

## Interne Qualitätsmanagement-Systeme in der medizinischen Rehabilitation

Dr. Teresia Widera, Berlin

*Der Einsatz von Qualitätsmanagement-Systemen (QM) nimmt im Gesundheitswesen, auch in der Rehabilitation, stetig zu. Die Teilnahme an einem Zertifizierungs- bzw. Akkreditierungsverfahren wird als wichtiger Beitrag für den Nachweis der Qualität der erbrachten Leistungen angesehen. Jedoch ist der „Markt“ für Qualitätsmanagement schwer überschaubar. Der vorliegende Übersichts-Artikel stellt interne Qualitätsmanagement-Systeme in der medizinischen Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung ihrer „Muttermodelle“ dar. Nach einer Erörterung der gesetzlichen Grundlagen für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement werden die grundlegenden Modelle für ein QM-System sowie die verfügbaren rehabilitationsspezifischen Adaptionen interner QM-Systeme vergleichend gegenübergestellt. Die verschiedenen QM-Darlegungs- bzw. Management-Verfahren vereinigen alle Stärken und Schwächen auf sich, auf die kontrovers eingegangen wird. Daneben werden Aussagen zu der Verbreitung und den Kosten für Qualitätsmanagement getroffen. Der Artikel schließt mit einer Erörterung der Position der Rentenversicherung zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement.*

### Inhalt

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausgangspunkt</li> <li>2. Grundlegende Modelle für ein Qualitätsmanagement-System             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 DIN EN ISO 9000:2000</li> <li>2.2 Modell der EFQM</li> </ol> </li> <li>3. Rehabilitationsspezifische Qualitätsmanagement-Systeme             <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 DEGEMED-Qualitätsmanagement                 <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1.1 IQEM-Qualitätsbarometer</li> </ol> </li> <li>3.2 IQMP-Reha</li> <li>3.3 IQMS-BfA/DRV-Bund</li> <li>3.4 Qualitätsentwicklung in der Suchtrehabilitation                     <ol style="list-style-type: none"> <li>3.4.1 deQus als Initiative des buss</li> <li>3.4.2 Audit-Checkliste „Abhängigkeit“</li> <li>3.4.3 VABS-Sucht-Qualitätsmanagement</li> </ol> </li> <li>3.5 KTQ<sup>®</sup>-Verfahren für die Rehabilitation</li> <li>3.6 Andere Qualitätsmanagement-Systeme im Gesundheitswesen</li> <li>3.7 Rehabilitationsspezifität der Qualitätsmanagement-Systeme</li> </ol> </li> <li>4. Vergleichende Gegenüberstellung der internen Qualitätsmanagement-Systeme</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Zur Verbreitung der verschiedenen Qualitätsmanagement-Systeme</li> <li>6. Aufwendungen für Qualitätsmanagement</li> <li>7. Position der Rentenversicherung zum internen Qualitätsmanagement</li> <li>8. Ausblick</li> <li>9. Internet-Quellen zu QM-Systemen</li> <li>10. Literatur</li> </ol> |
|---|--|

### 1. Ausgangspunkt

Es geht um eine Darstellung von internen Qualitätsmanagement-Systemen in der medizinischen Rehabilitation. Dabei steht der Begriff des Qualitätsmanagements für alle „aufeinander abgestimmten Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität, d. h. das Festlegen der Qualitäts-Politik, das Bestimmen der Qualitäts-Ziele sowie die Planung, Lenkung, Sicherung und Verbesserung der Qualität“ (DIN EN ISO 9000:2000, Nr. 3.2.8).

Seit dem 1. Juli 2001 gilt für den Bereich der Rehabilitation das Sozialgesetzbuch IX. Es verpflichtet in § 20 SGB IX die Leistungsträger zu gemeinsamen Qualitätssicherungsprogrammen und die Leistungserbringer zur Einführung eines einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagement-Systems, „das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert“.

Vor diesem Hintergrund stehen Rehabilitationskliniken vor der Entscheidung, ein geeignetes Qualitätsmanagement-System (QM) auszuwählen und in ihrer Einrichtung zu implementieren. Es besteht Unsicherheit dahingehend, welchen Anforderungen QM-Systeme genügen müssen, welche QM-Systeme in Zukunft anerkannt werden und welche nicht, und wie die konkrete Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben durchgeführt werden soll.

## 2. Grundlegende Modelle für ein Qualitätsmanagement-System

Die verschiedenen Systeme zur Bildung von Qualitätsmanagement-Strukturen in den Einrichtungen basieren im wesentlichen auf zwei unterschiedlichen Ansätzen, zum einen auf der Normenreihe der DIN EN ISO (Deutsches Institut für Normung, Europäische Norm, International Standardisation Organisation), zum anderen auf dem Modell der EFQM (European Foundation for Quality Management). Keines dieser Verfahren ist rehabilitationsspezifisch angelegt. Jedoch orientieren sich alle rehabilitationsspezifischen QM-Modelle an diesen beiden Konzepten, sodass die Güte der Übersetzung auf den rehabilitationsspezifischen Anwendungsbereich nicht ohne Kenntnisse der DIN EN ISO-Normenfamilie oder des EFQM-Modells beurteilt werden kann (vgl. dazu *Huck & Dorenburg*, 1998; *Jäckel & Farin*, 2004).

### 2.1 DIN EN ISO 9000:2000

Das DIN (Deutsches Institut für Normung) ist die für die Normungsarbeit zuständige Insti-

tution in Deutschland, welche die deutschen Interessen in den weltweiten und europäischen Normungsorganisationen vertritt. Bei der DIN EN ISO 9000:2000 (Deutsches Institut für Normung, Europäische Norm, International Standardisation Organisation) handelt es sich um die erste, grundlegende Norm zum Qualitätsmanagement in der Neufassung aus dem Jahre 2000. Sie ist Ergebnis der zweiten Revision der Normenreihe ISO 9000 und löst die Fassung der ISO 9000 ff. von 1994 ab. Sie besteht im Wesentlichen aus 4 Regelwerken:

#### ISO 9000:2000

– beschreibt Grundlagen und Begriffe für Qualitätsmanagement-Systeme.

#### ISO 9001:2000

– legt die Anforderungen an ein Qualitätsmanagement-System fest.

#### ISO 9004:2000

– stellt einen Leitfaden für die Anwendung der Normen des QM dar.

#### ISO 19011

– beinhaltet eine Anleitung für das Auditieren von QM-Systemen.

Die ISO 9001:2000 weist eine exponierte Stellung in der Normenfamilie auf, da sie als Grundlage für eine Zertifizierung dient. Die Einführung und Umsetzung eines QM-Systems nach DIN EN ISO 9000:2000 stellt einen Prozess dar, welcher sich in zahlreiche Phasen zergliedern lässt. Dabei liegt dem QM-System als durchgängiges Prinzip ein Regelkreis mit den Tätigkeiten „planen“, „umsetzen“, „prüfen“ und „verbessern“ zu Grunde:

#### Planung der Einführung des QM-Systems:

Definition des Geltungsbereichs, Information der Mitarbeiter, Wahl des Qualitätsmodells.

**Evaluation des Status Quo:** Identifikation, Bestandsaufnahme und Bewertung aller einrichtungsbezogenen Prozesse, Ressourcen, Schnittstellen sowie organisatorischer Einheiten im QM-Handbuch (z. B. Sind sie geeignet? Sind sie notwendig?).

**Reorganisation der Arbeitsabläufe:** Festlegung von Zielen und Prozessen, die zum Erreichen der Normforderungen bzw. von

gewünschten Ergebnissen notwendig sind, Neuorganisation der Prozesse, Neuverteilung der Ressourcen sowie Umsetzen der Prozesse.

**Interne Überwachung und Überprüfung des Erreichten:** Z. B. Interne Audits zur Bewertung der definierten Qualitätskriterien durch Fachleute nach festgelegten Checklisten.

**Externe Zertifizierung des implementierten QM-Systems:** Sicherstellung der Unabhängigkeit der Begutachtung.

Zusammengefasst zielt die DIN EN ISO 9000:2000 Normenfamilie auf die Erreichung einer gleichbleibenden Qualität in einer Organisation. Dazu sollen die wesentlichen Aspekte des einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagements laufend dokumentiert und in einem sogenannten QM-Handbuch beschrieben werden. Dabei sollen sowohl die Qualitätsphilosophie, als auch der Aufbau und die Verfahrens-Abläufe des Qualitätsmanagements und der Prozesskette sowie die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in der Organisation dargelegt werden. Mit diesem Instrument sollen in internen oder externen Audits Schwachstellen aufgedeckt und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden. Eine unabhängige Zertifizierungsgesellschaft bescheinigt die Übereinstimmung der QM-Darlegung mit dem tatsächlichen Organisations-Geschehen (sog. Qualitätsfähigkeit) durch ein Zertifikat. Es gilt für drei Jahre (vgl. dazu *Beholz et al.*, 2003; *Cassel*, 2000; *DIN*, 2001; *Eckert & Schulze*, 2004; *Scrivens*, 1998).

## 2.2 Modell der EFQM

Die EFQM (European Foundation for Quality Management) mit Sitz in Brüssel entstand 1988 durch den Zusammenschluss von 14 führenden europäischen Unternehmen als gemeinnützige Organisation auf Mitgliederbasis. Heute sind mehr als 800 Organisationen aus der Mehrzahl der Länder Europas und aus verschiedenen Branchen Mitglied der EFQM. Die nationale Partnerorganisation der EFQM ist die Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (DGQ). Das übergeordnete Ziel der EFQM ist es, Organisationen eine umfassende Managementmethode an die Hand zu geben, mit der sie Excellence erreichen können (Excellence = nachhaltige Spitzenleistungen auf allen Managementebenen).

Der Ausgangspunkt für das Modell der EFQM liegt in den Total Quality Management-Konzepten (TQM). Die vollständige Erfassung einer Organisation orientiert sich im EFQM-Modell an neun Oberkriterien mit insgesamt 33 Subkriterien (s. unten). Zur Gewichtung wird die Bedeutung der einzelnen Kriterien in Prozenten angegeben. Das EFQM-Modell unterscheidet zwischen der Qualität der Ergebnisse einer Organisation (Was für Qualität wird erzielt?) und den Mitteln, die erforderlich sind, um gute Ergebnisse zu erzielen, für welche die Bezeichnung „Befähiger“ bzw. „enabler“ gewählt wurde (Wie wird Qualität erzielt?). Diese beiden Aspekte stehen im Zentrum einer Selbstbewertung der Organisation in Hinblick auf die

	EFQM-Kriterium	Prozent
Resultate Befähiger	1. Leitung und Führung	10 %
	2. Politik und Strategie	8 %
	3. Mitarbeiter/-innen inkl. Personalpolitik	9 %
	4. Ressourcen & Partnerschaften (Finanzen, Menschen, Umwelt)	9 %
	5. Prozesse/Abläufe	14 %
	6. Kundenbezogene Ergebnisse/Kundenzufriedenheit	20 %
	7. Mitarbeiterbezogene Ergebnisse/Zufriedenheit der Mitarbeiter/-innen	9 %
	8. Gesellschaftsbezogene Ergebnisse/Auswirkungen auf die Gesellschaft	6 %
	9. Schlüsselergebnisse/Zentrale Leistungen der Organisation	15 %

Praxis und den Entwicklungsstand ihres QM-Systems (vgl. dazu EFQM-Publications, 1999; *Hildebrand & Gerhardt*, 1998):

Die durchgeführte Selbstbewertung wird als Analyse- und Diagnoseinstrument verwendet, um den Reifegrad einer Organisation, ihre qualitätsrelevanten Stärken, Modifikations-erfordernisse und Verbesserungspotentiale festzustellen und entsprechende Maßnahmen für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess einzuleiten. Das EFQM-Bewertungssystem RADAR (Results, Approach, Deployment, Assessment, Review) berücksichtigt sowohl Befähigerkriterien (Vorgehen, Integration, Umsetzung, Bewertung & Überprüfung) wie auch Ergebniskriterien (Qualität und Umfang der Ergebnisse).

Der Selbstbewertung kann eine anschließende expertengestützte Fremdbewertung zur Validierung folgen. Darüber hinaus wird in regelmäßigen Abständen ein Qualitätspreis vergeben (Europa: European Quality Award, Deutschland: Ludwig-Erhard-Preis zur Auszeichnung für Spitzenleistung im Wettbewerb). Die Bewerber müssen nachweisen, wie sie die in einem Katalog (EFQM-Modell) vorgegebenen Anforderungen erfüllt haben. Dabei werden sowohl finanzielle wie auch nichtfinanzielle Ergebniskennzahlen betrachtet und mit Hilfe einer Punktetabelle berechnet. Grundlagen sind Einschätzungen (subjektive Daten) und Leistungsindikatoren (Verknüpfung mit betriebswirtschaftlichen Entscheidungskriterien, wie z. B. wirtschaftliche Ergebnisse wie Umsatz und Profitwachstum innerhalb der letzten drei Jahre). Die Maximalpunktzahl beträgt 1000, wobei Befähiger- und Ergebniskriterien jeweils maximal 500 Punkte (50 %) auf sich vereinigen können. Die Finalisten werden durch unabhängige Assessoren auditiert. Damit erfüllt der Qualitätspreis die Merkmale einer externen Überprüfung bzw. unabhängigen Zertifizierung. Für Institutionen des Gesundheitswesens hat die EFQM eine „Richtlinie für den öffentlichen Sektor: Gesundheitswesen“ vorgelegt (EFQM-Modell für Excellence Version für den öffentlichen Dienst und soziale Ein-

richtungen aus dem Jahre 2003). Damit ist das EFQM-System auch klinikbezogen anzuwenden (vgl. dazu *Brandmaier*, 2001; *Paeger & Moeller*, 1997; *Trick*, 2004).

### 3. Rehabilitationsspezifische Qualitätsmanagement-Systeme

Keines dieser etablierten Verfahren – weder das DIN EN ISO 9001 noch das Modell der EFQM – ist, für sich genommen, für die Belange der medizinischen Rehabilitation geeignet. Was fehlt, ist ein Kriterienkatalog, der das System DIN EN ISO 9001 bzw. das EFQM-Modell an die Besonderheiten der medizinischen Rehabilitation adaptiert. Mittlerweile haben einige Institutionen mit der Entwicklung eines rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagements begonnen oder diese bereits abgeschlossen und eine Umsetzung des DIN ISO-Verfahrens oder des EFQM-Verfahrens in ein rehabilitationsspezifisches Qualitätsmanagement-System vorgelegt (vgl. dazu *Bak et al.*, 2004; *Farin et al.*, 2004; *Paeger*, 2002).

#### 3.1 DEGEMED-Qualitätsmanagement

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) hat seit 1997 als erster Verband ein Qualitätsmanagement mit Zertifizierungsverfahren für den Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation entwickelt. Das QM- und Zertifizierungssystem nach DEGEMED beruht auf den Normen der DIN EN ISO 9001:2000. Diese wurden von der DEGEMED rehabilitationsspezifisch ausgelegt. Das geschah im wesentlichen durch Anpassung der Checkliste bzw. Erweiterung des Audit-Kataloges (vgl. dazu *Brandmaier et al.*, 2001; *Degemed*, 2002; *Degemed*, 2003).

Die starke Prozessorientierung der DIN EN ISO-Normen wurde im Hinblick auf die Ergebnisqualität durch ausgewählte EFQM-Kategorien ergänzt. Insgesamt drei Aspekte

bilden die Kernelemente des DEGEMED-Zertifizierungsverfahrens:

- a) Definition des Rehabilitationsprozesses und Abbildung in einem Musterhandbuch zum Qualitätsmanagement
- b) Festlegung eines Audit-Kataloges mit rehabilitationsspezifischen Standards, die sog. „Basis-Checkliste“, als „Basismodul“, nach der die Einrichtungen bei der Einführung eines QM-Verfahrens vorgehen können (Basis-Checkliste Version 3.0)
- c) Einführung rehabilitationsspezifischer Anforderungen für bestimmte Krankheitsbilder durch sog. Indikationsspezifische Module (ISM) für Kardiologie, Orthopädie, Neurologie, Psychosomatik, Onkologie und Abhängigkeitserkrankungen.

Der Kern des DEGEMED-Zertifizierungsverfahrens ist eine Liste von konkreten, überprüfbareren Qualitätsanforderungen, Qualitätskriterien oder einzelnen Ansätzen der Qualitätssicherung, wie z. B. Durchführung wissenschaftlicher Evaluationsstudien, Aufbau von Qualitätszirkeln oder Einsatz fachspezifischer medizinischer Dokumentationssysteme, welche aus den allgemeinen Qualitätsgrundsätzen der DEGEMED abgeleitet wurden (sog. Audit-Checkliste). Eine zu zertifizierende Klinik muss alle Qualitätsanforderungen dieser Liste erfüllen.

Der Aufbau des Qualitätsmanagement-Systems nach DEGEMED beginnt mit einer systematischen Ist-Analyse in den Einrichtungen. Die Selbstbewertung wird mit der von der DEGEMED bereitgestellten Basis-Checkliste und den indikationsspezifischen Modulen durchgeführt. Das Vorgehen und der vorgefundene Status Quo werden in einem klinikspezifischen Qualitätsmanagement-Handbuch dargestellt. Ist das Handbuch fertiggestellt, kann der Erfüllungsgrad durch systematisches Messen von Ergebnisparametern bewertet werden. Zur Vorbereitung auf die externe Zertifizierung wird ein internes Audit durchgeführt. Ergibt die Dokumentation des internen Audits keine gravierenden Defizite, findet ein externes Audit statt.

Anhand des Audits wird ein Bericht erstellt, in dem u. a. Abweichungen von den DEGEMED-Qualitätsgrundsätzen oder den Forderungen der DIN EN ISO 9001:2000 dokumentiert werden. Diese Abweichungen müssen innerhalb von drei Monaten nachweislich behoben werden. Dies wird ggf. in einem Nach-Audit überprüft. Werden keine Abweichungen festgestellt oder verläuft die Nachprüfung ohne Mängel, wird das Zertifikat erteilt. Durch jährliche Überwachungs-Audits wird die Einhaltung der Qualitätsgrundsätze sowie die gezielte Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems in den Einrichtungen stichprobenartig verifiziert. Turnusmäßig alle drei Jahre wird für die Re-Zertifizierung das sog. Wiederholungs-Audit organisiert.

### 3.1.1 IQEM-Qualitätsbarometer

Jedes einrichtungsinterne Qualitätsmanagement benötigt die Unterstützung durch ein System zur internen Bewertung der in der Klinik erbrachten qualitätsrelevanten Leistungen. Daher entwickelte das Institut für Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Medizinischen Rehabilitation (Hannover) unter Beteiligung der DEGEMED ein standardisiertes Instrument zur systematischen Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Reha-Kliniken. Es besteht aus einem generischen sowie verschiedenen indikationsspezifischen Instrumenten zu den Bereichen Kardiologie, Neurologie, Onkologie, Orthopädie und Psychosomatik, das im November 2002 in 12 Kliniken seine Pilotphase gestartet hat. Ab Frühjahr 2003 wurde es für den Einsatz in interessierten Reha-Einrichtungen bereitgestellt. Das Qualitätsbarometer ergänzt das DEGEMED-Verfahren hinsichtlich der Evaluierungsperspektive. Im Wesentlichen basiert es auf Modulen zur Mitarbeiter- und Patientenbefragung. Das Qualitätsbarometer soll helfen, Schwachstellen im Therapieverlauf zu erfassen, zu bewerten und gezielt Verbesserungen einzuleiten (*Bitzer et al., 2004*).

### 3.2 IQMP-Reha

Das Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH (IQMG), welches vom Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten (BDPK) getragen wird, hat in Kooperation mit der Abteilung Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung der Humboldt Universität Berlin im Januar 2004 das Integrierte Qualitätsmanagement-Programm-Reha (IQMP-Reha) vorgelegt (vgl. dazu *Kramer et al.*, 2004).

Es handelt sich um ein Instrument zum reha-bilitationsspezifischen Qualitätsmanagement, dessen primäre Zielsetzung es ist, die Anwender in den Reha-Kliniken in die Lage zu versetzen, ein umfassendes reha-bilitationsspezifisches QM-System aufzubauen und ihr bestehendes QM-System reha-bilitationsspezifisch zu bewerten und weiterzuentwickeln. Das IQMP-Reha basiert auf dem EFQM-Modell für Excellence und dessen Version für den öffentlichen Dienst und soziale Einrichtungen aus dem Jahre 2003. Das IQMP-Reha orientiert sich am Prinzip des umfassenden Qualitätsmanagements. Über neun Kriterien wird die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfassend beurteilt (vgl. dazu die Ausführungen zum EFQM-Modell). Die Anforderungen an die medizinische Rehabilitation werden über Indikatoren ausgestaltet (vgl. dazu *Müller-Fahnow et al.*, 2004).

Die Umsetzung des IQMP-Reha ist über verschiedene Methoden möglich. Insbesondere ist es auch von DIN EN ISO- und KTQ-Anwendern (KTQ = Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) nutzbar (sog. crosswalks). Das IQMP-Reha wird durch indikationsspezifische Anforderungskataloge der IQMP-Reha-Systematik für fünf ausgewählte Indikationen – kardiologische, muskuloskeletale, neurologische, onkologische und psychosomatische Erkrankungen – ergänzt.

Das IQMP-Reha beinhaltet ein Konzept für die Selbstbewertung. Es kann perspektivisch auch für die Fremdbewertung und Vergabe

des Zertifikats „Exzellente Qualität in der Rehabilitation“ (EQR) genutzt werden. Das Zertifikat wird im Auftrag des IQMG durch die akkreditierten Zertifizierungsunternehmen ausgestellt. Es besitzt eine Gültigkeit von zwei Jahren. Das IQMG plant eine Ausweitung des Verfahrens auf den Krankenhausbereich.

### 3.3 IQMS-BfA/DRV-Bund

Die ehemalige Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA, seit dem 1. Oktober 2005 zusammen mit dem ehemaligen Verband Deutscher Rentenversicherungsträger zur Deutschen Rentenversicherung Bund zusammengeschlossen) hat im August 2002 ein Pilotprojekt zum „Ausbau des internen Qualitätsmanagements in der Reha-Klinikgruppe der BfA“ europaweit ausgeschrieben. Mit Hilfe professioneller externer und wissenschaftlicher Beratungs- und Schulungsleistungen (ExpertTeam AG, Reha-Consult und Rödl & Partner) wurde ein BfA-eigenes QM-System, die sog. „QM-Systematik der Reha-Klinikgruppe der BfA“ (IQMS-BfA) entwickelt (vgl. dazu *Baron et al.*, 2004).

Das Gesamtkonzept beruht auf einer Integration der Qualitätsgrundsätze des DIN EN ISO- und der EFQM-Modells (vgl. oben Zf. 4.1 und 4.2). Zentrales Arbeitsergebnis ist ein QM-Handbuch, welches alle relevanten Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der jeweiligen Rehabilitationsklinik sowie den Prozess der kontinuierlichen Weiterentwicklung dieser drei Dimensionen beschreibt. Das Manual besteht aus vier Teilen A bis D, welche Aussagen zu den Qualitätsgrundsätzen, Qualitätszielen und Qualitätsmanagement-Massnahmen enthalten:

*Teil A:* Darlegung der Grundsätze des Handelns der „BfA“, Grundinformationen über die Rehabilitationseinrichtung (Ziele, Leistungsumfang, Dienstleistungsangebote, Strukturdaten) sowie die Beschreibung des QM-Systems.

*Teil B:* Darstellung der acht Qualitätsmanagementelemente, die als allgemeine Vorgaben für die Arbeit in der Rehabilitationseinrichtung gelten: Politik und Strategie, Patienten- und Kundenorientierung, Verantwortung der Leitung, Mitarbeiter/-innen, Kommunikation und Information, Infrastruktur, Prozess- und Ergebnisqualität sowie kontinuierliche Verbesserung. Dabei erhalten die Kapitel „Prozess- und Ergebnisqualität“, „Kontinuierlicher Verbesserungsprozess“ sowie „Mitarbeiter/-innen“ durch ihren Umfang und ihre Komplexität einen besonderen Stellenwert innerhalb der Systematik gegenüber den übrigen Elementen.

*Teil C:* Prozesslandkarte der Verfahren und Arbeitsabläufe der Reha-Kliniken sowie der dazugehörigen Dokumente und Hilfsmittel.

*Teil D:* Arbeitsanweisungen, Standards und Leitlinien.

Das QM-Handbuch wird durch Audits, prozessbegleitendes Coaching, einrichtungsinterne Arbeitsgruppen und Schulungskurse zur Qualifizierung von Fach- und Führungskräften in den Reha-Einrichtungen flankiert. Auf den unterschiedlichen Handlungsebenen ist die Leitung der Rehabilitationsklinik, der Lenkungsausschuss, der QM-Beauftragte, die Prozessverantwortlichen und die Mitarbeiter als Experten für das eigene Arbeitsumfeld beteiligt.

Die Rehabilitationsspezifität des QM-Systems wurde über Erhebungen des Ist-Zustandes in den Rehabilitationskliniken, Visitationen in allen relevanten Einrichtungsbereichen, Workshops zur Identifizierung von Klinikprozessen sowie anonymisierten Mitarbeiterbefragungen zu Problembereichen und Handlungsnotwendigkeiten in den Rehabilitationskliniken sichergestellt. Das IQMS-BfA ist ein QM-System, das speziell auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation Anwendung findet.

Das BfA-QM-System wurde in der Zeit zwischen Mai bis Oktober 2003 zunächst in

sechs Rehabilitationseinrichtungen der BfA implementiert. Im Jahre 2004 wurde am Ausbau der Systematik in den verbleibenden 16 Reha-Kliniken/-Zentren der BfA gearbeitet. Eine Gesamtumsetzung ist seit 2005 realisiert. Die kontinuierliche Weiterentwicklung des IQMS-BfA wird durch ein QM-Netzwerk auf der Ebene der QM-Beauftragten und einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch zwischen den Rehabilitationseinrichtungen zum Thema QM unterstützt.

### **3.4 Qualitätsentwicklung in der Suchtrehabilitation**

Rund 27 % aller am QS-Programm der Rentenversicherung teilnehmenden stationären Rehabilitationseinrichtungen bzw. -fachabteilungen sind Suchteinrichtungen. Rund 17 % aller Aufwendungen der Rentenversicherung für Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen zur Teilhabe beziehen sich auf Abhängigkeitserkrankungen (VDR, 2004).

Die Fach- und Trägerverbände in der Suchttherapie haben mit der einrichtungsinternen Qualitätsentwicklung begonnen und suchtspezifische QM-Konzepte vorgelegt. QM-Systeme in der Suchtrehabilitation zeichnen sich dadurch aus, dass die Dokumentationssysteme der Verbände (Basisdokumentationen, Katamnesen) in das QM-System integriert und die spezifischen Leitbilder der Einrichtungen berücksichtigt werden (vgl. dazu beispielsweise *Pittrisch et al.*, 2002; *Schuch et al.*, 2003).

#### **3.4.1 deQus als Initiative des buss**

Die Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie (deQus) e.V. fördert Qualitätsentwicklung in der Suchttherapie. Die deQus ist eine Initiative des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss). Mitglieder können alle stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland werden. Ihr Ziel ist die

Entwicklung und Einrichtung eines Qualitätsmanagement-Systems in der Suchthilfe auf der Grundlage eines „Konzeptes zur Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems in der Suchttherapie“.

Mit deQus wurde ein suchtspezifisches QM-System realisiert, das an den Strukturen, Vorgaben und Begrifflichkeiten der international anerkannten QM-Modelle (ISO 9000 und EFQM) orientiert ist. Das suchtspezifische QM-System ist langfristig auf Qualitätsentwicklung im Sinne eines „Total Quality Management“ (TQM) und der „Business Excellence“ in allen beteiligten Einrichtungen angelegt. Diesem Ziel dient die Erarbeitung eines Qualitätshandbuches, die praxisnahe Schulung und Beratung sowie die Einleitung eines Zertifizierungsprozesses. Zentrale Bedeutung bei der Einrichtung eines suchtspezifischen Qualitätsmanagement-Systems haben die Qualitätsbeauftragten der teilnehmenden Häuser. Sie nehmen teil an einem Kurssystem; dessen Curriculum 200 Stunden umfasst.

### 3.4.2 Audit-Checkliste „Abhängigkeit“

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) hat zusammen mit der DEGEMED (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation) eine Audit-Checkliste für den Bereich der stationären Rehabilitation bei Abhängigkeits-erkrankungen entwickelt. Die suchtspezifischen Anforderungen sind als indikations-spezifisches Modul im DEGEMED-Verfahren realisiert (siehe Zf. 5.1).

### 3.4.3 VABS-Sucht-Qualitätsmanagement

Der Verband ambulanter Behandlungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige e.V. (VABS) hat im März 2004 ein Rahmenhandbuch zum Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchthilfe vorgelegt (vgl. dazu *Bürkle*, 2004). Das zu Grunde liegende Qualitätskonzept orientiert sich am Qualitätsmodell der EFQM, ist jedoch mit DIN ISO kompatibel. Es bein-

haltet die Bereiche QM-System, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Es dient als Leitfaden zur praktischen Gestaltung und Implementierung eines QM-Prozesses in den Einrichtungen der Suchthilfe. Damit stellt es die Grundlage für die Erarbeitung eines einrichtungsbezogenen Handbuches dar. Zusätzlich hat der VABS ein Schulungskonzept entworfen, welches den Aufbau eines QM-Systems in den Einrichtungen unterstützt und begleitet. Das modulare Curriculum sieht den Erwerb qualifizierter Grundlagen im Bereich EFQM und/oder DIN EN ISO, eine Einführung in das Rahmenhandbuch, Hilfestellungen bei der Bildung regionaler Projektgruppen, Einweisungen zur eigenen Handbucherstellung und Kenntnisse zur Durchführung von Selbstbewertungen vor. Weitergehende Qualifizierungen zum EFQM-Assessor oder DGQ-Qualitätsbeauftragten (Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement) können bei Interesse erworben werden. Die Zertifizierung liegt im Zuständigkeitsbereich der Firma pro-Cum Cert.

### 3.5 KTQ<sup>®</sup>-Verfahren für die Rehabilitation

Das KTQ<sup>®</sup>-Verfahren (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) war ursprünglich ein spezifisches Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser. Es ist 2002 unter maßgeblicher Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen für die stationäre Akutversorgung entwickelt worden. Das Grundkonzept wird jedoch von den KTQ<sup>®</sup>-Gesellschaftern als geeignet angesehen, auf andere Versorgungsbereiche im deutschen Gesundheitswesen angewendet zu werden. So wurde das KTQ<sup>®</sup>-Verfahren Anfang 2005 auf den niedergelassenen Bereich der vertragsärztlichen Versorgung (Praxen) ausgeweitet (Start des Routinebetriebes). Eine Übersetzung auf den Rehabilitations-Bereich fehlte bislang. Im Frühjahr 2005 begann die Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen mit einer Pilotphase Rehabilitation. Grundlage war die Übertragung des KTQ<sup>®</sup>-Manuals und KTQ<sup>®</sup>-Katalogs auf die spezi-



fischen Belange der Rehabilitation. Dabei wurde von 10 ausgewählten Pilotkliniken unterschiedlicher Größe, Trägerschaft, Fachrichtung und Region der (rehabilitations-spezifische) KTQ®-Katalog im Rahmen einer Test-Selbst- und Fremdbewertung bearbeitet. Nach einer Analyse der Ergebnisse der Pilotierung und einer Überarbeitung des KTQ®-Manuals und des KTQ®-Kataloges wurde das KTQ®-Zertifizierungsverfahren für Rehabilitationskliniken auf dem 5. KTQ®-Forum am 27. September 2005 in Köln vorgestellt. Das rehabilitationsspezifische KTQ®-Zertifizierungsverfahren steht ab Oktober 2005 für den Routineeinsatz zur Verfügung (vgl. dazu die KTQ®-Homepage unter <http://www.ktq.de>).

Das Verfahren dient einer Bewertung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Es basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung der Klinik. Die Zertifizierung beruht auf den Grundlagen eines Manuals und wird im Rahmen von Visitationen durchgeführt; die Visitationen erfolgen im Team von mindestens 4 Personen. Dabei handelt es sich um drei unabhängige KTQ-Visitoren (je ein KTQ-Visitor aus den Bereichen Pflege, Verwaltung und Medizin) und einen Visitationbegleiter der Zertifizierstelle. Je nach Anzahl der Fachbereiche des Krankenhauses bzw. der Kliniken umfassen die Visitationen einen Zeitrahmen von 3–4 Tagen vor Ort. Für das gesamte Verfahren wird eine Dauer von 16 Wochen berechnet. Dem „Gesundheits-TÜV“ liegt ein Frage-Katalog von insgesamt 70 Kriterien zu Grunde, die sich in 6 Kategorien mit rund 680 Items aufteilen. KTQ orientiert sich an den sogenannten Befähiger-Kriterien des EFQM-Modells. D. h. der Aspekt der Ergebnisqualität ist kein Gegenstand der Bewertung. Die Kliniken werden nach einem Bepunktungssystem benotet. Erreicht eine Einrichtung 55 % von insgesamt 1299 möglichen Punkten, erhält sie ein Zertifikat. Eine KTQ-Zertifizierung ist für drei Jahre gültig (vgl. dazu *Flenker et al.*, 2002).

### 3.6 Andere Qualitätsmanagement-Systeme im Gesundheitswesen

Unter den Qualitätsmanagement-Maßnahmen nehmen Visitationsmodelle eine Sonderstellung ein. Grundsätzlich ist die Implementierung von Qualitätsmanagement erst abgeschlossen, wenn regelmäßig untersucht wird, ob das Qualitätsmanagement auch korrekt umgesetzt wird. Solch ein Verfahren nennt man im Qualitätsmanagement Audit. Die maßgebliche Basis für die Auditierung bildet die Visitation durch Auditoren, also die von internen oder externen Fachkollegen und/oder QM-Beauftragten vor Ort ausgeführte Untersuchung. Nach der Visitation erstellen die Auditoren einen schriftlichen Bericht mit Stärken, Verbesserungsbereichen und Handlungsempfehlungen für die visitierte Abteilung. Der Bericht ist Ausgangspunkt für praxisinterne Verbesserungsmaßnahmen. Im Rahmen der Auditierung ist die Visitation Bestandteil jedes QM-Systems, Visitationsmodelle, wie z. B. das holländische Visitatje-Modell VIP (Visit Instrument to Assess Practice Management), und seine Weiterentwicklung, das European Task force on Practice Assessment (TOPAS), sind daher weniger als eigenständiges QM-System, sondern eher als Einzel-Qualitätssicherungsverfahren oder Bewertungsverfahren des QM-Systems zu fassen. Ferner wurden sie bislang lediglich als Praxis-assessment-Instrument zur Evaluation von Hausarztpraxen genutzt (*Bak et al.*, 2004 ; *Van den Hombergh et al.*, 1999).

Andere in den internationalen Medizin-Publikationen häufig genannten QM-Systeme sind das amerikanische CARF-System (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities) und das US-Zertifizierungsverfahren der JCAHO (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations). Die aus dem Ausland übernommenen Konzepte sind mehrheitlich noch nicht unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems evaluiert worden. Das CARF-System (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities) wird derzeit erst an die europäischen und deutschen Verhältnisse an-

gepasst. Das JCAHO-Verfahren und seine internationale Variante JCIA (Joint Commission International Accreditation) beziehen sich bislang auf den Akutbereich der medizinischen Leistungserbringung in Krankenhäusern (Alsen *et al.*, 2003 ; Bak *et al.*, 2004).

### 3.7 Rehabilitationspezifität der Qualitätsmanagement-Systeme

Institutionalisierte QM-Systeme sind ursprünglich für den industriellen Bereich entstanden. Sie wurden fortfolgend für den Einsatz im Gesundheitswesen adaptiert. Dabei standen die speziellen Belange der Physikalischen Medizin und Rehabilitation zunächst nicht im Mittelpunkt des Interesses, sondern die Adaptationen betrafen andere Fachgebiete der medizinischen Leistungserbringung. Aber die Begrifflichkeiten der DIN EN ISO-Normenfamilie oder des EFQM-Modells lassen sich dem Gegenstandsbereich der Rehabilitation angemessen interpretieren, sodass sämtliche Kriterien der QM-Modelle auch auf Rehabilitationseinrichtungen übertragbar sind.

Ob das in einer Rehabilitationsklinik umgesetzte QM-System rehabilitationsspezifisch sein muss, wird jedoch kontrovers diskutiert (Bak *et al.*, 2004; Jäckel & Farin, 2004):

Die eine Position besagt, dass die speziellen Belange der Physikalischen Medizin und Rehabilitation in den meisten heute gängigen „Muttermodellen“ des Qualitätsmanagements nur unzureichend abgebildet werden. Die QM-Systeme müssen für den Einsatz im Rehabilitationswesen adaptiert werden und/oder speziell für die Rehabilitation entwickelt worden sein, wie das DEGEMED-Verfahren, das IQMP-Reha-Verfahren oder das IQMS-BfA-Verfahren, damit sie sich zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation eignen. Ferner sollte sich das QM-System auf Assessmentmodelle stützen, welche unter Beteiligung klinischer Experten für das jeweilige Fachgebiet entstanden sind.

Die andere Position besagt, dass die direkte Orientierung am jeweiligen „Muttermodell“

mehr Flexibilität bietet, den sektorenübergreifenden und interdisziplinären Belangen der Rehabilitation gerecht zu werden, auch wenn die Übertragung der allgemeinen Kriterien auf die Situation einer Rehabilitationsklinik und die Suche nach geeigneten QM-Kooperationspartnern höhere Anforderungen an die Rehabilitationsklinik stellt. Denn bei der Messung der Qualität ist nicht nur die Beachtung der rehabilitationsspezifischen Inhalte wichtig, sondern auch eine Berücksichtigung struktureller – sich stetig verändernder – Rahmenbedingungen, wie z.B. multidisziplinäre Einrichtungen, die Rehabilitation und Vorsorge durchführen, oder Einrichtungen der integrierten Versorgung.

## 4. Vergleichende Gegenüberstellung der Qualitätsmanagement-Systeme

Qualitätsmanagement-Systeme sollen die Qualität in ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens verbessern, im Wettbewerb unter dem zunehmenden Konkurrenzdruck auf dem Gesundheitssektor als Marketinginstrument dienen und als Entscheidungshilfe zur Optimierung der Ressourcenallokation genutzt werden. Jedoch ist der „Markt“ für Qualitätsmanagement schwer überschaubar. Im Folgenden wird der Versuch unternommen, die Stärken und Schwächen der unterschiedlichen Modelle nachzuzeichnen.

*DIN-EN-ISO* zeichnet sich durch eine hohe Standardisierung, internationale Erfahrungen und einen hohen Bekanntheitsgrad aus. Jedoch ist das Verfahren vornehmlich auf prozessorientiertes Qualitätsmanagement angelegt und zielt nicht auf die Ergebnisqualität. Die verpflichtende Zertifizierung mag auch kommerzielle Hintergründe haben. Das Verfahren beinhaltet keine spezifischen Instrumente für Gesundheitsinstitutionen; ein Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9000ff:1994 war für den medizinischen Bereich nur unter erheblicher Abstraktion anwendbar, mit DIN EN ISO 9000ff:2000 ist das Konzept auch für eine Anwendung im

Gesundheitswesen geeignet. Eine Übersetzung für die Belange der Rehabilitation bedarf der Ergänzung um inhaltliche, medizinisch-psychologische Qualitätskriterien, welche die Qualität einer Reha-Klinik differenziert abbilden können. Eine solche wurde von der DEGEMED vorgenommen.

*EFQM* gilt international als das theoretisch am weitesten entwickelte Konzept für das interne Qualitätsmanagement, es weist eine hohe Akzeptanz durch die Selbstbewertung unter aktiver Beteiligung der Mitarbeiter auf. Die Aspekte der Messung und Analyse treten hier eher in den Vordergrund. Ein Qualitätsmanagement nach *EFQM* ist in dem Sinne umfassend (TQM), als dass es gleichermaßen die Bewertung von Befähiger- und Ergebniskriterien sowie „hard und soft facts“ berücksichtigt. Allerdings lässt das Verfahren Leitlinien für die Strukturqualität vermissen. Ferner stellt die Umsetzung des *EFQM*-Modells hohe Anforderungen an die Änderungsbereitschaft des Managements und der Mitarbeiter, weil eine Ausrichtung der Gesamtorganisation auf die Grundgedanken des Modells impliziert ist. Eine rehabilitationsspezifische Ausrichtung des *EFQM*-

Modells liegt von *IQMP-Reha*, *deQus* sowie *VABS* vor.

*DIN EN ISO 9000:2000 versus EFQM*: Mit der neuen Version *DIN EN ISO 9000:2000* hat sich das QM-Konzept bezüglich der inhaltlichen Ausgestaltung tendenziell den Modellen des TQM angenähert, sodass die inhaltlichen Überschneidungen zu dem *EFQM*-Verfahren zunehmen. Deutliche Unterschiede bestehen bei *DIN EN ISO* noch in der hohen Bedeutung von Dokumentations-Management und Prozessregelungen und dem geringeren Stellenwert von Qualitäts-Messvorgängen und der Mitarbeiterorientierung.

Die Analyse der einzelnen Konzepte zeigt, dass diese keineswegs immer Ausschließlichkeitsalternativen darstellen, sondern durchaus komplementär genutzt werden können. Individuelle Lösungen sind durch Kombinationen einzelner Elemente verschiedener QM-Systeme erreichbar. Neue Entwicklungen von QM-Verfahren und rehabilitationsspezifische Ausgestaltungen lehnen sich von vornherein an die Strukturen beider Bewertungsmodelle an: *DEGEMED* ergänzt seine *DIN EN ISO* Orientierung um ergebnisorientierte *EFQM*-

Allen anerkannten QM-Systemen gemeinsam sind folgende obligaten oder optionalen Qualitätselemente:

- Erstellung eines Muster-Qualitätshandbuchs, das an den jeweiligen Qualitätsgrundsätzen orientiert ist und die Grundlage des in der jeweiligen Organisation zu erarbeitenden individuellen Qualitätshandbuchs darstellt
- Benennung von Qualitätsbeauftragten in den teilnehmenden Mitgliedseinrichtungen
- Organisation von einrichtungsinternen oder regionalen Arbeitskreisen (Qualitätszirkel, Peergroups oder andere Formen der Team- und Projektgruppenarbeit) zur Begleitung, Fortentwicklung und Supervision des QM-Prozesses
- Definition von Meilensteinen zur Ablaufsteuerung und Indikatoren zur Ergebniskontrolle sowie Outcomemessung
- Ggf. Beratung und Schulung der Qualitätsbeauftragten der beteiligten Einrichtungen durch externen Sachverstand
- Ggf. wissenschaftliche Begleitung und Evaluation während des gesamten Projektverlaufs (Fach- und Prozesscoaching)
- Internes Audit und Selbstbewertungsverfahren
- Ggf. externes Audit und Zertifikat und/oder Qualitätspreise

Kategorien und die Evaluierungsperspektive des IQEM-Qualitätsbarometers. Die QM-Systematik der Reha-Klinikgruppe der „BfA“ integriert die Qualitätskriterien beider anerkannter QM-Systeme zu einem Gesamtkonzept. DeQus und VABS verorten sich im EFQM-Modell, verwenden jedoch Versatzstücke des DIN EN ISO-Verfahrens. IQMP-Reha richtet sich nach dem EFQM-Modell, achtet jedoch auf Kompatibilität mit dem DIN EN ISO-Verfahren. Das in Deutschland weit verbreitete Zertifizierungsverfahren KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) basiert in wesentlichen Merkmalen auf dem JCIA-Verfahren.

Als Basiskriterium muss jedoch gelten, die bereits einrichtungsintern bestehenden vielfältigen Qualitätsmanagement-Ansätze zu koordinieren und zu systematisieren. Durch Dokumentationen werden interne Handlungsempfehlungen oder Verfahrensanweisungen darlegungsfähig nach innen (innerhalb der Organisation „Klinik“) und nach außen gegenüber Dritten (Kostenträger, Patienten/Rehabilitanden, Zertifizierer etc.).

Qualitätssicherung ist ein kontinuierlicher Prozess. Inhaltliche Schwerpunkte und Methoden müssen laufend angepasst werden. Bei der Umsetzung muss zudem beachtet werden, dass die Vorgaben pragmatisch und problemorientiert sind, der Aufwand vertretbar und die Sinnhaftigkeit nachvollziehbar ist.

## 5. Zur Verbreitung der verschiedenen Qualitätsmanagement-Systeme

Verfügbare Publikationen zur Verbreitung von QM-Systemen im Gesundheitswesen i. a. oder in Rehabilitationseinrichtungen i. b. sind rar und beschränken sich häufig auf Meinungen von Experten oder Erfahrungsberichte.

In einer Studie von *Eckert* (2001) wurde der Anteil der Rehabilitationseinrichtungen mit einem internen Qualitätsmanagement untersucht. Die Gesamt-Stichprobe umfasste N = 298 Kliniken; der Rücklauf betrug 60 %.

Die Befragung ergab, dass 89 % der Rehabilitationskliniken ein QM-System bereits eingeführt haben oder dabei sind, es einzuführen; lediglich 10,7 % der Einrichtungen gaben an, kein QM-System einführen zu wollen. Die Analyse der Daten zeigte, dass 2/3 der Einrichtungen Qualitäts-Zirkel als Form der Projektgruppenarbeit durchführten, 20 % der Kliniken sich am EFQM-Modell orientierten, und jede 5. Einrichtung eine ISO-Zertifizierung anstrebte oder vorlegen konnte. Aus der anonymen Selbstauskunft konnte jedoch nicht geschlossen werden, ob die jeweiligen Qualitätsmanagement-Systeme umfassend umgesetzt oder nur gewisse Prinzipien übernommen wurden.

In der Untersuchung von *Farin et al.* (2004) wurden insgesamt N = 630 Rehabilitationseinrichtungen angeschrieben und um eine Aussage zu ihrem internen Qualitätsmanagement gebeten. Die Rücklaufquote betrug lediglich 31,6 %. Die Ergebnisse zeigten, dass am häufigsten die Normenfamilie der DIN EN ISO 9000ff. eingesetzt wird, gefolgt vom Excellence-Modell der EFQM und der DEGEMED-Zertifizierung. Zwei Drittel aller Kliniken setzen überdies routinemäßig Verfahren zur Messung des Erfolgs der Rehabilitationsbehandlung (Assessment-Instrumente) ein.

*Müller-Fahrnow et al.* (2004) berichten auf der Grundlage einer Bestandsaufnahme in deutschen Rehabilitationskliniken (*Müller-Fahrnow et al.*, 2002), dass von N = 167 befragten Kliniken zwar bereits 40 % interne QM-Programme implementiert hätten, keines der gewählten Systeme jedoch die Anforderungen an ein umfassendes Qualitätsmanagement im Sinne der TQM (Total Quality Management) erfülle, da nicht alle Qualitätsebenen – Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – berücksichtigt würden.

Bei allen aufgeführten Befragungs-Studien kann (z. B. aufgrund der niedrigen Responderquote) nur von einer eingeschränkten Repräsentativität der jeweils untersuchten Stichprobe ausgegangen werden. Da keine Darlegung der Einzelverfahren zu einem QM-

System gefordert war, kann ferner nicht ausgeschlossen werden, dass ein Teil der erhobenen QM-Aktivitäten sich auf – partiell in der Praxis umgesetzte – eingestreute Einzelverfahren (sog. Qualitätsinseln) beschränkt und keineswegs einer ganzheitlichen, TQM-orientierten Bewertungsmethodik unter Einschluss der gesamten Einrichtung und aller Qualitätsebenen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) entspricht. Des weiteren fehlt mehrheitlich eine Konkretisierung des Umsetzungsgrades des QM-Systems. Das Spektrum der erhobenen QM-Aktivitäten kann von „geplant“ zur Kennzeichnung der Entwurfsphase eines QM-Systems über „mit der Einführung begonnen“ oder „Einführung abgeschlossen“ bis zu „umfassend umgesetzt“ reichen. Eine Diskrepanz zwischen dem Bekenntnis zur QS und QM und ihrer praktischen Anwendung ist nicht auszuschließen. Darüber hinaus können begriffliche Konfusionen zwischen externer Qualitätssicherung (beispielsweise durch die Rehabilitationsträger) und einrichtungsinternem Qualitätsmanagement (durch die Leistungserbringer) entstehen. Erfahrungsgemäß werden die Begriffe QS und QM in der Kliniklandschaft häufig synonym verstanden und unklar verwendet. Ohne Explikation des QM-Systems und seiner Einzelverfahren kann keine adäquate QS-/QM-Zuordnung in der Qualitätsentwicklung vorgenommen werden. Aus der Zitationshäufigkeit von QM-Systemen in der wissenschaftlichen Literatur auf ihre tatsächliche Verbreitung zu schließen, ist schließlich unzulässig, wenn nicht gleichzeitig das Entstehungsdatum des QM-Systems, die Größe der Einrichtung, die das QM-System verwendet, die Breite der Versorgungsform, die das QM-System implementiert hat und die (Inter)Nationalität des QM-Systems (internationale oder nur nationale Bedeutung) kontrolliert werden. Qualitätsentwicklungen für größere Einrichtungen oder breitere Gruppen der Leistungserbringer werden beispielsweise häufiger in Fachpublikationen erwähnt als Daten aus kleinen Einrichtungen (z. B. Praxen) oder Sonderformen der medizinischen Versorgung. QM-Systeme, die weltweit bekannt sind, haben auch häufiger Gelegenheit,

in Publikationen besprochen zu werden, als nationale Qualitätsentwicklungen. Etablierten QM-Systemen mit langer Tradition stand mehr Zeit zur Verfügung, Eingang in die Literatur zu finden, als Neuentwicklungen in der QM-Landschaft, die erst seit kurzem bekannt sind und erst noch erprobt werden müssen.

Alles in allem sind weder die Zitationshäufigkeit von QM-Systemen in Publikationen noch Befragungsergebnisse der Einrichtungen zur QM-Implementierung oder selbst Zahlen zur tatsächlichen Verbreitung der QM-Systeme valide Qualitätsmerkmale der Systeme, die eine direkte Aussage über die Eignung des Systems für eine bestimmte Gruppe der Leistungserbringer (z. B. Akutkrankenhaus versus Rehabilitationsklinik) oder eine bestimmte Form der Leistungserbringung (z. B. Suchtrehabilitation versus somatische Rehabilitation) machen. Die Güte des QM-Systems basiert vielmehr auf der Anpassung des QM-Systems an die Erfordernisse der infrage stehenden Versorgungsform (z. B. Rehabilitation) und ihrer indikationsspezifischen Ausgestaltung (z. B. Suchtrehabilitation).

Die Daten über die tatsächliche Verbreitung der jeweiligen QM-Systeme ergeben ferner ein sich ständig änderndes Bild und sind daher dynamisch zu betrachten. So zeigt sich beispielsweise v. a. in den letzten 5 Jahren ein steigendes Bewusstsein für die Notwendigkeit eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Dabei kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob das Qualitätsmanagement in den Einrichtungen durch externen Anstoß (Erfüllung gesetzlicher Auflagen) oder zunehmende interne Akzeptanz befördert wird.

## **6. Aufwendungen für Qualitätsmanagement**

Die Investitionsaufwendungen lassen sich erfahrungsgemäß nur schwer bestimmen, da sie in Abhängigkeit von dem konkreten Fall, von dem zu Grunde liegenden Qualitätsmanagement-System bzw. der anzuwenden-

den Norm, von der Größe der Einrichtung, der „Branche“ und dem jeweiligen Anbieter variieren. Allgemein gesprochen zieht die Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems Investitionsaufwendungen auf sich, welche in Aufbaukosten und Zertifizierungskosten unterteilt werden können:

Zu den Aufbaukosten zählen beispielsweise Sachkosten, Seminarkosten zur Schulung und Aneignung der erforderlichen Grundlagenkenntnisse zu einem Qualitätsmanagement-System, Kosten für durchzuführende Informationsveranstaltungen, Kosten für die Entwicklung von Verfahren zur Dokumentation sowie Instrumenten zur Outcomemessung, Kosten für Maßnahmen zur Motivation des Personals sowie Personalfreistellungskosten für den dokumentationsbedingten Mehraufwand, für die Einrichtung eines Fachbereiches Qualitätswesen und/oder für Aus-, Fort- und Weiterbildung zum einrichtungsinternen Qualitätsbeauftragten. Gegebenenfalls muss ein externer Berater hinzugezogen werden, der die Einführung des Qualitätsmanagement-Systems steuert, koordiniert und überwacht sowie Vorlagen zur Erstellung der QM-Dokumentation liefert und Kenngrößen zur Beurteilung der Ergebnisqualität erarbeitet. Für die Einführung eines medizinischen Qualitätsmanagements können jedoch zahlreiche Eigenleistungen eingesetzt werden, die den Zeit- und Kostenaufwand reduzieren (Beholz et al., 1997, 2003, 2004; Schmidt, 2004).

Die Zertifizierungskosten umfassen im Kern die Gebühren für die Erst- und ggf. Wiederholungszertifizierungen zur Aufrechterhaltung des Zertifikats. Die Kosten einer Zertifizierung hängen hauptsächlich von dem konkreten Angebot der gewählten Zertifizierungsgesellschaft und von dem notwendigen Aufwand des Zertifizierers ab. Dessen Aufwand bestimmt sich durch den Umfang und die Anzahl der durchzuführenden Audits zur Prüfung des Qualitätsmanagement-Systems auf Normkonformität. Dabei hängt die Anzahl der notwendigen Audits von der Anzahl der zu zertifizierenden Bereiche ab (Teil- vs. Gesamtzertifizierungen). Viele Gesundheitsinstitutio-

nen beauftragen ferner einen qualifizierten externen Berater, der mit ihnen ein oder mehrere Voraudits durchführt, um sicherzustellen, dass das eingeführte Qualitätsmanagement-System einer Prüfung durch eine akkreditierte Zertifizierungsstelle stand hält (Masing, 1999).

Die Aufrechterhaltung eines Qualitätsmanagement-Systems nach dem Prinzip einer kontinuierlichen Qualitätsförderung geht über die Aufbaukosten zur Anschubfinanzierung der ersten Phase des Qualitätsmanagements hinaus und verursacht laufende Kosten, die in die Gesamtkostenkalkulation einbezogen werden müssen (z. B. Refresher-Seminare, Erneuerung eines Zertifikats, Zeitaufwand für die Aktualisierung der Dokumentation, Einholen externen Sachverständes bei QM-Problemen etc.). Im allgemeinen sind die Investitionen für die Aufrechterhaltung eines Qualitätsmanagement-Systems jedoch geringer als die Kosten, welche die Installation eines Qualitätsmanagement-Systems verursacht (z. B. durch Reduktion des notwendigen Personaleinsatzes).

Grundsätzlich erhöht eine Zertifizierung die Investitionssumme. Allerdings schließt nicht jedes Qualitätsmanagement-Modell mit einer externen Zertifizierung ab (z. B. DIN EN ISO: obligat, EFQM: optional). Ferner – betrachtet man die regelmäßig erscheinende Liste der zertifizierten Einrichtungen im Gesundheitswesen – so stellt man fest, dass einige Institutionen nur Teilbereiche, wie z. B. einzelne Fachabteilungen, zertifizieren lassen. Dieses Vorgehen minimiert zwar die Kosten, das Konzept eines Total Quality Managements zielt jedoch auf eine Gesamtschau aller Strukturen, Prozesse und Ergebnisse einer Organisation und nicht auf Ausschnitte ab. Daher sind Teilzertifizierungen zu hinterfragen (vgl. dazu Pärsch, 1999).

Alles in allem können keine allgemein gültigen Zahlen genannt werden. Der tatsächliche Aufwand und die Gesamtkosten richten sich nach der Struktur und Komplexität der Abläufe in der Einrichtung. Zu unterscheiden

ist immer zwischen internen Kosten (z. B. Arbeitszeit, die für den Aufbau des Systems aufgewandt wird) und externen Kosten (z. B. Beratungskosten, Zertifizierungskosten), die auf die verschiedenen Umsetzungsstufen des QM, wie z. B. Aufbau, Zertifizierung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung, entfallen.

Qualitätskosten stellen eine langfristige Anlage dar. Dabei sind die Investitionskosten erst einmal zu tragen, ohne dass abzusehen wäre, ob die Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems zu erwarteten positiven Effekten führt und damit auch finanziell „belohnt“ wird (Stichwort: Investitionen und Zusatzkosten heute, Qualität ggf. morgen). Psychologisch betrachtet zieht eine Erst-Zertifizierung Wiederholungszertifizierungen nach sich, da die Befürchtung besteht, eine fehlende Erneuerung des Zertifikats sei das Eingeständnis einer Praxisverschlechterung, was einem – nur wahrgenommenen oder auch tatsächlichen – Imageverlust in der (Fach-) Öffentlichkeit gleichkommt.

Wenn mittlere und kleinere Einrichtungen die Qualitätsmanagement-Kosten nur schwerlich tragen können, bietet sich als Lösung beispielsweise ein Qualitätsmanagement-Verbund an, der ein gemeinsames Qualitätsmanagement-System betreibt und – wenn gewünscht – ein zentrales Zertifikat erhält. Ein QM-Verbundsystem ist jedoch nur für Einrichtungen geeignet, welche ähnliche oder gleiche Leistungen anbieten. Ferner erschwert ein QM-Verbundsystem etwaige Klinikvergleiche (vgl. dazu *Eckert & Resch, 2004; Eckert & Schulze, 2004*).

Anekdotische Zertifizierungen reichen für die Qualitätsdarlegung nicht aus: Erworbene Zertifikate dürfen nicht automatisch interpretiert werden als Siegel für Dienstleistungsqualität, denn diese erfordert Zeit und kontinuierliche Bemühung auch in der Phase zwischen zwei Zertifizierungen. Allerdings kann das Ziel „Zertifizierung“ als Initialzündung für den Aufbau eines sinnvollen Qualitätsmanagements fungieren und einrichtungsinterne Qualitätsprozesse in Gang setzen.

Bei allen Kosten-Nutzen-Erwägungen sollte berücksichtigt werden, dass sich durch die Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems auch Aufwendungen und Kosten sparen lassen. Je nach Güte der Umsetzung des Qualitätsmanagements und den dadurch erreichten Verbesserungspotentialen können durch optimierte Arbeitsabläufe Doppelarbeiten vermieden, durch geringere Fehlerquoten Fehlerkosten gesenkt und durch eine verbesserte Ressourcenallokation die Effizienz und Kosteneffektivität gesteigert werden. Des weiteren führt der Aufbau eines einrichtungsinternen QM-Systems per se dazu, dass sich die Leitung und die Mitarbeiter der Einrichtung mit ihrem Arbeitsumfeld, den Arbeitsprozessen und den Arbeitsergebnissen sowie der eigenen beruflichen Rolle auseinandersetzen, was zu einer verbesserten Kommunikation und damit erhöhten Arbeitszufriedenheit führen kann.

## 7. Position der Rentenversicherung zum internen Qualitätsmanagement

In der Rentenversicherung besteht insgesamt Einigkeit darüber, dass die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung durch internes Qualitätsmanagement begleitet werden müssen, um die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung innerhalb der Einrichtungen umsetzen zu können. Von den Rehabilitationseinrichtungen wird künftig ein Nachweis des internen Qualitätsmanagements verlangt werden. Der Nachweis erfolgt über die folgenden drei Kriterien:

1. die vollständige Erfüllung der Strukturmerkmale zum internen Qualitätsmanagement, wie sie aus dem Strukturfragebogen 2006 hervorgehen,
2. die Darlegung eines systematischen Umgangs mit Qualitätsmängeln und
3. regelmäßige Visitationen zur Evaluation eines internen Qualitätsmanagements in den Rehabilitationseinrichtungen durch den federführend belegenden Rentenversicherungsträger.

Dabei beinhaltet die Liste der strukturnahen Prozessmerkmale zum internen Qualitätsmanagement die folgenden Anforderungen: Verfügbarkeit eines Qualitätsmanagementbeauftragten, Umsetzung eines internen Qualitätsmanagement-Systems, Realisierung interner Qualitätszirkel oder Projektgruppen, die sich außerhalb der Aufgaben des Tagesgeschäfts mit Qualitätsproblemen befassen, routinemäßiger Einsatz und Auswertung eines internen Fragebogens zur Patientenzufriedenheit, Systematisches Beschwerdemanagement bezüglich Patienten- und Kostenträger-Beschwerden, verbindliche Regelungen zur internen Erörterung der Rückmeldungen externer Qualitätssicherungsprogramme, Existenz eines Hygienebeauftragten in der Klinik, Verfügbarkeit eines schriftlich fixierten Hygieneplans, Einsatz von Assessment-Instrumenten bei Aufnahme und Entlassung und Führen von Komplikationsstatistiken.

Alternativ zu den Visitationen kann in Abstimmung mit dem Rentenversicherungsträger auch eine Zertifizierung nach einem anerkannten Verfahren durchgeführt werden, die regelmäßig zu erneuern ist. Dabei wird von der Vorgabe eines bestimmten QM- oder Zertifizierungsverfahrens abgesehen. Derzeit enthalten weder die gesetzlichen Bestimmungen noch die Beschlüsse der Fachgremien der Rentenversicherung eine Verpflichtung zur externen Zertifizierung und/oder die Favourisierung eines bestimmten QM-Verfahrens. D.h. neben der Teilnahme am Qualitätssicherungsverfahren der Rentenversicherung (wenn von der Rentenversicherung federführend belegt) oder der Krankenversicherung (wenn von der Krankenversicherung federführend belegt) müssen sich die Reha-Einrichtungen für ein rehaspezifisches internes QM-Verfahren entscheiden. Dabei besteht für die Leistungserbringer Wahlfreiheit zwischen EFQM-basierten und DIN-EN-ISO-basierten Verfahren sowie Mischformen (Methodenpluralismus beim internen Qualitätsmanagement). Damit erhalten Träger und Kliniken einen Handlungsspielraum, um der in § 20 SGB IX festgelegten Verpflichtung zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement nachzukommen.

## 8. Ausblick

Da die Instrumente und Verfahren der externen Qualitätssicherung nur Wirkung entfalten, wenn sie auf qualitätsorientierte Managementstrukturen in den Einrichtungen stoßen, sind sowohl Qualitätssicherung (QS) als auch Qualitätsmanagement (QM) notwendige Voraussetzungen zur Erzeugung (QM) und Kontrolle (QS) von Qualität. Qualitätssicherung (QS) und Qualitätsmanagement (QM) sind einander nicht nachgeordnet, sondern lediglich die Außen- und die Innenseite der Qualität.

Ein QM-System ist keine statische, sondern eine dynamische Angelegenheit. Es ist als ein lernendes Verfahren gedacht, welches Veränderungen aufgreift und umsetzt. Der Erwerb und der Erhalt eines Zertifikats ersetzen noch nicht die Bemühungen um eine ständige Verbesserung des QM-Systems. In diesem Sinne ist QM eine prozessuale und evaluative Daueraufgabe für alle Rehabilitationseinrichtungen.

Die erfolgreiche Umsetzung von Qualitätsmanagement in der Rehabilitation ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft: Interesse der Leitungsebene an Qualitätsmanagement, Strukturen für Qualitätsmanagement (z. B. Qualitätsbeauftragter), Qualitätsbewusstsein (Wille zur Qualitätsverbesserung), Verfahren zur Problemerkennung (z. B. Monitoring- oder Meldesysteme), QM-Techniken (z. B. Prozessanalyse) und QM-Verfahren (z. B. Schulung, Zertifizierung, Leitlinien, Standardisierung).

Welchen Weg eine Klinik wählt, um ihre Leistungsfähigkeit insgesamt zu verbessern, hängt von zahlreichen Einzelfaktoren ab. Für die Wirksamkeit von zentraler Bedeutung ist, dass ein QM-System zu der Einrichtung – ihrem Auftrag, ihren Aufgaben, ihren Zielen, ihrem Selbstverständnis und ihrer „Kultur“ – passt. Übergeordnetes Ziel muss es sein, dass das QM-System in Laufe seiner Entwicklung und Verbesserung in die Einrichtung hineinwächst, indem sich mehr und mehr Mitarbeiter mit dem Gedankengut des Qualitätsmanagements identifizieren. Wich-



tig ist, dem Bekenntnis zur Qualitätssicherung eine QM-Umsetzung folgen zu lassen, damit QM kein Lippenbekenntnis bleibt.

Umsetzungshilfen und Handlungsanweisungen – wie eine Normenreihe, eine Selbstbewertung, eine Fremdbewertung – können hierzu wertvolle Impulse geben. Dabei ist jedoch Qualitätsmanagement als eine umfassende Strategie zu begreifen: Als Qualitätsmanagement wird die Gesamtheit der qualitätsbezogenen Tätigkeiten und Zielsetzungen in der Einrichtung bezeichnet. Ein Qualitätsmanagement-System hat die Aufgabe, diese qualitätsbezogenen Tätigkeiten und Zielsetzungen in einem einheitlichen geschlossenen System zusammenzuführen. Man sollte keine Qualitätsinseln schaffen, sondern Einzelverfahren, wie z. B. Qualitätszirkel, Befragungen zur Patienten- und/oder Mitarbeiterzufriedenheit oder Leitlinien, in ein Gesamtkonzept des Qualitätsmanagements einbinden.

## 9. Internet-Quellen zu QM-Systemen

<http://www.bvgesundheits.de/themen/qm.pdf>  
<http://www.degemed.de/>  
[http://www.degemed.de/info/deg\\_zert.html](http://www.degemed.de/info/deg_zert.html)  
<http://www.dequs.de/>  
<http://www.dequs.de/PDF/dequs.pdf>  
[http://www.derminform.de/.../II\\_reha.htm](http://www.derminform.de/.../II_reha.htm)  
<http://www.deutsche-rentenversicherungsbund.de/>  
<http://www.dhs-intern.de/pdf/Manual.pdf>  
<http://www.din.de/>  
<http://www.deutsche-efqm.de/>  
<http://www.ktq.de/>  
<http://www.q-m-a.de/>  
<http://www.qm.wicker-kliniken.de/>  
<http://www.reha.hu-berlin.de/.../IQMP/>  
<http://www.uke.uni-hamburg.de/>

## 10. Literatur

*Alsen, H., Sobhani B., Kersting T.* (2003): Qualität der Versorgung bestimmt Zukunft der Krankenhäuser – Zertifizierung nach amerikanischen JCI Standards.

Führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w), Heft 1, 76–78.

*Arnold, M., Klauber J., Schellberg D.*, Hrsg. (2003): Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb. Schattauer, Stuttgart, 2003

*Badura, B., Strodtholz P.* (2003): Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen. In: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Schwartz F.W., et al. (Hrsg.), 714–724, Urban & Fischer, München, 2003, 2. Auflage.

*Bak, P., Bocker, B., Müller, W.D., Lohsträter, A. & Smolenski, U.C.* (2004a): Zertifizierungs- und Akkreditierungssysteme als Instrument des Qualitätsmanagements in der Rehabilitation – Teil 1: Identifizierung der meist verbreiteten Systeme. Phys Med Rehab Kuror, Heft 14, 243–248.

*Bak, P., Bocker, B., Müller, W.D., Lohsträter, A. & Smolenski, U.C.* (2004b): Zertifizierungs- und Akkreditierungssysteme als Instrument des Qualitätsmanagements in der Rehabilitation – Teil 2: Charakterisierung der meist verbreiteten Systeme. Phys Med Rehab Kuror, Heft 14, 283–290.

*Baron, P., Lindow B., Görke J.* (2004): Ausbau des internen Qualitätsmanagements in der Reha-Klinikgruppe der BfA. DAng-Vers, 5/6/2004, 259–263.

*Beholz, S. Koch, Ch. & Konertz, W.* (2003): Zertifizierung von Teileinrichtungen komplexer Großkliniken nach DIN EN ISO 9001:2000 dargestellt am Beispiel einer herzchirurgischen Universitätsklinik. Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich., 97, 141–144.

*Birkner, B.* (2000): QM-System und Zertifizierung in der ambulanten Versorgung. Der Kassenarzt, Heft 47, 38–44.

*Bitzer, E.M., Dörning, H. & Sampath Kumar, D.* (2004): Das Qualitätsbarometer – Das systematische Qualitätsbewertungssystem für das interne Qualitätsmanagement in der Medizinischen Rehabilitation: Hin-

- tergrund und Ausgestaltung. Tagungsband zum 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium vom 8. bis 10. März 2004 in Düsseldorf, 127–128.
- Brand, A., Brand H.* (2001): Ansätze für Qualitätsmanagement im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD): Gegenwart und zukünftige Perspektiven. Das Gesundheitswesen, Heft 4, 226–230.
- Brandmaier, R., Farin, E. Eversmann, B., Dehmlow, A. & Lutzmann, T.* (1999): Die Zertifizierung von Rehabilitationskliniken nach dem Verfahren der DEGEMED. Vortrag auf dem 8. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium am 8. März 1999 auf Norderney.
- Brandmaier, R. et al.* (2001): Die Zertifizierung von Rehabilitationskliniken nach den Qualitätsgrundsätzen der DEGEMED und die Bewertung nach dem EFQM-Modell für Business Excellence. QualiMed, Heft 2, 51–57.
- Brinkmann, M., Rack Ch.* (2002): Der Weg zum richtigen QMS. Das Krankenhaus, 3/2002, 226–228.
- Bürkle, S.* (2004): Entwicklung eines Rahmenhandbuchs zum Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchthilfe. Infobrief 1/2004, Anlage zum VABS-Rundbrief 146.
- Cassel, M.* (2000): Qualitätsmanagement nach ISO 9001:2000. Loseblattausgabe, Hanser-Verlag.
- Conrad, H.J.* (2001): Qualitätsmanagement und Controlling im Krankenhaus – medizinische und ökonomische Zielsetzung. Quali Med, Heft 4, 98–99.
- Dahlgaard, K.* (2002): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen aus Sicht des Qualitätsmanagements. Zeitschrift für Sozialreform, Heft 4, 540–553.
- DEGEMED* (2003): Qualitätsmanagement und Zertifizierung nach DEGEMED. DEGEMED Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (Hrsg.), Selbstverlag: Berlin, 2. Auflage.
- DEGEMED* (2002): Internes Qualitätsmanagement: Zertifizierungsverfahren, Basischeckliste und Indikationsspezifische Module. DEGEMED Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (Hrsg.).
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation*, (Hrsg.) (2003): Qualitätsmanagement und Zertifizierung nach DEGEMED, 3–15. Selbstverlag, Berlin 2003, 2. Auflage.
- DIN Deut. Institut für Normung e.V.* (2001): Qualitätsmanagement: Normen: DIN EN ISO9004:2000, Hrsg.; Berlin, Wien, Zürich: Beuth Verlag.
- Eckert, H.* (2001): Qualitätsmanagement in Rehabilitationskliniken in der Bundesrepublik Deutschland – Eine stratifizierte repräsentative Studie zum Stand der Umsetzung. Rehabilitation, 40, 6, 337–345.
- Eckert, H. & Resch K.-L.* (2003): Qualitätsmanagement – Quo Vadis? Perspektiven für das Qualitätsmanagement in Krankenhäusern. Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich., 97, 219–226.
- Eckert, H. & Resch, K.L.* (2004): Verbundzertifizierung – ein effizienter Weg zu spürbaren Qualitätsverbesserungen. Tagungsband zum 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium vom 8. bis 10. März 2004 in Düsseldorf, 94–96.
- Eckert, H. & Schulze, U.* (2004): Qualitätsmanagement im Klinikverbund – das QM-System nach DIN EN ISO 9001 des Verbands der Kurbeherbergungsbetriebe Deutschlands e.V. (VdKB). Rehabilitation 2004, 43, 166–173.
- EFQM-Publications* (1999): Das EFQM-Modell für Excellence, Öffentlicher Dienst und soziale Einrichtungen. Frankfurt/M.: Deutsches EFQM Center.
- Farin, E. & Jäckel, W. H.* (2001): Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation. Psychomed, 13/3, 144–149.
- Farin, E., Engel, E., Dimou, A. & Jäckel, W.H.* (2004): Die Bewertung der externen Qualitätssicherung und der Stand des

- internen Qualitätsmanagements in Rehabilitationskliniken. Tagungsband zum 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 8. bis 10. März 2004 in Düsseldorf, 112–114.
- Flenker, I., Kolkman, F.-W., Stobrawa, F. F., Jonitz, G., Krumpaszy, H. G. & Weidringer, J. W. (2002): Krankenhäuser: Zertifizierung wird Routine. Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe 10, Seite A-614/B-502/C-473.
- Geraedts, M. (2003): Qualitätsmanagement im und durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Gesundheitswesen, 65, Sonderheft 1, S3-S7.
- Groß, D., Glomm D., Panter W., Protzer J. & Schoeller A, (2004): Vorreiter bei der Qualitätssicherung. Deutsches Ärzteblatt, 101, Heft 28–29, 1696
- Hans-Ruland-Stiftung, (Hrsg.) (2002): Kongress „Qualitätsmanagement in der Rehabilitation“. Selbstverlag, Bad Herrenalb/Waldbronn.
- Herrmann, H.-P. (2003): Interne Qualitätssicherung im Kur- und Heilbäderbereich – ein nicht sichtbarer Mehrwert für Patienten und Kurgäste. Heilbad und Kurort, Heft 4-5, 82–84.
- Heuft, G., Senf W. (1998): Psy-BaDo – Basisdokumentation in der Psychotherapie. Deutsche Ärzteblatt 95, Heft 43, 2099–2101.
- Hildebrand, R., Gerhardt, H. (1998): Mehrjährige Selbstbewertung nach EFQM – Erfahrungen mit den Kriterien des Europäischen Qualitätspreises. Das Krankenhaus, 8/98, 450–456.
- Huck, K. & Dorenburg, U. (1998): Modelle des Qualitätsmanagements für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation 37, Suppl. 1: S. 57–63.
- IAF (2001): IAF Guidance on the Application of ISO 9001:2000. International Accreditation Forum, Inc. (Hrsg.), Ausgabe: März 2001.
- Internes Qualitätsmanagement: Audit-Checkliste für den Bereich Abhängigkeits-erkrankungen, stationärer Bereich (2001): Fachverband Sucht e.V. & Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (Hrsg.).
- Jäckel, W.H. (2002): Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. In: Kongress „Qualitätsmanagement in der Rehabilitation“, Hans-Ruland-Stiftung für Präventions- und Rehabilitationsforschung (Hrsg.). Bad Herrenalb/Waldbronn, 26–55.
- Jäckel, W.H. & Farin, E. (2004): Qualitätssicherung in der Rehabilitation. Wo stehen wir heute? Die Rehabilitation, Heft 43, 271–283.
- Jonitz, G. (2003): Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement oder Qualitätskontrolle. Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich., 97, 632–636.
- Joppich, G. (2000): Qualitätsmanagement in der AG-ANR des BVDN und BDN. In: Ambulante Komplex-Behandlung von hirnerkrankten Patienten, Fries W., Wendel C. (Hrsg.). W. Zuckschwerdt, München, 105–116.
- Kastenholz, H. (2000): Qualitätssicherung/ Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Das Krankenhaus, 3/2002, 178–181.
- Koch, A. (2003): QM in der Routinephase. Expertenteam, 1–11.
- Kolkman, F.-W., Stobrawa F., Beck T., Bothorn K. (2004): Qualitätsmanagement – Individuelle Lösungen für die Arztpraxen. Deutsches Ärzteblatt, 101, Heft 21, 1231–1232.
- Kramer, M, Clausing, P. & Müller-Fahrnow, W. (2004): IQMP-Reha. Integriertes Qualitätsmanagement-Programm-Reha. Manual. IQMG – Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH (Hrsg.).
- Leiedecker, C. (2004): Aufbau und gegenwärtiger Stand der Qualitätszirkelarbeit in der ambulanten Psychotherapie im Bereich der KV Hessen unter Berücksichtigung der Entwicklung der Qualitätszirkelarbeit in anderen regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen. Q-med, Heft 3, 66–70.

- Lichtner, A.* (2004): Qualitätsmanagement. Das Krankenhaus, 7/2004, 565–567.
- Masing, W.* (1999): Handbuch Qualitätsmanagement. Hanser Verlag.
- Maus, J.* (2004): Qualitätsmanagement – Positive Resonanz. Deutsches Ärzteblatt, 101, Heft 28-29, 1684.
- Merten, B.* (2004): QM-Verbundprojekt. Das Krankenhaus, 6/2004, 493–495.
- Müller, R., Richter-Reichhelm M.* (2004): Der Arzt am Pflegebett. Deutsches Ärzteblatt, 101, Heft 21, 1233–1234.
- Müller-Fahrnow, W., Reineke, B., Saß, A.C. & Spyra, K.* (2004): Das Integrierte-Qualitätsmanagement-Programm-Reha (IQMP-Reha) – ein neues Konzept für das interne Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation. Tagungsband zum 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 8. bis 10. März 2004 in Düsseldorf, 93–94.
- Nübling, R. et al.* (2004): Angehörigenbefragungen – Potenziale für das interne Qualitätsmanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Gesundheitswesen, 380–386.
- Paeger, A. & Möller, J.* (1997): Interne Qualitätssicherung im Krankenhaus – Erste abgeschlossene Selbstbewertung einer deutschen Klinik nach dem Europäischen Modell für Qualität. F & w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus), 14. Jg., 242–245.
- Paeger, A.* (2002): Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation – Vergleich internationaler und nationaler Konzepte. Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich. (ZaeFQ), 96, 17–24.
- Pärsch, J. G.* (1999): Zertifizierung von Qualitätsmanagement-Systemen. In: Walter Masing (Hrsg.). Handbuch Qualitätsmanagement. Hanser 1999, 193–202.
- Petermann, F.* (Hrsg.) (2003): Einführung. In: Prädiktion, Verfahrensoptimierung und Kosten in der medizinischen Rehabilitation. S. Roderer, Regensburg, 19–26.
- Pittrich, W., Rometsch, W. & Winkler, H.* (2002): EFQM in der ambulanten Suchtkrankenhilfe: Konzepte, Analysen, Praxisbeispiele. Forum Sucht, Band 21, Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.).
- Rheinische Klinik Langenfeld* (2004): Zertifizierung. Das Krankenhaus, 7/2004, 567–569.
- Schmidt, K.* (2004): Gesetz fordert Qualitätsmanagement in der Praxis – Lassen Sie sich nicht von Abzockern überrumpeln. MMW-Fortschr. Med., Nr. 5, 146. Jg., 45–46.
- Schuch, M., Claussen U., Kunz D.* (2003): Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und Qualitätsverbesserung in der stationären Behandlung Suchtmittelabhängiger. Diagnostik und Prophylaxe des Therapieabbruchs. In: Qualität ist, wenn..., Fachverband Sucht (Hrsg.). Neuland, Geesthacht, 174–179.
- Scrivens, E.* (1998): Zertifizierung und Akkreditierung – Fragen der Gesetzgebung. QualiMed, 6, 2, 11–13.
- Sens, B. & Fischer, B.* (2003): Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie, 34, 1, 1–61.
- Seyfarth-Metzger, I.* (2004): Qualitätsmanagement. Das Krankenhaus, 8/2004, 648–653.
- Sperlich, S. et al.* (2004): Qualitätsmanagement in Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder – Prozessentwicklung und ihre erste Evaluation. Prävention und Rehabilitation, 16, Nr. 2, 39–48.
- Sozialgesetzbuch (SGB), Neuntes Buch (IX), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Textausgabe, Berlin: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte* (Hrsg.), Stand: Februar 2003.
- Trick, M.* (2004): Die Selbstbewertung nach dem EFQM-Modell. Verwaltung und Management, 10. Jg., Heft 4, 218–223.

- Van den Hombergh, P., Grol, R., van den Hoogen, H.J. & van den Bosch, W.J.* (1999): Practice visits as a tool in quality improvement: mutual visits and feedback by peers compared with visits and feedback by non-physician observers. *Qual Health Care*, 8(3), 161–166.
- VDR* (2004): VDR Statistik Rehabilitation – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sonstige Leistungen zur Teilhabe und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 2003. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Band 150, Frankfurt am Main.
- Weber, A.* (1997): Medizinische Rehabilitation zwischen Politik und demographischer Entwicklung – Konsequenzen für das Qualitätsmanagement in den Rehakliniken. *Rehabilitation*, 36, 92–95.
- Zielke, M., et al.* (2002): Qualitätsstandards und Qualitätsanforderungen in den besten verhaltensmedizinischen Kliniken. *Praxis – Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, Heft 59, 244–258.
- Zielmann, M.* (2004): Gute Ergebnisqualität durch Zertifizierung. *Deutsches Ärzteblatt*, 11, Jg. 101, B576–B577.
- Anschrift der Verfasserin:*
- Dr. Teresia Widera  
Deutsche Rentenversicherung Bund  
Geschäftsbereich 0400/Ber. 0430  
Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie, Statistik  
Ruhstraße 2  
10709 Berlin