericht des BMA, 1990, S.94)

Das Heidelberger IMDoS-Projekt trägt diesem Entwicklungsprozeß der Psychotherapie Rechnung, indem es QS und Qualitätsmanagement (siehe Kap.1.1.5) zum Teil seiner Ziel- und Projektbeschreibung macht (vgl. Czogalik, Bolay u.a., „Das IMDoS-Projekt“, 1996)

1.1.4 QS - Umsetzung im Gesundheitswesen

Wie in den letzten beiden Kapiteln dargestellt, ist QS mit ihren Wurzeln in der Industrie und Wirtschaft eine aktuelle Aufgabe und Forderung im Gesundheitswesen geworden. Dabei stellt sich selbstverständlich die Frage, inwieweit sich die QS-Strukturen, die bei der Herstellung von materiellen Gütern angewandt werden, auf die medizinisch-therapeutische Arbeit übertragen lassen und wo sie verändert werden müssen. Wie Prof. BERGER bemerkt *„...sind die Begriffe der industriellen Warenproduktion nur bedingt auf das weitaus kompliziertere System der medizinischen Krankenversorgung zu übertragen und wirken hier ausgesprochen simplifizierend.“* (M. Berger in Haug 1995, S.8).

Im weiteren soll deshalb kurz dargestellt werden, welche **Ziele, Kriterien und Modelle** es in den momentanen QS-Ansätzen der Medizin gibt. Die meisten Informationen sind dabei der stationären Versorgung entnommen.

Das momentan gängigste Modell für eine Herangehensweise an QS geht zurück auf DONABEDIAN. Da sich die für industrielle Fertigung zugeschnittene Terminologie wie z.B. Produkt- oder Montagequalität als untauglich erwies, führte dieser die Unterteilung des Qualitätsbegriff in folgende Teilqualitäten ein (vgl. Kaltenbach 1993, S.84):

a) Strukturqualität

Hierunter lassen sich sämtliche räumlichen, finanziellen, technischen und personellen Voraussetzungen und Ressourcen einer Institution subsumieren. Qualitätskriterien im musiktherapeutischen Rahmen könnten beispielsweise sein, ob genügend Therapieräume in geeigneter Größe mit ausreichendem und funktionierendem Instrumentarium vorhanden sind. Unter diesen Punkt fallen auch Fragen nach der Qualifikation der MitarbeiterInnen, Fort- und Weiterbildungsangebote, sowie Strukturen, die sich aus der Einbindung in den gesellschaftlichen und sozialen Kontext bilden (z.B. das Krankenkassensystem, Versorgungspflicht der Krankenhäuser etc.)

b) Prozeßqualität

Diese Teilqualität bezieht sich auf sämtliche therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen, die der Patient während der Behandlungsdauer erfährt, also z.B. Art und Setting der Therapien, Anamnese, Medikation, pflegerische Maßnahmen etc. Dazu gehören außerdem die Arzt-Patient-Beziehung und die Atmosphäre in der Institution, vor allem zwischen TherapeutInnenteam und den PatientInnen (vgl. Berger in Haug 1995), sowie eine kontinuierliche Dokumentation aller relevanten Daten.

Prozeßqualität wird momentan meist durch sogenannte interne Qualitätszirkel (z.B. traditionelle Supervision) oder durch Verfahren externer QS (z.B. Peer review) berücksichtigt.(Lutz 1993).

c) Ergebnisqualität

Unter dem Ergebnis (oder dem im Forschungsjargon üblichen Begriff 'Outcome') versteht man den gesundheitlichen Gesamtzustand von PatientInnen am Ende der Behandlung unter Berücksichtigung des spezifischen Therapieziels. Parameter, die dabei eine Rolle spielen, sind z.B. Verbesserung der Eingangssymptomatik, subjektive Befindlichkeit und Zufriedenheit der PatientInnen (meist unter dem Begriff Lebensqualität zusammengefaßt), Rückfallgefährdung und Nebenwirkungen.

Die Erfassung der Ergebnisqualität hat in der Entwicklung der QS eine hohe Bedeutung gewonnen und wird oft in enge Verbindung mit der Outcome- und Evaluationsforschung gesetzt, die für die meisten hier eingesetzten Verfahren die Grundlage bietet (vgl. Möller u.a. in Gaebel 1995, Lutz 1993). Die Methodik besteht meist in der Anwendung standardisierter Testverfahren, die im Sinne von Prä-/Postvergleichen eingesetzt werden und sich an den für diesen Bereich gültigen expliziten Standards orientieren (z.B. ICD-10). Aufgrund der Komplexität der Qualitätsindikatoren ist eine mehrdimensionale Erfassung der Ergebnisqualität unbedingt notwendig (vgl. Cording in Gaebel 1995)

Diese drei Teilqualitäten stehen natürlich in starker Wechselwirkung zueinander. So ist z.B. die Art der Therapie von der Qualifikation der TherapeutInnen abhängig, das

Therapieangebot insgesamt von den räumlichen Möglichkeiten und der Zahl der TherapeutInnen, was alles wiederum den Therapieerfolg beeinflusst.

Damit lassen sich die oben beschriebenen Qualitätsdimensionen unter folgender Fragestellung in Verbindung setzen: **Welches Ergebnis läßt sich mit welchen strukturellen Voraussetzungen, mit welcher Art von (Behandlungs-) Prozeß erreichen?**

Ein weiterer Aspekt, der in den letzten Jahren in starkem Maß in den Mittelpunkt von QS gerückt ist, sind die **Kosten** medizinischer und therapeutischer Maßnahmen. Diese werden dabei im Sinne eines Aufwand-/Ertragsverhältnisses bewertet und zu somit ermittelten Vergleichswerten in Relation gesetzt. Gerade diese Entwicklung der QS führte im klinischen Bereich zu weitläufigen Diskussionen. Die zentrale Frage ist dabei, inwieweit sich die Forderung nach humaner und angemessener Behandlung und Versorgung mit marktwirtschaftlichen Prinzipien wie Kostenkalkulation oder Reduktion vereinbaren läßt. Auf der einen Seite bedingen die begrenzten finanziellen Ressourcen im Sozialwesen, daß sich therapeutische Maßnahmen auch hinsichtlich ihrer Effizienz beurteilen lassen müssen, auf der anderen Seite besteht die Gefahr, sie nur noch aus der eingeschränkten Perspektive der Wirtschaftlichkeit zu betrachten. „*Qualitätssicherung dient nicht in erster Linie dem Erschnüffeln von Wirtschaftlichkeitsreserven.*“ (Kolkmann in Gaebel 1995, S.19).

Moderne, zeitgemäße QS-Systeme müssen hiermit also beide Anforderungen berücksichtigen und in das jeweils angemessene Verhältnis setzen, was natürlich den Glauben voraussetzt, daß sich Wirtschaftlichkeit und Qualität nicht ausschließen und wie Staatssekretär JAGODA bemerkt „...stellt die *Qualität der Leistung ein wesentliches Kriterium für die Erfüllung des Wirtschaftlichkeitsgebots dar.*“ (StS Jagoda in Forschungsbericht des BMA 1990, S.5). Dabei ist es sicherlich notwendig, mit einem hohen Maß an Sorgfalt an die Entscheidung und Bewertung heranzutreten, welche therapeutischen Maßnahmen im Einzelfall, wie vom Gesetzgeber gefordert, **notwendig, zweckmäßig** und **ausreichend** sind (vgl. Sozialgesetzbuch, V. Buch, §12 und §70 in Forschungsbericht des BMA 1990 S. 547).

Ein weiteres Modell der QS, das gerade im psychotherapeutischen Bereich von Bedeutung ist, ist die **Problemorientierte Qualitätssicherung** nach SELBMANN (vgl.

Selbmann in Forschungsbericht des BMA, 1990; Lutz 1993), dessen Aufbau in Abb. 1.1.4 a) schematisch dargestellt ist.

Bei diesem Modell erfolgt zunächst eine kontinuierliche Qualitätskontrolle, das Routine Monitoring, bei dem in einem zirkulären Prozeß zuvor festgelegte Qualitätskriterien, hier Indikatoren genannt, erfaßt und mit ebenfalls zuvor festgelegten Standards verglichen werden. Kommt es dabei zu einer Abweichung, wird im Rahmen einer Problemerkennung ein Auffälligkeitssignal gemeldet. Ist dieses verifiziert, wird durch eine Problemanalyse, versucht die Ursachen und das Zustandekommen des Problems zu erklären, um von da zu einer Problemlösung, als qualitätssichernde Maßnahme zu gelangen.

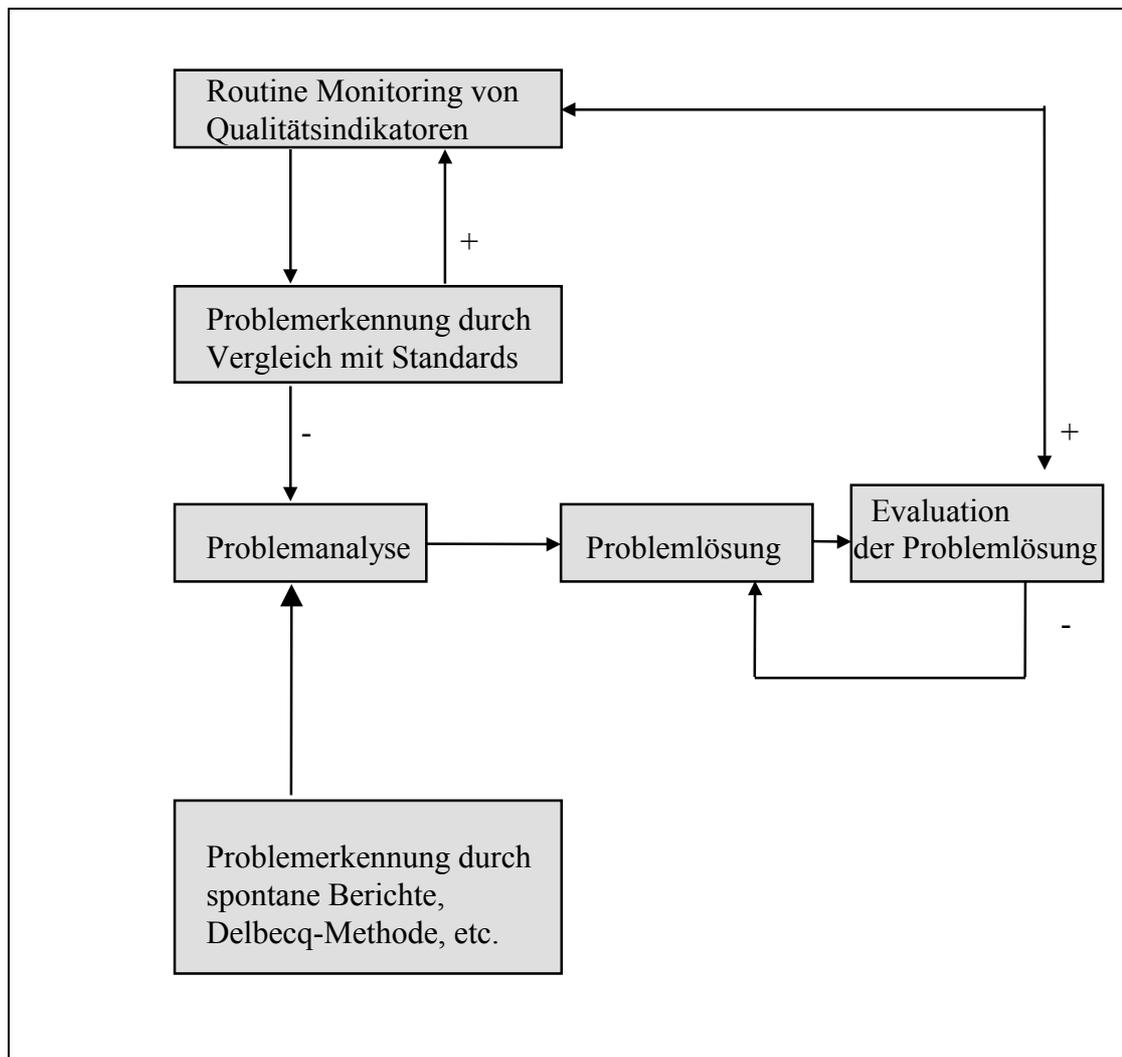


Abb.1.1.4 a) Problemorientierte QS nach Selbmann

Wie SELBMANN bezogen auf die Problemlösung angibt, „*helfen jedoch selten Statistiken, sondern eher praktische Erfahrungen, Ratschläge anderer oder das Konsultieren expliziter Standards*“ (Selbmann in Forschungsbericht des BMA 1990, S. 34).

Diese Problemlösung tritt dann in einen erneuten Regelkreis der Evaluation ein, in dem ermittelt wird, ob eben diese Lösung erfolgreich war und wenn nicht, wie sie modifiziert oder wie nach neuen Lösungsmöglichkeiten gesucht werden muß. SELBMANN mißt gerade diesem Schritt besondere Bedeutung bei: „*Jede als Problemlösung gedachte Maßnahme - die Einführung neuer Richtlinien ebenso wie die hauseigener Standards oder die Verbesserung der Infrastruktur - sollte diesen Evaluationsschritt durchlaufen. Ohne ihn ist ein qualitätssichernder Prozeß nicht abgeschlossen bzw. kann nicht von einer qualitätssichernden Maßnahme gesprochen werden.*“ (Selbmann, a.a.O., S. 34).

Laut KORDY soll ein zentrales Ziel von QS gerade in der Meldung der o.g. Auffälligkeitssignale bei problematischen Behandlungsverläufen liegen (vgl. Kordy 1992). Die dafür verwendeten Instrumente müssen dabei folgende Kriterien berücksichtigen: Orientierung am individuellen Patientenprofil, Multidimensionalität (Einbeziehen unterschiedlicher Qualitätsdimensionen, z.B. körperlicher und psychischer Zustand sowie soziale Komponenten) und Multimodalität, als eine umfangreiche und vielschichtige Datenerhebung, verschiedener Quellen (vgl. Kordy, 1992, S.322). Desweiteren soll die Erfassung veränderungsrelevanter Parameter im Sinne einer Zweckmäßigkeit und die ökonomische Einbindung des Verfahrens gewährleistet sein. Letzteres ist besonders wichtig, da QS sich ja möglichst selbstverständlich in die tägliche Arbeit integrieren lassen soll, um nicht als Zusatzbelastung von vornherein abgelehnt zu werden.

Ein QS-Ansatz, , der sich auf das Modell problemorientierter QS bezieht ist das sogenannte **Heidelberger Modell der aktiven internen Qualitätssicherung** (Lutz 1993), auf den sich ebenfalls das Heidelberger IMDoS - Projekt beruft (vgl. Czogalik, Bolay et al 1996, S.33).

Dabei wird zunächst die Ergebnisqualität einer Behandlung durch einen Prä-/Postvergleich ermittelt (vgl. Lutz 1993). Das Verfahren berücksichtigt die TherapeutInnen- und PatientInnen-sicht bezüglich des Therapieverlaufs und stützt sich hauptsäch-

lich auf die Verwendung standardisierter Testverfahren (z.B. SCL 90-R, BSS, IP). Werden bestimmte Schwellenwerte hinsichtlich negativer Veränderungen überschritten oder liegt keine positive Veränderung vor, meldet das System ein Auffälligkeitssignal. Dieses wird an die Kliniker weitergeleitet und dort zur Diskussion gestellt, wo entschieden werden muß, inwieweit ein problematischer Behandlungsverlauf vorliegt.

1.1.5 Von QS zu QM

Wie in Kap.1.2 beschrieben, entwickelte sich in den letzten Jahrzehnten im wirtschaftlichen Bereich die Tendenz, im Rahmen von QS statt einer reinen Endergebnisprüfung das Augenmerk stärker auf die Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten zu legen (z.B. Integriertes Qualitätssicherungssystem, TQM). Das führte zur Einführung des neuen Oberbegriffes **Qualitätsmanagement (QM)**. Zentral ist dabei die Erfassung von Qualitätsverbessernden Potentialen im Bereich des gesamten Unternehmens.

Eine Sichtung der aktuellen Literatur zum Qualitätswesen im Gesundheitsbereich zeigt, daß die mit diesem Begriff bezeichnete Entwicklung auch hier stattfindet (Haug 1995, Gaebel 1995, Kordy 1994). Damit ist natürlich nicht gesagt, daß Modelle, die die Bezeichnung QS tragen, nicht zu einer Qualitätsverbesserung beitragen, sondern es wird auf eine Veränderung in der Vorgehensweise hingewiesen, wie diese effektiv erreicht werden kann. QM umfaßt also teilweise traditionelle QS-Konzepte und stellt diese in einen ergänzenden Rahmen. Das folgende Modell geht auf SELBMANN zurück (vgl. Selbmann in Gaebel 1995, S.4) und soll dieses Verhältnis, mit Einbezug der Forschung, noch einmal verdeutlichen:

Schlecht		Optimal	Maximal
Erreichbar		Nicht Erreichbar	
Erreicht	Nicht Erreicht		Medizinische Forschung
Qualitätsmonitoring		Qualitäts- verbesserung	
Qualitäts- sicherung	Qualitätsmanagement		