

Qualitätsmanagement-Konzepte für die Präventionsmedizin



Empfehlungen auf der Basis der ISO-Normen
für Praxis und Klinik

– **Master-Thesis** –

vorgelegt von

Prof. Dr. med. Josefa Schreiner-Hecheltjen
Hohe Buchen 3, 45133 Essen
j.schreiner@hecheltjen.de
Matrikel-Nr./Reg. No. 1610/07-25

Dresden 2009
Dresden International University

Betreuende Gutachter :

Erster Gutachter

Prof. Dr. Wilfried von Eiff
Centrum für Krankenhaus Management der Universität Münster
Röntgenstraße 9
48149 Münster
Tel: 0251 8331440
ckm@wiwi.uni-muenster.de

Zweiter Gutachter:

Prof. Dr. med. Alfred Wolf (Vorstand GSAAM e.V.)
Medizinisches Zentrum Ulm
Frauenstraße 65
89073 Ulm
Tel : 0731 920160
drfredwolf@medizinisches-zentrum-ulm.de

Dritter Gutachter :

Dr. med. Wolf Bleichrodt (wiss. Beirat GSAAM e.V.)
Praxis für Frauengesundheit & Prävention
medi Center
Wolfratshauer Straße 216
81479 München
Tel: 089 790 788 88
praxis@bleichrodt.de

Danksagung

Herrn Professor Dr. Alfred Wolf, dem wissenschaftlichen Leiter des Masterstudiengangs für Präventionsmedizin, danke ich für die Annahme des Themas zur Bearbeitung als Master-Thesis.

Herrn Professor Dr. Dr. Wilfried .von Eiff danke ich für seine wesentlichen Anregungen aus der Qualitätswissenschaft des Gesundheitswesens und seine gute Unterstützung zur Bearbeitung eines zielführenden QM-Konzeptes für die Präventionsmedizin.

Herrn Dr. Wolf Bleichroth danke ich für seine wichtige Unterstützung durch Aspekte aus der klinischen Praxis der Präventionsmedizin.

Herrn Uwe Mankel, Designbüro Bochum, danke ich für die gute graphische Gestaltung vieler Abbildungen der Arbeit.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Essen, den 30.09.2009

Professor Dr. Josefa Schreiner-Hecheltjen

Copyright : Text und Inhalt : Prof. Dr. Josefa Schreiner-Hecheltjen
MSc for Preventive Medicine
45133 Essen
e-mail . j. schreiner@hecheltjen.de

Graphik-Design: Uwe Mankel
44892 Bochum
uwe-mankel@designbuero-mankel.de

Das Werk untersteht dem Urheberrecht. Jede Verwertung ist ohne schriftliche Zustimmung der Autoren unzulässig. Kein Teil des Werkes darf ohne schriftliche Genehmigung der Autoren reproduziert werden. Dies gilt für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, weitere Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen, Intranets und dem Internet.

Zusammenfassung

Die Präventionsmedizin wird mit ihren aktuellen und zukünftigen Perspektiven als interdisziplinäres Konzept hoher Professionalität vorgestellt. Die besonderen Merkmale des Klienten der Primar-Prävention in Abgrenzung zu den Merkmalen des Patienten der Sekundär- und der Tertiär-Prävention und das Qualifikationsprofil des Präventionsarztes, Kriterien, welche für einen nachhaltigen Erfolg der Prävention ein optimales Qualitätsmanagement begründen, und aus welchen Qualitätsmanagement-Werkzeuge entwickelt werden können, werden aufgezeigt. Wesentliche QM- Instrumente und die QM-Konzepte KTQ, TQM, EFQM und die ISO-NORMEN ,welche grundsätzlich für die Präventionsmedizin in Frage kommen, werden diskutiert. Die Autorin empfiehlt für die Präventionsmedizin das Konzept der DIN EN ISO –NORMEN in der Fassung 9001:2008 mit Ausblick auf EFQM-Prinzipien , ein QM-Konzept, das einsetzbar ist für eine Einzelpraxis , eine Gemeinschaftspraxis und eine Klinik für Präventionsmedizin.. Von der Autorin werden einige speziell für die Präventionsmedizin konzipierte QM-Werkzeuge zur Diskussion gestellt: das interdisziplinäre Praxisnetz mit hoher Fachkompetenz - vereinheitlichte Dokumentationsstrukturen - Präventionsmedizinische Management-Programme „PMPs“ - ein Präventions-Paß-Elektronischer Konsiliar - und CIRS – Critical-Incident-Reporting -Systeme. Die normkonform geforderten Qualitäts-und Ergebnisanalysen für die Präventionsmedizin werden für messbar realisierbare Variable und hinsichtlich schwer messbarer Werte wie HRQoL, QALY und PROs diskutiert.

Summary

Prevention medicine is pointed out as an interdisciplinary concept with high profession. Pointed out are some of the characteristic symptoms of the client of Primary Prevention with discrimination to the patients of Secondary and Tertiary Prevention and the qualification profil of the physician of prevention medicine, all are criterion of the necessity to justify an optimal management system for permanent success of prevention medicine. Different instruments of quality management are described. The quality management systems KTQ, TQM, EFQM and the ISO-NORM are discussed.

The author recommends for the prevention medicine the quality management system DIN EN ISO NORM in the drafting 9001 : 2008 with reference of some principles of EFQM with applicability for individual doctors offices, offices in partnerships and clinical hospitals for prevention medicine. The author recommends some instruments of quality management with special request for the prevention medicine: networksystem with cooperating special medical offices with high competence - standardization of documentation - **Prevention - Management-Programms- PMPs** - Prevention-passport - Electronic consultant and CIRS-critical incident-reporting systems. Success-measuring of the prevention medicine as required by the NORM is discussed with realistic measurable values and with difficult measurable values as HRQoL, QALY and PROs.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	III	
Eidesstattliche Erklärung	IV	
Zusammenfassung	VI	
Inhaltsverzeichnis	VIII	
Abbildungsverzeichnis	XII	
1	Vorwort	1
2	Ziel der Arbeit	3
3	Bedeutung und Ziele der Präventionsmedizin	4
	3.1 Verantwortung und Auftrag in der Präventionsmedizin	7
	3.2 Präventionsmedizinische Maßnahmen mit Doppelziel	11
	3.3 Konzepte der Prävention	13
	3.3.1 Primär-Prävention	13
	3.3.2 Sekundär-Prävention	14
	3.3.3 Tertiär-Prävention	14
4	Qualifikationsprofile der Präventionsmedizin	15
	4.1 Ärztliche Qualifikation	16
	4.2 Medizinische Qualifikation	16
	4.3 Management-Qualifikation	17
	4.4 Präventions-Management-Programme	17
	4.5 Modulares Netzwerk der Präventionsmedizin	18
5	Qualifikationsprofil des Klienten und Patienten der Präventionsmedizin	21
	5.1 Klienten der Primär-Prävention	22
	5.1.1 Der Präventions-Klient als Individuum	22
	5.1.2 Der Präventions-Klient im Setting-Hintergrund	22
	5.1.3 Der Präventions-Klient im Profil von Compliance, Adhärenz, Konkordanz und SDM	24
	5.1.4 Der Präventions-Klient im Konzept der Salutogenese	26
	5.2 Individuelle Präventionspfade	27
6	Qualifikationsprofil des Präventionsarztes	29
	6.1 Ärztlich – medizinische Kompetenz	31
	6.2 Soziale Kompetenz	31
	6.3 Management-Kompetenz	32

7	Bedeutung von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung für die Präventionsmedizin	33
7.1	Ziele der medizinischen Prävention	34
7.2	Gesetzesgrundlagen für Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung	36
8	Qualitätswissenschaftliche Grundlagen für den Präventionsarzt	43
8.1	Der Begriff Management	43
8.1.1	Die Managementwerkzeuge M 7	47
8.2	Der Begriff Qualität	48
8.3	Die Begriffe Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung	52
8.4	Werkzeuge der Qualitätssicherung	54
8.4.1	Die Qualitätsmanagementwerkzeuge Q 7	54
8.4.2	Fehler-Möglichkeiten-Einfluss-Analyse FMEA	67
8.4.3	Die Normen	72
8.4.4	Der Standard	75
8.4.5	Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen	76
8.4.6	Evidence Based Medicine	78
8.4.7	Evaluierung-Evaluation-Evaluationsforschung	79
8.4.8	Risikomaße	83
8.4.9	Label Off Use	83
8.4.10	Patientenpfade	84
8.4.11	Indikatoren	84
8.4.12	Kennzahlen	90
8.4.13	Balance Score Card BSC	94
8.4.14	Kaizen	100
8.4.15	SWOT-Analyse	101
8.4.16	Leitbild	102
8.4.17	Der Prozess im Managementverständnis	104
8.4.18	Zertifizierung	106
8.4.19	Akkreditierung	
9	Verschiedene QM-Konzepte	115
9.1	QM-Konzept KTQ	115
9.2	QM-Konzept TQM	117
9.3	QM-Konzept EFQM	123
9.3.1	RADAR-Logik	128
9.3.2	Wegweiser-Karten	131
9.3.3	Selbstbewertung	133
9.4	QM-Konzept DIN EN ISO 9001 : 2008 - Allgemeine Grundlagen	136
9.4.1	Acht Prinzipien des Qualitätsmanagements	140
9.4.2	Die fünf QM-Haupt-Prozesse der DIN EN ISO NORM	142
9.4.2.1	QM-Prozess 4 : Qualitätsmanagement-System generell	143
9.4.2.1.1	: Leitbild	143
9.4.2.1.2	: Prozess-Strukturen	143
9.4.2.1.3	: Qualitätsmanagement-Beauftragter QMB	145
9.4.2.1.4	: QM-Zirkel-QM-Arbeitskreise	146

9.4.2.1.5	: Interne Audits	146
9.4.2.1.6	: Management-Review	147
9.4.2.1.7	: Kundenzufriedenheitsanalysen	147
9.4.2.1.8	: Schulungen, Fort-und Weiterbildungen	148
9.4.2.1.9	: Dokumentation- Allgemeine Forderungen	148
9.4.2.1.10	: Dokumentation –Spezifische Forderungen	149
9.5.2.2	QM-Prozess 5 : Verantwortung der Leitung	151
9.6.2.3	QM-Prozess 6 : Management von Ressourcen	153
9.7.2.4	QM-Prozess 7 : Produktentstehung	155
9.8.2.5	QM-Prozess 8 : Messung-Analyse-Verbesserung	158
10	QM-Konzept der DIN EN ISO NORMEN	163
	Ausrichtung für die Präventionsmedizin	
10.1	QM-Prozess 4- Qualitätsmanagement System - generell	165
10.1.1	(4.1) Leitbild	166
10.1.2	(4.2) Prozessstrukturen	167
10.1.3	(4.3) Qualitätsmanagementbeauftragter QMB	168
10.1.4	(4.4) QM-Zirkel-QM-Arbeitskreise	169
10.1.5	(4.5) Interne Audits	169
10.1.6	(4.6) Management-Review	169
10.1.7	(4.7) Kunden Klienten-Patienten-Mitarbeiter- Befragungen	170
10.1.8	(4.8) Schulungen-Fort-und Weiterbildungen	171
10.1.9	(4.9) Dokumentation : Allgemeine Forderungen	172
10.1.10	(4.10)Dokumentation: Spezifische Forderungen	172
10.2	QM-Prozess 5 - QM-Verantwortung der Leitung	174
10.3	QM-Prozess 6 - Management von Ressourcen	175
10.4	QM-Prozess 7 - Produktrealisierung	177
10.4.1	Präventionsmedizinische Programme : PMPs	177
10.4.2	Flussdiagramm Präventionsmedizinischer Behandlungsprozess	183
10.4.3	Präventionspass	185
10.5	QM-Prozess 8 - Messung-Analyse-Verbesserung	188
10.5.1	QMS als Basis für KVPs in der Präventionsmedizin	189
10.5.2	Grundlagen zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung	190
10.5.2.1	Qualitätsbewertung: Klienten-Patienten-Perspektive	190
10.5.2.2	Qualitätsbewertung: Mitarbeiterperspektive	198
10.5.2.3	Qualitätsbewertung: Unternehmensperspektive	199
10.5.2.4	Interne Qualitätssicherung in der Präventionsmedizin	200
10.5.2.5	Externe Qualitätssicherung in der Präventionsmedizin	205
10.6	Gesamt-Konzept der Zertifizierung für die Präventionsmedizin mit den Kapiteln 4, 5, 6, 7, und 8 nach der DIN EN ISO NORM	206

Anlagen	222	
A	Entwürfe QM-Dokumente	222
A.1	Kriterienkatalog mit den Kapiteln 1-8 der DIN EN ISO-Normen in der Fassung des NQSZ von 2008	222
A.2	Entwurf Kriterienkatalog Internes Audit	214
A.3	Entwurf Fragenkatalog Zufriedendenheitsanalyse - Klient / Patient	225
A.4	Entwurf Fragenkatalog Zufriedendenheitsanalyse - Mitarbeiter	227
A.5	Entwurf Fragebogen zur Prüfung Vorausdit - Zertifizierungsfähigkeit	228
B	QM-Kontaktstellen	230
Literaturverzeichnis	234	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 : Thesis zum QM der Präventionsmedizin	4
Abbildung 2 : Interdisziplinäres Netzwerk Präventionsmedizin	19
Abbildung 3 : Individuelle Präventionspfade PMPs	28
Abbildung 4 : Die 7 Managementwerkzeuge M7	48
Abbildung 5 : Sozialqualität : die wichtigste Qualitätsdimension	51
Abbildung 6 : Qualitätssicherung : Partner im Gesundheitswesen	54
Abbildung 7 : Die Qualitätsmanagementwerkzeuge Q7	55
Abbildung 8 : Q 7 - Fehlersammelliste	56
Abbildung 9 : Q 7 - Histogramm	57
Abbildung 10: Q 7 - Qualitätsregelkarte	59
Abbildung 11: Q 7 - Pareto-Diagramm	60
Abbildung 12: Q 7 - Korrelationsdiagramm	61
Abbildung 13: Q 7- Brainstorming- Verlaufsdiagramm	62
Abbildung 14: Q 7- Ishikawa-Diagramm	66
Abbildung 15: Fehler-Möglichkeiten- und Einfluss-Analyse – FMEA	71

Abbildung 16: Grundform der Balanced Scorecard BSC	97
Abbildung 17: Konzept der SWOT-Analyse	102
Abbildung 18: Schema eines Zertifizierungsverfahrens	111
Abbildung 19: EFQM-Modell für Excellence	126
Abbildung 20 Das RADAR-Konzept bei EFQM	129
Abbildung 21: Acht Prinzipien des Qualitätsmanagements	141
Abbildung 22 Die 5 QM-Prozesse der DIN EN ISO NORM	142
Abbildung 23: Aufgabenprofil des QMB	146
Abbildung 24: Schema der Dokumentation des QM-Systems	150
Abbildung 25: QM-Prozessmodell ISO 9001	161
Abbildung 26: QM-Regelkreis für die Präventionsmedizin nach der DIN EN ISO NORM	164
Abbildung 27: Flussdiagramm für einen präventionsmedizinischen Behandlungsprozess auf der Basis von PMPs	184
Abbildung 28 Präventionspass - Entwurf	187
Abbildung 29: QMS Präventionsmedizin	189
Abbildung 30: Ursache-Wirkungs-Diagramm Beispiel für Metabolisches Syndrom	198

Abbildung 31 Fehlererfassung mit einer Fehlersammelliste Beispiel für präventionsmedizinische Praxis	201
Abbildung 32: Bewertung der Fehlerkategorien mit Pareto-Diagramm Beispiel für präventionsmedizinische Praxis	202
Abbildung 33: Einführung eines Präventionspasses <u>Prüfung mit BSC-Konzept</u>	204
Abbildung 34: Einführung von HFV bei Burnout-Patienten <u>Prüfung mit RADAR-Konzept</u>	204
Abbildungen 35 und 35a bis 35w Forderungen der NORM mit den Kapiteln 4 bis 8 Spezieller Ausrichtung für die Präventionsmedizin zum Qualitätslevel einer Zertifizierungsreife	206 - 218
Abbildung 36 Zertifizierung der Präventionsmedizin bedeutet	219
Abbildung 37: Zertifizierung der Präventionsmedizin bedeutet nicht ...	219
Abbildung 38 Zertifizierung der Präventionsmedizin nach der DIN EN ISO 9001:2008	220
Abbildung 39: Zukunft der Präventionsmedizin	221

1. Vorwort

Die Präventionsmedizin zeichnet sich aktuell und zukünftig mit weitreichenden gesundheits- und gesellschaftspolitischen Aufgaben und Zielen aus. Sie muß als interdisziplinäres modulares Konzept mit hoher Professionalität betrachtet und diskutiert werden. Charakteristische Merkmale des Klienten der Primär-Prävention, in Abgrenzung zu Patienten der Sekundär- und der Tertiär-Prävention, sind zielbetimmend essentiell. Das Qualifikationsprofil des Präventionsmediziners und –arztes ist vielschichtig differenziert. Gezielt sind Facetten der Präventionsmedizin, bezogen auf ihre Ziele und Aufgaben, ihre Klienten, ihre Patienten und ihre Arbeitskonzeptionen zu betrachten, welche Kriterien offen legen, zur Begründung eines für den nachhaltigen Erfolg der Prävention notwendigen optimalen Qualitätsmanagement-Systems und / oder aus welchen Parameter abgeleitet werden können, um Qualität und Weiterentwicklung der Präventionsmedizin von ihrem Status Quo aus zu sichern und messbar zu machen

Arzt und Mediziner der Prävention brauchen für die Praxis notwendiges und in der Praxis umsetzbares Grundlagenwissen qualitätswissenschaftlicher Begriffe, Instrumente und Werkzeuge des Qualitätsmanagements (=QM) .

Die QM-Konzepte KTQ, TQM, EFQM, und die DIN EN ISO- NORMEN mit ihren spezifischen Merkmalen stehen für die Präventionsmedizin bis zu einer Zertifikatsreife des Qualitätsmanagements grundsätzlich zur Verfügung.

Für die sorgfältige und differenzierte Abwägung in der Auswahl eines geeigneten QM-Konzeptes für die Präventionsmedizin ist das Konzept der DIN EN ISO-NORMEN intensiv zu diskutieren. Das QM-Konzept der ISO-Normen ist in der Medizin bereits stark vertreten. Es hat nationale und insbesondere internationale Akzeptanz. Das QM-Konzept der DIN EN ISO-NORMEN umfasst bis zu einer Zertifizierungsreife jedes Präventionsmedizinischen Unternehmens die Kapitel 4: Qualitätsmanagement-System, 5: Verantwortung der Leitung, 6: Management von Ressourcen, 7: Produktrealisierung ,und 8: Messung, Analyse und Verbesserung. Die Implementierung eines QM-Konzeptes der DIN EN ISO-NORM bis zu einer Zertifizierung entlehnt zunehmend Ideen und Werkzeuge aus der EFQM –Konzeption.

Die Präventionsmedizin braucht ein im klinischen Routine -_Alltag sicher umsetzbares QM-Konzept in einer Einzel-, einer Gemeinschaftspraxis sowie in einer Klinik für Präventionsmedizin.

2. Ziel der Arbeit - Thesis

Die Präventionsmedizin stellt sich dar mit einem breiten Spektrum an ärztlichen, medizinischen und gesundheitspolitischen Perspektiven. Ihre Besonderheit ist ihre Interdisziplinarität.

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, ein anerkanntes und geeignetes Management-Konzept vorzustellen, mit dem ärztliche und medizinische Fachkompetenz interdisziplinärer Herkunft erfolgreich umzusetzen ist. Ärztliche und medizinische Qualität werden erst durch geeignete formale Organisationsqualität erfolgreich. Für den Präventionsarzt bleiben dabei die Wertigkeit des Menschen und seine vielschichtigen ärztlichen Talente die entscheidenden Stellgrößen für das formale Organisationskonzept im gesamten Management der Präventionsmedizin.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollen zielrelevante Herausforderungen an die ärztliche Kompetenz des Präventionsmediziners aufgezeigt werden. Fehlende medizinische, und im Besonderen fehlende ärztliche Kompetenz sind durch eine gute Managementkompetenz weder kompensierbar noch ersetzbar.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit lautet:

Erarbeitung eines im speziellen für die Präventionsmedizin ausgerichteten Qualitätsmanagement-Systems im Sinne eines Navigations-Systems für diese zukunftsentscheidende medizinische Disziplin

- zu ihrer aktuellen Standortbestimmung
- zu ihrer aktuellen Wegberechnung zum Ziel
- zum Halten eines optimalen Kurses gesicherter Weiterentwicklung.

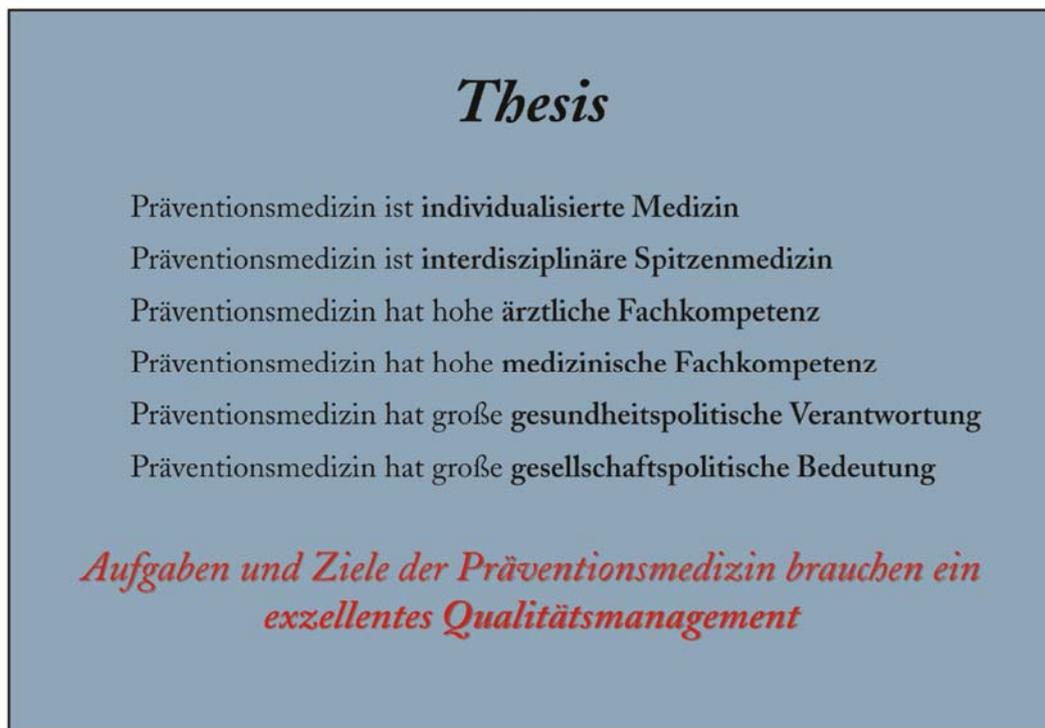


Abbildung 1 Thesis zum QM der Präventionsmedizin

3. Bedeutung und Ziele der Präventionsmedizin

Die gesundheits- und gesellschaftspolitische Wende zur Prävention in der jüngsten Zeit bedeutet ein klares Bekenntnis zum Wert der Ressource „Gesundheit“ im Lebensalltag. Ein guter biologischer Gesundheitszustand ist die wesentliche Bedingung für eine optimale persönliche Entwicklung und Lebensgestaltung des Einzelnen und für das soziale, kulturelle und volkswirtschaftliche Bestehen der Gesellschaft.

Die Gesundheitsdienstleistungen unterliegen einem Funktionswandel von der reinen Gesundheitsversorgung zur Gesundheitsförderung. Innerhalb der Wertschöpfungskette im Gesundheitswesen mit der Phase I: Prävention, der Phase II: Intervention, der Phase III: Rehabilitation und der Phase IV: Palliation hat die Prävention das größte Potential, die Entstehung von Krankheiten zu verhüten und ihre Heilungschancen nachhaltig zu verbessern.¹

¹ Vgl.Schauder,P.;Koch,H.,2006,Facetten,Ziele Präventionsmedizin,Deutscher Ärzteverlag,Köln,S.30-38

Die präventionsmedizinischen Perspektiven umfassen Maßnahmen durch Vorbeugung die Entstehung von Krankheiten zu verhindern und damit Gesundheit zu erhalten und zu fördern.²

Medizinische Prävention umfasst neben der Erhaltung von Gesundheit durch Krankheitsvorbeugung als erstes ein zweites gleichwertiges und medizinisch aus Sicht der Krankheitsverhütung nicht trennbares Ziel, basierend auf dem aktuellen medizinischen Wissensstand der Theorien des Alterns, Maßnahmen zu erarbeiten, die bioenergetischen Prozesse des Alterns aufzuhalten, zumindest individuell maßgebend zu verlangsamen. Krankheitsentwicklung und Prozesse des Alterns sind pathobiologisch und pathophysiologisch eng miteinander verknüpft. Altern geht mit einer zunehmenden Gefahr zu erkranken einher, im Besonderen bei Vorliegen krankheitsbedingender Risikofaktoren, und jede Krankheit beschleunigt das Altern.^{3 4 5 6}

Die Präventionsmedizin eröffnet die Perspektive - mit den heute zur Verfügung stehenden medizinischen Möglichkeiten – nicht als Vision, sondern als realisierbares Ziel – bei einem hohen Maß an Gesundheit mit Aktivität und Lebensqualität alt zu werden.

Das Theorem der Präventionsmedizin

In Gesundheit älter werden mit aktiver Lebensgestaltung

stellt für die globalen demographischen Entwicklungen eine gesundheitspolitisch und gesundheitsökonomisch relevante Kernaussage dar.^{7 8 9 10}

Präventionsmedizinische Konzepte zur Gesundheitsförderung sind grundsätzlich in der Charta Ottawa seit 1986¹¹ formuliert und von der WHO festgelegt. Die Konferenz von Ottawa war eine vorausschauende Empfehlung

² Vgl.Schauder,P.; Berhold,H.etal.,2006,Zukunft sichern durch Senkung chron. Kranker, Deutscher Ärzteverlag, Köln

³ Vgl.Ambler R.W.;Dull H.B.,1987,Burden Unnecessary Illness

⁴ Vgl. Butler, R.N.; Fossel, M.;eds. 2000,Anti-aging medicine,pp.39-43

⁵ Vgl. Fauteck, J.D.; Kusztrich I, 2006, Leben mit der inneren Uhr

⁶ Vgl.Olshansky,S.J.,1985,Purposing Longevity, Delay degenerative Diseases,American Journal of Public Health,75,(7),pp.754-757

⁷ Vgl. Baltes,P.B.; Mittelstrass,J.,1986, Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung

⁸ Vgl. Baltes,P.B.; 1994, Alter und Altern

⁹ Vgl. Deutsches Zentrum für Altersfragen,2005,Forschungsbericht im Auftrag des BMFSFJ,Berlin

¹⁰ Vgl.NHI National Institute of Health,2008, A Vision for the Future

¹¹ Vgl.WHO,1986,Ottawa Charta

und Antwort auf die wachsenden Erwartungen an neuen Bewegungen für die Gesundheit in der ganzen Welt.^{12 13 14 15 16}

Die Daten des statistischen Bundesamtes von 2006 zur demographischen Entwicklung der Altersstrukturen für Deutschland legen bis 2050 eine Prognose der Verdoppelung vor mit einer Zunahme der über 60jährigen auf 28 Mill. oder 37 % und der Verdreifachung der über 80jährigen von 3,2 Mill. auf 9,1 Mill. oder von 3,9 auf 12 % der Bevölkerung.^{17 18 19} Diese Personen werden Gesundheitsdienstleistungen drei- bis fünfmal 5mal mehr nutzen als vorher.^{20 21} Medizin und Politik sind zielführend gefordert.^{22 23 24}

Die Perspektive des Bundespräventionsgesetzes ist heute noch ungeklärt.^{25 26}
27 28

Im Rahmen der §§ 20 bis 26 SGB V engagieren sich die Krankenkassen, die GKV und die PKV, zunehmend intensiver und mit Erfolg auf dem Gebiet der Verhütung und der Früherkennung von Krankheiten.^{29 30 31 32 33} Der Berechnung der Gesundheitsausgaben des Bundes folgend, wurde nach den Daten des Statistischen Bundesamtes aus den Jahren 2006, 2007 und 2008 von 245 bis 250 Mrd. in Deutschland, rund 9,3 bis 10,0 Mrd., entsprechend 3,8 bis 4,5%, für Prävention und Gesundheitsschutz verwendet. Das Spektrum für präventionsmedizinische Leistungen umfasst bei steigender genereller

¹² Vgl. WHO, 1998, Health for All in the 21st. Century

¹³ Vgl. WHO, 1999a, World Health Report

¹⁴ Vgl. Kessner, D.M.; Kalk, C.E. eds., 1973, Tracers for Health quality, Engl. J Med. 288, pp.189-94

¹⁵ Vgl. Neofiodow, L.A., 2002, Machtmarkt Gesundheit

¹⁶ Vgl. Wilmoth J.R., 1998, Future of human longevity, pp.395-397

¹⁷ Vgl. Birg., H., 2003, Demographische Zeitenwende

¹⁸ Vgl. Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt, 2006, Gesundheit in Deutschland

¹⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt

²⁰ Vgl. Kliche, T.; Kröger, G., 2008, Empowerment in Prävention und Gesundheitsförderung, Gesundheitswesen 70, (12), S.715-720

²¹ Vgl. Sigrist, St., 2006, Zukunftsperspektiven Gesundheitsmarkt

²² Vgl. Foege, W.H., 2004, JLME, 32, pp.23-6

²³ Vgl. Kruse, A., 2006, Alterspolitik und Gesundheit, Bundesgesundheitsblatt, 49, S.513ff

²⁴ Vgl. Pearson, C.E.; Rockefeller D. eds., 2005, Global Health Leadership and Management

²⁵ Vgl. Bundesregierung, 23.11.07; Referentenentwurf: gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung u. Prävention

²⁶ Vgl. ebenda 9

²⁷ Vgl. Rothgang, H., 2008, Bewertung Präventionsgesetz, Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Heft 1

²⁸ Vgl. Schrappe, M., 2004a, Qualität in der Gesundheitsversorgung, In: Schrappe/Lauterbach, S.267-276

²⁹ Vgl. Aplitz, R.; Winter, St., 2004, Potenziale und Ansätze in der Prävention, Der Internist, Vol.45, S.139-147

³⁰ Vgl. Rosenbrock, R., 1999, QS, Primäre Prävention durch GKV nach §20 SGBV

³¹ Vgl. Sleeboom, R., 2004, Prävention durch die gesetzlichen KK, Aktivitäten u. Perspektiven, KrV 07, S.181-2

³² Vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008, Gemeinsame u. einheitliche Evaluationsverfahren SGB V, Bergisch Gladach

³³ Vgl. Stuppardt, R., 2005, Perspektiven von Prävention, Bundesvertretung IKK, KrV

Kostenspirale neben den klassischen Angeboten der GKV und differenzierten PKV-Leistungen zunehmend medizinisch geprägte und definierte individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL).^{34 35}

Die Präventionsmedizin hat Verantwortung und ärztlichen Auftrag sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft. Ihre Chancen und Verpflichtungen präsentieren sich derzeit unter multilateralen Bedingungen und Interessenspartnern.^{36 37 38 39 40}

3.1 Verantwortung und Auftrag der Präventionsmedizin

Präventionsmedizinischer Auftrag und präventionsmedizinische Verantwortung bedeuten:

1. Ärztliche Tätigkeit mit hohem ethischen Anspruch
- 2.. Forderung nach hoher medizinischer Fachkompetenz
3. Ärztliche Tätigkeit mit hohem Leistungs- und Qualitäts-Anspruch
4. Zugang präventionsmedizinischer Maßnahmen für alle Menschen
5. Mitgestaltung der bereits begonnenen gesundheitspolitischen Zukunft
6. Mitgestaltung der bereits begonnenen gesellschaftspolitischen Zukunft
7. Ärztliche Tätigkeit mit aktuell intensiver öffentlicher Reputation
8. Ärztliche Tätigkeit unter teilweise erschwerten Voraussetzungen
9. Ärztliche Tätigkeit mit hohen Anforderungen an Effizienz und Effektivität
10. Ärztliche Tätigkeit mit hohem Bedarf an exzellenten QM-Konzepten
11. Scharfe Abgrenzung gegenüber ärztlich und medizinisch nicht adäquaten Vermarktungsstrategien

Unser Gesundheitssystem heute ist medizinisch noch stark fehlgesteuert.^{41 42}

^{43 44 45 46 47} Die Fehlsteuerung besteht in der vorwiegenden

³⁴ Vgl.ebenda 32

³⁵ Vgl.Zok;K.;Schuldzinski,W.,2005,Private Zusatzleistungen,Patientenbefragungen

³⁶ Vgl.Grossmann ,R.;Scala,K,1994,Gesundheit durch Projektförderung

³⁷ Vgl.Grossmann R.;Scala K 2003,Leitbegriffe Gesundheitsförderung,S.205-6

³⁸ Vgl.ebenda 1,S.30-38

³⁹ Vgl Waller,H. 2006,Gesundheitswissenschaft

⁴⁰ Vgl.Walter, U.,2002, Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention

⁴¹ Vgl.Booz,E.;Allen J.,et al. Prävention, Leitbild für moderne Gesellschaft

⁴² Vgl.Lauterbach K.W.; Stock,S.,2001,Disease Management,Dtsch. Ärztebl.98,(30),S.1935-7

⁴³ Vgl.Lehmacher,W.,2004,Klinische Epidemiologie,In:Lauterbach/Schrappe:S.28-32

⁴⁴ Vgl.ebenda 3

⁴⁵ Vgl.ebenda 28

Programmierung der Heilung von Krankheiten und der Reparatur von Krankheitsfolgen, nicht zuletzt beeinflusst von der rasanten Entwicklung der Medizin-Technologie, statt in der Beseitigung von Krankheitsrisiken, und im Besonderen der Verhinderung von Krankheiten. Wenn in Deutschland beispielsweise vier Millionen Menschen an einem Typ2-Diabetes⁴⁸ und acht Millionen an Bluthochdruck leiden, aus diesen Gründen lebenslang behandelt werden und im Verlauf ihrer Erkrankung mit Komplikationen wie Schlaganfall oder Herzinfarkt rechnen müssen,⁴⁹ ist dies kein Beleg für die Qualität unseres Gesundheitssystems. Der Schlüssel für eine erfolgreiche medizinische Reform liegt in der Stärkung der Prävention.⁵⁰ Der politische Wille ist vorhanden. Erste Schritte der Spitzenverbände und der Gesetzlichen Krankenkassen sind getan, allerdings mit konzeptionell noch nicht ausreichender Stimmigkeit im Angebot der Präventionsleistungen. Die Empfehlungen der WHO⁵¹ an die Regierungen beinhalten als Hauptziel der Gesundheitspolitik die Senkung von Prävalenz und Inzidenz nicht übertragbarer chronischer Krankheiten, der Zivilisations-Krankheiten. Nach den globalen Trends in Healthcare und den epidemiologischen Daten des Statistischen Bundesamtes sind die häufigsten Zivilisations-Krankheiten:^{52 53 54 55}

1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen
2. Schlaganfälle
3. Diabetes
4. Adipositas
5. Erkrankungen des Bewegungsapparates
6. Degenerative Erkrankungen
7. Burnout-Syndrome und Depressionen
8. Demenz-Erkrankungen
9. Krebs.

⁴⁶ Vgl. ebenda 40

⁴⁷ Vgl. Hoppe, J.D., 2006, Resolution des außerordentlichen Deutschen Bundestages zur Prävention, Dtsch. Ärzteverlag, S.23-26

⁴⁸ Vgl. Nationales Aktionsforum Diabetes, 2005

⁴⁹ Vgl. Hense, H.W. Prävalenz, Incidenz Hypertonie 2006, In: Schauder P., Berthold H. et al. Zukunft sichern, Senkung der Zahl chron. Kranker, S.156-161

⁵⁰ Vgl. BzGA, 2001, Was hält gesund?

⁵¹ Vgl. ebenda 11

⁵² Vgl. Dahlgren, G.; Whitehead, M., 1991, Social quality and Health

⁵³ Vgl. Destatis (Statistisches Bundesamt), 2006, 2007, 2008

⁵⁴ Vgl. O`Carroll, P.W., 2003, Public Health Informatics and Information Systems

⁵⁵ Vgl. OECD, 2002 Health Data

Bei der Entstehung der Zivilisations-Krankheiten spielen Umweltbedingungen und Lebensstile^{56 57 58} sowie die genetische individuelle Disposition eine entscheidende Rolle.^{59 60} Der Einfluss genetischer^{61 62 63 64} und molekularer^{65 66 67} Faktoren zusammen mit Umwelt und Lebensstil auf die Entstehung, die Variabilität und den Verlauf der Zivilisations-Krankheiten ist medizinisch von sehr großer Relevanz und bisher nur unzureichend geklärt. Die aus dem Entwicklungsprofil der Zivilisations-Erkrankungen resultierenden medizinischen Konsequenzen sind Zunahme von Multimorbidität und Hospitalisierungen, höhere Intensität der Therapie mit steigenden Kosten, chronische kostenintensivere Rehabilitationen.^{68 69 70 71 72}

Das Entwicklungsprofil der Zivilisations-Krankheiten demographisch bewertet, verdeutlicht ambivalent die gesundheitspolitische Krisensituation für den Wert „Gesundheit“. Die Erfolge von Zivilisation und Medizin liegen in der rasanten Zunahme hoher Altersklassen mit der gleichzeitigen Prognose der Verdreifachung von über 80jährigen Menschen bis 2050.

Zivilisations-Krankheiten und Alter beeinflussen sich in einem circulus vitiosus ambivalent negativ. Das Alter erhöht über degenerative Prozesse die Disposition für Zivilisations-Erkrankungen und diese beschleunigen wiederum die normalen biologischen Alterungsprozesse.^{73 74} Nach dem heutigen medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisstand haben eine Reihe der Zivilisations-Krankheiten und die normalen biologischen Alterungsprozesse einen gemeinsamen pathophysiologischen Nenner, das „aging“.

⁵⁶ Vgl. ebenda 4

⁵⁷ Vgl. Cornaro A., 1997, Vom maßvollen Leben, oder die Kunst alt zu werden

⁵⁸ Vgl. Hildebrandt, G., Lehofer, M., 1998, Chronobiologie und Chronomedizin

⁵⁹ Vgl. Huber, J., 2004, Grundlagen der Altersprävention

⁶⁰ Vgl. Huber, J.; Buchacher, R., 2005, Das Ende des Alterns

⁶¹ Vgl. Huber, J.; Klenze, M., 2005, Die revolutionäre Snips-Methode

⁶² Vgl. Brand, A.; Dabrock, P., et al., 2004, Gesundheitssicherung im Zeitalter der Genomforschung

⁶³ Vgl. Hengstschläger, M., 2006, Die Macht der Gene

⁶⁴ Vgl. Williams, G.C., 1957, Pleiotropy, Evolution of Senescenz, Evolution 11, pp. 398-411

⁶⁵ Vgl. Bisalski, K.; Grimm, P., 2004, Taschenatlas Ernährung

⁶⁶ Vgl. Gröber, U., 2003, Arzneimittel, Mikronährstoffe

⁶⁷ Vgl. Paul, N.W., 2003, Molekulare Medizin und Gesundheit

⁶⁸ Vgl. Blue, I.; Harpham, T., 1994, Burden of common mental disorders, British J of Psychiatry, 165, pp. 9-12

⁶⁹ Vgl. Burisch, M., 1994, Burn out Syndrom

⁷⁰ Vgl. Caplan, G., 1964, Principles of preventive psychiatry

⁷¹ Vgl. Gandjour, K.; Lauterbach, K.W., 2003, Qualitätsverbesserungsmaßnahmen im Gesundheitswesen

⁷² Vgl. Kaluza, G., 2005, Stressbewältigung

⁷³ Vgl. ebenda 4

⁷⁴ Vgl. Wahl, H.W.; Heyl, V., 2004, Gerontologie

wissenschaftlich definiert als die Ablagerung von besonders oxidierten Abbauprodukten des Stoffwechsels und oder Fehlfunktionen der zellulären Abbaumechanismen mit resultierender zellulärer Seneszenz.^{75 76 77 78 79} Von dieser Pathophysiologie ist der Begriff „anti-aging“ abgeleitet, der häufig unwissenschaftlich mit der Bezeichnung „gegen das Alter“ missinterpretiert wird.⁸⁰ Die wissenschaftlichen Arbeits- und Forschungshypothesen der molekularen Krankheits- und der molekularen Altersforschung liegen in einer verwandten Pathophysiologie. Es resultieren komplementäre und kausale wissenschaftliche Arbeitsansätze der Präventionsmedizin. Die Biodemographen^{81 82} und die Chronobiologen^{83 84} erforschen die Biologie des Alters hinsichtlich potentiell sinkender Mortalitätsraten.

Die Fakten der Zivilisations-Krankheiten und die Demographie schreiben Bedeutung und Ziele der Präventionsmedizin fest. In der Resolution des außerordentlichen Deutschen Ärztetages 2003⁸⁵ wurden verstärkte Anstrengungen in der Prävention als ein essentieller Beitrag zur Lösung zentraler Probleme unseres Gesundheitswesens deklariert. Unabhängig von Kosten- und Einsparererwägungen hat jeder Versicherte auch in der Prävention einen Anspruch auf für ihn ausreichende Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung seiner Gesundheit. Gesundheitsfördernde Maßnahmen lassen sich als ethisches Recht formulieren. Prävention gilt mittel- und langfristig als eine sinnvolle wie notwendige Investition in die Zukunft des Gesundheitswesens, auch wenn die Prognosen zur tatsächlichen Kostenbilanz der Prävention ambivalent zu beurteilen sind.⁸⁶

⁷⁵ Vgl.ebenda 4

⁷⁶ Vgl.Finkel,T.;Holbrook,N.J.,2000,Oxidants,Oxidative Stress

⁷⁷ Vgl.ebenda 58

⁷⁸ Vgl.Martin,G.M.,1996,Genetic analysis of aging:Role of oxidative damage, Nature Genetics 13,pp.25-34

⁷⁹ Vgl.Zglinicki,T.V.;Saretzki,G.eds.,1995,Mild hypoxie shortens telomeres....:A model for senescence?

⁸⁰ Vgl.Roizen,M.F.,1999, REAL AGE. Are you as young as you can be?

⁸¹ Vgl ebenda 6

⁸² Vgl.Olhansky,S.J.;Carnes,B.A.et al.,2001,Human Longlivity in an Aging World

⁸³ Vgl.ebenda 5

⁸⁴ Vgl.ebenda 57

⁸⁵ Vgl.ebenda 47

⁸⁶ Vgl.Brandes,I.;Walter,U.,2008,Prävention aus ökonomischer Sicht,G.Thieme

3.2. Präventionsmedizinische Maßnahmen mit Doppelziel

Präventionsmedizinische Maßnahmen haben das Doppelziel:

1. die Entstehung von Zivilisations-Krankheiten zu verhindern, zumindest ihre Ausmaße zu reduzieren
2. die biologischen Alterungsprozesse zu verzögern

und als jeweils individuelles wie als allgemeines Ergebnis die Lebenserwartung in Gesundheit zu steigern und mit Lebensqualität und erhaltener Leistungsfähigkeit dem chronologischen Alter im Sinne von Th. Druyen⁸⁷ eine positive Dimension zu geben. Er sieht nach den kritischen Diskussionen der Ära „Alter als gesellschaftliche Gefahr“ zu werten,^{88 89} in der neuzeitlichen Phase von „good aging“⁹⁰ mit der Kunst, durch Eigenverantwortung für die Gesundheit das Leben zu verlängern^{91 92 93} im gesunden hohen Alter mit Lebensklugheit und sozialer wie emotionaler Kompetenz, wie in der Antike bei Platon und Hippokrates, ein neue gesellschaftliche Ressource⁹⁴. Lebensqualität darf nicht als passives Geschenk des Lebens angenommen werden, sondern muss als hohes verpflichtendes Gut gewertet werden, mit der Auflage, aktiv an der eigenen Gesundheit und am Altern in Gesundheit durch Nutzung aller eigenen dem Wohlergehen dienenden Ressourcen mitzuwirken.^{95 96}

Im Gegensatz zu den meisten kurativen medizinischen Konzepten verfolgen die präventionsmedizinischen Strategien neben der passiven Behandlung als überzeugte aktive Eigenleistung eine konstruktive und nachhaltige Mitwirkung am eigenen Gesundheitsprofil.⁹⁷ Präventionsmedizin bedeutet Erziehung und Begleitung auf dem selbst erkannten und bekannten Weg zu nachhaltiger Gesundheit.⁹⁸ Die aktive Mitwirkung des Einzelnen am Konzept seiner Gesunderhaltung ist in der

⁸⁷ Vgl.Druyen,Th.2003,Olymp des Lebens

⁸⁸ Vgl.Gronemeyer,R.,2004,Kampf der Generationen

⁸⁹ Vgl.Schirmacher,F.,2004,Methusalem Komplott

⁹⁰ Vgl.Schlaffer,H.,2003,Alter-Traum der Jugend

⁹¹ Vgl.ebenda 4

⁹² Vgl.Hufeland,Ch.W. 1797, Makrobiotik oder die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern, Jena

⁹³ Vgl.Hufeland,Ch.W.,1842, Makrobiotik oder die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern , Berlin

⁹⁴ Vgl.van Swieten,G.,1787,Rede über die Erhaltung der Gesundheit der Greise,Leipzig,1964

⁹⁵ Vgl.Lehr,U.,2003,Psychologie des Alterns

⁹⁶ Vgl.Sprenger,R.K.,2000, Selbstverantwortung

⁹⁷ Vgl.Halle,M.Schmidt-Trucksäss, A.et al.2008,Sporttherapie in der Medizin

⁹⁸ Vgl.Ewles,L.;Simmnett,L.,1999,Guide of Health education

Ottawa-Charta⁹⁹ zur Gesundheitsförderung der WHO als erste Basis festgeschrieben mit dem Ziel, allen Menschen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu bewegen. Die zweite Basis in der Edukation zur Gesunderhaltung stützt sich auf das Konzept der Salutogenese von Antonovsky A.^{100 101} mit der gezielten Frage nicht nach krankmachenden Risikofaktoren, sondern nach den Ursachen für Gesundheit.

Wie ist Gesundheit aus der Perspektive der Präventionsmedizin definiert?

Gesundheit bedeutet mehr als lediglich die Abwesenheit von Krankheiten. Für die Präventionsmedizin richtungsweisend ist ihre Definition aus der Satzung der WHO von 1946 als „Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“.^{102 103 104} Die Psychologisierung und Soziologisierung des Begriffes „Gesundheit“ führte zu ihrem ganzheitlichen Verständnis mit dem Einbezug unterschiedlicher Dimensionen und Einflüsse sowie deren Wechselwirkungen auf die Gesundheit des Einzelnen. Die Gesundheit des Einzelnen ist im engeren Sinne bestimmt durch physische, psychische, emotionale, soziale, spirituelle und sexuelle Dimensionen. Einflussfaktoren auf die Gesundheit des Einzelnen im erweiterten Sinne kommen aus Gesellschaft und Umwelt¹⁰⁵. Diese ganzheitliche Interpretation des Begriffes „Gesundheit“ bildet die Grundlage für ein großes Spektrum an Konzepten zur Prävention und zur Gesundheitsförderung.^{106 107 108} Prävention beinhaltet immer einen ganzheitlichen Ansatz im individuellen Gesundheitsprogramm. Prävention umfasst im Prinzip nach derzeitigem Verständnis nahezu das Gesamtspektrum medizinisch-ärztlicher Maßnahmen.

⁹⁹ Vgl.ebenda 11

¹⁰⁰ Vgl.Antonovsky,A.,1957, Salutogenese-Zur Entmystifizierung der Gesundheit

¹⁰¹ Vgl.Antonovsky,A.,1997, Salutogenese-Zur Entmystifizierung der Gesundheit

¹⁰² Vgl.WHO ,1985,Targets for Health for All

¹⁰³ Vgl.WHO,1999b,Definition of Health

¹⁰⁴ Vgl.Frankoviak P.&Sabo,P.,1993,Nationale und Internationale Dokumente

¹⁰⁵ Vgl.ebenda 13

¹⁰⁶ Vgl.Hurrelmann,K;Laaser U.,2003,Handbuch der Gesundheitswissenschaften

¹⁰⁷ Vgl.Hurrelmann,K.,2006,Handbuch der Gesundheitswissenschaften

¹⁰⁸ Vgl.Naidoo J.,Wills,J.,2003,Lehrbuch der Gesundheitsförderung

3.3 Konzepte der Prävention

Unter Prävention sind generell krankheitsvorbeugende Maßnahmen und gesundheitsfördernde Aktivitäten sowie Maßnahmen, die zur Wiederherstellung der Gesundheit dienen, zu verstehen. Diese richten sich überwiegend an Risikogruppen mit klar zu erwartenden, erkennbaren oder bereits im Ansatz eingetretenen Anzeichen von Störungen und Krankheit.

Prävention wird zurückgehend auf einen Vorschlag auf Caplan G.¹⁰⁹ u.a.^{110 111} und seit 1993 mit dem Titel „Gesundheitsförderung“ von der Bundesärztekammer¹¹² übernommen in drei Klassen eingeteilt:

1. Primär-Prävention
2. Sekundär-Prävention
3. Tertiär-Prävention

3.3.1 Primär-Prävention

Die Primär-Prävention hat zum Ziel potentielle Krankheiten zu verhindern, die Gesundheit zu fördern und die biologischen Alterungsprozesse zu verlangsamen. Sie richtet sich an Gesunde und an potentielle Risikopersonen und umfasst Maßnahmen zur Verhinderung von (Teil-)Ursachen bestimmter Erkrankungen oder von Krankheit und Alterungsprozessen überhaupt. Das Ziel ist die Reduzierung von Eintrittswahrscheinlichkeiten oder Inzidenzraten. In der Public Health-Forschung wird unterschieden zwischen individueller **Verhaltens-Prävention** (z.B. Ernährung, Gewichtsreduktion, Stressabbau, Sport) und sozial-kontext-orientierter **Verhältnis-Prävention** (z.B. Mobbing, Arbeitsplatzsituation)¹¹³.

Handlungsfelder der Primär-Prävention sind die sieben von der WHO 1999^{114 115} formulierten **Grundbedingungen für Gesundheit:**

1. Stabiles Selbstgefühl
2. Positives Verhältnis zum eigenen Körper
3. Freundschaften, soziale Bedingungen

¹⁰⁹ Vgl.ebenda 70

¹¹⁰ Vgl.ebenda 1

¹¹¹ Vgl.ebenda 2

¹¹² Vgl.Bundesärztekammer,1993,Gesundheitsförderung als Aufgabe der Heilberufe

¹¹³ Vgl.ebenda 1,S.32-33

¹¹⁴ Vgl.ebenda 12

¹¹⁵ Vgl.ebenda 103

4. Intakte Umwelt
5. Sinnvolle Arbeit und gesunde Arbeitsbedingungen
6. Gesundheitswissen und Zugang zur Gesundheitsversorgung
7. Lebenswerte Gegenwart und die begründete Hoffnung auf eine lebenswerte Zukunft.

3.3.2 Sekundär-Prävention

Die Sekundär-Prävention bezieht sich auf die Entdeckung von biomedizinisch eindeutigen Frühstadien einer Erkrankung und deren erfolgreiche Frühtherapie. Sie trägt zur Erhöhung der Heilungschancen und/oder zum Vermindern einer Krankheitslast bei. Ihr Objekt sind also Menschen mit vorhandenen „Gesundheitsstörungen“, bzw. Kranke, deren Beschwerden es zu vermindern gilt. Da die Sekundär-Prävention Heilung anstrebt, trägt sie wie die Primär-Prävention zur Senkung chronischer Krankheiten bei. Sie kann das Fortschreiten begonnener physiologischer Alterungsprozesse verzögern.

3.3.3 Tertiär-Prävention

Der Begriff der Tertiär-Prävention umfasst die wirksame Verlangsamung des Verlaufs einer manifesten Erkrankung, die Verminderung und Milderung bleibender Funktionseinbußen. Bei der Tertiär-Prävention geht es um Vorbeugung respektive Verhinderung des Fortschreitens einer chronischen Erkrankung, d.h. ein Heilungsanspruch besteht nicht. Das Vermeiden des Wiedereintretens einer erfolgreich behandelten Krankheit (Beispiele: zweiter Myocardinfarkt nach überstandem Erstinfarkt, kurative Tumor-OP) wird autorenunterschiedlich der Sekundär- oder der Tertiär-Prävention zugeordnet. Kernziele der Tertiär- wie der Sekundär-Prävention liegen in der Senkung der Zahl chronisch Kranker.

Alle drei Ansätze der Prävention tragen zur Senkung der Zahl chronisch Kranker bei. Die Primär-Prävention behandelt Klienten, die Sekundär- und Tertiär-Prävention Patienten.

Alle drei Formen der Prävention können ergänzend Maßnahmen zur Gesundheitsförderung beinhalten im Sinne der Förderung und des Aufbaus

von individuellen Fähigkeiten und Ressourcen sowie gesundheitsförderlichen Strukturen, um das Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit zu erhöhen.

Das höchste Ideal, das höchste Ziel, die am weitesten reichenden Konsequenzen, aber auch die erheblichste Last ihrer wirksamen Umsetzung zeichnet die Primär-Prävention aus.

Die QM-Modell-Entwicklung dieser Arbeit ist exemplarisch hauptsächlich auf die Primär-Prävention abgestimmt, in großem Umfang auf die Arbeits- und Entwicklungsbereiche von Sekundär- und Tertiär-Prävention adaptionsfähig und übertragbar.

4. Qualifikationsprofile der Präventionsmedizin

Präventionsmedizin ist ihrer Herkunft und Entwicklung nach eine **interdisziplinäre Disziplin**, die aus einer großen Reihe spezifischer medizinischer Einzelfachgebiete hervorgegangen ist. Medizinisches Fach- und Sachgebiet, individueller Behandlungsauftrag, relevante Einzel-Ziele und allgemeingültige Ziele im Rahmen der Präventionsmedizin sind multifaktoriell und vielschichtig. Vielschichtige Ansätze verfolgen als Kernherausforderungen der Präventionsmedizin:

*Der Einzelne gesund alternde Mensch
in einer stabilen gesunden Gesellschaft*

ein individuelles und ein allgemeingültiges Ziel im Sinne einer neuen und ganzheitlichen Werte-Definition nach H. Engelstädter.¹¹⁶

Die Werte und Ziele der Präventionsmedizin sind ideelle, gesellschaftspolitische und ökonomische, die sich mit erheblichem Anspruch und hoher Forderung nach Qualität ihrer Leistungen definieren.

Das innovativ und kreativ grundsätzlich selbst erklärte, breit angelegte **Leistungsprofil der Präventionsmedizin** bedarf für seine wirksame

¹¹⁶ Vgl. Engelstädter, H., 2007, Metamorphosen im Werteverständnis

Umsetzung innerhalb der aktuellen gesetzlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ein zielsicheres, national und international anerkanntes Management-Konzept für seine Qualität.

Das Bewertungsurteil Qualität umfasst:

1. **Ärztliche Qualität**
2. **Medizinische Qualität**
3. **Management-Qualität** der Präventionsmedizin.

4.1 Ärztliche Qualifikation

Die **ärztliche Qualifikation** umfasst nach ihren Aufgaben und Zielen ausgerichtete mehrschichtige Dimensionen eines Arztes.

4.2 Medizinische Qualifikation

Die **medizinische Qualifikation** basiert auf fachspezifischen Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen..

Richtlinien sind eine Handlungsvorschrift mit bindendem Charakter, festgelegt von Gremien mit Richtlinienkompetenz wie für die Medizin die Bundesärztekammer BÄK.

Leitlinien sind von der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der **Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften**) festgelegte systemisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für die Behandlung spezieller gesundheitlicher Probleme.¹¹⁷

Empfehlungen sind meistens unverbindliche Hilfen.

Label-Off-Use -Verordnungen sind begründete Verordnungen eines Arzneimittels außerhalb seiner behördlichen Zulassung und abseits des im Zulassungsbescheid genannten Therapiegebietes.¹¹⁸

In der Präventionsmedizin kommen Richtlinien, S1- bis S3-Leitlinien, Empfehlungen und Off-Label-Use Verordnungen in Betracht.(s. Kap. 7.2., 8.4.6., 8.4.10.)

¹¹⁷ Vgl. AWMF,ÄZQ,2001,Leitlinien-Manual

¹¹⁸ Vgl.Brogliè,G.;Rasch,L.M.,2009,Off-Label-Use,Haftung

4.3 Management-Qualifikation

Die **Management-Qualifikation** der Präventionsmedizin umfasst die Organisationsstrukturen und Konzeptionen, mit denen die medizinischen und ärztlichen Maßnahmen in Sprechstunden, Praxis oder Klinik erfolgreich durchgeführt, angewendet und weiterentwickelt werden können.

Erfolg der Präventionsmedizin erfordert gleichwertig ärztliche, medizinische und Management-Kompetenz. Die fachspezifische ärztliche und medizinische Qualität muss mit Management-Qualität im Einzelnen wie im generellen Auftrag nachhaltig mit großem Effizienzgrad und hoher Effektivität umgesetzt werden.^{119 120} Spezifische Eigenschaften ärztlicher Qualifikation sind dabei in einzelne Management-Komponenten zielführend fest eingebunden.

Erfolg und Qualität definieren sich durch Messbarkeit. Messbarkeit ermöglicht Ergebnisse und abzuleitende Verbesserungs- und Weiterentwicklungsstrategien. Das Qualitätsmanagement-System wird zum Qualitätsweiterentwicklungs-System.

4.4 Präventions-Management-Programme

Analog zu den „DMP“s (Disease-Management-Programmen)^{121 122} können **Präventions-Management-Programme** „PMP“s definiert werden, ein Zukunftsziel, in deren Architektur und in ihrer praktischen Umsetzung die zeitliche Zuwendung zum Klienten ein essentielles Qualitätsmaß der Behandlung ist.

Optionen für PMPs sind:

- PMP-Adipositas
- PMP-Demenz
- PMP-Osteoporose
- PMP-Burnout
- PMP-AVK.

¹¹⁹ Vgl. Gietl, J.; Lobinger, W.; Knorr, G. 2004, Bonität durch Effizienzmanagement

¹²⁰ Vgl. Trill, R., 2000, Krankenhaus-Management

¹²¹ Vgl. Thiele, G., 2001, Praxishandbuch: Einführung der DRGs in Deutschland

¹²² Vgl. ebenda 42

4.5 Modulares Netzwerk der Präventionsmedizin

Präventionsmedizin ist ein **medizinisch begründetes Kulturprogramm der Gesundheit** und der **Alterungsprozesse** mit immanenter gesellschaftspolitischer Bedeutung. Präventionsmedizin hat den Anspruch auf Spitzenmedizin. Präventionsmedizin betrifft den ganzen Menschen. Präventionsmedizin ist eine **interdisziplinäre und fachübergreifende medizinische Disziplin**. Mosaikartig setzt sich ihr medizinisches Gesamtkonzept zusammen aus: Allgemeinmedizin, Innerer Medizin , Kardiologie, Gastroenterologie, Diabetologie, Endokrinologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädie, Sportmedizin, Physikalischer Therapie, Radiologie, den Kopfkliniken für Augen, Zähne, und HNO, Dermatologie, Umweltmedizin und Toxikologie, Orthomolekularmedizin, Psychosomatik und Psychotherapie, für die Grenzlebensalter Pädiatrie , Kinder - und Jugendmedizin und Gerontologie, und zunehmend klinisch tätige Bereiche der Genforschung. Die **präventionsmedizinische Kompetenz** dieses **interdisziplinären Netzwerkes** erwächst aus dem Fundus der einzelnen medizinischen Fachdisziplinen. Sie stellen, gemeinsam mit ihren speziell fachgebundenen präventionsmedizinischen Kompetenzen und Beiträgen, die Grundlagen dar für das Konzept eines großen modularen Netzwerkes der Präventionsmedizin, mit einer durch die große Anzahl von Einzelexperten zusammengeführten Palette höchster Medizinqualität, einer **spitzenmedizinischen Elite aus der Vielfalt** geboren, für das Gesundheitsspektrum des ganzen Menschen.

Ein solches visionäres modulares Mosaik präventionsmedizinischer Spitzenmedizin braucht juristischen Hintergrund privatrechtlich und berufspolitisch, einen berufspolitischen Interessenverband, einen Berufsverband, wie gegeben durch die **GSAAM**, die Deutsche Gesellschaft für Anti-Aging-Medizin, und einen klinisch-wissenschaftlichen Vorstand, beispielsweise durch ein Expertengremium an einer Mutteruniversität der Präventionsmedizin, wie der DRESDEN INTERNATIONAL UNIVERSITY DIU, und hat als Partner der Verantwortung die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Gesellschaft und die Politik und damit eine große PR-Plattform.



Abbildung 2. Modulares Netzwerk der Präventionsmedizin

Das große modulare interdisziplinäre Netzwerk lässt sich funktionell herunterbrechen in kleinere bis kleinste Modulnetzwerke, speziell regional oder mit spezifisch führenden medizinischen Themen. Ein solch umfangreiches Konzept der Präventionsmedizin braucht zur Sicherung seiner Professionalität in allen Ebenen ein spezifisch angepasstes Managementfundament.

Für das Behandlungskonzept eines Klienten im präventionsmedizinischen Netzwerk gilt, dass ein Fachgebiet und ein Arzt, meistens der zuerst aufgesuchte, permanenter Vertrauenspartner in der Primär-Prävention des Klienten, in der Sekundär- und Tertiär-Prävention des Patienten bleiben sollte.

Für einen Klienten, respektive Patienten können nach dem erst aufgesuchten Arzt und über ihn im kollegialem Dialog in der Regel 1 bis 2 weitere Fachkollegen notwendig werden. Durch die heutigen telemedizinischen Möglichkeiten sind interkollegiale Informations- und Kommunikationswege sicher gebahnt.^{123 124}

Das **Generalkonzept der Präventionsmedizin** ist außerordentlich umfangreich, individuell, oft verbunden mit einschneidenden Gesundheitsprogrammen, gesundheitspolitisch mit großen Zielen ausgestattet. Präventionsmedizin hat große Zukunftsverantwortung. Die Arbeitskonzeptionen der Präventionsmedizin sind bei identischen Zielen – Gesundheit zu fördern, Gesundheit zu erhalten und zusätzlich Alterungsprozesse zu verlangsamen – unterschiedlich und mehrdimensional. Präventionsmedizin hat multidimensionale Ziele und multidimensionale Verantwortung.¹²⁵ In der Betrachtung der Präventionsmedizin als breit angelegtes multifaktorielles Gesundheitsprojekt muss geforderte ärztliche und medizinische Professionalität und Qualität mit ebenso hoher Management-Qualität umgesetzt werden.

Präventionsmedizin hat als medizinische Disziplin hohen Anspruch an Qualität.

- Präventionsmedizin muss hohem Anspruch an Qualität gerecht werden.
- Präventionsmedizin muss und will erfolgreich sein.

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung sind in der Medizin seit langem keine unbekanntes Organisations- und Ordnungsprinzipien.^{126 127 128 129 130}

¹³¹ Für die umfassende Disziplin der Präventionsmedizin ist ein hohes Maß an Qualitätsaktivitäten gefordert, ein sowohl national als auch international anerkanntes Qualitäts- Management-System. Qualität muss nach den

¹²³ Vgl.Ammenwerth,E.;Haux,R.,2005,IT-Projektmanagement im Gesundheitswesen

¹²⁴ Vgl.Lauterbach,K.W.;Lindlar,I.M.,1999,Informationstechnologie im Gesundheitswesen

¹²⁵ Vgl.ebenda 30

¹²⁶ Vgl.Adam,D.,1999,Qualitätsmanagement im Krankenhaus,S.95-109

¹²⁷ Vgl.Donabedian,A.,2002,Quality Assurance in Health Care

¹²⁸ Vgl.Donabedian,A.,2005,Evaluation the Quality of Health Care,Milbank Quarterly,Vol.83.pp.691-729

¹²⁹ Vgl.Eckernkamp,A.;Scheibe,O.,1997,Qualitätsmanagement in der Medizin,Handbuch f.Klinik/Praxis

¹³⁰ Vgl.Hindringer,B.;Rothballer,W.,1996,Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen,TÜV Rheinland,Köln

¹³¹ Vgl.Ohmann,C.,2002,Was ist Qualitätsmanagement? In :ebenda 124

Pionieren der Qualitätslehre W. Edwards Deming¹³² ¹³³ ¹³⁴ ¹³⁵ und Joseph M. Juran¹³⁶ als messbare Größen für die einzelnen präventionsmedizinischen Prozesse definiert werden. Qualität ist dabei nicht als eine statistische Größe zu betrachten, sondern muss als dynamische und damit als eine weiter zu entwickelnde Größe definiert werden. Die fortlaufende Anhebung von definierten und gemessenen Qualitätsleveln sichert den Fortschritt für die Zukunft.

5. Qualifikationsprofil des Klienten und Patienten der Präventionsmedizin

In die Sprechstunde der **Primär-Prävention** kommt nicht ein Patient, ein an Krankheit Leidender (passio = das Leiden), sondern ein Klient, ein Schützling, ein Anhänger, ein Höriger (cliens = Anhänger). Im übertragenen Sinn kann sich zwischen dem Arzt und seinem Klienten ein Patronagesystem für seine individuelle Gesundheit entwickeln. Der Klient der Primär-Prävention kommt mit Wissen, Pseudowissen oder Unwissen. Er stammt aus einer sehr großen intellektuellen Bandbreite. Grundlage der gemeinsamen erfolgreichen präventionsmedizinischen Arbeit von Arzt und Klient ist ein fundiertes gegenseitiges Vertrauensverhältnis.

Der Klient / Patient der Prävention stellt sich mit Merkmalen und Fakten dar, die seine individuelle Situation und gleichfalls Funktionen und Arbeit des Präventions-Arztes charakterisieren und bestimmen und im Besonderen kreative und innovative Parameter beinhalten, einen Präventionserfolg messbar zu machen.

¹³² Vgl. Deming W.E., 1982, Quality, Produktivität, and Competitive Position

¹³³ Vgl. Deming, W.E. 1986, Out of the Crisis

¹³⁴ Vgl. Gitlow, H.; Gitlow, S., 1987, Deming Guide to Quality and Competitive Position

¹³⁵ Vgl. Scherkenbach, W. W., 2000, Deming Route to Quality

¹³⁶ Vgl. Juran, Joseph M., 2000, Quality Handbook

5.1 Klienten der Primär-Prävention

Klienten der Primär-Prävention zeigen charakterisierende Merkmale:

5.1.1 Der Präventions-Klient als Individuum

Der Klient kommt in die Primär-Präventions-Sprechstunde als Individuum¹³⁷ aus eigenem Bedürfnis und wünscht in der Regel kein vorsorgliches Reihen-Screening,¹³⁸ sondern eine individuelle medizinische Prüfung und Unterstützung aller die Gesundheit betreffenden Grundbedingungen und Situationen seines Lebens. Er kommt mit einem individuellen Potential an Risikofaktoren für seine Gesundheit (Beispiel: Adipositas, Ernährung, Prä-Menopause und Prä-Andropause, Bewegungsmangel). Zielrichtung von Prävention und Gesundheitsförderung sind **verhaltensbezogene** Maßnahmen, welche die individuellen gesundheitsgefährdenden Faktoren für ihn verändern sollen. Der individuelle Klient ist geprägt von großen Hoffnungen, Erwartungen und Ansprüchen. Gesundheitsökonomisch umfassen diese Präventionsmaßnahmen viele IgeL-Leistungen.¹³⁹

5.1.2 Der Präventions-Klient im Setting-Hintergrund

Der Setting-Hintergrund des Klienten der Präventionsmedizin umfasst die Komplexität seines familiären, beruflichen, sozialen, kulturellen und umweltbezogenen Hintergrundes.^{140 141 142 143 144 145 146} Beispiele für unterschiedliche Settings sind: Lehrer, Manager, Ärzte, Vertreter der Sozialberufe, Menschen in Marketing- und Transportunternehmen, Schulen, Kindergärten. Zielrichtung von Prävention und Gesundheitsförderung sind **verhältnisbezogene** Maßnahmen, die Faktoren verändern sollen, die von außen auf das Individuum einwirken.

¹³⁷ Vgl.Römmeler,A.;Wolf,A.S.,2003,Anti-Aging Sprechstunde

¹³⁸ Vgl.Egger,B.,2003,Screening und Prävention,Med.Klinik,98,S.177-174

¹³⁹ Vgl.Meinert,G.,2004,Prädiktoren des Einsatzes von IgeL

¹⁴⁰ Vgl.Bauch,J.,2002,Settingansatz in der Gesundheitsförderung, Prävention 25,S.65-70

¹⁴¹ Vgl.Baric,L.;Conrad,G.,1999,Gesundheitsförderung in Settings

¹⁴² Vgl.Engelmann,F.;Halkow,A.,2008,Settingansatz in der Gesundheitsförderung, WZB Berlin

¹⁴³ Vgl.Greene,R.,2003,Gesundheitsförderung Kinder,Jugendliche in sozial benachteiligten Stadtteilen,E&C,S.39

¹⁴⁴ Vgl.Kilian,H.;Greene,R&Philippi,T.,2004,Praxis Gesundheitsförderung sozial Benachteiligte im Setting in Rosenbrock R.et al.,2004b

¹⁴⁵ Vgl.Rosenbrock,R.,Bellwinkel,M.&Schröder,A.,2004,Prävention im Kontext sozialer Ungleichheit ,Wirtschaftsverlag NW,S.7-149

¹⁴⁶ Vgl.Rosenbrock,R.,2004b,Primäre Prävention,Ungleichheit Gesundheitschancen,§20 Abs.1 SGB V durch GKV

Der Setting-Ansatz in der präventionsmedizinischen Analyse und Behandlung betrifft den Klienten:

- als Individuum isoliert
- als Individuum im gesamten Umfeld seiner aktuellen Lebensführung

Bezüglich der Setting-Ansätze für Präventions- und Gesundheitsförderungs -¹⁴⁷angebote sind langsam, zwar noch nicht bedarfsgerecht, Befürwortung und Unterstützung der Spitzenverbände der Krankenkassen GKV^{148 149 150} und BKK¹⁵¹ sowie der PKV auf der Basis der § 20 ff, Absatz 1, SGB V und in Anlehnung an das Modell von A. Mieleck¹⁵² zur Klärung gesundheitlicher Ungleichheit zu verzeichnen.

Als Individuum im persönlichen **Setting** seiner **Lebenssituation** stellt sich der Klient der Primär-Prävention dar, mit allen Faktoren, die neben Alter, Geschlecht und Erbanlagen seine Gesundheit beeinflussen. Whitehead M¹⁵³. und Dahlgren G¹⁵⁴. fassen derartige Faktoren im sogenannten „**Regenbogen-Modell**“ in 4 Ebenen zusammen:

- **Erste Ebene** – Persönliche Verhaltens- und Lebensweisen
- **Zweite Ebene** – Unterstützung und Beeinflussung durch soziales Umfeld
- **Dritte Ebene** – Lebens- und Arbeitsbedingungen
- **Vierte Ebene** – Wirtschaftliche, kulturelle, physische Umwelt .

Das „Regenbogen-Modell“ veranschaulicht, dass der individuelle Lebensstil zum Thema Gesundheit stark von den Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie dem sozialen Umfeld bestimmt ist. Der Erfolg präventionsmedizinischer und gesundheitsfördernder Ansätze wird damit umso wahrscheinlicher, je mehr von Anfang an auch diese Rahmenbedingungen zum Gegenstand der

¹⁴⁷ Vgl. ebenda 30

¹⁴⁸ Vgl. ebenda 32

¹⁴⁹ Vgl. ebenda 142

¹⁵⁰ Vgl. ebenda 33

¹⁵¹ Vgl. Bellwinkel, M., Schröder, A., 2004, Prävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“, Essen, S. 7-150

¹⁵² Vgl. Mieleck, A. M. P. H.; Janssen, Ch., 2008, Modell Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit

¹⁵³ Vgl. Whitehead, M.; Dahlgren, G.; Gilson, L., 2001, Challenging inequities in health care, Oxford, University Press, pp. 309-322

¹⁵⁴ Vgl. ebenda 52

Interventionen werden, im Sinne des von der WHO¹⁵⁵ als Setting-Ansatz und des im Deutschen Sprachgebrauch oft als „Lebenswelt-Ansatz“ geprägten Begriffes.¹⁵⁶

5.1.3 Der Präventions - Klient im Profil von **Compliance, Adhärenz, Konkordanz und SDM**

Der Erfolg präventions- und gesundheitsfördernder Maßnahmen hängt maßgebend von der Compliance oder Adhärenz des Klienten ab. Der Klient der Präventionsmedizin kommt aus einer sehr großen intellektuellen Bandbreite. Er muss mit ihm gemeinsam erarbeitete und empfohlene Maßnahmen intellektuell verstehen, ihre Konsequenzen, im Besonderen als Erfolge, begreifen.

Compliance¹⁵⁷ bezeichnet „Folgsamkeit“, die Bereitschaft eines Klienten wie eines Patienten, ärztliche Anweisungen, beispielsweise eine Medikamenteneinnahme oder das Einhalten einer Diät, konsequent zu befolgen. Bei dieser Betrachtungsweise wird dem Patienten die alleinige Verantwortung für den Behandlungserfolg übertragen.

Die Compliance des Klienten wird erhöht, wenn er

- von seinem eigenen Risikoprofil überzeugt ist
- die Konsequenzen und potentiellen Folgen seiner Risikofaktoren einsieht
- die Ernsthaftigkeit seiner Risikofaktoren erkennt
- an die Wirksamkeit der empfohlenen Maßnahmen glaubt
- mit der ärztlichen Betreuung zufrieden ist
- sich von seinem Behandler verstanden weiß
- er eine Stärkung der eigenen Lebenskräfte verspürt
- er eine Stärkung der eigenen Potenz erkennt, Änderungen in seiner „Lebenswelt“ durchzuführen
- er von seiner Umwelt in seinem Befolgungsverhalten unterstützt wird
- er innovative Prävention zwischen Medizin und Lifestyle erkennt und erfährt
- er auch gebotene Strenge des Behandelnden erfährt, dessen Ratschläge zu befolgen

Der Klient der Präventionsmedizin muss empfohlene Maßnahmen befolgen, an ihnen nachhaltig festhalten, sie aufrechterhalten in Analogie zur Therapietreue,

¹⁵⁵ Vgl.ebenda 13

¹⁵⁶ Vgl.Badura,B.;Ritter,W.;Scherf,M.,1999,Betriebliches Gesundheitsmanagement,editino sigma, Berlin

¹⁵⁷ Vgl. Scherenberg, V., 2003, Patientenorientierung, Compliance

im Sinne einer Maßnahmentreue. Nicht-Erfüllung abgesprochener und vereinbarter Maßnahmen, d.h. die Nicht-Einhaltung notwendiger Pflichten wäre **Non-Compliance**. **Intelligente Non- Compliance** wäre die bewusste Missachtung tatsächlich falscher oder nicht sinnvoller Maßnahmenanweisungen z.B. bei ausbleibendem Erfolg oder starken Nebenwirkungen.

Adhärenz^{158 159} bezeichnet das Ausmaß, in dem das Verhalten eines Patienten mit den Behandlungszielen und Behandlungswegen übereinstimmt, die er zuvor mit dem Arzt gemeinsam beschlossen hat. Der Begriff beinhaltet ein verändertes Rollenverständnis miteinander, das eine partnerschaftliche Verständigung über Art und Umfang der Therapie voraussetzt und dem Patienten eine aktive und eigenverantwortliche Rolle in der Therapie zubilligt. Compliance beinhaltet eine asymmetrische Arzt-Klienten/Patienten-Beziehung, Adhärenz eine symmetrische Beziehung.

Die Symmetrie oder Asymmetrie einer Arzt-Klienten-/Patienten-Beziehung wird weiterhin bestimmt von den Begriffen Konkordanz und Shared Decision Marking SDM.

Konkordanz^{160 161} bezeichnet eine Übereinkunft zwischen Arzt und Klient / Patient darüber, ob und in welcher Weise eine Therapie durchgeführt wird, deren wesentliches Element die ausdrückliche Zustimmung des Patienten zu den ärztlichen Empfehlungen ist.

Shared Decision Marking SDM^{162 163 164 165 166} ist ein Modell der partnerschaftlichen Entscheidungsfindung bei Arzt und Klient / Patient in einem intensiven Diskurs in gemeinsamer Verantwortung und im gegenseitigen Einvernehmen Therapieziele und Behandlungswege zu definieren zu und vereinbaren. Im Rahmen der partnerschaftlichen Entscheidungsfindung kommt dem Arzt die Rolle eines Experten für das Wissen zu, das er dem Patienten in

¹⁵⁸ Vgl.Reichelt,H.,2009,Gesagt, getan. So gelingt Adherence, G+G, Spezial 5,12.Jahrg.

¹⁵⁹ Vgl.Schmacke,N.,2009,Adherence:THERAPIETREUE NEU GEDACHT,G+G,Spezial 5,12.Jahrg.

¹⁶⁰ Vgl.Burian,W.,2008,Dissertation zum Thema Konkordanz

¹⁶¹ Vgl.ebenda 70

¹⁶² Vgl.ebenda 70

¹⁶³ Vgl.Klemperer,D.;Rosenwirth,M., 2005,Shared Decision Marking, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

¹⁶⁴ Vgl.Härter,M.;Loh,A.;Spies,C.,2005,Patientenbeteiligungen bei medizinischen Entscheidungen,Deutscher Ärzteverlag,S.25-33

¹⁶⁵ Vgl.Scheibler,F.,2004,Shared Decision Marking

¹⁶⁶ Vgl.Stewart,M.,A.eds.,2000,The impact of Patient-Centred Care on Outcome,Journal of Family Practice 49,pp.796-804

verständlicher Form darlegen muss. Der Klient / Patient wird als gleichberechtigter Experte für die eigenen Präferenzen anerkannt .

Gesundheitserhaltende und gesundheitsfördernde Maßnahmen bedeuten in der Regel **Lebensstil-Änderung**. Lebensstil-Änderung, die Aufgabe geliebter Lebensgewohnheiten, ist die schwerste – aber in der Regel effektivste – Maßnahme und Aufgabe. Diese besteht im Entwurf einer nachhaltigen Umsetzung einer immer individuellen – wenn auch mit dem jeweiligen Setting-Hintergrund in der Regel untrennbar verbundenen - Projektskizze der Gesundheit im eigenen Lebensentwurf, im eigenen Lebensstil. Eine Basis für ein derartiges individuelles Gesundheitsprojekt bildet die Salutotherapie.¹⁶⁷

5.1.4 Der Präventions-Klient im Konzept der **Salutogenese**

Das Konzept der Salutogenese geht auf A. Antonovsky ¹⁶⁸ ¹⁶⁹ zurück und beinhaltet eine starke präventionsmedizinische Führungslinie, im Besonderen für Interventionen im Rahmen der Primär-Prävention.

Die Pathogenese fragt nach den Ursachen und Gründen von Krankheiten:

Warum werden Menschen krank?

Die Salutogenese fragt nach den Ursachen und Gründen von Gesundheit:

Warum bleiben Menschen gesund?

Warum werden Menschen wieder gesund?

Antonovsky A. geht in seinen Betrachtungen davon aus, dass Gesundheit „kein normaler passiver Gleichgewichtszustand“, keine Homöostase, ist, sondern ein „labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Geschehen“, eine Heterostase. Gesundheit und Krankheit sind damit Teil eines kontinuierlichen Prozesses, an dessen Endpolen absolute Gesundheit oder völlige Krankheit angesiedelt ist. Der Mensch bewegt sich dynamisch zwischen diesen Extremen mit Hilfe seiner persönlichen Ausstattung an Widerstands-Ressourcen und Schutzfaktoren, aber auch mit der Last seiner persönlichen gesundheitlichen Risikofaktoren als messbares Potential seiner Gradwanderung auf seiner Lebensachse zwischen Gesundheit und Krankheit. Die Ausrichtung und

¹⁶⁷ Vgl.Linden,M.;Weig,W.,2009,Salutotherapie in Prävention u. Rehabilitation,Dtsch.Ärzteverlag,S.17-29

¹⁶⁸ Vgl.ebenda 100

¹⁶⁹ Vgl.ebenda 101

Umlenkung dieser Probleme des Präventions-Klienten in Richtung Gesundheit auf seiner Lebensachse bedarf neben einer guten Compliance eines guten Kohärenzgefühls. **Kohärenz**^{170 171 172} (sense of coherence : SOC) bedeutet mehr als das intellektuelle Verständnis in Form der Compliance. Kohärenz bedeutet die erlebbare und lebbare Fähigkeit, Zusammenhänge und Einfluss vorhandener und/oder erstrebenswerter Kräfte und Ressourcen gesundheitsnützlich und gesundheitsbringend zum eigenen Wohlgefühl zu nutzen. Antonovsky A. gibt dem einzelnen, dem Präventions-Klienten, wie dem Helfenden, dem Präventions-Arzt mit den einzelnen Komponenten der Kohärenz Aspekte und Faktoren an die Hand, unter welchen Voraussetzungen **Gesunderhaltungsprozesse** unterstützt werden können. Diese sind:

1. **Verstehbarkeit** (sense of comprehensibility):

die bewusste sinnvolle und nachvollziehbare Ordnung der eigenen Biographie

2. **Handhabbarkeit - Machbarkeit** (sense of manageability):

der feste Glaube, Herausforderungen und Probleme bewältigen zu können.

3. **Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit** (sense of meaningfulness):

die Bewertung bestimmter zu bewältigender Dinge des Lebens als sinnvoll.

Die drei Faktoren der Kohärenz, besonders, derjenige der Bedeutsamkeit, betrifft die Motivation, eine bestimmte, wenn auch schwierige, Maßnahme, in Angriff zu nehmen.

Die Fähigkeit zur Kohärenz kann für den Präventions-Klienten beispielsweise bedeuten einen Weg realisierbar zu machen, seinen Lebensstil wirksam mit der Entdeckung und Akzeptanz seiner eigenen gesundheitsfördernden Ressourcen zu ändern.

5.2 Individuelle Präventionspfade

Die gemeinsame Erarbeitung eines **individuellen Präventionspfades**^{173 174} wird bestimmt seitens des Klienten/Patienten von Compliance, Non-Compliance oder intelligenter Non-Compliance, von Setting und Kohärenz,

¹⁷⁰ Vgl. Hommel, R.H.; Spranger, H., Salutogenese

¹⁷¹ Vgl. Young, J.O., 2001a, Coherence Theory, J. of Philosophical Research 26, pp. 89-101

¹⁷² Vgl. Young, J.O., 2001b, Coherence Theory, Stanford Encyclopedia

¹⁷³ Vgl. Halber, M.; Schrappe, M., 2004, Kölner Leitlinien Konferenz, QM u. EbM, In: Lauterbach/Schrappe, s. 523-532

¹⁷⁴ Vgl. Holler, T.; Schmid, K. et al., 2002, Praktische Pfadarbeit In: Hellmann, W., 2002, Clinical pathways, Landsberg: Ecomed, S. 38-129

ärztlicherseits respektive beiderseits von Adhärenz, Konkordanz und Shared Decision Making SDM.

Beziehung zwischen Leitlinien und individuellen Präventionspfaden für Klienten-Patienten

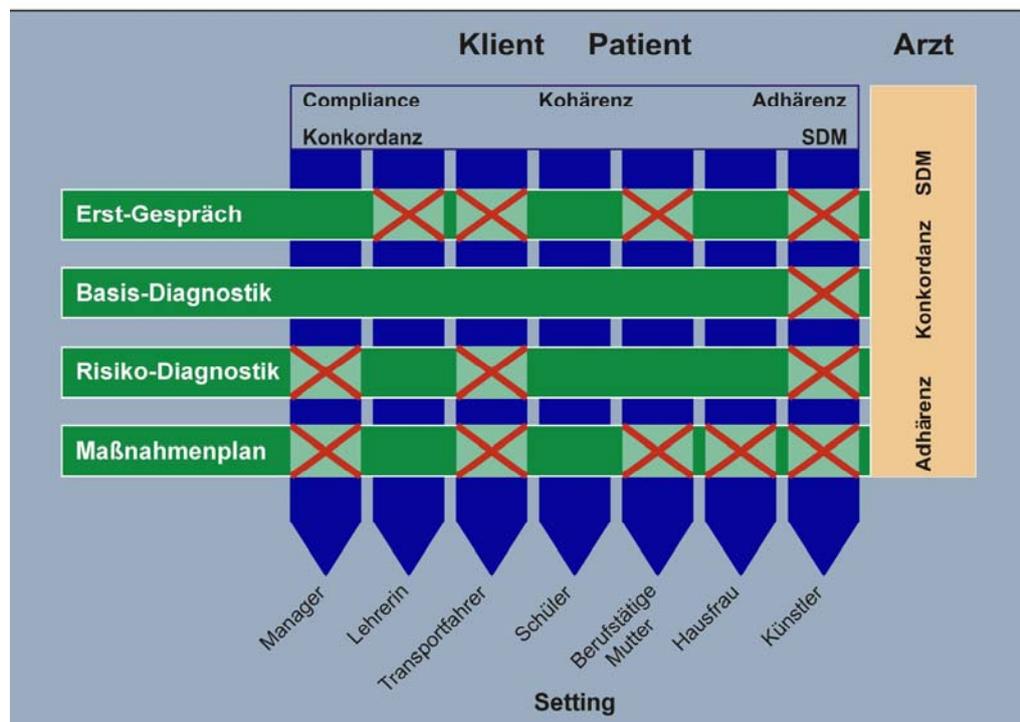


Abbildung 3 : Zielbestimmende Faktoren für **Individuelle Präventionspfade** für Klienten / Patienten

in der Entwicklung von **Präventions- Management Programmen PMPs** (Anlehnung an Halber M., Schrappe M. -Abb.14.5-2 In:Lauterbach,K.W.;Schrappe,M.,2004,Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-Medicine)

6. Qualifikationsprofil des Präventionsarztes

Prävention bedeutet für die Ärzteschaft eine verantwortungsvolle, nicht einfache, aber faszinierende Aufgabe. Bundesärztekammer wie Spitzenverbände der Krankenkassen arbeiten intensiv an der präventiven Ausrichtung der Aktivitäten im Gesundheitswesen. Ein steigender Bedarf an präventionsmedizinisch tätigen Ärzten ist prognostiziert.^{175 176 177 178}

Der in der Präventionsmedizin tätige Arzt ist Allgemein-Mediziner oder Facharzt aus einem weiten Spektrum der Fachdisziplinen wie Innere Medizin, Kardiologie, Ernährungswissenschaften, Orthopädie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Endokrinologie, Orthomolekularmedizin, Dermatologie, Psychosomatik und andere Disziplinen (s. Abb.2), die präventionsmedizinische Behandlungen durchführen. Die Präventionsmedizin vertritt ein weites interdisziplinär reichendes, fachübergreifendes Spektrum. Präventionsmedizin braucht und hat hohe Anforderungen an Wissensstand und ärztliche Kompetenz. Sie baut in der Regel auf bereits vorhandener medizinischer Qualifikation und Erfahrung auf, über zertifizierte Seminare der GSAAM (Deutsche Gesellschaft für Anti-Aging Medizin) sowie nationale und internationale Master-Studiengänge. Der „Wissensmarkt“ ist sehr groß, die Halbwertszeit des evaluierten Wissens wie der Experten-Erkenntnisse relativ kurz.

Präventionsmedizin erfordert ein hohes Maß an **ärztlicher Profession**. In der vorbeugenden statt in der kurativen und reparierenden Medizin zu arbeiten, beinhaltet die Aufgabe, den ganzen Menschen zu erfassen, in seinem gesamten Lebensbild zum Thema Gesundheit, statt ein spezielles erkranktes Organ bei ihm zu reparieren. Prävention bedeutet für den Arzt, gesundheitliches Risikobewusstsein zu vermitteln und Gesundheitsmonitoring zu implementieren. Die Präventionsmedizin ist individualisierte und personalisierte Medizin und bedeutet „Zeit für den Klienten / Patienten“. Das erforderliche Zeitbudget in der Prävention ist ein wesentlicher Unterschied zur Reparatur- Medizin.

¹⁷⁵ Vgl.Amhof,R.,2006,Ärzte zu wenig präventiv tätig,Newsletter Bertelsmann Stiftung 1

¹⁷⁶ Vgl.ebenda 109

¹⁷⁷ Vgl.Schäfer,R.D.;David,D.M.,2004,Ärztliches QM als berufspolitische Aufgabe,In. Lauterbach/Schrappe, S.303-310

¹⁷⁸ Vgl.Stiftung Gesundheit,GfK,2006,Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit

Die **ärztliche Qualifikation** der Präventionsmedizin umfasst den Arzt in seinem ärztlich-menschlichen Profil, sein ethisches Fundament, seine Fähigkeiten auf Menschen zuzugehen, sie zu begleiten und eine für beide Seiten starke Vertrauensbasis aufzubauen und zu halten.

Ärztliche Profession in der Präventionsmedizin heißt persönliche Zuwendung zum Klienten / Patienten. Der Präventions-Arzt sollte seinen Klienten/ Patienten ausschließlich selbst betreuen und begleiten und ihn als Individuum und in seinem Setting als Hintergrund aller ärztlichen Maßnahmen erfassen. Er muss spezifisch abgestimmt auf Compliance und Kohärenz auf einer stabilen gegenseitigen Vertrauensbasis den **persönlichen Gesundheitsleitfaden** im Sinne eines **Patientenpfades** erarbeiten.^{179 180} Er muss motivieren können zur Aufgabe einer Lebensstil-Änderung um der Gesundheit willen. Der Klient / Patient der Präventionsmedizin sollte nie Proband sein.

Neben hoher ärztlicher und hoher medizinischer Qualifikation benötigt der erfolgreiche Präventions-Arzt als eine weitere Schlüssel-Qualifikation ein hohes Maß an **sozialer Kompetenz**, die ihn in Vorbildfunktion, ausgestattet mit Eigenverantwortung, Selbstwirksamkeit, Empathie, Toleranz, Kooperations- und Kommunikationsqualität und der rechten Kritik- und Konfliktfähigkeit für einen „gemeinsamen Klienten / Patienten“ und das Fachgebiet der Präventionsmedizin allgemein zur kreativen interkollegialen Kooperation befähigt. Er braucht mit Kollegialität Führungskompetenz. Er muß Grenzen erkennen und akzeptieren, um neue Potentiale erschließen zu können. Kollegialität muß Grundlage der Praxiskultur sein. Er muss abgrenzen und verbinden können. Er muß Aufgaben abgeben können und fähig sein zur kreativen Zusammenarbeit in einem modularen Netzwerk der Präventionsmedizin.

Der Arzt der Präventionsmedizin, der Präventionsmediziner, muss mit hohen Kompetenzen ausgestatteter **Manager** sein.

- für das Gesundheitsprogramm seines Klienten/ Patienten
- für das Gesamtprogramm der Präventionsmedizin.

¹⁷⁹ Vgl. ebenda 167

¹⁸⁰ Vgl. Müller, H.P.; Schmid, K. et al., 2001, Interne Leitlinien u. Patientenpfade, Med. Klinik 96, S. 6922-7

Erfolgreiche Arbeit in der Einbindung eines solchen modularen Netzwerkes erfordert vom Präventionsarzt eine wertschöpfende Qualitätshaltung für Struktur- und Prozessmodelle auf der Basis einer überzeugten und überzeugenden persönlichen Haltung als „Teamplayer“ für das Konzept *„Gemeinsam gestalten und Gemeinsam gewinnen“*.

Für das **Qualifikationsprofil des Präventionsarztes** leiten sich an Qualifikationen ab:

6.1 Ärztlich-medizinische Kompetenz

Für seine **ärztlich-medizinische Kompetenz**

- Hohe Fachkompetenz ^{181 182} (Master of Science, Europäisches Diplom – Zukunftsvision: Facharzt für Präventionsmedizin)
- Fähigkeit zur Schaffung von Begeisterung für Prävention
- Fähigkeit zur Definition klarer Ziele
- Hohe Zeitbudgets für Klienten/Patienten
- Starke gegenseitige Vertrauensbildung Arzt-Klient/Patient ¹⁸³
- Überzeugende Fähigkeit zur Klienten/Patienten-Führung
- Fähigkeit zur Schaffung von Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit
- Fähigkeit zur Motivation für diese Aufgabe

6.2 Soziale Kompetenz

Für seine **soziale Kompetenz**

im Sinne von Kanning,U.P., ^{184 185} Malik F. ¹⁸⁶ und von Eiff W. ¹⁸⁷

- Fähigkeit Menschen zu führen: Klienten/Patienten/Mitarbeiter
- Fähigkeit zum innovativen und kreativen Umgang mit Schwierigkeiten
- Fähigkeit zu kollegialer Zusammenarbeit
- Fähigkeit zu interdisziplinärer Zusammenarbeit

¹⁸¹ Vgl. Lehrer, K., 2000, Theory of Knowledge

¹⁸² Vgl. Jacobi, G.; Bisalski, H. K., et al., 2005, Kursbuch Anti-Aging

¹⁸³ Vgl. Thombansen, U.; Laske, M.; et al., 1994, Vertrauen durch Qualität

¹⁸⁴ Vgl. Deutscher Manager-Verband, 2003, Hochschulverlag, Zürich

¹⁸⁵ Vgl. Kanning, U. P., 2002, Soziale Kompetenz-Definition, Zeitschrift für Psychologie 210(4), S. 154-163

¹⁸⁶ Vgl. Malik F. 2001, Führen, Leben, Leisten

¹⁸⁷ Vgl. von Eiff, W., 2000, Führung und Motivation in Krankenhäusern

- Fähigkeit, gerade bei hoher Fachkompetenz, zur Arbeit im Team
- Fähigkeit abgrenzen und verbinden zu können
- Fähigkeit zur Toleranz
- Fähigkeit zur Kommunikation
- Fähigkeit Prioritäten zu setzen
- Fähigkeit in potentialer Reduktion Chancen und Erfolge zu erkennen

6.3 Management-Kompetenz

Für seine **Management-Kompetenz**

im Sinne von Drucker P.F.^{188 189} und Malik F.¹⁹⁰

- Fundierte, qualitätswissenschaftliche Kenntnisse
- Umgesetztes persönliches Verantwortungsbewusstsein für Qualität
- Die Organisation von praxisgerechten Strukturen und Prozessen
 - mit optimalen räumlichen Ressourcen
 - mit optimalen personellen Ressourcen
 - mit optimalen Kommunikationswegen: Konsiliarkontakte, Telemedizin
 - mit optimalen Zeit-Ressourcen
 - mit zielgerichteten Informationsquellen
 - mit zielgerichteten Informationsvergaben
 - mit klarem und ausgewogenem Ökonomieverhalten:^{191 192}
 Qualität verursacht Kosten,
 Qualität spart Unkosten

Das aufgezeigte breite **Spektrum der Qualifikationsmerkmale** des **Präventionsarztes** verlangt ihm ein umfangreiches hohes Maß an Kompetenzen ab, um ihn zum **Botschafter der Gesundheit** zu machen.

¹⁸⁸ Vgl Drucker,P.F.,1992,Die Zukunft managen

¹⁸⁹ Vgl.Drucker,P.F.,1995,Die ideale Führungskraft

¹⁹⁰ Vgl.ebenda 186

¹⁹¹ Vgl. Daigh,R.D.,1991,Financial implications of a quality improvement process, Healthcare Finance News 17(3),pp.42-52

¹⁹² Vgl.Crosby,Ph.,B.,1990,Cutting the Cost of Quality, Mc Graw-Hill Company

7. Bedeutung von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung für die Präventionsmedizin

Die Position der Prävention im Rahmen der gesamten Medizin verdeutlicht aktuell gezielten Handlungsbedarf zum Nutzen des Einzelnen und für die Gesellschaft

im Rahmen der **Primär-Prävention:**

die Entstehung von Krankheiten zu verhindern;

im Rahmen der **Sekundär-Prävention:**

das frühzeitige Erkennen von Krankheiten mit resultierender Erhöhung der Heilungschancen;

im Rahmen der **Tertiär-Prävention:**

das Verhindern von Fortschreiten und Komplikationen von Erkrankungen.

Primär- und Sekundär-Prävention arbeiten häufig mit fließenden Grenzen.

Neben dem Nutzen der Prävention für die Lebensqualität des Einzelnen sehen befragte Experten in einer effizienten und effektiven Umsetzung in ihr die einzige Möglichkeit, das epidemiologische Anwachsen der Volks- und Zivilisationskrankheiten langfristig in den Griff zu bekommen – Beispiele sind: Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, degenerative Knochen- und Gelenkerkrankungen, Demenz – und das resultierende steigende Volumen an Behandlungskosten.¹⁹³

Der Status Quo der Prävention belegt gegenwärtig eine erhebliche Unter- und Fehlversorgung, ein Ergebnis, welches einen dringenden Handlungsbedarf fordert. Hauptursachen für diese unbefriedigende Situation fast aller präventionsmedizinischen Maßnahmen liegen weniger im medizinischen Erkenntnis- und Wissenstand, sondern vielmehr in der unzureichenden Umsetzung dieser infolge inadäquater Rahmenbedingungen, unkoordinierter Programme und fehlender systematischer Erfolgskontrollen. Das Dogma lautet:

Organisationsqualität für Medizinische Qualität

Der Erfolg der Präventionsmedizin wird mittel- und langfristig von einem optimal gewählten und optimal umgesetzten

¹⁹³ Vgl. ebenda 2, 3, 20, 28 und 40

Qualitätsmanagement-System

bestimmt werden. Präventionsmedizin sollte in einem für viele Akteure der Prävention geltenden Management-Plan in der Praxis umgesetzt werden.

Für die Präventionsmedizin heißt das ***Zukunfts-Modell***
die stabile Entwicklung einer wirksamen ***Präventionskultur***.

Die Präventionsmedizin benötigt zur Entwicklung der geforderten Kultur ein permanent wirksames Projektmanagement. Präventionsmedizin muss als ein Groß-Projekt definiert werden, bestehend aus einer Vielzahl von Unter- oder Einzelprojekten. Die **Projektdefinitionen** stehen mit ihrem Gesamtziel der Entwicklung einer wirksamen Präventionskultur für die große Zahl ihrer Einzelziele. Projektplanung setzt eine genaue Definition von Zielen voraus.

7.1 QMS -Anspruch für die Ziele der medizinischen Prävention

Die einzelnen **Ziele der medizinischen Prävention** sind wie folgt zu definieren:

1. Intensivierung der *Primär-Prävention* durch forcierte Ausschaltung definierter Risikofaktoren für die Gesundheit
2. Intensivierung der *Sekundär-Prävention*
 - durch risikoarme Früherkennungsmaßnahmen symptomloser Erkrankungen
 - durch Integration primär-präventiver Konzepte in die sekundär-präventiven Programme
3. Intensivierung der *Tertiär-Prävention* durch bedingte Integration primär-präventiver Konzepte
4. Stärkung und Erweiterung der medizinischen Fachkompetenzen mit wissenschaftlichen präventionsmedizinischen Erkenntnissen
5. Ausbildung und Weiterbildung hoch qualifizierter Präventionsmediziner (kein „Diplom auf Lebenszeit“, Refresher-Pflichten)
6. Entwicklung standardisierter Diagnose-Konzepte für die Prävention
7. Entwicklung standardisierter Behandlungs-Konzepte für die speziellen medizinischen Fach- und Teilgebiete
8. Klare Untermuerung der Behandlungs-Konzepte mit Richtlinien, S₁-, S₂- und S₃-Leitlinien und Empfehlungen

9. Entwicklung interdisziplinärer Netzwerke unter den Präventionsärzten
10. Einrichtung von Kompetenzzentren – mit universitärer Qualifikation – als Mediator und Katalysator koordinierter, vernetzter und qualitätsgesicherter Präventionsprogramme
11. Führung aller Präventionsprogramme nach ökonomisch optimalen rationalen, nicht aber rationalisierten Gesichtspunkten
12. Entwicklung von Präventionsstandards mit gezielter Ausrichtung für spezielle Settings der Klienten und Patienten
13. Hohe Transparenz bei allen Präventionsprogrammen
14. Gezielte, umfassende Kommunikation unter den Akteuren der Präventionsmedizin
15. Gezielte Konzepte zur Erfolgskontrolle präventionsmedizinischer Maßnahmen
16. Einrichtung einer (anonymen) Critical Incident-Analyse, einer kreativen Aufarbeitung von Misserfolgen, einer „Fehlerkultur“
17. Prävention als Bildungsthema für die Gesamtgesellschaft – als Public Health-Wert
18. Prävention als Humankapital
19. Darstellung der Vorteile von erfolgreicher Prävention wie:
 - Erhalt von Lebensqualität
 - Reduktion von altersbedingter Abhängigkeit
 - Längerer Erhalt von Erwerbsfähigkeit
 - Reduktion von Pflegebedürftigkeit
 - Beitrag zum Finanzierungserhalt der Rentensysteme
 - Stärkung der Eigenverantwortung für die Gesundheit
20. Einführung von Motivations-, Ansporn- und Belohnungssystemen im Rahmen der Prävention
21. Entwicklung von nachhaltiger Begeisterung für die Prävention, für ihre Arbeit sowie ihre Erfolge
22. Implementierung von medizinischen Forschungsprogrammen in der Prävention
23. Implementierung von soziologischen und volkswirtschaftlichen Forschungsprogrammen zum Thema Prävention
24. Steigerung von evidence-based-Studien in der Präventionsmedizin

25. Weiterführung der Präventionsmedizin mit Qualitätsprofilen und gesicherten Qualitätsergebnissen

- zur klaren Differenzierung gegenüber präventionsmedizinischer Pseudo-Wissenschaft
- zur zielführenden überzeugenden Vorstellung von Präventionsprogrammen
 - den Versicherungsträgern
 - der Politik

Die Kerninhalte dieser aufgeführten Ziele wurden formuliert von W. von Eiff¹⁹⁴ als Ergebnis einer SWOT-Analyse (s. Kapitel 8.4.15) im

10-Stufen-Programm des CKM für die medizinische Prävention.

7.2 Gesetzesgrundlagen für Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

195

Seit 1997 besteht eine Empfehlung des Europarates (R 97) , die den Mitgliedstaaten die Schaffung nationaler Strategien und Strukturen zur Entwicklung und Einführung von Qualitätsverbesserungssystemen im Gesundheitswesen anträgt.¹⁹⁶ Die Landesgesundheitsminister haben sich 1999 in ihrer Konferenz in Trier für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen mit einer flächendeckenden Einführung ausgesprochen. Die Landesgesundheitsminister haben 1999 festgelegt, dass bei der Einführung von Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen auf international bewährte Methoden zurückgegriffen werden soll.¹⁹⁷ Als Qualitätsmanagement im Sinne des Gesetzgebers werden unter Ausschluß von Außenseitermethoden mit hoher Verantwortung zur Qualität alle Aufgaben des Gesamtmanagements zusammengefasst – Qualitätspolitik, Qualitätsziele, Planung dieser und Qualitätslenkung und Qualitätskontrolle zur Qualitätssicherung und

¹⁹⁴ Vgl.von Eiff,W.,2004,INTERNATIONAL HOSPITAL BENCHMARKING FORUM,Vol.6, Gütersloh

¹⁹⁶ Vgl. Council of Europe, Comittee of Ministers, Okt. 2001,Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis.

¹⁹⁷ Vgl. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 1999, Debatte über einen gesetzesentwurf zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung-„Gesundheitsreform 2000“/49.Sitzung des Bundestages am 30.Juni 1999. 72. Gesundheitsministerkonferenz 9./10.Juni 1999 in Trier, Der Internist,Vol.40,Nummer 10/Sept., Springer Berlin

Qualitätsverbesserung^{198 199 200}. Erste Maßnahmen hatte die Gesetzgebung im § 135a des Gesetzes der GKV Gesundheitsreform 2000 umgesetzt. In den §§ 137 sind die ersten Verpflichtungen zu einem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement für zugelassene Krankenhäuser, stationäre Versorgungseinrichtungen und stationäre Rehabilitationseinrichtungen festgelegt worden.

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Präventionsmedizin sind damit in den Gesetzlichen Rahmenbedingungen festgelegt.

Analog zu der im § 137 SGB V²⁰¹ festgelegten Qualitätssicherung für den stationären Behandlungsbereich wurde im Rahmen der Gesundheitsreform 2004 (1.Januar 2004,GMG, § 135a Abs. Nr.2 SGB V) der ambulante Bereich zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements verpflichtet. Gleichzeitig erging durch § 136a SGB V der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA, die Anforderungen für die Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen QM festzulegen.

Die Gesetzestexte lauten im Auszug SGB V:

§ 135a, Absatz 2:

Vertragsärzte sind nach Maßgabe der § 136a, 136b dazu verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere das Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein QM einzuführen und weiterzuentwickeln.

§ 136a – Auszug SGB V:

Der G-BA bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung durch Richtlinie § 92 (Richtlinien der Bundesausschüsse) die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a, Absatz 2, sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM und Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten

¹⁹⁸ Vgl.Helou,A.;Schwartz,F.W.; Ollenschläger,G.,2002,Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in Deutschland, Übersicht auf der Grundlage des Gutachtens“Bedarfsgerechtigkeit und Wirklichkeit“des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001 Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz,Volume 45, Nummer 3

¹⁹⁹ Vgl.Ollenschläger,G.;Kirchner,H.;Berenbeck,C.,Thole,H.,Weingart,O.;Sonntag,D.;Fiene,H.,Thomeczek,C.; Lüthy,A.,2002,Aktuelle Initiativen zur Realisierung nationaler Leitlinien in Deutschland-Eine Übersicht, Gesundheitswesen,64(10):513-520, Georg Thieme, Stuttgart

²⁰⁰ Vgl.Pfaff,H.;Schrappe,M.;Lauterbach,K.W.;Engelmann,U.;Halber,M.,2003,Gesundheitsversorgung und DiseaseManagement. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung, Huber, Bern

²⁰¹ Vgl.Becker,U.;Kingreen,T.H.,2008,SGB V

diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizinischer Leistungen.

Die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA²⁰² (vergl. BÄK, KBV,1997²⁰³ ; BÄK 1997 ²⁰⁴ ; BÄK, KBV, AWMV, 2003 ²⁰⁵) am 18. Oktober 2005 ²⁰⁶ ²⁰⁷ verabschiedete und auf den Grundlagen des SGB V basierende **Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztlicher Versorgung** ist seit Januar 2006 in Kraft, mit der folgenden gesetzlichen Verpflichtung: nach spätestens 2 Jahren (Januar 2008, bzw. späterer Niederlassung 2 Jahre nach Aufnahme der Tätigkeit) sind Vertragsärzte gesetzlich verpflichtet, eine Selbstbewertung des Ist-Zustandes als Voraussetzung der Einführung eines einrichtungsinternen QM vorzuweisen. Sie ist Teil eines **4-Stufen-Plans**, mit dem die erfolgreiche **Einführung** eines **internen QM** innerhalb von 5 Jahren gesetzlich geregelt werden soll. Die Richtlinie ist für alle an der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten gültig, auch für die ermächtigten Ärzte in Kliniken und Medizinischen Versorgungszentren MVZ. Ausgangspunkt für die Einführung eines einrichtungsinternen QM ist die **Selbstbewertung des Ist-Zustandes**, womit sich die Richtlinie am Qualitätsmanagement-Zyklus nach W.E. Deming ²⁰⁸, des **PDCA-Zyklus**, orientiert. Essentielle Grundelemente und Instrumente des QM sind in den § 3 und § 4 der Richtlinie²⁰⁹ benannt, wobei je nach Größe und Ausstattung der Praxis zu prüfen ist, welche Maßnahmen sinnvoll sind.

Grundelemente des QM sollen gemäß § 3 sein:

- in der *Patientenversorgung*: die Ausrichtung an aktuellen fachlichen Standards und Leitlinien, Patientenorientierung, Sicherheit, Mitwirkung, Information und Beratung für die Patienten

²⁰² Vgl.Gemeinsamer Bundesausschuß (G-BA),2008, 9.Juli ,Richtlinien zuEinrichtungsinternem QM für Vertragsärzte u. MVZ

²⁰³ Vgl.BÄK, KBV,1997, Beurteilungskriterien f. Leitlinien in med.Versorgung,Dtsch. Ärztebl. 94,S.2154-2155

²⁰⁴ Vgl BÄK,1997,Leitfaden Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus

²⁰⁵ Vgl BÄK, KBV,AWMV,2003,Curriculum QM

²⁰⁶ Vgl.Deutsches Ärzteblatt, 2006, Richtlinie des G-BA über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungs- internes QM für die an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärzte u. MVZ vom 18.10.2005, 103,Heft 3, A.144ff, B.124ff, C.124ff

²⁰⁷ Vgl.Beschluß des G-BA von 20.12. 2005, § 91 Abs.7 SGB V zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus , DÄBL.103,Heft 4,2006: A-211, B-183, C-179

²⁰⁸ Vgl.ebenda 132

²⁰⁹ Vgl. Hessisches Ärzteblatt 3, Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung und Vereinbarung zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus seit 1.1.2006 in Kraft, 2006

- im Bereich *Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation*: die Regelung von Verantwortlichkeiten, Mitarbeiterorientierung, Praxismanagement, Gestaltung von Kommunikationsprozessen und Informationsmanagement, Kooperation und Management der Nahtstellen der Versorgung und die Integration bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen

Grundelemente des QM sollen nach § 4 sein:

- Instrumente des QM zur Festlegung konkreter Qualitätsziele
- Patientenzufriedenheitsanalysen, Patientenbefragungen

Der Spielraum der Implementierung eines QM ist relativ groß, die Richtlinie ist modelloffen und undogmatisch. Qualitätsziele stehen an vorderster Stelle.

Die Einführung und Weiterentwicklung des QM wird von einer Qualitätsmanagement-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigungen aus mindestens 3 qualifizierten Mitgliedern bewertet. Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen senden insgesamt ein zusätzliches prädestiniertes Mitglied. Die Kommissionen haben zwei grundlegende Funktionen:

1. Erhebung des Grades der Einführung eines einrichtungsinternen QM auf der Grundlage einer 2,5 %igen Stichprobe aller Leistungserbringer jährlich. Beratende Funktion im Falle von defizitärer Erfüllung der Richtlinien-Anforderungen.
2. Standardisierte Auswertung der Ergebnisse durch die KV- Kommissionen: Weiterleitung der Ergebnisse an die Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV , Weiterleitung der Ergebnisberichte von der KBV an den Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA.

Der 4-Stufen-Plan für den Zeitrahmen zur Umsetzung der QM-Richtlinien nach den Vorgaben § 136 SGB V besteht aus folgenden Phasen:

Phase I (1./2. Jahr)

- Vorbereitung der Einführung eines einrichtungsinternen QM durch die Praxisführung
- Benennung eines Verantwortlichen (z.B. Praxisgemeinschaft)

- Durchführung einer schriftlichen Selbstbewertung des Ist-Zustandes der Praxis
- Festlegung von Qualitätszielen

Phase II (3./4. Jahr)

Anwendung aller folgenden Grundelemente und Instrumente aus den § 3 und § 4:

Grundelemente:

- Einhaltung fachlicher Standards
- Patientensicherheit
- Patientenmitwirkung
- Festlegung von Kompetenzen
- Mitarbeiterorientierung

Instrumente:

- Festlegung konkreter, praxisbezogener Qualitätsziele
- systematische Überprüfung der Zielerreichung
- Prozessbeschreibung
- Patientenbefragungen
- Beschwerdemanagement

Phase III (5. Jahr)

- Jährliche Selbstbewertung
- Kernpunkt des Internen Qualitätsmanagements: Überprüfung der Zielerreichung mittels Indikatoren
- Dokumentation der Prozess- und Ergebnisqualität mittels valider Indikatoren

Phase IV (6. Jahr)

- KV-Überprüfungen
- Berichterstattung der QM-Kommissionen (detaillierte Regelung in der Richtlinie)
- Stichprobenumfang: 2,5 % aller Leistungserbringer jährlich
- u.U. Beratungsaufgabe der Kommission

Die **Gesetzesgrundlagen** zu der **Sicherung der Qualität der Leistungserbringung** sind im **9. Abschnitt SGB V** ²¹⁰ festgeschrieben.

- § 135 - Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- § 135a - Verpflichtung zur Qualitätssicherung für Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser
- § 136 - Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen
- § 136a - Qualitätssicherung in der Vertragsärztlichen Versorgung
- § 137 - Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern
- § 137 - Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung
- § 137a - Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität
- § 137b - Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin:
Volltext: Der gemeinsame Bundesausschuss hat den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen, sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, eingeführte Qualitätssicherungs-Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten und Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie Sektoren- und Berufsgruppen übergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, einschl. ihrer Umsetzung zu erarbeiten. Er erstellt in regelmäßigen Abständen einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung.
- § 137c - Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus
- § 137d - Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation
- § 138 - Neue Hilfsmittel in der Vertragsärztlichen Versorgung
Volltext: Die in der Vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte dürfen neue Heilmittel nur verordnen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach §

²¹⁰ Vgl. ebenda 201

92, Absatz 1, Satz, Nr. 6, Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat.

§ 139a - Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Volltext: *Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und ist dessen Träger. Hierzu kann eine Stiftung des Privaten Rechts errichtet werden.*

Als Resümee aus den **gesetzlichen Rahmenbedingungen** folgert die gesetzliche Forderung nach einem einrichtungsinternem Qualitätsmanagement und einer **internen belegbaren und nachweisbaren Qualitätssicherung** für alle Praxisformen der **Präventionsmedizin**. Ein spezifisches Konzept für die interne Qualitätssicherung ist gesetzlich bisher nicht festgelegt. Ebenso ist eine Zertifizierungspflicht vorerst nicht vorgesehen.

8. Qualitätswissenschaftliche Grundlagen für den Präventionsarzt

Zur Führung und Wahl eines Qualitätsmanagement-Systems QMS in der Präventionsmedizin soll der Präventionsarzt mit den grundsätzlichen Kenntnissen der Qualitätswissenschaft und in den verschiedenen QM-Konzepten ausgestattet sein. Dieses Ziel hat das anschließende Kapitel.

8.1 Der Begriff Management

Der Begriff **Management** wurde von Drucker P.F.^{211 212} und Malik F.²¹³ formuliert und für die Praxis relevant ausgestattet.

Management bedeutet im Sinne von Drucker P. F.,^{214 215} übereinstimmend mit Crosby, Ph.B.,²¹⁶ dass Menschen mit gemeinsamen Werten, Zielen und Strukturen durch Aus- und Weiterbildung in die Lage versetzt werden, eine gemeinsame Leistung zu erbringen. Dabei muss gewährleistet werden, dass die Planung und Produktion auf Veränderungen der äußeren Bedingungen reagieren kann. Diese grundlegende Aufgabenstellung begleitet das Management seit der Entwicklung seines Begriffes.²¹⁷

Die Geschichte des Managements beginnt im Ersten Weltkrieg mit der Organisation riesiger Armeen unterschiedlicher Nationalität und riesiger Mengen an Kriegsmaterial. Nach Ansicht von Drucker P.F. haben sich aus den Aufgabenteilungen dieser Zeit die grundlegenden Funktionen des Managements abgeleitet.^{218 219} P.F. Drucker, 1909 in Wien geboren, gilt als einer der bedeutendsten Zukunftsanalysten und Managementtheoretiker, als Ideengeber in der Entwicklung des Managementbegriffes.^{220 221 222 223}

Die „Bildungsexplosion“ der letzten 100 Jahre muss als Voraussetzung für die Entwicklung des modernen Managements angesehen werden, das ohne eine

²¹¹ Vgl. Drucker, P.F., 2000, Die Kunst des Managements, Econ, Düsseldorf

²¹² Vgl. Drucker, P.F., 2002, Was ist Management?, Econ, Düsseldorf

²¹³ Vgl. Malik, F., 2005, Management Handwerk

²¹⁴ Vgl. Drucker, P.F., 1956, Praxis des Managements, Econ, Düsseldorf

²¹⁵ Vgl. Drucker, P.F., 1998, Die Praxis des Managements, Econ, Düsseldorf

²¹⁶ Vgl. Crosby, Ph., B., 1986, Running things, Mc Graw-Hill Company

²¹⁷ Vgl. Drucker, P.F., 1971, Was wir von den Japanern lernen können, Japan Airlines, Europa Zentrale

²¹⁸ Vgl. Drucker, P.F., 1984a, Erfolgreiches Management in Krisenzeiten, Heyne München

²¹⁹ Vgl. Drucker, P.F., 1997, Management in turbulenter Zeit, Econ, Düsseldorf

²²⁰ Vgl. Drucker, P.F., 1984b, Neue Management Praxis, Econ, Düsseldorf

²²¹ Vgl. Drucker, P.F., 1996, Umbruch im Management, Econ, Düsseldorf

²²² Vgl. Drucker, P.F., 1998, Die Zukunft bewältigen, Econ, Düsseldorf

²²³ Vgl. Drucker, P.F., 2000, Management im 21. Jahrhundert, Econ, Düsseldorf

hoch qualifizierte Wissensgrundlage in einer Gesellschaft nicht existieren kann, gefördert durch die zwar zeitversetzt gefolgte Entwicklung zur Informationsgesellschaft²²⁴. Umgekehrt ermöglicht erst das Management eine wirksame Nutzung des Wissens hoch qualifizierter und fachlich spezialisierter Menschen.

Drucker P.F. hat mit entscheidenden Fragen zum Management

7 Prinzipien als wesentliche Eckpunkte des Managements²²⁵ ²²⁶

formuliert:

1. Im Mittelpunkt jeder Managementtätigkeit steht immer der Mensch. Erfolgreiches Management versetzt Menschen in die Lage, gemeinsame Leistungen zu vollbringen, mit dem besonderen Augenmerk der Entwicklung und Förderung ihrer Stärken. Diese müssen sich entfalten können ohne Behinderung vorhandener Schwächen.
2. Die Funktion des Managements muss darauf beruhen, verschiedenste Menschen in einer gemeinsamen Unternehmung zu integrieren, unabhängig von oder eingliedert in Tradition, Geschichte und Kultur.
3. Die wichtigste Aufgabe des Managements ist die deutliche Aufgabenstellung und die klare Festlegung von Zielen und Werten einer Organisation und bei deren Realisierung vorbildlich voranzugehen, die nur dann funktionieren kann, wenn alle Mitarbeiter sich zu den gemeinsamen Zielen und Werten bekennen. Diese Ziele müssen einfach und verbindlich sein, für alle Beteiligten eine klare Vision des Ganzen darstellen.
4. Jedes moderne Unternehmen muss sowohl eine Lern- als auch eine Lehr-Einrichtung sein, damit alle Beteiligten die Chance haben, sich wandeln, den Erfordernissen und Möglichkeiten anpassen und künftiger Entwicklung vorgreifen zu können.
5. Um die verschiedenen Fachgebiete eines Unternehmens zu organisieren, ist es elementar, eine gute Kommunikationsstruktur zu etablieren. Jeder Mitarbeiter muss die Ziele und Verantwortlichkeiten aller Beteiligten kennen. Er sollte prüfen, welche Informationen er seinen Kollegen zur Verfügung stellen kann und muss.

²²⁴ Vgl.Steinbicker,J.,2001,Zur Theorie der Informationsgesellschaft

²²⁵ Vgl.Drucker,P.F.,2007,Kardinalfragen effektiver Führung,Redline,Wirtschaft ,Heidelberg

²²⁶ Vgl.Drucker,P.F.;Collins,J.,2009,Die Fünf entscheidenden Fragen des Managements,Wiley-VCH,Weinheim

6. Das Management sollte geeignete Werkzeuge zur Verfügung stellen, anhand derer Leistungen in- und außerhalb des Unternehmens gemessen werden können. Nur eine operationale Bewertung von Ergebnissen macht es möglich, Leistungen einzelner Organe oder einer gesamten Organisation verbessern zu können.
7. Das wichtigste Ergebnis eines erfolgreichen Managements muss immer ein zufriedener Kunde sein. Die Nachfrage eines zufriedenen Kunden nach dem Output einer Organisation gibt dem Unternehmen seine gesicherte Daseinsberechtigung, nicht unternehmensinterne Belange.

Die aufgestellten Prinzipien von F.P. Drucker formulieren zusammengefasst: *Erfolgreiches Management fügt zahlreiche verschiedene Qualitäten zu einer Einheit zusammen.*

Managementarbeit bedeutet Erarbeitung und Umsetzung von Strategien.^{227 228}
229

Management sektorenübergreifender Kooperationen - beispielsweise ein Praxisnetz interdisziplinärer Module - erfordert feste Strategien.²³⁰
²³¹Innovationskraft und Kompetenz sind Erfolgsfaktoren im Management .²³²
233 234 235

Nach Malik F.^{236 237} steht **Management** für das Ausführen und die wertgerichtete Koordination von anstehenden Aufgaben, unter Beachtung der Anforderungen wie Bedeutung, Zeit, Funktion und Kosten. Managementkompetenz bestimmt Erfolg, Wettbewerbsfähigkeit und kreative Wertschöpfung. F. Malik bewertet das Management als **erlernbaren** Beruf,

²²⁷ Vgl.Simon,H.;von der Gathen,A.,2002,Das große Handbuch der Strategieinstrumente, Campus,Frankfurt a.M.

²²⁸ Vgl.Welge,M.K.;Al-Laham,A.,2008,Strategisches Management,Gabler,Wiesbaden

²²⁹ Vgl.Benz,Ch.2008,Q-Planung, Operative Umsetzung strategischer Ziele,Carl Hanser, München

²³⁰ Vgl.von Eiff,W.,2007b,Management sektorenübergreifender Kooperationen,WIKOM, Wegscheid

²³¹ Vgl.Baartmans,P.C.M.& Geng,V.,2000,Entwicklung u. Umsetzung Qualitätskonzept mit zentralen/dezentralen Aspekten,Hans Huber, Bern

²³² Vgl.Brendt,R.,2005,Innovation als Erfolgsfaktor, Springer, Berlin

²³³ Vgl.Hauschildt,J.;Salomo,S.,2009,Innovationsmanagement, Vahlen,München

²³⁴ Vgl.Bergmann,G.;Daub,J.,2008,Systemisches Innovations-und Kompetenzmanagement,Gabler,Wiesbaden

²³⁵ Vgl.Zaugg,R.,J.,2006,Handbuch Kompetenzmanagement,Haupt Verlag, Stuttgart

²³⁶ Vgl.ebenda 213

²³⁷ Vgl.ebenda 186

klar abgegrenzt von Berufung und jedem Mythos,²³⁸ etwas Außergewöhnliches zu tun, der sich durch **3 Prinzipien** auszeichnet:

- dem **Prinzip des Konstitutionellen Denkens**:
der Erkenntnis, dass die Geschicke einer Organisation nicht von einer einzelnen Person abhängen und der wahre Prüfstein des Top-Managers die Phase nach ihm ist.
- dem **Prinzip der „Rule of Law“** im Gegensatz zu der „Rule of Man,“
der Erkenntnis, dass eine Organisation nicht speziellen Interessen der führenden Person ausgesetzt sein darf.
- dem **Prinzip der Stetigkeit**
der Erkenntnis, dass eine Organisation nicht nur Spitzenerfolge benötigt, sondern kontinuierlich Ergebnisse auf hohem Niveau mit fortlaufender nachhaltiger Verbesserung.

Management ist stark verbunden mit Professionalität, gestaltender, steuernder und lenkender Qualität, hohem Widerstandsniveau, Konfliktkultur, Innovationskraft und Wertschöpfung, dem kreativen Umgang mit Fehlern.

Management ist nach Malik F. durch 4 Elemente gekennzeichnet, die sich in allen QM-Konzepten wieder finden.

Diese 4 Elemente sind:

- Aufgaben
- Werkzeuge
- Grundsätze
- Wertschöpfung

Aufgaben sind die Durchführung und Abwicklung der einzelnen Kern- und Unterstützungsprozesse in einer Organisation.

Werkzeuge im Management-Profil – Begabung und erlernte Professionalität – bestimmen den jeweiligen Erfüllungsgrad der Aufgaben.

Grundsätze regeln die Qualität der Aufgabenerfüllung hinsichtlich des Einsatzes der Werkzeuge auf der Basis von (Selbst-)Disziplin und Einsicht in die Risikoträchtigkeit der jeweiligen konkreten Aufgabenerfüllung.

²³⁸ Vgl. Richter, Ch., 2004, Der authentische Manager, Redline Wirtschaft

Verantwortung im Sinne von Alltagsethik und subtiler Eigenverantwortung ist die Voraussetzung für die fortlaufende Defizitprüfung und Verbesserung, die Eigenschaft für verdiente Leistungserfolge und Wertschöpfung.

Management ist verschiedenen Disziplinen zuzuordnen.

1. Management als *technische Disziplin* – setzt Handeln und Anwendung von Wissen in den Mittelpunkt mit der Messung des Outputs einer Organisation nach Gewinn, Produkten und Dienstleistungen.
2. Management als *Humanwissenschaft* – führt Menschen mit ihren Werten und Fähigkeiten zusammen, sich in einer größeren gemeinsamen Einheit zu verwirklichen, produktiv zu werden, mit Respekt vor ethischen Fragen, da die Wirkungen des eigenen Handelns über die Grenzen der eigenen Organisation hinaus gehen können.
3. Management als *Weisheit* – verlangt Selbsterkenntnis und Wissen um sich seinen Führungsaufgaben erfolgreich stellen zu können.
4. Management als *angewandte Kunst* – gewährleistet die praktische Anwendung von Wissen, Wissen im Dienst von Effektivität und Resultaten.

8.1.1 Die Managementwerkzeuge M7

Noack B.²³⁹ formuliert für drei Schritte des Managements.

7 Management-Werkzeuge im Total Quality Management

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. Schritt: Datenanalyse | Werkzeuge - Affinitätsdiagramm
- Relationendiagramm |
| 2. Schritt: Lösungsfindung | Werkzeuge - Portfolio
- Baumdiagramm
- Matrixdiagramm |
| 3. Schritt: Lösungsumsetzung | Werkzeuge - Netzplan
- Problementscheidungsplan |

²³⁹ Vgl.Noack,B.,2006,Total Quality Management ,Der Weg zur Buisiness Excellence, TFH Wildau

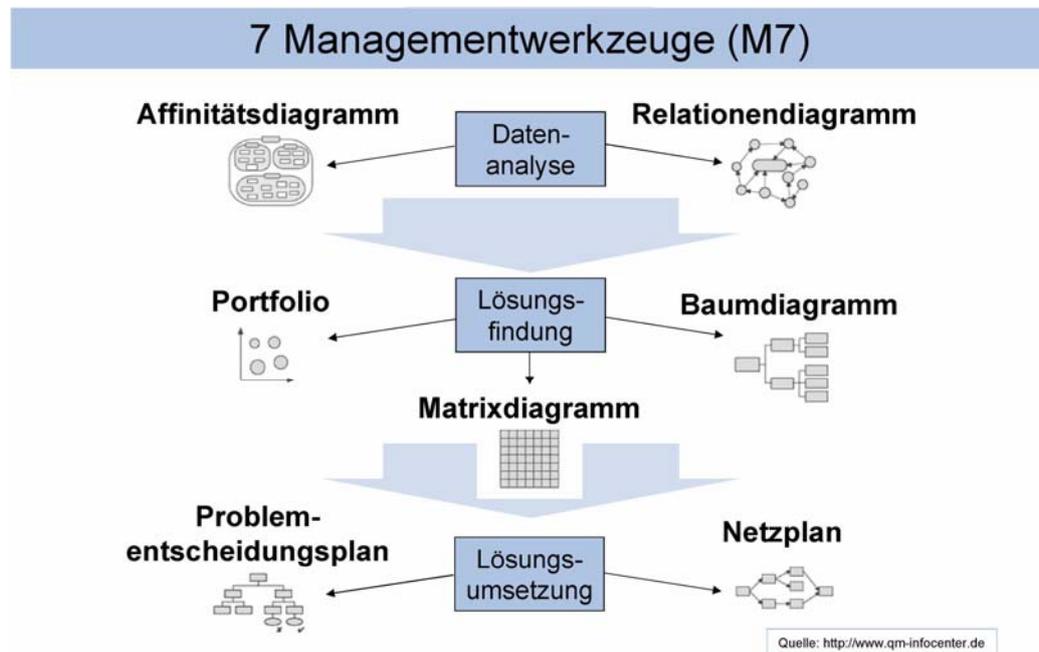


Abbildung 4: Die 7 Managementwerkzeuge (M7) nach Noack B.

(Sekundärquelle: TQM Noack Beatrice Innovationsmarketing, TFH Wildau WS2006/07, Prof. Dr. Broda, St

[http:// www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack_2.pdf](http://www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack_2.pdf))

Die Managementbegriffe nach Drucker, P.F., Malik F. und Noack B. wurden zu ihrer Anwendung in der Medizin und im Gesundheitswesen praktikabel anwendbar umgesetzt.^{240 241 242 243}

8.2 Der Begriff Qualität

Der grundlegende Begriff „**Qualität**“ ist in der Norm definiert, auch für die Medizin stimmig, als Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt²⁴⁴. Inhärente Merkmale sind innewohnende, ständige und objektiv messbare Eigenschaften. Qualität ist die Übereinstimmung zwischen festgelegten Eigenschaften und vorher geregelten Forderungen einer Betrachtungseinheit. Als eine der einfachsten Definitionen dieses Begriffes gilt

²⁴⁰ Vgl. ebenda 220

²⁴¹ Vgl. Fischer, H.; Gerhardt, E.P.; et al., 2005, Management Handbuch.

²⁴² Vgl. Heimerl-Wagner, P.; Köck, Ch., 1996, Management im Gesundheitswesen

²⁴³ Vgl. ebenda 213

²⁴⁴ Vgl. ebenda 28

die Regel: Qualität ist die Übereinstimmung von Ist und Soll, die Erfüllung von Erfordernissen und Erwartungen.

In der praktischen Anwendung des **Qualitätsbegriffes** kann nach der Auffassung von David A. Garvin²⁴⁵ zwischen **5 Sichtweisen** unterschieden werden:

1. Das **transzendente Qualitätsverständnis**

mit der Definition der Qualität als eine subjektive Erfahrung einer Person hinsichtlich der besonderen einzigartigen Eigenschaften eines Produktes oder einer Dienstleistung: diese Qualität ist weder messbar, noch konkretisierbar und damit für die wissenschaftliche Praxis nicht brauchbar.

2. Das **produktbezogene Qualitätsverständnis**

mit der Definition der Qualität eines Produktes aus der Erfüllung von allgemein festgelegten Anforderungen.

3. Das **kundenbezogene Qualitätsverständnis**

mit der Definition der Qualität als die perfekte Realisierung aller Kundenanforderungen an ein Produkt: diese Definition entspricht der Qualitätsdefinition der ISO 9000:2005. Das Fehlen von Merkmalen und damit eine fehlende Umsetzung einer Kundenforderung wirken sich negativ auf die Qualität des Produktes aus. Eine Zugabe weiterer Eigenschaften, welche vom Kunden nicht gewünscht werden, vermag die Qualität nicht positiv zu beeinflussen, da sie für ihn nutzlos sind. Es kann keine Kompensierung von fehlenden Merkmalen durch Zugaben anderer Funktionen erfolgen. Ein Problem des Qualitätsansatzes ist in der vollständigen Identifikation der Kundenforderungen begründet. Zusätzlich muss die Relevanz der Merkmale eines Produktes für den Kunden beachtet werden.

4. Das **wertorientierte Qualitätsverständnis**

mit der Definition der Qualität ein Produkt hinsichtlich der realisierten Merkmale zu einem angemessenen Preis-Kosten-Nutzen-Verhältnis zu erwerben: Die Relevanz des Produktes für den Kunden ist bei der wertorientierten Sichtweise von Qualität ebenfalls maßgebend.

²⁴⁵ Vgl. Garvin, D.A., 1984, What does „Product Quality“ really mean? Sloan Management Review, p.25

5. Das fertigungsbezogene Qualitätsverständnis

mit der Definition der Qualität als die Erfüllung genauer Vorgaben, Vereinbarungen und Normen, die „a priori“ Qualität, bezeichnet als „wahrscheinliche“ Qualität.

Der amerikanische Qualitäts-Lehrer Philip Bayard Crosby^{246 247 248 249}
^{250 251} definierte

vier Eckpfeiler der Qualität:

- Qualität wird als Grad der **Übereinstimmung** mit **Anforderungen** definiert
- Grundprinzip der Qualitätsplanung ist **Vorbeugung**
- **Null-Fehler-Prinzip** muss zum Standard werden.
- **Qualitätskosten** sind die **Kosten** für **Nichterfüllung** der Anforderungen

Das klassische **Donabedian-Modell**^{252 253} teilt die Qualität in drei Dimensionen ein: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die drei Aspekte bedingen einander und stehen in enger Wechselwirkung.

Unter **Strukturqualität** werden alle Bedingungen verstanden, unter denen die Leistung erbracht wird: Organisationsform, Ausbildung des Personals, Material, Geräte, Räumlichkeiten, Hilfsmittel.

Unter **Prozessqualität** werden Abmachungen verstanden für Abläufe und einzelne Schritte einer Leistung.

Unter **Ergebnisqualität** wird dokumentiert, welchen Erfolg, welches Resultat eine Leistung bringt.

Den Definitionen und Begriffen von Qualität bei Crosby Ph.B. und Donabedian A. hat von Eiff W.²⁵⁴ als wichtigste Voraussetzung mit den einzelnen Qualitätsdimensionen eine Gesamtqualität zu erzielen, die Dimension der **Sozialqualität** in Anlehnung an die Definition Sozialer

²⁴⁶ Vgl. Crosby, Ph., B., 1984, Quality without Tears, Mc Graw-Hill Company

²⁴⁷ Vgl. Crosby, Ph., B., 1986, Quality is free, Mc Graw-Hill Company

²⁴⁸ Vgl. Crosby, Ph., B., 1989, The eternally successful organisation, Mc Graw-Hill Company,

²⁴⁹ Vgl. Crosby, Ph., B., 1994, Completeness: quality for 21 st century, Carl Hanser, München

²⁵⁰ Vgl. Crosby, Ph., B., 1996, Quality is still free, Ueberreuter, Frankfurt a.M.

²⁵¹ Vgl. Crosby, Ph., B., 2000, Quality is free., Ueberreuter, Frankfurt a.M

²⁵² Vgl. ebenda 127

²⁵³ Vgl. ebenda 128

²⁵⁴ Vgl. ebenda 187

Kompetenz von Kanning U.P.²⁵⁵ hinzugefügt. Die Sozialqualität ist als wichtigster Qualitätsförderer die zentrale Voraussetzung für eine dauerhafte Erreichung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Von Eiff W. bewertet die Sozialqualität als eine Dimension, die den Einfluss einer Unternehmenskultur auf die Effektivität, ihre Zielorientierung und Effizienz, die Wirtschaftlichkeit von Leistungsprozessen, Organisations- und Zusammenarbeitsformen transparent macht. *Sozialqualität* ist Monitor, Garantie und Spiegelbild der *Management-Kultur*.

Qualität hat keinen statistischen, sondern immer einen dynamischen Wert. Ihre definierten Merkmale müssen fortgeschrieben, messbar und vergleichbar sein und fortlaufend gesichert werden.

Sozial-Qualität: Die wichtigste Q-Dimension



Abbildung 5: Sozialqualität : die wichtigste Q-Dimension
(Quelle: ²⁵⁶ von Eiff W. Abb.1.9 In: Führung und Motivation in Krankenhäusern , 2000)

²⁵⁵ Vgl.ebenda 185

²⁵⁶ Vgl.ebenda 187

8.3 Die Begriffe Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Qualitätsmanagement umfasst alle Maßnahmen in der Lenkung einer Organisation ihre festgelegten Ziele mit dem jeweils festgelegten Qualitätslevel zu erreichen. **Qualitätssicherung**, die Festschreibung als Ziel formulierter Qualitätslevel, ist nicht, wie früher angenommen, durch eine nachträgliche Prüfung der Qualität möglich, sondern Qualitätssicherung umfasst mit zeitgleichem kontinuierlichem Monitoring wesentliche Teilbereiche des Qualitätsmanagements, des Leitens und Lenkens einer Organisation, die Forderung optimaler Voraussetzungen, die Qualitätslenkung mit kontinuierlichen Soll-Ist-Bilanzen, die gesamte Qualitätspolitik, alle Maßnahmen, die Vertrauen schaffen, dass definierte Anforderungen erfüllt werden. Zu den Grundprinzipien einer Qualitätssicherung gehört die zeitgerechte Überprüfung eingeleiteter Sicherungs-Maßnahmen.

Grundsätzlich muß sich jede ärztliche Tätigkeit in einem System von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung abbilden können. Dabei bedeuten Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung auch Risikomanagement. Qualitätswissenschaftliche Grundlagen sind für die medizinische Praxis relevant und umsetzbar beschrieben.^{257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267}

^{268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287}
^{288 289 290 291 292}

²⁵⁷ Vgl. Bellebarba, J.; Schnappauf, D., 1996, Organisationsentwicklung im Krankenhaus, Göttingen, S. 39-54

²⁵⁸ Vgl. Broglie, Ch., 2004, Lebenszyklus von Geschäftsmodellen, Juristische Medien, Schulthess

²⁵⁹ Vgl. Ennker, J.; Pietrowski, D.; Kleine, P., 2007, Risikomanagement in der operativen Medizin, Verlag Steinhoff, Darmstadt

²⁶⁰ Vgl. Gerlach, F.M., 2001, Qualitätsförderung in Praxis und Klinik

²⁶¹ Vgl. Göbel, D., 1999, Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Krankenhäuser unter Reformdruck

²⁶² Vgl. Greßler, U.; Göppel, R., 1996, Qualitätsmanagement, Stam Verlag, Köln

²⁶³ Vgl. Hildebrand, R., 2001, Das bessere Krankenhaus

²⁶⁴ Vgl. Kamiske, G.F., 2003, Qualitätsmanagement im Dienstleistungsbereich

²⁶⁵ Vgl. Kamiske, G.F.; Brauer, J.P., 1999, Qualitätsmanagement von A bis Z, Carl Hanser, München

²⁶⁶ Vgl. Kamiske, G.F.; Brauer, J.P., 2002, Qualitätsmanagement von A bis Z, Carl Hanser, München

²⁶⁷ Vgl. Kamiske, G.F.; Brauer, J.P., 2006, Qualitätsmanagement von A bis Z, Carl Hanser, München

²⁶⁸ Vgl. Kamiske, G.F.; Brauer, J.P., 2008a, ABC des Qualitätsmanagements, Carl Hanser, München

²⁶⁹ Vgl. Kamiske, G.F.; Brauer, J.P., 2008b, Qualitätsmanagement von A bis Z, Carl Hanser, München

²⁷⁰ Vgl. Kamiske, G.F.; Umbreit, G., 2006, QM-Multimediale Einführung, Carl Hanser, München

²⁷¹ Vgl. Kleine, P.; Ennker, J., 2007, Qualitätsmanagement in der operativen Medizin, Leitfaden für Ärzte und Pflegekräfte, Steinhoff Verlag, Darmstadt

²⁷² Vgl. Köck, Ch. 1996, Qualitätsmanagement als Weg zur Organisationsveränderung im Krankenhaus, In: Bellabra, J.; Schnappauf, D., S. 39-54

²⁷³ Vgl. Köck, Ch. 2004, Qualitätsmanagement : Definition, Abgrenzung, In: Lauterbach/Schrapp, S. 287-294

²⁷⁴ Vgl. Kohl, H., 1999, QM-Systeme in medizinischen Einrichtungen, LGA InterCert, Nürnberg

²⁷⁵ Vgl. Lauterbach, K. W.; Schrappe, M., 2004, Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement, Evidence-based

Der Sachverständigenrat zur Entwicklung im Gesundheitswesen hat 2006 ein Gutachten zur Koordination und Qualität im Gesundheitswesen erstellt.²⁹³ Die Kosteneffektivität im und durch Qualitätsmanagement ist sehr differenziert zu analysieren.²⁹⁴ Ein amerikanisches Beispiel ist das Konzept von Medicare.²⁹⁵ Aspekte der Qualitätssicherung in Gesundheitsförderung und (Primär-) Prävention wurden von Kliche T.²⁹⁶ und Rosenbrock,R.²⁹⁷ bearbeitet. Walter U.,Schwarz F.W. und Hoepner-Stamos F. haben 2002 einen zusammenfassenden Leitfaden für die Umsetzung eines Qualitätsmanagements in Gesundheitsförderung und Prävention verfasst.²⁹⁸ Selbmann H.K.²⁹⁹ stellt die Qualitätssicherung in die verschiedenen Dimensionen der einzelnen Partner im Gesundheitswesen und ihrer Interessenschwerpunkte.

Medicine,Schattauer,Stuttgart

- ²⁷⁶ Vgl.Mansky,T.,2008,Erkenntnisgewinn einer Qualitätssicherung mit Routinedaten,GMS,DoC.C6,100
- ²⁷⁷ Vgl.Masing,W.,1999,Handbuch Qualitätsmanagement, Carl Hanser, München
- ²⁷⁸ Vgl.Michel,St.,2002,Qualitätsmanagement stationäre Suchtbehandlung ,Prozess organisationalen Lernens
- ²⁷⁹ Vgl.Pasche,S.; Schrappe,M.,2003,QM-Management: Begriffe u. Konzept,Medizinische Klinik 98,S.9-14
- ²⁸⁰ Vgl.Pfeifer,T.,2001, Praxishandbuch Qualitätsmanagement, Carl Hanser,München
- ²⁸¹ Vgl.Pietsch-Breitfeld,B.;Sens,B.;Rais,S,1996,Begriffe u. Konzepte des QM,Biometrie Epidemiol.27,S.200-30
- ²⁸² Vgl. Ptak,H.,2009,Controlling im Krankenhauswesen, Verlag Dr. Kovac, Hamburg
- ²⁸³ Vgl.Schrappe,M.,2003,QM- Bedingungen der aktuellen gesundheitspolitischen Situation,Med Klinik,98,S.2-8
- ²⁸⁴ Vgl.Schrappe,M.;Wolf-Ostermann,K.,2000,Das interne QM nimmt.Führen und Wirtschaften,S.478-480
- ²⁸⁵ Vgl.Seghezzi,H.D.,2004, Integriertes Qualitätsmanagement
- ²⁸⁶ Vgl.Sens,B.;Fischer,B.;et al.,2007,Grundbegriffe u. Konzepte des Qualitätsmanagements,GMS
- ²⁸⁷ Vgl.Sens,B.,2010,Patientensicherheit und Riskmanagement im Gesundheitswesen-Aktuelle Entwicklungen und Perspektiven, Ärzteblatt Sachsen-Anhalt, 21/2
- ²⁸⁸ Vgl.Viethen,G.,1995,Qualität im Krankenhaus, Grundbegriffe, Modelle, Schattauer,Stuttgart
- ²⁸⁹ Vgl.von der Schulenburg,J.M.;Kielhorn.A.;Greiner,W.,2005, Praktisches Lexikon der Gesundheitsökonomie, Asgard-Verlag,St. Augustin
- ²⁹⁰ Vgl.Ziebar,Ch.,2007,Qualität von Dienstleistungen erlebbar machen,Projekte Verlag
- ²⁹¹ Vgl.Zollondz,H.D.,2006,Grundlagen Qualitätsmanagement,Oldenbourg, München
- ²⁹² Vgl.Zollondz,H.D.,2008, Lexikon QM, Oldenbourg, München
- ²⁹³ Vgl.SVR Sachverständigenrat , 2006,Gutachten Koordination und Qualität im Gesundheitswesen,Stuttgart
- ²⁹⁴ Vgl.Stock,St.; Redaelli,M.,2004, Kosteneffektivität u. Qualitätsmanagement In: Lauterbach/Schrappe,S.541 ff
- ²⁹⁵ Vgl.Lohr, K.N.,1990,Medicare-A strategy for quality assurance,Washington DC:Institut of Medicine
- ²⁹⁶ Vgl.Kliche,T.,2009,Qualitätssicherung –wozu ist sie denn nütze?,Forum für Gesundheitsförderung und Prävention 15(2),S.4-5
- ²⁹⁷ Vgl.Rosenbrock,R.,2004a,Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der gesundheitsbezogenen Primärprävention,Zeitschrift für Evaluation,Heft 1,S.71-80
- ²⁹⁸ Vgl.Walter,U.;Schwarz, F.,W.;Hoepner-Stamos ,F.,2002,Zusammenfassender Leitfaden für die Umsetzung eines Qualitätsmanagements in Gesundheitsförderung u. Prävention, BZgA,S.315-320
- ²⁹⁹ Vgl.Selbmann,H.K., 2003, Externe Qualitätssicherung in Deutschland,Med. Klinik 98,1: S.35-40
- ³⁰⁰ Vgl.Selbmann,H.K.,2004, Qualitätssicherung,Definition u. Systemetik,In: Lauterbach/Schrappe,S.277-286

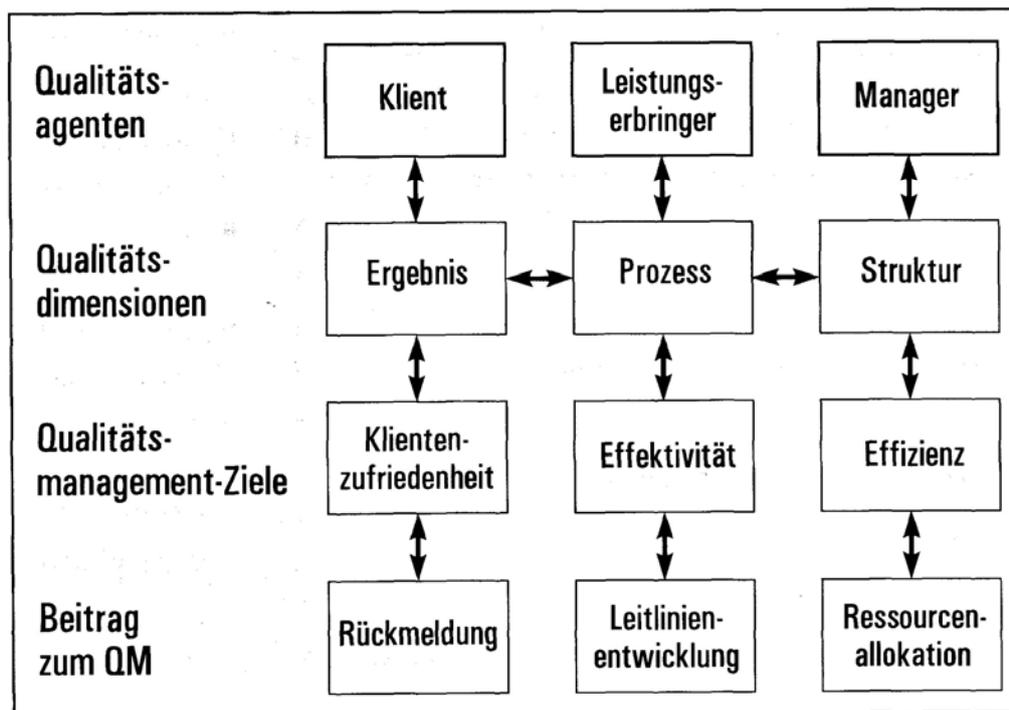


Abbildung 6: Qualitätssicherung : Partner im Gesundheitswesen und ihre Interessenschwerpunkte

(Quelle: Selbmann, H.K. In: Lauterbach K.W.; Schrappe, M. 2004 Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidenced-based Medicine)

8.4 Werkzeuge der Qualitätssicherung

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung erfordern verschiedene jeweils zielgerichtete und bekannte Qualitätstechniken und Qualitätswerkzeuge.^{301 302}

8.4.1 Die Qualitätsmanagementwerkzeuge Q7

In Analogie zu den 7 Managementwerkzeugen „M 7“ sind 7 Werkzeuge für das Qualitätsmanagement, kurz „Q 7“ bezeichnet, für die medizinische Praxis mit hohem Qualitätsbewusstsein relevant und einsetzbar. Die „Q 7“ sind auf mathematischen Grundlagen basierend Hilfsmittel, Probleme zu erkennen, zu verstehen und mit einfachen Methoden zu lösen. Noack B.³⁰³ hat die „Q 7“ zusammengestellt als Wegweiser für ein strukturiertes und

³⁰¹ Vgl. Kamiske, G.F., 2009, Handbuch QM-Methoden: Die richtige Methode auswählen u. erfolgreich umsetzen

³⁰² Vgl. Theden, Ph.; Colman, H., 2002, Qualitätstechniken, Werkzeuge zur Problemlösung, Carl Hanser, München

³⁰³ Vgl. ebenda 239

objektivierbares Fehler – und Defizit-Management und eine Leitlinie zu fortlaufender und nachhaltiger Sicherung und Verbesserung von Qualität.

Grundsätzlich werden 2 Phasen unterschieden:

- Phase 1: Fehlererfassung:**
- Werkzeug 1: Fehlersammelliste
 - Werkzeug 2: Histogramm
 - Werkzeug 3: Qualitätsregelkarten
- Phase 2: Fehleranalyse:**
- Werkzeug 4: Paretdiagramm
 - Werkzeug 5: Ursache/Wirkungsdiagramm:
ISHIKAWA-Diagramm
 - Werkzeug 6: Brainstorming
 - Werkzeug 7: Korrelationsdiagramm

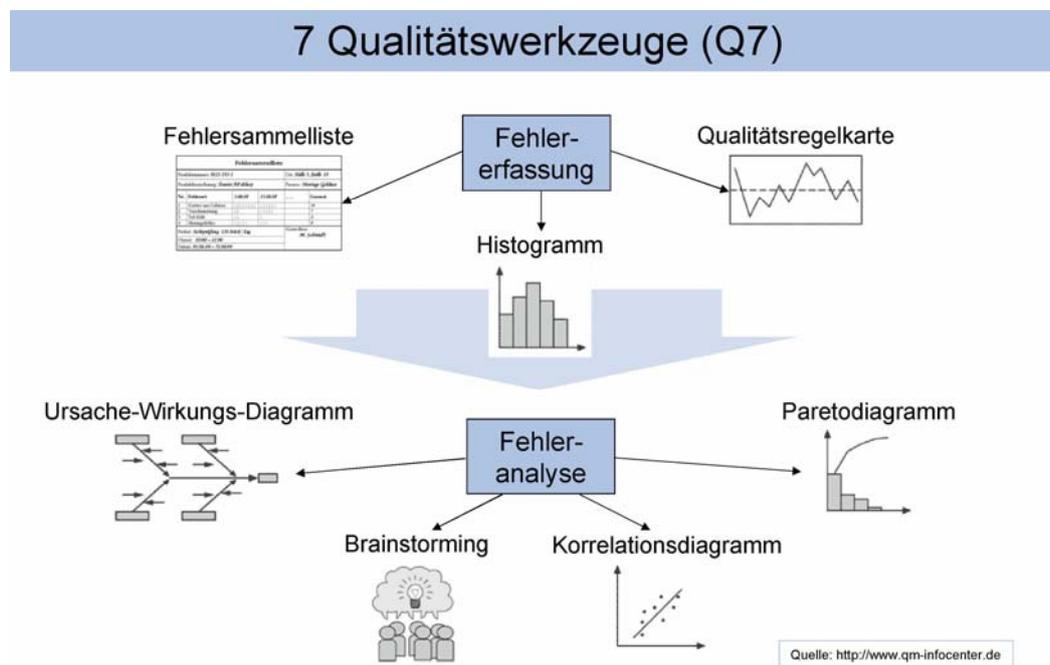


Abbildung 7: Die 7 Qualitätsmanagementwerkzeuge Q7 nach Noack B. (Sekundärquelle: TQM Noack Beatrice Innovationsmarketing, TFH Wildau WS2006/07, Prof. Dr. Broda, St

[http:// www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack_2.pdf](http://www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack_2.pdf)

QM-Werkzeug 1: Fehlersammelliste

Mit Fehlersammellisten (Sheet) können festgestellte Fehler auf einfache Weise nach Art und Anzahl erfasst und Trends erkannt werden. Fehlersammellisten dienen ausschließlich der Fehlererfassung. Die präzise Information einer Fehlersammelliste mit gesicherten Daten stellt die Grundlage für weitere Analysen dar. Zu Beginn wird das zu untersuchende Problem festgelegt. Die bekannten Fehlerarten werden genau bestimmt. Um die Anzahl von Fehlerarten zu begrenzen und trotzdem eine vollständige Erfassung zu ermöglichen, sollte eine Kategorie „sonstige/unerwartete Fehler“ aufgenommen werden. Allen Benutzern muss das Konzept exakt klar sein. Längere Datensammlungen sollten immer zu den gleichen Bedingungen erfolgen. Die Menge der zu untersuchenden Probleme sollte begrenzt sein, um eine Übersicht zu erhalten.

Q7 - Fehlersammelliste

- Informationen über Fehlerarten, -orte und -häufigkeiten

Fehlersammelliste					
Produktnummer: <i>0121-245-1</i>				Ort: <i>Halle 3, Stelle 14</i>	
Produktbezeichnung: <i>Toaster AP deluxe</i>				Prozess: <i>Montage Gehäuse</i>	
Nr.	Fehlerart	1.08.04	15.08.04	...	Gesamt
1	Kratzer am Gehäuse				14
2	Verschmutzung				7
3	Teil fehlt				3
4	Montagefehler				8
Prüfart: <i>Sichtprüfung 120 Stück/Tag</i>				Kontrollleur: <i>M. Schmidt</i>	
Uhrzeit: <i>10:00 – 11:00</i>					
Datum: <i>01.08.04 – 31.08.04</i>					

Quelle: <http://www.qi-bb.de/index.php?id=236>

Abbildung 8: Q 7 - Fehlersammelliste : Beispiel

(Sekundärquelle: TQM Noack Beatrice Innovationsmarketing, TFH Wildau WS2006/07, Prof. Dr. Broda, St

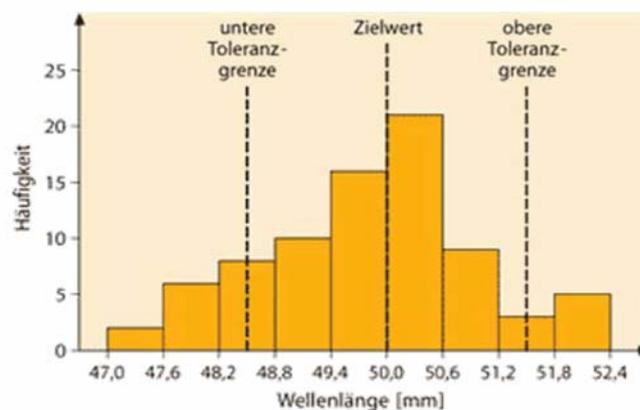
http://www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack_2.pdf)

QM-Werkzeug 2: Histogramm

Das Histogramm ist ein Säulendiagramm, in dem gesammelte Daten zu Klassen zusammengefasst werden. Das Histogramm stellt graphisch die Häufigkeitsverteilung klassifizierter Informationen dar. Die Größe einer Säule entspricht der Anzahl der Daten in einer Klasse. Das Histogramm besteht aus Säulen, die über den einzelnen Klassen (Intervallen) so errichtet werden, dass die Säulenfläche proportional zur jeweiligen Klassenhäufigkeit ist. Die graphische Darstellung im Histogramm ermöglicht die übersichtliche Darstellung einer großen Menge gesammelter Daten , die aus einer Tabelle heraus nur schwer zu deuten sind. Das Histogramm bietet den ersten Ansatz zur Datenanalyse und Problemlösung. Im Histogramm werden Toleranzgrenzen eingetragen .Anhand des Histogramms lässt sich erkennen, ob die gemessenen Werte innerhalb oder außerhalb der Toleranzgrenzen liegen und in welchem Bereich, in welcher Klasse, die meisten Messwerte sind.

Q7 - Histogramm

- Grafische Darstellung der Häufigkeiten von Fehlern



Quelle: <http://www.qm-infocenter.de>

Abbildung 9: Q7 - Histogramm

(Sekundärquelle: TQM Noack Beatrice Innovationsmarketing, TFH Wildau WS2006/07, Prof. Dr. Broda, St

http://www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack_2.pdf)

QM-Werkzeug 3: Qualitätsregelkarte

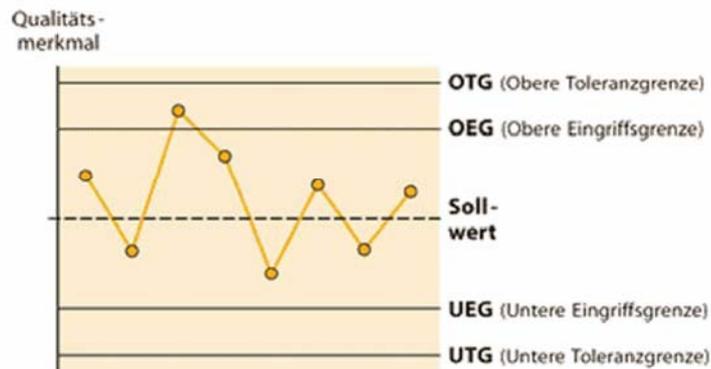
Die Qualitätsregelkarte, bekannt als Controll-Chart, ist ein graphisches Hilfsmittel, um einen Prozess über einen längeren Zeitraum fortlaufend zu beobachten. Sie ist ein dauerhaftes Frühwarnsystem um Fehler zu vermeiden und kann auf alle Arten von Merkmalen und Prozessen (Wartezeit, Prozesszeit, Anzahl Kunden-/Patienten-Kontakte) angewendet werden. Die Überwachung von Prozessen erfolgt auf statistischer Basis. Die Daten werden als Stichproben erhoben und anschließend in ein Koordinatensystem eingetragen. Dabei handelt es sich um Messwerte oder aus diesen errechnete Kennzahlen, die in Verbindung mit vorher eingezeichnetem Mittelwert sowie mit Warn-, Eingriffs- und Toleranzgrenzen zur Untersuchung und zur Steuerung des zu betrachtenden Prozesses dienen. Der Mittelwert ergibt sich aus einem Verlauf langfristiger Beobachtungen. Die oberen und unteren Warn- und Eingriffsgrenzen können berechnet werden. Sie stellen Zufallsstrebereiche des zu betrachtenden Prozesses dar, also den Betrag, um den die Mittelwerte und die Standardabweichungen der Stichproben streuen würden, wenn ausschließlich zufällig bedingte Streuungen vorhanden wären. Sie sind keine Toleranzwerte, sondern geben nur die Grenzwerte der natürlichen Prozesssteuerung wieder. Messwerte außerhalb der Eingriffsgrenzen sind von systematischen Einflüssen verursacht. Die Interpretation einer Qualitätsregelkarte ist die folgende:

1. Ein beherrschter Prozess läuft innerhalb der vorgegebenen Grenzen: dieser ist qualitätsfähig und bildet die Voraussetzung, um die Qualitätskarte sinnvoll zur Qualitätssteuerung zu benutzen.
2. Die Prozesskurve verläuft außerhalb einer Warngrenze: der Prozess ist mit Aufmerksamkeit zu beachten, besonders wenn die Werte weiter in Richtung auf eine Eingriffsgrenze zusteuern. Fazit: Prozessfehler können rechtzeitig gesucht und ihnen vorgebeugt werden.
3. Die Prozesskurve verläuft außerhalb einer Eingriffsgrenze: der Prozess ist nicht qualitätsfähig und muss bereinigt werden.

Wichtig ist, dass die Qualitätsregelkarte nicht zur Fehlerursachenanalyse geeignet ist.

Q7 - Qualitätsregelkarte

- Statistische Prozessregelung zum Beobachten von Abweichungen



Quelle: <http://www.qm-infocenter.de>

Abbildung 10 : Q 7 - Qualitätsregelkarte

(Sekundärquelle: TQM Noack Beatrice Innovationsmarketing, TFH Wildau WS2006/07, Prof. Dr. Broda, St.

http://www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack_2.pdf)

QM-Werkzeug 4: Pareto-Diagramm

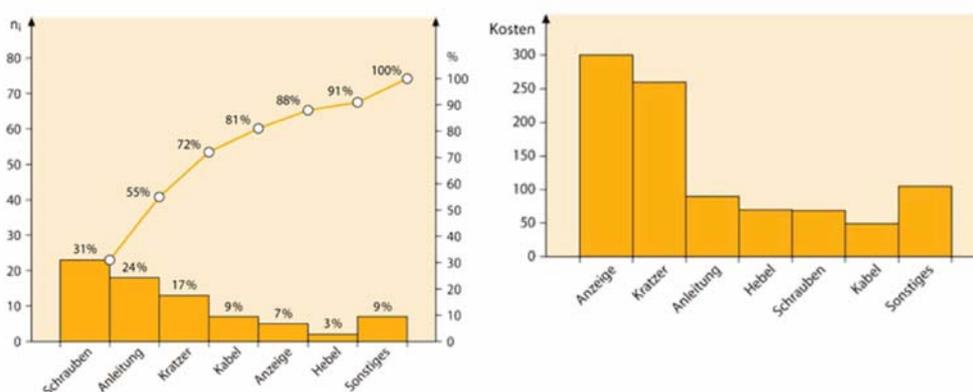
Das Pareto-Prinzip, formuliert von dem italienischen Ökonomen Vilfredo Pareto, besagt, dass nur 20 bis 30 % der Fehlerarten für 70 bis 80 % aller Fehler verantwortlich sind. Diese 20 % der möglichen Ursachen wurden als „vital few“ (entscheidende wenige), die übrigen möglichen Ursachen als die „useful many“ (nützliche viele), bezeichnet. Ein Pareto-Diagramm, ein Säulendiagramm, dient der graphischen Darstellung von Fehlern in der Reihenfolge der Bedeutung ihrer Auswirkung. Auf der Ordinate sind die Auswirkungen abzulesen, z.B. Fehlerzahl oder Kostengröße. Aus dem Pareto-Diagramm kann eine große Entscheidungshilfe resultieren. Man sieht die Fehler, die den größten Einfluss ausüben und auf diese Weise können ihre Ursachen diskutiert und die notwendige Lösung erarbeitet werden. Um das Pareto-Diagramm erstellen zu können, muss eine Liste der relevanten Fehler erstellt werden über eine Fehlersammelliste, in der die Fehlerarten nach absteigender Fehleranzahl sortiert und aufsummiert sind. Aus dem fertigen Pareto-Diagramm lässt sich die Bedeutung der einzelnen Datenkategorien

ablesen: je größer die Säule im Diagramm, desto wichtiger ist diese Kategorie, die größten Verbesserungsmöglichkeiten lassen sich ableiten.

Zur besseren Darstellung können kumulierte Auswirkungen zusätzlich durch eine Summenkurve visualisiert werden. Sie ist als *Lorenz-Kurve* bekannt. Mit ihr wird der Prozentanteil jeder einzelnen Kategorie von links nach rechts aufsummiert, bis bei der letzten Kategorie 100 % erreicht sind. Eine steile Summenkurve deutet auf sehr wenige wichtige Ursachen, eine flache dagegen weist auf viele gleichwertige Ursachen für ein Problem hin.

Q7 - Paretdiagramm

- Bedeutung der einzelnen Fehler



Quelle: <http://www.qm-infocenter.de>

Abbildung 11 : Beispiel Q 7 - Pareto-Diagramm: Beispiel

(Sekundärquelle: TQM Noack Beatrice Innovationsmarketing, TFH Wildau WS2006/07, Prof. Dr. Broda, St

[http:// www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack 2.pdf](http://www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack_2.pdf))

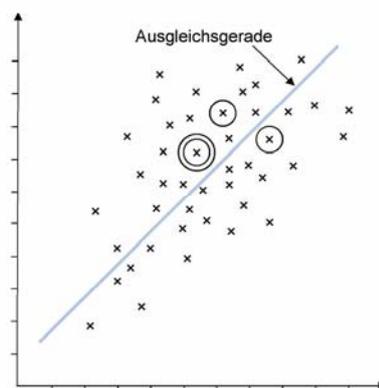
QM-Werkzeug 5: Korrelationsdiagramm

Das Korrelationsdiagramm, das Scatter-Diagramm oder Streu-Diagramm, ist eine graphische Darstellung der Beziehung zwischen zwei Variablen, die paarweise an einem Prozess beteiligt sind. Die Wertepaare werden im Diagramm als Punkte dargestellt, aus deren Muster Rückschlüsse auf einen statistischen Zusammenhang zwischen den beiden Merkmalen gezogen werden

können. Aus dem größten und dem kleinsten ermittelten Wert eines Merkmales ergibt sich die sinnvolle Einteilung der Achsen. Durch die Darstellung entsteht eine Punktwolke, die zur Interpretation des Korrelationsdiagramms dient. Lässt sich durch sie eine Ausgleichsgerade zeichnen, eine nach Augenmaß gezeichnete Linie, an der alle Punkte möglichst dicht liegen, kann bei einer steigenden Gerade auf eine positive, bei einer fallenden auf eine negative Korrelation geschlossen werden. Eine positive Korrelation bedeutet, dass steigende X-Werte mit steigenden Y-Werten verbunden sind. Je näher die Punkte an der Ausgleichsgeraden liegen, desto stärker ist der Zusammenhang der beiden Merkmale. Bei einem schwachen Zusammenhang ist anzunehmen, dass noch andere Merkmale auf den zu untersuchenden Zusammenhang Einfluss haben. Als Maßgröße für die Möglichkeiten kardinalskalierteter Merkmale dient der *Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient* r . Bei einem positiven Zusammenhang nimmt r die Werte im Intervall von 0 bis + 1 an, bei einem negativen sind Werte im Intervall von 0 bis - 1. Wenn $r = 0$ ist, besteht keine Beziehung zwischen ihnen.

Q7 - Korrelationsdiagramm

- Wechselwirkungen zwischen Fehlern



Quelle: <http://www.qm-infocenter.de>

Abbildung 12 : Q 7 - Korrelationsdiagramm

(Sekundärquelle: TQM Noack Beatrice Innovationsmarketing, TFH Wildau WS2006/07, Prof. Dr. Broda, St

[http:// www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack 2.pdf](http://www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack 2.pdf))

QM-Werkzeug 6: Brainstorming (Verlaufdiagramm, flow-chart)

Das Brainstorming ist eine typische gruppenorientierte Kreativitätstechnik. Das Ziel besteht darin, in der ersten kreativen Phase möglichst viele Ideen unstrukturiert zu entwickeln, um im zweiten Abschnitt, der Bewertungsphase, die gesammelten und strukturierten Ideen kritisch zu beurteilen und Lösungsvorschläge zu einer vorgegebenen Problemfrage zu erarbeiten. Das QM-Werkzeug Brainstorming ist besonders wichtig, weil in dieser Technik kein Denkschema vorgegeben wird.

Die folgenden Punkte müssen beachtet werden:

- Exakte Formulierung der Problemstellung
- Keine Kritik während der ersten Phase
- Schriftliche Äußerung der Ideen
- Verpflichtung des Moderators zur Ideensammlung
- Kein Zeitdruck während der ersten Phase

Q7 - Brainstorming

- Neue Ideen zu neuem Thema

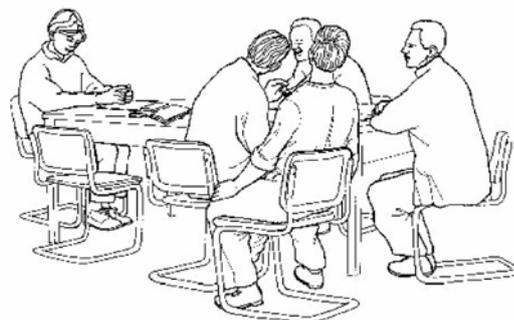


Abbildung 13: Beispiel Q 7- Brainstorming- Verlaufdiagramm

(Sekundärquelle: TQM Noack Beatrice Innovationsmarketing, TFH Wildau WS2006/07, Prof. Dr. Broda, St

[http:// www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack_2.pdf](http://www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack_2.pdf))

QM-Werkzeug7: Ursache-Wirkungs-Diagramm: Ishikawa-Diagramm

Anfang der 1950er Jahre begann der Japaner Kaoru Ishikawa in der Japanese Union of Scientists and Engineers (JUSE) ein gruppenorientiertes Konzept zu entwickeln, das 1962 offiziell Qualitätssicherungs-Zirkel genannt wurde.³⁰⁴ ³⁰⁵

³⁰⁶ ³⁰⁷ Das Ursache-Wirkungs-Diagramm (Cause-and-Effect-Diagramm) ist eine Technik zur Problemanalyse, bei der Ursache und Wirkung voneinander getrennt werden. Mögliche Ursachen und Einflüsse, welche zu einer bestimmten Wirkung oder zu einem Problem führen, werden in Haupt- und Nebenursachen aufgegliedert und graphisch dargestellt. Neben Ursache-Wirkungs-Diagramm oder Ishikawa-Diagramm sind Fischgräten- bzw. fishbone-diagramm, aufgrund der Form Bezeichnungen für dieses Modell.

Die Erstellung dieses Diagramms sollte im Team, unter Einbezug von Mitarbeitern aus allen Hierarchiestufen betroffener Abteilungen, erfolgen.

Das Diagramm wird in einzelnen Schritten verfasst:

1. Schritt:

Problemformulierung

Die Problemformulierung und damit die zu lösende Aufgabe müssen möglichst präzise und detailliert sein. Das angesprochene Hauptproblem wird im Diagramm als langer Grundpfeil horizontal von links nach rechts angelegt.

2. Schritt:

Festlegen der Ursachengruppen *erster Ordnung*

Seine typische Struktur erhält das Ishikawa-Diagramm durch die Identifikation und Festlegung der Ursachendimensionen. Dabei wird auf allgemeingültige Faktoren zurückgegriffen: die **5 Ms** Mensch, Maschine, Methode, Material und Mitwelt (Milieu, Umwelt). Diese Hauptursachen werden als „Gräten“ eingezeichnet. Je nach Problemstellung können auch nur **4 Ms** (Maschine, Mensch, Material, Methode) verwendet werden oder ein zusätzliches Feld für **Messung** entsprechend **6 Ms** eingefügt werden.

³⁰⁴ Vgl.Seyfarth-Metzger,I.;Liebich,B.;Volz,A.,2004,Qualitätsprojekte,Erfolgsfaktoren,methodische Vorgehensweise ,Werkzeuge,In:Lauterbach/Schrappé,Gesundheitsökonomie,Qualitätsmanagement,Evidence based Medicine,S.397-408

³⁰⁵ Vgl.ebenda 286

³⁰⁶ Vgl.Strauss,B.;Seidel,W.,1998,Beschwerdemanagement: Fehler vermeiden-Leistung verbessern-S.227

³⁰⁷ Vgl.Vorbach,St.,2006, Ishikawa Diagramm,Referat.Ralph Huber,Universität Graz

Die Intentionen für die 6 Ms sind:

1. **Mensch:** alle am Problem beteiligten Mitarbeiter und Personen, die aufgrund fehlender Erfahrung, Fähigkeiten, Kenntnisse, persönlichem Verhalten, Abneigungen und Einstellung zur Arbeit als Ursache infrage kommen
2. **Maschine:** Einrichtungen, Arbeitsplatzgestaltung, Maschinen, Anlagen, Werkzeuge, sonstige Hilfsmittel die Ursache für das Problem sein könnten, das Setting
3. **Methode:** Alle Ursachen, die durch intern vorgegebene Arbeitsabläufe, Organisationsstrukturen, Dienstanweisungen, Kontroll- und Genehmigungsverfahren entstanden sein könnten
4. **Material:** Alle Mängel, die durch eingesetzte Materialien, Werkstoffe, Zuliefererteile entstanden sein könnten
5. **Milieu:** Alle Unzulänglichkeiten, die durch externe Einflüsse wie Kundenverhalten, gesetzliche Vorschriften, Konkurrenzsituation, Arbeitsmarktsituation, Natur, das Setting u.a. entstanden sein könnten
6. **Messung:** Durch Fehler bei den verwendeten Mess- und Erfassungsmethoden entstandene Probleme

3. Schritt:

Erfassen von **Ursachen weiterer Ordnung: Einzel- und Nebenursachen**

In diesem Schritt werden zu jeder Hauptursachengruppe die Einzelursachen und deren Nebenursachen gesucht. Brainstorming ist sinnvoll.

Weitere Gründe werden in zwei Vorgehensweisen ermittelt:

- a. Strukturierte Vorgehensweise bei der nacheinander die 5 Ms analysiert werden, beginnend mit der Hauptursache Mensch und Ermittlung aller dazugehörigen Neben- und Einzelursachen
- b. Brainstorming unstrukturiert und ohne Einschränkung möglicher Ursachen, um eine breite Basis an möglichen Ideen zu schaffen mit anschließender strukturierter Analyse.

Bei dieser Ursachenanalyse ist es wichtig, sorgfältig und vollständig vorzugehen, da Fehler aus dieser Phase nicht durch gutes Arbeiten in späteren Situationen korrigiert werden können.

Die gefundenen Ursachen erscheinen im Ishikawa-Diagramm als horizontale kleine Gräte an den Hauptgräten, die dann noch genauer in kleineren Abzweigungen beschrieben werden können (Nebenursachen). Wichtig ist, dass an dieser Stelle lediglich Fehlerquellen ermittelt werden, ohne schon aufgezeigte Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

4. Schritt:

Identifikation der wahrscheinlichsten Ursachen

Die identifizierten Ursachen werden analysiert, um die wahrscheinlichste zu ermitteln. Sie werden im Diagramm visuell hervorgehoben. Bei der Bewertung werden Bedeutung und Schwere der Einflussnahme auf das Problem berücksichtigt.

5. Schritt:

Überprüfung der wahrscheinlichsten Ursachen auf ihre Richtigkeit

Die wahrscheinlichsten Ursachen werden auf ihre Richtigkeit überprüft durch Zurückgreifen auf vorhandene Kenntnisse und Erfahrungen, evtl. durch Hinzuziehen von Experten. Zur kompletten Überprüfung des fertigen Ishikawa-Diagramms mit häufig weiteren Ideen bzw. Zusammenhangserklärungen erfolgt anschließend eine Brainstorming-Sitzung.

6. Schritt:

Ableitung der Problemlösung

- Entwicklung von Maßnahmen, Plänen aus dem fertigen Ursache-Wirkungs-Diagramm, basierend auf den erarbeiteten Einzel- und Nebenursachen
- Bewertung von Lösungen mit allen Vor- und Nachteilen: Qualität, Kosten, Einführungsdauer, optimale Lösung

7. Schritt:

Umsetzen und Controlling der optimalen Lösung:

Umsetzung der erarbeiteten Maßnahmen nach Abstimmung aller betroffenen Abteilungen und Personen, Kunden:

Bei negativer Rückmeldung: Modifikation an Lösungsplänen

Bei positiver Rückmeldung: Umsetzung der Lösungsvorschläge.

Vor- und Nachteile des Ursachen-Wirkungs-Diagramms

Vorteile:

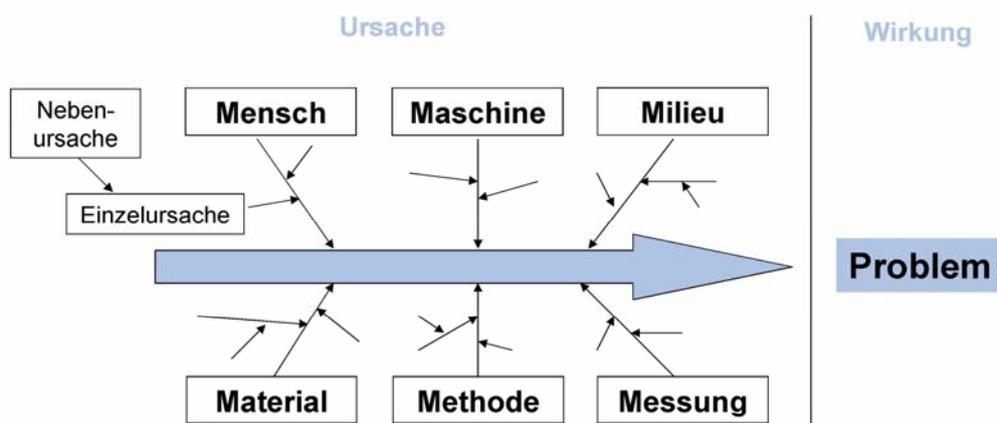
- systematische und detaillierte Erfassung der Problemursachen
- universelle Verwendbarkeit, Optimierung von Prozessen, Produktivität und Kosten
- anschauliche und vollständige Visualisierung aller denkbaren Einflussgrößen eines Problems, Vermeidung einer Beschränkung auf wenige Ursachen

Nachteile

- hohe Komplexität der Diagramme
- keine Erfassung von Wechselwirkungen zwischen Ursachen
- hoher Zeitaufwand
- Stärke in Problemanalyse, weniger in Fehlerbehebung
- nicht-präventive Maßnahme (Gegensatz zu FMEA)

Q7 – Ursache-Wirkungs-Diagramm

- Mögliche Problemursachen sammeln



Quelle: <http://www.qm-infocenter.de>

Abbildung 14: Q 7- Ishikawa-Diagramm

(Sekundärquelle: TQM Noack Beatrice Innovationsmarketing, TFH Wildau
WS2006/07, Prof. Dr. Broda, St

http://www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack_2.pdf)

8.4.2 Fehler-Möglichkeiten-Einfluss-Analyse FMEA

Ein für die Praxis relevantes Instrument der Qualitätssicherung ist die **FMEA** die **Fehler-Möglichkeiten - und Fehler-Einfluss-Analyse**. Der Umgang mit der FMEA setzt einen transparenten kreativen Umgang mit Defiziten und Fehlern, eine *Fehlerkultur* voraus.^{308 309 310}

Die FMEA ist eine analytische Methode, um vorherzusagen, welche Fehler in einem Prozess auftreten können, welchen Risikograd oder welche Priorität sie haben. Nicht akzeptable hohe Risiken werden herausgefiltert und korrektive Maßnahmen entwickelt.^{311 312 313}

Das Konzept der FMEA ist in den 60er Jahren ursprünglich für die Anwendung im Bereich der Raumfahrt im Rahmen des Apollo-Programms entwickelt worden, in den 70er Jahren über die Automobil-Industrie³¹⁴ nach Deutschland gekommen, seit 1990 vom Deutschen Institut für Normierung DIN erfolgreich eingesetzt^{315 316} und seit 2001 von der DGQ – Deutsche Gesellschaft für Qualität – als Werkzeug der Qualitätssicherung übernommen.^{317 318} Die grundlegende Zielsetzung der FMEA ist die **vorausschauende Fehlervermeidung**. Im Rahmen von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherheits-Management wird die FMEA zur Erhöhung einer Prozesszuverlässigkeit vorbeugend eingesetzt.

Die FMEA folgt dem Grundgedanken einer vorsorgenden Fehlerverhütung anstelle einer nachsorgenden Fehlererkennung und Fehlerkorrektur durch frühzeitige **Identifikation potentieller Fehlerursachen bereits in der Entwurfsphase**. Mit diesem Konzept werden ansonsten anfallende Kontroll- und Fehlerfolgekosten in der Entwicklungsphase eines Prozesses oder sogar in seinem Entstehungsfeld z.B. beim Kunden/Patienten vermieden, damit Kosten insgesamt gesenkt. Durch eine systematische Vorgehensweise und die dabei

³⁰⁸ Vgl.Reason,J.T.,1990, Human Error, Cambridge.Cambridge University Press

³⁰⁹ Vgl.Reason,J.T.,1997, Managing the Risks of Organizational Accidents,Aldershot: Ashgate

³¹⁰ Vgl.Reason,J.T.,2000, Human Error: models and management,British Medical Journal,320,pp768-770

³¹¹ Vgl.Gilbert,J.,2000,How to eat an Elephant. A slice by slice guide to TQM,Liverpool Academic

³¹² Vgl.ebenda 304

³¹³ Vgl.von Eiff,W.,2007a,Risikomanagement,Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen i. Krankenhaus,S.244ff

³¹⁴ Vgl.Franke,W.D.,1987,FMEA in der industriellen Praxis,Verlag Moderne Industrie

³¹⁵ Vgl.DIN e.V.,1990,DIN 25 448: Ausfalleffektaanalyse, Beuth, Berlin

³¹⁶ Vgl.DIN e.V.,2006, DIN EN 60812 Analysetechniken für die Funktionsfähigkeit v. Systemen,Beuth,Berlin

³¹⁷ Vgl.Schubert,M.,2001 ,FMEA,DGQ-Schrift 13-11,Beuth ,Berlin

³¹⁸ Vgl.DGQ,2003, Band 13-11,Beuth,Berlin

gewonnenen Erkenntnisse wird als weiterer positiver Effekt die Wiederholung von Design-Mängeln bei neuen Produkten und Prozessen vermieden.

Die Methodik der FMEA soll schon in der frühen Phase, der Planungs- und Entwicklungsphase von Produkten/Prozessen, innerhalb der Produkt-/Prozess-Lebenszyklen angewandt werden, da eine Kosten-/Nutzen-Optimierung in der Entwicklungsphase am effektivsten und wirtschaftlichsten ist. Je später ein Fehler entdeckt wird, desto schwieriger, aufwendiger und kostenintensiver wird seine Korrektur sein.

Die FMEA kann in mehrere Arten unterteilt werden:

1. System-FMEA:

Die System FMEA - als S-FMA - bezeichnet untersucht das Zusammenwirken von Teilsystemen in einem übergeordneten Systemverbund, das Zusammenwirken mehrerer Komponenten in einem komplexen System. Sie zielt dabei auf die Identifikation potentieller Schwachstellen, insbesondere an den Schnittpunkten, die durch das Zusammenwirken der einzelnen Bestandteile oder die Interaktion des eigenen Systems mit der Umwelt entstehen könnten.

Beispiel: Behandlung eines Patienten durch mehrere Konsiliarier, Praxis-, Klinikverbünde.

2. Konstruktions-FMEA:

Die Konstruktions-FMEA - als K-FMEA - bezeichnet, zielt auf die Konstruktion einzelner Produkte und Prozesse und untersucht diese auf potentielle Schwachstellen oder Ausfallmöglichkeiten.

Beispiel: Labor-Geräte (RiLiBÄK)

3. Prozess-FMEA:

Die Prozess-FMEA - als P-FMEA - bezeichnet, stützt sich auf die Ereignisse/Prozesse der Konstruktions-FMEA und befasst sich mit möglichen Schwachstellen in Produktions- oder Leistungsprozessen.

Beispiel : Bluttransport zu externem Labor

Die Entwicklung und Einführung des FMEA-Konzeptes in einer Organisation muss von einem kompetenten, einem interdisziplinären Team durchgeführt erfolgen.

Potentielle Fehler werden analysiert, indem der Fehlerort lokalisiert wird, die Fehlerart bestimmt wird, die Fehlerfolge beschrieben wird und anschließend die Fehlerursache ermittelt wird. Zur Ermittlung denkbarer Fehlerursachen sollte ein Ursache-Wirkungs-Diagramm erstellt werden. Schon aufgrund einer bekannten Fehlerursache können unmittelbar Hinweise auf mögliche Maßnahmen zur Fehlervermeidung abgeleitet werden.

Wahrscheinlichkeit des Auftretens, Bedeutung und Möglichkeit der Entdeckung eines Fehlers werden im FMEA-Konzept in definierten **Kennzahlen** (s. Kapitel 9.15) ausgedrückt. Die Kennzahlen zur Bedeutung der Auftretenswahrscheinlichkeit, zum Einfluss der Fehlerfolgen und zur Entdeckungswahrscheinlichkeit eines Fehlers und seiner Ursachen sind eine Grundlage zur Risikobeurteilung einer Situation, eines Prozesses. Die Kennzahlen sind ganzzahlige Zahlenwerte zwischen 1 und 10 und werden unter Zuhilfenahme von dem folgenden Bewertungskatalog vergeben:

1. **Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Fehlers A**

Bewertungsgrade:	1 = unwahrscheinlich
	2- 3 = sehr gering
	4- 6 = gering
	7- 8 = mäßig
	9-10 = hoch

2. **Bedeutung = Auswirkung auf den Kunden B**

Bewertungsgrade:	1 = kaum wahrnehmbar
	2- 3 = unbedeutend, gering
	4- 6 = mäßig schwer
	7- 8 = schwere
	9-10 = äußerst schwer

3. **Wahrscheinlichkeit der Entdeckung E**

Bewertungsgrade:	1 = hoch
	2-5 = mäßig
	5-6 = gering
	9 = sehr gering
	10 = unwahrscheinlich

Aus den Ergebnissen für die Werte A, B und E wird eine

Risiko-Prioritätszahl RPZ errechnet. Mit ihr wird der Versuch gemacht, eine Rangfolge der Risiken zu erstellen. Die RPZ entsteht durch Multiplikation der Bewertungszahlen für B, A und E ($RPZ = B \times A \times E$) und kann dementsprechend Werte zwischen 1 und 1000 annehmen. Es besteht der Anspruch, dass sie mindestens im Vergleich mit anderen RPZ-Werten der gleichen FMEA eine Aussage im Sinne besser / schlechter erlaubt.

Die Bewertung der RPZ-Ergebnisse sollte durch ein interdisziplinäres Fachteam erfolgen, das jeweils Punkte von 1-10 vergibt.

1. Auftretenswahrscheinlichkeit der Ursache: gering = 1 bis hoch = 10
2. Entdeckungswahrscheinlichkeit der Ursache: hoch = 1 bis gering = 10
3. **Bedeutung** der Fehlererfolge wird aus der Sicht des Kunden/Patienten bewertet: gering = 1 bis hoch = 10

Ansatz und Ziel, mit der RPZ die Bedeutung und den Rang eines Fehlers abzuschätzen, um daraus Prioritäten für die zu ergreifenden Maßnahmen abzuleiten, sind situations- und prozessweise infrage zu stellen. Die Risikobewertung findet in einer aktuellen FMEA nicht alleine durch die RPZ statt, sondern vielmehr im Verlauf: höchste Prioritäten haben hohe Bedeutungen (10), danach wird das Produkt aus **Bedeutung** und Auftretenswahrscheinlichkeit betrachtet ($B \times A$), dieses Produkt wird als **Criticalität** bezeichnet.

Maßnahmen aus der FMEA sind darauf gerichtet:

1. die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Fehlerursache zu reduzieren,
2. die Entdeckungswahrscheinlichkeit für eine potentielle Fehlerursache zu erhöhen: Verbesserung: Information, Ausbildung, Kenntnisse.

Risiko-Prioritäts-Zahlen RPZ können zur Rangfolge für die Vereinbarung von Gegenmaßnahmen in Entwicklungsprozessen genutzt werden.

Nach der Erstbewertung und Abarbeitung von Maßnahmen erfolgt eine erneute Risikobewertung: durch nochmalige Ermittlung einer **Risiko-Prioritäts-Zahl RPZ** wird geprüft, ob die geplanten Maßnahmen ein befriedigendes Ergebnis gebracht haben. Die Bedeutung von Fehlerfolgen bleibt unverändert.

Entspricht das Ergebnis nicht den geforderten Qualitätsansprüchen, müssen weitere Vermeidungs- oder Entdeckungsmaßnahmen ergriffen und/oder andere Lösungsansätze entwickelt werden.

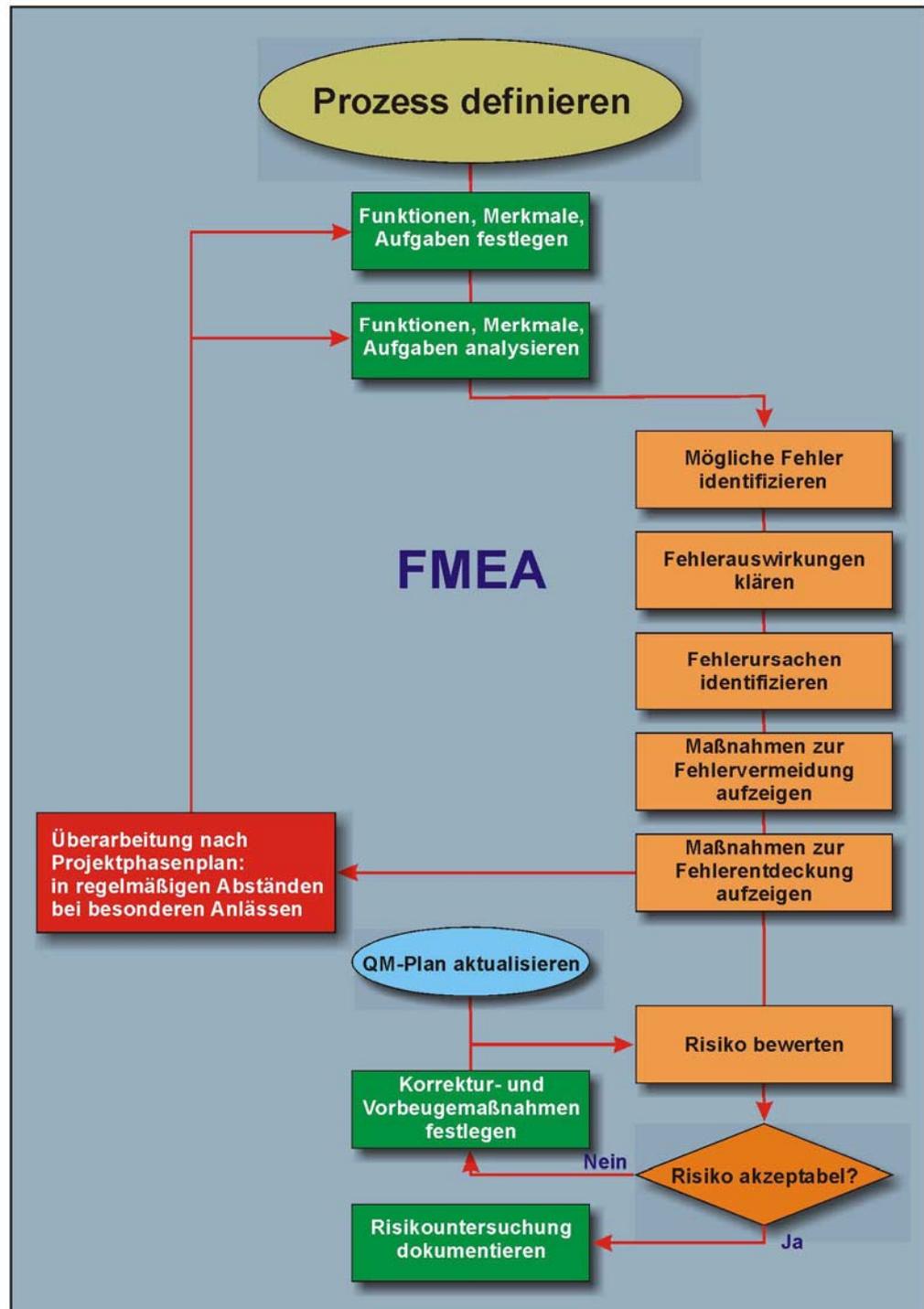


Abbildung 15: Fehler-Möglichkeiten- und Einfluss-Analyse – FMEA

(Quelle: TC&T Consult and Training GmbH, Platz der Einheit 1,
D 60327 Frankfurt a.Main

http://www.tct.de/werkzeuge_methoden/fmea.html , info @tct.de)

8.4.3 Die Normen

Die nationalen und die internationalen NORMEN bilden den maßgebenden **Hintergrund zur Qualitätssicherung**.^{319 320 321}

Eine **NORM** ist ein in einem nationalen, europäischen oder internationalen Fachkreis von Experten im Konsens und von einer anerkannten Institution erstelltes Dokument, welches in Übereinstimmung mit den beteiligten Parteien bezüglich eines Prozesses oder einer Dienstleistung entworfen wurde. Das Dokument einer Norm beinhaltet technische Kennzeichen und / oder andere konkrete Kriterien, um einheitlich in Form von Regeln, Richtlinien oder Definitionen angewandt zu werden. Die Anwendung einer NORM garantiert allen Operateuren eine eindeutige Referenz im Bereich technischer Kennzeichen, der Qualität, Durchführbarkeit und Sicherheit. Produkte und Dienstleistungen ausgezeichnet mit dem Siegel einer NORM sollen zielgerichtet eingesetzt werden und können sowohl vergleichbar als auch kompatibel sein. Eine NORM ist eine Zusammenfassung der besten Praktiken zu einem definierten Thema. Die Kreation einer Norm ist das Ergebnis gemeinsamer Arbeit von Forschungsinstituten, Herstellern und Benutzern unter der Obhut einer nationalen Normungsorganisation. NORMEN haben wie Standards unmittelbar sui generis keine Rechtskraft, können aber im mittelbaren Verhältnis Dritter als empfohlene rechtsverbindliche Referenzen dienen.

Im **Normierungsprojekt** werden Stand von Technik und Wissenschaft, Wirtschaftlichkeit und die internationale Harmonisierung streng berücksichtigt.

Das **Deutsche Institut für Normung DIN e.V.** mit Sitz in Berlin ist, laut Vertrag mit der Bundesrepublik Deutschland vom 05. Juni 1975, die für die Normierungsarbeit zuständige Institution in Deutschland und vertritt die deutschen Interessen in den weltweiten und europäischen

Normierungsorganisationen. Das DIN als DIN EN ISO stellt die deutsche Teilnahme an internationaler Normierung sicher. Normen haben wie gesagt für sich genommen keinerlei Gesetzeskraft. Der BGH hat mit Urteil vom

³¹⁹ Vgl. Stratmann, W., 2000, Die neue ISO 9000 : 2000, Interpretation des Normenentwurfs. TÜV-verlag, Köln

³²⁰ Vgl. Gaebig, K., 2002, Normensammlung, Qualitätsmanagement und Zertifizierungsgrundlagen, Beuth, Berlin

³²¹ Vgl. Rothery, B., 1994, Der Leitfaden zur ISO 9000. Mit QM-Musterhandbuch, Carl Hanser, München

14.05.1998 – VII ZR 184/97 festgestellt, dass die DIN-Normen keine Rechtsnormen sind, sondern anerkannte Regelungen mit Empfehlungscharakter.³²² ³²³ Ihre Anwendung ist freiwillig. Die hohe Durchsetzungskraft beruht auf ihrem großen Nutzen und dem in ihnen liegenden komprimierten qualifizierten Sachverstand. – Erst durch die Rechtsakte Dritter können Normen Verbindlichkeit erlangen, wenn in privaten Verträgen oder in Gesetzen und Verordnungen auf sie Bezug genommen wird. Durch ihre Anwendung lassen sich Rechtsstreitigkeiten vermeiden, weil sie eindeutige Festlegungen enthalten. Normen sollen keine technische Lösung vorgeben, sondern Anforderungen formulieren, die verschiedene Lösungswege zulassen. Sie fördern Innovationen, Technologie-, und Wissenstransfer sowie Marktreife.

Normungsaktivitäten entlasten den Staat von Regelsetzung und stellen gleichzeitig sicher, dass der aktuelle Stand von Wissenschaft und Technik in der Norm wiedergespiegelt ist. Der Staat hat besonderes Interesse an der Normung bei der Einhaltung einer öffentlichen Ordnung z.B. im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Der Staat stellt für diese Bereiche dem DIN projektbezogene Mittel zur Verfügung.

Normen haben Bedeutung:

- volkswirtschaftlich
 - als Indikator für innovative technologische Leistungsfähigkeit
 - als Stütze für Technologietransfer
 - mit positiver Wirkung auf Wettbewerbsfähigkeit
 - durch Eröffnung neuer Märkte
- für ein Unternehmen - eine Organisation
 - Interner Beitrag zum Unternehmenserfolg
 - Wissen- und Zeitvorteile
 - Verbesserung von Kollegen-Kunden-Kontakten
 - Reduzierung von Transaktionskosten
 - Verminderung von Anpassungskosten
 - Senkung von Haftungsrisiken
 - Imagesteigerung

³²²Vgl. DIN e.V.,1998, QM,Statistik,Umweltmanagement,Normensammlg.,DIN EN ISO 8402

³²³Vgl. DIN e.V.,2000, QM,Statistik,Umweltmanagement,Normensammlg. DIN EN ISO 9000:2000

- für den Klienten/Verbraucher
 - Zunahme von Sicherheit
 - Zunahme von Vertrauen
 - Zunahme von Qualität
 - Einfache Handhabung

Das **Europäische Komitee für Normung: Comité Européen de Normalisation – CEN** – mit Sitz in Brüssel mit 30 nationalen Mitgliedern der EU-Mitgliedsländer in der Normungsorganisation – ist verantwortlich für die Europäischen Normen – **EN**.

Auf europäischer Ebene sind Normen ein Ausdruck der Selbstverwaltung. Aufträge für konkrete Normungsvorhaben werden von der Europäischen Kommission im Rahmen ihrer Richtlinien vergeben.

Die verschiedenen Abkürzungen vor der Nummer der NORM bedeuten:

DIN:	DIN-Norm, die ausschließlich oder überwiegend nationale Bedeutung hat
DIN EN:	Deutsche Ausgabe einer Europäischen Norm
DIN ISO:	Unveränderte nationale Übernahme einer ISO-Norm
DIN EN ISO.	Normen unter Federführung, von CEN und ISO

Die Internationale Organisation für Normung – International Organization for Standardization – ISO-(gr: isos =“gleich“) mit Sitz in Genf – mit Vertretern aus 150 Ländern – auch aus dem ehemaligen UNSCC – United Nations Standards Coordinating Committee – wurde konzipiert als internationale Vereinigung von Normungsorganisationen internationaler Normen. Das Deutsche Institut für Normung e.V. (DIN) ist seit 1951 Mitglied der ISO für die Bundesrepublik Deutschland.

In der **Medizin** sind aus der langen Liste der ISO-Normen schwerpunktmäßig drei ISO Normen in der Praxis:

- ISO 9000 - Qualitätsmanagement-Systeme: Grundlagen und Begriffe ³²⁴ ³²⁵

³²⁴ Vgl. DIN e.V.,2000, DIN EN ISO 9000:2000, Grundlagen und Begriffe,Beuth, Berlin

³²⁵ Vgl.Glaap,W.,1993, ISO 9000 leicht gemacht, Entwicklung u. Einführung von QS, Carl Hanser ,München

- ISO 9001 – Qualitätsmanagement-Systeme: Anforderungen ³²⁶ ³²⁷
328
- ISO 9004 – Qualitätsmanagement-Systeme: Leitfaden zur
Leistungsverbesserung³²⁹ ³³⁰ ³³¹

Nach diesen Zahlen „9000 ff“ steht jeweils das letzte Bearbeitungs- und Aktualisierungsjahr. Die ISO-Normen werden in der Regel alle 4 Jahre überprüft.

Die aktuell gültige DIN EN ISO NORM lautet 9001: 2008 nach der letzten Überarbeitung 2008. ³³² ³³³ ³³⁴ ³³⁵ ³³⁶

Normen werden in der Praxis oft als „Standards“ bezeichnet, obwohl die Begriffe nach ihren exakten Entwicklungs-Definitionen nicht homogen sind. Eine NORM hat fundierte Richtungsweisung. Ein Standard ist eine Leitidee.

8.4.4 Der Standard

Ein Standard ist ein öffentlich zugängliches Dokument, das unter Beteiligung und im Konsens aller beteiligten Parteien entwickelt wurde. Ein Standard beruht auf Ergebnissen aus Wissenschaft und Technik mit dem Ziel das Gemeinwohl zu fördern. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität können mit Hilfe von Standards und Kriterien formuliert und überprüft werden. Standards bilden eine ideale Form die Qualität kontinuierlich zu verbessern, denn sie zeigen durch regelmäßige Messungen Ist-Soll-Standard-Werte auf als Basis für Maßnahmen angestrebter Erfolgsverbesserungen. Baartmans P.C. und Geng V. definieren Qualität nach Maß im Gesundheitswesen mit der Einführung von Qualitätsstandards.³³⁷ In der Medizin ist das „Standardvorgehen“ zu einer bestimmten Fragestellung als Leitlinie definiert.³³⁸

³²⁶ Vgl. Campbell, L.; Scheibler, A. 2003, ISO 9001:2000, Umsetzung der Norm, Status quo ?

³²⁷ Vgl. Cassel, M., 2007, ISO 9001, Qualitätsmanagement prozessorientiert umsetzen, Carl Hanser, München

³²⁸ Vgl. DIN e.V. 2000, NORM DIN EN ISO 9000:2000, QM-Systeme, Anforderungen, Beuth, Berlin

³²⁹ Vgl. DIN e.V. 2000, NORM DIN EN ISO 9000:2000, QM-Systeme, Leitfaden zur Leistungsverbesserung

³³⁰ Vgl. NQSZ im DIN, 2000, DIN EN ISO 9000 : 2000, QM-Systeme, Grundlagen u. Begriffe, Beuth, Berlin

³³¹ Vgl. Brauer, J.P., 2002, DIN EN ISO 9000:2000 ff umsetzen, Carl Hanser, München

³³² Vgl. Brauer, J.P., 2009, DIN EN ISO 9000:2000 ff. umsetzen, Gestaltungshilfen zum Aufbau eines QM

³³³ Vgl. DIN e.V., 2008, ISO 9001:2008, QM-System-Anforderungen, ISO/DIS 9001:2007; Ersatz f. 9001:2000

³³⁴ Vgl. Ziehe, Ch., 2008, Qualitätsmanagement nach ISO 9001:2008, Shaker media

³³⁵ Vgl. Ziehe, Ch., 2009, Qualitätsmanagement nach ISO 9001:2008, Q-Praxiswissen kompakt, Shaker media

³³⁶ Vgl. Graebig, K., 2009, DIN EN ISO 9001 : 2008, Änderungen und Auswirkungen, DIN, Beuth, Berlin

³³⁷ Vgl. Baartmans, P.C.M. & Geng, V., 2006, Qualität nach Maß, Entwicklung und Einführung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen, Verlag Hans Huber, Bern

³³⁸ Vgl. Bollweiler, E., 2004, Nationale und klinikinterne Leitlinien: Definition und Problemlage In: Lauterbach/Schrapp, S. 493-500

Nach der Definition von Field M. besteht der wesentliche Inhalt von in Leitlinien verfassten Standardvorgehen darin, systematisch entwickelte Informationen und Instruktionen der Mitglieder eines Fachgebietes für diagnostische und therapeutische Verfahren bei bestimmten Krankheitsbildern und über die wissenschaftlich allgemein anerkannten und begründeten Behandlungsmethoden zu geben. Formuliert ist der jeweils spezielle Leistungs- und Qualitätsstandard.^{339 340 341}

8.4.5. Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen

Richtlinien sind eine Handlungsvorschrift mit bindendem Charakter.

Leitlinien sind von der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der **Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften**) festgelegte, systemisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Versorgungsweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen.^{342 343} Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Nach AWMF werden aufsteigend drei Leitlinien-Stufen definiert, die sich hinsichtlich der Qualitätsziele und des notwendigen Entwicklungsaufwandes erheblich unterscheiden:

- S1: Expertengruppe
- S2: Formale evidence-Recherche S2e
Formale Konsensusfindung S2k
- S3: Leitlinie mit allen Elementen systemischer Entwicklung.

Wertung der wissenschaftlichen Absicherung für klinische Leitlinien nach der **AHCPR** – Categories for Quality of Evidence:³⁴⁴

AHCPR = Agency for Health care Policy and Research

³³⁹ Vgl. Field, M.; Lohr, KN eds., 1990, Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, Washington DC: National Academy Press

³⁴⁰ Vgl. Field, M.; Lohr, KN, 1992, Guidelines for clinical Practice: from development to use Washington DC: National Academy Press

³⁴¹ Vgl. Möller, J., Seghezzi, H.D., 2001, The relevance of standards in healthcare. Europea Quality, 8.

³⁴² Vgl. AWMF, ÄZQ, 2001, Leitlinien-Manual, Z.Ärztl. Fortbildung, Qualitätssicherung

³⁴³ Vgl. AWMF, 2007, Nationale Versorgungsleitlinien

³⁴⁴ Vgl. ebenda 338

- Ia Evidenz basiert auf einer Meta-Analyse oder mehreren randomisierten, kontrollierten Studien
- Ib Evidenz basiert auf mindestens einer kontrollierten, randomisierten Studie.
- IIa Evidenz basiert auf mindestens einer kontrollierten oder randomisierten Studie mit gutem Studiendesign.
- IIb Evidenz basiert auf mindestens einer quasi-experimentellen Studie mit gutem Studiendesign.
- III Evidenz basiert auf einer nicht experimentellen (Vergleichs-, Korrelations- oder Fall-Kontroll-)Studie mit gutem Studiendesign.
- IV Evidenz basiert auf publizierten Ergebnissen von Konsensuskonferenzen mit erfahrenen Experten, oder Meinungen .

Leitlinien müssen und sind kontinuierlich in fachkompetenter kritischer wissenschaftlicher , klinischer und medikolegaler Überwachung und Bearbeitung. ^{345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363}

Die Ziele von **Leitlinien** können sehr unterschiedlich sein und sind vor der Erstellung genau zu definieren. Ziele von Leitlinien sind z.B.:

- Verbesserung der Versorgung

³⁴⁵ Vgl. Bundesärztekammer, 1998, Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“, Dtsch. Ärztebl. 95, S. 2129

³⁴⁶ Vgl. ÄZQ, 1999, Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“

³⁴⁷ Vgl. Encke, A.; Kopp, I.; Selbmann, H.K.; Hoppe, D., 2005, DELBI, Dtsch. Ärztebl. 102, A 1912-1913

³⁴⁸ Vgl. Grimshaw, J.; Russell, L., 1993, Developing scientifically valid guidelines, Health Care 2 (4), pp. 243-8

³⁴⁹ Vgl. ebenda 173

³⁵⁰ Vgl. Kirchner, H.; Fiene, M.; Ollenschläger, G., 2001, Disseminierung u. Implementierung von Leitlinien im Gesundheitswesen, Dtsch Med Wochenschr. 126 (43), S. 1215-20

³⁵¹ Vgl. Kopp, I.B.; Encke, A. et al., 2002, Leitlinien als Instrument der AWMF, Bundesgesundheitsblatt, 45, S. 223ff

³⁵² Vgl. Kopp, I.B.; Müller, W.; Lorenz, W., 2004, Nationale Leitlinien, Konzept der AWMF, In: Lauterbach / Schrappe, S. 506-513

³⁵³ Vgl. Lauterbach, K.W.; Redaelli, M., 2001, Modell zur methodischen Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien, Der Kassenarzt 41 (10), S. 32-4

³⁵⁴ Vgl. Leitliniengruppe Hessen, 2004

³⁵⁵ Vgl. Lomas, J.; Anderson, G.M. eds., 1998, Do practice guidelines guide Practice? N Engl J Med, 19, pp 1306-11

³⁵⁶ Vgl. Lorenz, W.; Ollenschläger, G. et al., 2001, Das Leitlinien Manual, ZaeFQ 95, Supp I

³⁵⁷ Vgl. Ollenschläger, G.; Marschall, C., 2004, Guidelines programmes by Guidelines International Network G-I-N, Qual Saf Health Care, 13, pp. 455-460

³⁵⁸ Vgl. Redaelli, M.; Stock, St., 2004, Evidence-basierte Leitlinien, In: Lauterbach/Schrappe, S. 500-505

³⁵⁹ Vgl. Royal, H.; Pierson, R.; eds., 1996, Guidelines for guidelines development, J Nucl Med. 37, pp. 878-81

³⁶⁰ Vgl. Shaneyfelt, T.M.; Mayo-Smith, M.F. eds., 1999, Are guidelines following guidelines? JAMA, 281, pp. 1900-5

³⁶¹ Vgl. Ulsenheimer, K., 1999, Medikolegale Aspekte der Leitlinienerstellung, Workshop f. Klinikleitlinien, Köln

³⁶² Vgl. Weissauer, W., 1997, Leitlinien wissenschaftlicher Fachgesellschaften aus rechtlicher Sicht, Deutsche Gesellschaft f. Chirurgie-Mitteilungen, S. 393-4

³⁶³ Vgl. Woolf, S.H.; Grol, R. eds., 1999, Potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines, Br Med J 318, pp. 527-30

- Verminderung der Varianz von Diagnostik oder Therapie
- Ressourcensteigerung
- Ausbildung und Kompetenzsteigerung
- Beschreibung des Status Quo

Empfehlungen sind meistens unverbindliche Hilfen.

8.4.6. Evidence Based Medicine

Der Begriff Evidence Based Medicine leitet sich ab von dem Begriff „evidence“ (=Nachweis) und beschreibt eine Methode wissenschaftlicher Erkenntnis, die definierte Kriterien für die Wertung von wissenschaftlichen Studien sowie deren Synthese zum Inhalt hat.³⁶⁴

Die Anwendung von evidence based medicine in Europa hat nicht zu Richtlinien, also verbindlichen Vorschriften, sondern zu Leitlinien, die Korridore definieren und begründete Abweichungen erlauben, geführt.^{365 366}

Rosenbrock R. postuliert Evidenzbasierung wie Qualitätssicherung in der gesundheitsbezogenen Primärprävention.³⁶⁷ Sowohl in der kurativen, wie in der präventiven Medizin werden Therapieentscheidungen aus drei Quellen gespeist:

1. Aufgearbeitete Studienergebnisse: externe Evidence
2. Klinische Erfahrung: interne Evidence
3. Wünsche und Präferenzen der Patienten

Im heutigen Verständnis der Definition von Evidence Based Medicine sind drei definitorische Elemente von Bedeutung:

1. Explizite Darstellung der Entscheidungsgrundlage

Evidenced-based Medicine ist eine Methode, die Grundlagen medizinischer Entscheidungen erkennbar offen zu legen, damit sie hinsichtlich der individuellen Patientenversorgung, der Ausbildung, der institutionellen

³⁶⁴ Vgl.Kunz,R.; Ollenschläger,G.et al.,2001,Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis,Deutscher Ärzteverlag,Köln

³⁶⁵ Vgl.Ollenschläger,G.;Bucher,H.,C.,2004,Kompendium evidenzbasierte Medizin,Verlag Hans Huber,Bern

³⁶⁶ Vgl.Schrappe,M.;Lauterbach K.W.,2004,Evidence-based Medicine,Einführung u.Begründung ,In: Lauterbach / Schrappe, S.60-69

³⁶⁷ Vgl.ebenda 297

Entscheidungssituationen, der Umsetzung durch die Kostenträger und der gesundheitspolitischen Entscheidungen genutzt und mitgeteilt werden können.

2. Kombination von interner und externer Information

Analog zu der Vorgehensweise von Sackett D.L.³⁶⁸ wird dabei die vorhandene interne Information, klinische Erfahrung, mit dem besten verfügbaren externen Wissen (Studien, Meta-Analysen) kombiniert. Bei der externen Information kann es sich sowohl um Einzelstudien als auch um Synthesen von Studien handeln.

3. Beurteilung der Validität (Rating) und gewichtete Empfehlungen (Grading)

Die externe Information wird nicht nur identifiziert, sondern nach wissenschaftlich erarbeiteten Kriterien hinsichtlich ihrer internen und externen Validität beurteilt: Rating-Prozess – und bezüglich der Empfehlungen für die konkrete klinische oder anderweitige Entscheidungssituation gewichtet; Grading.

8.4.7 Evaluierung – Evaluation - Evaluationsforschung

Unter **Evaluierung** respektive **Evaluation** wird in *Abgrenzung zur Evaluationsforschung* der Prozess der Beurteilung eines Produktes, Prozesses oder eines Programms verstanden, das **nicht** notwendigerweise **systematische** Verfahren oder datengeschützte Beweise zur Untermauerung fordert.^{369 370}

Evaluation ist die informelle oder formelle – auf wissenschaftliche Methoden und Forschungsdesigns gestützte – Erhebung, mit dem Ziel **e m p i r i s c h** gesicherte Erkenntnis über Prozessverläufe und Zustände zu gewinnen und die Ergebnisse zur Einschätzung und Bewertung von Konzeptionierung, Gestaltung, Verwirklichung und Nutzen von Programmen und zur Optimierung von Prozessen und Systemen zu nutzen. Im Rahmen des Qualitäts - managements dienen diese Erkenntnisse der Aufdeckung von Verbesserungspotentialen, der rationalen Entscheidung und Planung. Das

³⁶⁸ Vgl. Sackett, D.L.; Rosenberg, W.M.C. eds, 1996, Evidence based Medicine. What it is and what it isn't. Br Med J 312, pp. 71-2.

³⁶⁹ Vgl. Schubert, H.J.; Ebner, H., 2004, Evaluierung/Zertifizierung/Akkreditierung von QM-Aktivitäten in Gesundheitseinrichtungen, In: Lauterbach/Schrappé, S. 462-468

³⁷⁰ Vgl. Wottawa, H.; Thierau, H., 2003, Lehrbuch Evaluation, Hans Huber, Bern

Verfahren kann sich auf Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, das dienstleistende System, sein Personal sowie den Prozess und das Ergebnis beziehen. Wichtig ist das Instrumentarium zur Gewinnung von Erkenntnissen über den Stand im Qualitätsentwicklungsprozess und für die Annäherung an die Voraussetzungen diverser Qualitätsbescheinigungen. Evaluation ist – streng formuliert – die systematische Anwendung von Verfahren der empirischen Bildungsforschung zur Einschätzung (Bewertung) von Konzeptionierung, Gestaltung, Verwirklichung und Nutzen von Einwirkungsprogrammen.

Das **Methodendesign** einer **Überprüfung der Zertifikatqualität** von Dienstleistungen im Gesundheitswesen ist die Überprüfung der tatsächlich erbrachten Leistungen, belegt mit dem Begriff „**Evaluation**“.^{371 372 373 374}

Die Bewertung von Leistungen beruht im Wesentlichen auf Vergleichen der ermittelten Ist-Werte mit zuvor festgelegten begründeten und vereinbarten Soll-Werten bei möglichst operationalisiert formulierten Zielen.

Unterschieden werden

<i>Akzeptanzkriterien</i>	Zustimmung von Inhalten und Arbeitsformen
<i>Lernkriterien</i>	Fähigkeit der konkreten Wiedergabe von Inhalten
<i>Transferkriterien</i>	Anwendung im Handlungsfeld
<i>Ergebniskriterien</i>	Veränderung, Optimierung des Outputs

Inhalt von Evaluation ist die Feststellung des Grades von Erfolg, Effizienz, Wirkung und Qualität. Dabei bestimmt sich die Qualität durch die

- Annäherung an die Standards, die im inhaltlichen, fachlichen und prozessualen Bereich für die jeweilige Profession gelten
- Übereinstimmung mit den vereinbarten Zielen und zugesagten Qualitätsniveaus oder Qualitätswirkungen.

Im Rahmen einer **Zertifizierung** spielt die **Fremdevaluation** eine Rolle. Sie wird von beauftragten Evaluatoren im Auftrag von am Prozess und den Ergebnissen Nichtbeteiligten durchgeführt. Ihre Ergebnisse fließen in Ressourcenentscheidungen ein und gelangen nur eingeschränkt an die

³⁷¹ Vgl.ebenda 128

³⁷² Vgl.Ovretveit,,J.,2002,Evaluation gesundheitsbezogener Evaluationen

³⁷³ Vgl.ebenda 32

³⁷⁴ Vgl.ebenda 358

Prozessbeteiligten. Es handelt sich um Wirkungsforschung für Entscheidungsträger bezüglich der Akzeptanz von Zielen, Inhalten und Methoden, der Rentabilität des Mittel- und Personaleinsatzes, der Konzeptgeneralisierung und Konzeptübertragbarkeit, der Modifizierung von Abläufen, Klärung der generellen Wirksamkeit von Entwürfen und ihren Realisierungen, der Übereinstimmung von Zielen, Methoden und Ergebnissen.

Evaluation ist ein **systematisch genutztes Element der Qualitätssicherung** und **Qualitätsentwicklung** und wird als solches im System dokumentiert. Seyfarth-Metzger I. u.a.³⁷⁵ ³⁷⁶ betonen und belegen die Bedeutung der Evaluation von Prozessen zur Qualitätssicherung in der Medizin basierend auf Erfahrungen des Qualitätsmanagements im Hospital München-Schwabing HMS. Evaluation ist nach den ISO-Normen Teil des Qualitätsmanagements. Andere Qualitätskonzepte, wie das EFQM-Modell, sind extrem vorteilhaft für eine Organisation, in der Praxis der Bewertung jedoch nicht zwingend.

Zu unterscheiden sind 2 Kategorien:

- Formative Evaluation
- Summative Evaluation

Formative Evaluation liefert Informationen, die während eines Prozesses rückgekoppelt werden, um zur Verbesserung beizutragen:

- Wie soll die Fortsetzung des Prozesses gestaltet werden?
- Was müssen Teilnehmer/Dozenten/Moderatoren zum Zweck einer Wirkungssteigerung ändern?

Summative Evaluation, als zusammenfassende Evaluation, geht am Ende von den Wirkungen eines Programms aus und verschafft Informationen für Entscheidungsträger über die Effektivität von Konzepten und den Verfahren ihrer Realisierung

Prozess-Evaluation bedeutet die Analyse des Prozesses auf die aus ihm und seinen Komponenten hervorgehenden Wirkungen. Bei einem dynamisch reflexiven Evaluationsverständnis fließen die gewonnenen Erkenntnisse in die

³⁷⁵ Vgl. Satzinger, W.; Seyfarth-Metzger I., et al., 1999, QM-Projekte planen, überwachen, bewerten, berichten: ProMon-ein Dokumentationssystem, Newsletter der QMG 3, S.17-9

³⁷⁶ Vgl. Seyfarth-Metzger, I.; Liebich, B., Volz, A., 2001, Methoden der Prozessanalyse, Instrumente des Qualitätsmanagements, Medizinische Klinik, Urban & Vogel, S.567-574

Entscheidungen über das weitere Verfahren ein. Nicht nur Ziel-, Themen-, Inhalts- und Methodenentscheidungen werden im vorlaufenden Verfahren der Planung rational getroffen, sondern die Prozesssteuerung folgt in „Realzeit“, dem Rationalitätsprinzip, das analytischer Techniken bedarf, um den jeweiligen Status zu erfassen. Das zugrunde liegende Modell ist der QM-Regelkreis.

Maßgeblich für Evaluation ist der Unterschied gegenüber der Grundlagenforschung, insofern sie sich an konkreten Fragestellung der Entscheidungsträger der verschiedenen Prozessstufen orientiert: Planungsabschnitte in der Vorbereitung, Durchführung, der inneren Organisation oder Grundsatzentscheidungen über Fortführung und Finanzierung, z.B. von Projekten. Die Methodenwahl der Informationsgewinnung ist abhängig von dem Bedarf der jeweiligen Planungs- und Entscheidungsebene und dem Rechtfertigungsdruck über Zwecke, Inhalte, Methoden der durchgeführten oder beabsichtigten Maßnahmen.

Kriterien für die Qualität von Evaluation sind Nützlichkeit, objektive Unabhängigkeit, zeit- und arbeits-ökonomischer Rahmen, Messung dessen was gemessen werden soll (*Reliabilität*) und spezifische Gültigkeit (*Validität*). Bei formativer Evaluation verändert sich die Anforderung an die Qualität der Kriterien deshalb, weil eine Bedingung für die Elemente, die zur Nachprüfbarkeit gehören oder führen, durch die Instabilität der Prozesse (zu messender Objektbereich) nicht gegeben ist.

Evaluationsforschung beinhaltet im **Gegensatz zur Evaluation** in Anlehnung an Rossi PH. und Freemann HE.³⁷⁷ die **systematische** Anwendung *empirischer Forschungsmethoden* zur Bewertung der Ausgestaltung, Einführung und Wirksamkeit von Interventionsprogrammen. Evaluationsforschung betont die Möglichkeit des *Beweises* anstelle der reinen Behauptung bezüglich des Wertes und Nutzens einer bestimmten Prozess-Aktivität. Konstitutiv ist, dass Daten **methodisch organisiert** erhoben und systematisch dokumentiert werden. Ziel ist die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der eingesetzten Methoden und die Überprüfungsmöglichkeiten der Ergebnisse.

³⁷⁷ Vgl. Rossi, PH.; Freemann, HE, 1985, Evaluation systematic approach, Beverly Hills

8.4.8. Risikomaße

Wie in der kurativen Medizin sind Risikobewertungen auch in der Präventionsmedizin differenziert zu beachten, im Besonderen auch bei Label- Off – Use - Verordnungen.³⁷⁸

1. Die **(absolute) Risikodifferenz RD** = RK - RI beschreibt den (absoluten) Gewinn der Erfolgsanteile der Behandlung gegenüber der Kontrolle.
2. **NNT** „Number Needed to Tread“ ergibt sich aus dem Inversen der Risikodifferenz als $NNT = 1 / RD$. Sie kann interpretiert werden als Anzahl der Behandelten für einen Zusatzerfolg.
3. **RRR** Relative Risikoreduktion ist definiert als $RRR = RD/RK$. Sie kann interpretiert werden als der Anteil der Kontrollen, der von der Behandlung profitieren würde.
4. **NNH** „Number Needed to Harm“ ist definiert als das Inverse eines Risikozuwachses, wenn unter der Behandlung mehr Nebenwirkungen auftreten als unter der Kontrolle

8.4.9. Label-Off- Use

Label-Off-Use -Verordnungen spielen in der Präventionsmedizin zunehmend eine Rolle. Als Label-Off-Use wird die Verordnung eines Arzneimittels außerhalb seiner behördlichen Zulassung, mithin außerhalb des im Zulassungsbescheid genannten Therapiegebietes, der Indikation, Darreichungsform oder Dosierung bezeichnet.³⁷⁹ Da die zulassungsüberschreitende Anwendung eines Arzneimittels zum Teil aus wissenschaftlicher Sicht zur Standardtherapie zu zählen ist, muss der Arzt im Rahmen seiner Pharmakotherapie die Möglichkeit einer Verordnung jenseits der Zulassungsgrenzen in Erwägung ziehen können. Es resultieren Auflagen für das Verhältnis Arzt und Klient / Patient und für die Weichenstellung einer konfliktfreien Arzneimitteltherapie vor den Kostenträgern und der Rechtsprechung. Beide verlangen eine ausführliche zur Nachprüfbarkeit exakt dokumentierte Aufklärung über die bei fehlender Alternative bestehende spezielle Indikation des Arzneimittels einschließlich aller potentiellen Nebenwirkungen.

³⁷⁸ Vgl.ebenda 43

³⁷⁹ Vgl.ebenda 118

8.4.10. Patientenpfade

Patientenpfade sind wie Leitlinien und DMPs (Disease Management Programme) Qualitätsmanagement-Werkzeuge in einer transsektoralen Versorgung. – Clinical Pathways – oder Behandlungspfade sind als Sonderform von institutionellen Leitlinien eine Abbildung derjenigen Prozesse, von denen die Mehrzahl der Patienten mit der jeweiligen Diagnose betroffen sind. Sie dienen der Beschreibung der während eines Behandlungsabschnittes anfallenden Leistungsprozesse aller Beteiligten. Gegenüber krankenhausesinternen Leitlinien im Allgemeinen zeichnen sich Patientenpfade durch den **Fallbezug**, eine höhere Konkretisierung und die Möglichkeit zur Kalkulation des entstandenen Aufwandes aus. Die typischen Schnittstellenprobleme zwischen Abteilungen und Berufsgruppen werden von klinikinternen Leitlinien im engeren Sinne, auch als schnittstellenbezogene Leitlinien bezeichnet, angegangen. Patientenpfade und **schnittstellenbezogene Leitlinien** sind eng miteinander verbunden. Grundsätzlich könnten Patientenpfade auch für die ambulante Behandlung eines Patienten durch verschiedene Praxisärzte auf der Basis **optimaler Schnittstellenfunktionen** zwischen den Praxen entwickelt werden.³⁸⁰ In Kapitel 6 ist das Profil eines Patientenpfades in der Präventionsmedizin erörtert.

8.4.11. Indikatoren

Ein Indikator (lat. Indicare = anzeigen) ist ein Hilfsmittel, welches gewisse Informationen anzeigt, die im Allgemeinen nicht unmittelbar messbar sind.

Ein Indikator ist ein messbarer (Ersatz)-Sachverhalt, der im Hinblick auf ein ausgewähltes Phänomen (Indicandum) Aussagekraft besitzt.^{381 382}

Ein Indikator ist eine Variable, deren Wert für einen Zustand, ein Phänomen typisch ist, und mit der der Grad der Erreichung eines Ziels gemessen werden kann.

³⁸⁰ Vgl.Hellmann,W.,2002,Clinical pathways

³⁸¹ Vgl.Schrappe,M.,2004b,Indikatoren-Definition,Entwicklung,Validierung ,In:Lauterbach/Schrappe, 2004,S.408-419

³⁸² Vgl.Schrappe,M.,2004c,Indikatorsysteme, In:Lauterbach/Schrappe,2004,S.420-425

Ein Indikator ist ein Hilfsmittel, das die Verfolgung in transparente Abläufe ermöglicht, indem es das Erreichen oder Verlassen bestimmter Zustände anzeigt und folgend Informationen über einen bestimmten Sachverhalt oder ein bestimmtes Phänomen ermöglicht

Ein Indikator ist ein Operator, der ein Indiz erzeugt.

Ein Indikator ist ein gut messbarer Parameter, der definierte Ereignisse und Prozesse valide vorhersagt.

Im Mittelpunkt der **Definition eines Indikators** steht die „Vorhersage“. Der Indikator gibt selbst nicht in jedem Fall Qualität an, sondern verweist darauf, dass die Wahrscheinlichkeit steigt (oder konstant bleibt), dass bestimmte Ereignisse bevorstehen.

Indikatoren werden nach ihren Einsatzbedingungen klassifiziert.

Für die Anwendung von Indikatoren im Gesundheitswesen ist die folgende Einteilung formuliert:

- Epidemiologische Einteilung
- Einteilung nach Qualitätsaspekten
- Inhaltliche Einteilung –Krankenhausebene
- Inhaltliche Einteilung – Gesundheitssystem

In Anlehnung an die klassische Definition aus dem „Primer on Indicator Development and Application“ der Joint Commission on Accreditation of Health-Care Organization (JCAHO) ist ein **(Qualitäts-)Indikator** ein quantitatives Maß, welches zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität wichtiger Prozess-, Leistungs-, Management- und Unterstützungsfunktionen genutzt werden kann, die sich auf ein Ergebnis, einen Dienstleistungs-/Produktionsprozess auswirken.³⁸³ Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Er ist mehr ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung benutzt werden und das Aufmerksamkeit auf potentielle Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen könnten.

Unkorrekt wird vielfach der Begriff Qualitätsindikator mit dem Begriff Kennzahl verwendet.^{384 385 386 387} . Indikatoren sind nicht einzig und allein als

³⁸³ Vgl.JCAHO,1991,Primer on indicator development and application Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.One Renaissance Blvd,Oakbrouk,Terrace,ILL.

³⁸⁴ Vgl.ebenda 381

Kennzahlen anzusehen, sondern die Arbeit mit Indikatoren impliziert eine Methode der Erkenntnis und Unternehmensführung auf der programmatischen und normativen Ebene, die der Nachvollziehbarkeit und kontinuierlichen Verbesserung als tragende Idee und zentrales Konzept im Sinne von Sheldon T. einen großen Stellenwert gibt .

Ein **Indikator für Qualität** ist nach Schrappe M.³⁸⁸ im Konsens mit der Definition von Qualitätsindikatoren in der Gesundheitsversorgung in Konsenspapieren von ÄZQ, AWMF und ZaeFQ³⁸⁹ ³⁹⁰ in einer ersten Annäherung als Konstrukt zu verstehen, das auf dem Hintergrund der Komplexität des medizinischen Leistungsgeschehens eine explizite Darstellung der Qualität der Versorgung bei vertretbarem Aufwand der Messung ermöglicht. Die Beurteilung des Messaufwandes und die Art der darzustellenden Qualitätsaspekte differieren je nach Verwendung des Indikators. Indikatoren, die die Versorgungsqualität aus Sicht des Gesundheitssystems beschreiben, unterscheiden sich von den Indikatoren aus der Sicht von Kostenträgern oder Institutionen.

Vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin ÄZQ wurde ein Positionspapier des Expertenkreises Qualitätsindikatoren veröffentlicht.³⁹¹

Für den **Begriff des Indikators** sind folgende allgemeine **Grundsätze** von der **AHRQ** – Agency for Health care Research of Quality –definiert:³⁹²

1. **Selektion:** Indikatoren müssen aus einer großen Anzahl potentiell qualitätsrelevanter Parameter ausgewählt werden. Der Aufwand für die Indikatormessung hat mit dem zu erwartenden Nutzen in einem sinnvollen Verhältnis zu stehen. Eines der häufigsten Missverständnisse besteht darin,

³⁸⁵ Vgl.Kazandijan,V.A.;Wood,P.;Lawthers,J.,1995,Balancing science and practice in indicator development:The Maryland Hospital Association Quality Indikator (QI) Project. Int J Qual Health Care,7,pp.39-46

³⁸⁶ Vgl.Groll,K.H.,2003,Kennzahlen für das wertorientierte Management

³⁸⁷ Vgl. Sheldon,T.,1998,Promoting health care quality:What role performance indicators? Qual Health Care 7, pp. 45-50

³⁸⁸ Vgl.ebenda 382

³⁸⁹ Vgl.ÄZQ,AWMF,ZaeFQ,2002, Beurteilung klinischer Meßgrößen des QM ,Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren , ZaeFQ ,96:Dokument 1

³⁹⁰ Vgl.ÄZQ, 2009, Qualitätsindikatoren, Manual für Autoren, Schriftenreihe, Band 36

³⁹¹ Vgl.Geraedts,M.;Jäckel,W.et al.,2005,Qualitätsindikatoren in Deutschland, Z.Ärztl.Fortbild.Qualitätssicherung,99,S.329-331

³⁹² Vgl.Davies,S.M.; Geppert,J.eds.,2001,Refinement of the HCUP quality indicators.AHRO Publication No.01 0035. Rockville,MD:Agency of Healthcare Research and Quality

dass Parameter aller Art sogleich als Indikatoren bezeichnet werden, obwohl solche Messwerte nur einen kleinen Teilaspekt eines Prozesses beschreiben, die Gesamtheit des Prozesses jedoch nicht erfassen.

2. **Abstraktion:** Indikatoren können, müssen selbst nicht direkt qualitätsrelevant sein und sind dies im typischen Fall auch nicht.
3. **Zielgerichtetheit:** Indikatoren beschreiben Qualität, sind aber abhängig vom jeweiligen Blickwinkel und Qualitätsverständnis.
4. **Machbarkeit:** nach Kazandijan V.A. ³⁹³ 1995 gilt „Indicators do not measure quality, people do!“ Diese Aussage verweist darauf, dass die Messung des Indikators die Aufgabe motivierter, diese Messung korrekt durchführender Mitarbeiter ist. Es dürfen der Messung keine organisatorischen oder andere Hindernisse gegenüberstehen.
5. **Validierung:** Indikatoren müssen mittels einer exakten Methodik überprüft werden, ob sie messen, was sie messen sollen, und ob sie dies mit einer hinreichend großen Genauigkeit tun.

Die für einen Indikator definierten und geforderten Charakteristika

Validität – Reliabilität – Objektivität – Praktikabilität

bedeuten inhaltlich:

Validität heißt übersetzt Gültigkeit. Ein Messverfahren ist in dem Maße valide, wie es erfasst, was es messen soll.³⁹⁴ Ein Kriterium für die Validität ist die Auswahl der einzelnen Fragen oder allgemeiner Items, aus denen das Messverfahren gebildet wird. Für die Praxis sind zwei Formen bedeutsam, die kongruente und die diskriminante Validität.

Kongruente Validität besteht, wenn das Messverfahren im Wesentlichen die gleichen Ergebnisse liefert, wie andere Messverfahren, welche dasselbe erfassen sollen.

Diskriminante Validität besteht, wenn das Messverfahren dort Unterschiede aufdeckt, wo sie gemäß Definition des Konstrukts bestehen müssen. Die Diskriminante Validität wird auch als Sensitivität bezeichnet.

Reliabilität heißt übersetzt Zuverlässigkeit. Ein Messverfahren ist in dem Maße reliabel, wie es unter gleichen Bedingungen die gleichen Ergebnisse liefert.

³⁹³ Vgl. Kazandijan, V.A., 1995, Indicators of performance on the search of the best pointer dog, In: Kazandijan V.A. eds., The Epidemiology of Quality, Gaithersburg, Maryland, Aspen Publ., pp 25-27

³⁹⁴ Vgl. Rost, J., 1996, Test-Theorie-Test-Konstruktion, Verlag Hans Huber, Bern

Objektivität eines Messverfahrens besteht in dem Maße, in dem es, unabhängig von den Personen, die es anwenden, die gleichen Ergebnisse liefert. Drei Arten von Objektivität sind zu unterscheiden: die Ausführungs-, die Auswertungs- und die Interpretations-Objektivität.

Ein Verfahren ist *ausführungsobjektiv*,

a. wenn die Personen, die das Verfahren anwenden, keinen Einfluss auf die Ergebnisse ausüben können.

Beispiel: schriftliche Befragungen mit gewährleisteter Anonymität.

b. wenn unterschiedliche Personen bei der Kodierung der Daten zu den gleichen Ergebnissen kommen.

Beispiel: Fragebögen mit vorgegebenen Antwortkategorien.

Ein Verfahren ist *interpretationsobjektiv*,

wenn unterschiedliche Personen angesichts der übereinstimmenden Ergebnisse zu den gleichen weiterführenden Interpretationen kommen.

Praktikabilität

Ein Messverfahren ist in dem Maße praktikabel, wie es unter den gegebenen Bedingungen angewendet werden kann.

Weitere **AHRO-Kriterien** für einen **Indikator** sind:

- *Augenscheinvalidität:* klinische Anwendbarkeit und Relevanz
- *Präzision:* Unabhängigkeit von zufälligen oder systematischen Unterschieden bei Patientenkollektiven
- *Komorbiditätsadjustierung:* Verfügbarkeit einer Korrektur falls Unterschiede bestehen
- *Konstruktvalidität:* entsprechende Ergebnisse durch andere Indikatoren
- *Praktische Anwendbarkeit:* Kombinierbarkeit mit anderen Indikatoren, Fähigkeit zu tatsächlichen qualitätsverbessernden Maßnahmen

Von der **AHRO** wurden für Kriterien,- wie definierte Indikatoren-, die es ermöglichen, in der Folge Ergebnisse überprüfen zu können, die **RUMBA-Regeln** formuliert.^{395 396}

Jedes einzelne Kriterium soll fünf Anforderungen gerecht werden.

³⁹⁵ Vgl. ebenda 381, S. 412

³⁹⁶ Vgl. ebenda 304

Die **RUMBA-Regel** setzt sich aus den Anfangsbuchstaben folgender englischer Begriffe zusammen:

Relevant:	Kriterium relevant, in direktem Zusammenhang mit dem Thema
Understandable	Klare für alle verständliche Formulierung des Kriteriums ohne Interpretationsspielraum
Measurable	Klare Messbarkeit des Kriteriums
Behaviourable	Formulierung des Kriteriums zur eindeutigen Beobachtbarkeit mit eindeutig festgelegter Verantwortlichkeit
Attainable	Kriterium für Erreichbarkeit beschriebener Soll-Vorstellungen

Die RUMBA-Regel fasst als Eigenschaften für konkrete Indikatoren zusammen:

- Indikatoren sollen für das zugrunde liegende Problem relevant sein
- Indikatoren müssen für Mitarbeiter und Beteiligte verständlich sein
- Indikatoren müssen mit hoher Verlässlichkeit und Validität messbar sein
- Indikatoren müssen durch Maßnahmen beeinflussbar sein
- Erreichbare Ziele müssen durch Indikatoren definierbar sein

Zur **Entwicklung von Indikatoren** sollten die folgenden **4 Schritte** unterschieden werden:

1. Identifikation des Problems, das den Anlass für den Einsatz von Messmethoden darstellt
2. Formulierung der Anforderungen an die Messinstrumente
3. Analyse des Problems mit Auswahl möglicher Messinstrumente
4. Validierung der Instrumente mit Definition des Indikators.

8.4.12. Kennzahlen

Kennzahlen sind ein wichtiges Messwerkzeug im Qualitätsmanagement. ³⁹⁷
³⁹⁸ ³⁹⁹

Der Managementpionier Peter F. Drucker ⁴⁰⁰ formulierte

„If you can't measure it, you can't manage it“.

In den vergangenen Jahren hat sich der Trend zur Zahlenorientiertheit verstärkt. Medizinische Unternehmen müssen sich aus gesundheitspolitischer Verantwortung zunehmend als Wirtschaftsunternehmen für die Gesundheit verstehen. Shareholder – und Stakeholder – **Value-Konzepte** haben in die Medizin Einzug gehalten wie die Earned Value Analyse (EAV) ⁴⁰¹ ⁴⁰² mit den grundlegenden Prüfwerten: geplanter Aufwand, tatsächlicher Aufwand, erbrachte Leistung, geschätzter Rest- und geschätzter Gesamtaufwand, Terminabweichung. Kostenabweichung muss zunehmend zur ökonomischen Bewertung medizinischer Leistungen gehören. Ökonomisches Management medizinischer Leistungen erfordert die präzise in Zahlen quantifizierte Betrachtung von Sachverhalten anstelle von Prosaberichten. Gefordert sind klare, quantifizierte Fakten. Die zahlenmäßige Quantifizierung in einem Unternehmensprozess braucht Kennzahlen.

Kennzahlen sind Messwerte zur sinnvollen und aussagefähigen Verdichtung und Gegenüberstellung vorhandener Informationen.

Definition und Funktion von Kennzahlen sind:

- Werte, die messbar sind
- Werte ,die gemessen werden
- Werte, die Informationen verdichten
- Werte, die ein Verhältnis zueinander setzen
- Werte, die miteinander zu vergleichen sind
- Werte, die mit einem Richtwert verglichen werden.

Eine **Kennzahl** ist eine Maßzahl, die zur Quantifizierung dient und der eine Vorschrift zur quantitativen reproduzierbaren Messung einer Größe, eines Zustandes oder Vorganges zugrunde liegt. Kennzahlen werden eingesetzt, um

³⁹⁷ Vgl.ebenda 386

³⁹⁸ Vgl.Ossola-Haring,C.,2006, Handbuch Kennzahlen zur Unternehmensführung,mi Wirtschaftsbuch

³⁹⁹ Vgl.Vollmuth,H.,2008,Kennzahlen, Verlag Haufe, München

⁴⁰⁰ Vgl.ebenda 214

⁴⁰¹ Vgl.Anbari,F.,2003,The Earned Value Analysis Method: Extensions and Simplifications,17.th World Congress on Project Management

⁴⁰² Vgl.Schmidt,R.; Junker,J.,2003, Earned Value Analyse, Professionelles Projektmanagement in der Praxis

Prozesse messbar und damit verbesserungsfähig zu machen. Sie sind in dieser Funktion auch von Normen explizit gefordert und vorgeschrieben.

Kennzahlen gliedern sich in:

- absolute Kennzahlen: Beispiele Prozesszeit, Mitarbeiterzahl, Projektkosten
- relative Kennzahlen Verhältniskennzahlen
 - dimensionsbehaftete relative Kennzahlen
Beispiel : Kosten pro Kunde/Patient
 - dimensionslose relative Kennzahlen
Beispiel : prozentualer Anteil eines Prozesses, Umsatzrendite

Ein **Kennzahlenwert** ist der Wert der Kennzahl zu einem bestimmten Zeitpunkt. Beispiel : Mitarbeiterzahl am 31.12.2007.

Kennzahlen benötigen also Vergleichswerte oder einen Kontext, um aussagefähig zu sein. Die Bedeutung von Kennzahlen liegt in der Möglichkeit Ziele und Vereinbarungen präzise zu treffen und zu vereinbaren, Zustände oder Zustandsveränderungen präzise zu beschreiben und zu beurteilen

- im zeitlichen Vergleich
- im Vergleich zu Erfahrungswerten
- im Vergleich zu Richtwerten (Vorgaben).

Erfolgreiche Projekte und Unternehmen sind ohne ein Kennzahlen-Rückgrat oft erfolglos.

Kennzahlen können innerhalb eines Projektes eingesetzt werden in der

- Initialisierung
- Zielvereinbarung
- Beschreibung von Aktivitäten
- Planung
- Aufwandschätzung
- Steuerung, Controlling und Fortschrittsmanagement
- Erfolgsmessung

Kennzahlen müssen professionell erarbeitet werden.

Mit professionell eingesetzten Kennzahlen

- lassen sich Projektziele, Arbeitspakete und Vereinbarungen präzise formulieren und leichter kontrollieren,

- werden Vereinbarungen für die Seiten von Vertragspartnern exakter fixiert und Aufwandschätzung und Umsetzung erleichtert,
- lassen sich Fortschritte kommunizieren, eine kontinuierliche Entwicklung transparent machen,
- werden Stärken durch Transparenz, Zuversicht und Motivation bei Projekt- und Unternehmensmitgliedern betont,
- werden einheitliche Interpretationen von Daten und Ergebnissen bei allen Unternehmensmitgliedern durch Transparenz gesichert
- werden durch Transparenz Missverständnisse vermieden.

Um mit Kennzahlen erfolgreich arbeiten zu können, sind von allen Beteiligten Mindestvoraussetzungen notwendig. Alle müssen bereit sein, sich auf Präzision einzulassen, eine Transparenz im Projekt/Unternehmen muss herstellbar sein. Ein Projektplan muß vollständig aktuell und realisierbar vorliegen.

Grundsätzlich sind nach **differenzierten Skalen** verschiedene **Kennzahlen** zu **definieren**

1. Kardinale Skala
objektive Werteskala mit festem Nullpunkt
Beispiele : Kosten, Zeitverbrauch
2. Ordinale Skala
subjektiv definierte Skala, die eine Randordnung ausdrückt
Beispiele: Schulnoten für Kundenzufriedenheit
3. Relativwerte
Werte, die eine Größe in Relation zu einer anderen Größe beschreiben, häufig als Prozent oder Faktor
Beispiel: Anteil verbrauchtes Budget, Anteil fertig gestellter Aktivitäten
4. Absolutwerte
Werte, die eine Größe ohne Referenz auf eine andere Größe beschreiben mit ordinaler oder kardinaler Skalierung
Beispiele: verbrauchtes Budget in Euro, Anzahl fertiger Aktivitäten
5. Vergangenheitsbezug
In der Vergangenheit gemessene oder geplante Werte
Beispiel : Kosten des letzten Projektmonats

6. Gegenwartsbezug

In der Gegenwart gemessene oder geplante Werte

Beispiel : aufgelaufene Kosten bei aktuellem Projektstand

7. Zukunftsbezug

Für die Zukunft angenommene oder vorgegebene Werte

Beispiel : vorgegebenes Gesamtbudget für ein Projekt

8. Originäre Werte

Gemessene Werte, die nicht aggregiert, berechnet oder geschätzt wurden

Beispiel: Anzahl fertig gestellter Aktivitäten

9. Abgeleitete Werte

Werte, die durch Berechnung, Aggregation, Trendanalyse oder Schätzung entstanden sind.

Beispiel : Quote der fertig gestellten Aktivitäten

Die **Kennzahlen-Steuerung** eines Prozesses verläuft mit den folgenden

7 Phasen, in denen die Kennzahlen eindeutige Aussagen machen können:

1. Orientierung

- Machbarkeit prüfen
- Vergleichbarkeit herstellen

2. Initialisierung

- Zielsetzung konkretisieren
- Teilziele priorisieren

3. Zieldefinition

- Zielsetzung operationalisieren
- Zielkonflikte bereinigen

4. Planung

- Operativen Weg vorzeichnen
- Leistungsaufbau festlegen

5. Aufwandschätzung

- Aktivitäten bewerten
- Plausibilitäten und Vergleich herstellen

6. Steuerung

- Soll-Ist-Werte prüfen
- Handlungsbedarfe aufzeichnen

7. Erfolgsmessung

- Ausmaße feststellen
- Erfolge kommunizieren

Zwei mit Kennzahlen besetzte **Steuerungsinstrumente von Prozessen** sind die Earned Value Analyse EVA^{403 404} und die Balanced Score Card BSC, (s. Kapitel 9.17), die EVA mit betont finanziellen Perspektiven, die BSC mit weiteren Zielen und Perspektiven, der Kunden- und Innovationsperspektiven sowie Perspektiven interner Prozesse.

8. 4.13. **Balanced Scorecard BSC**

Die Balance Score Card ist mittlerweile ein etabliertes Management-Konzept im Deutschen Gesundheitswesen geworden.^{405 406 407}

Das 1992 von Robert F. Kaplan und David P. Norton an^{408 409 410 411 412} der Harvard-Universität entwickelte Konzept der Balanced Scorecard BSC ist ein Konzept zur Dokumentation der Ergebnisse aus gemessenen Aktivitäten eines Unternehmens im Hinblick auf seine Vision und Strategien, um den Führungskräften einen umfassenden Überblick über die Leistungsfähigkeit und Effektivität der Organisation zu bieten. Die Philosophie der Balanced Scorecard ist nicht wie vor ihrer Entwicklung traditionell nur auf Finanzperspektiven fokussiert, sondern auch auf die menschlichen Aspekte, welche die Treiber für die Ergebnisse sind, so dass die Organisation mit ihren Fähigkeiten auf langfristige Interessen der Zukunft konzentriert wird.⁴¹³ Aufgrund ihrer flexiblen und damit umfassenden Gestaltungsmöglichkeit ist

⁴⁰³ Vgl.ebenda 401

⁴⁰⁴ Vgl.ebenda 402

⁴⁰⁵ Vgl.Conrad,H.J.,2004,Balanced Scorecard als Managementkonzept im Krankenhaus, In:Lauterbach/Schrapp,s.352-356

⁴⁰⁶ Vgl.Köninger,H.,2001,Einsatz der Balanced Scorecard im Krankenhaus,In: Thile,G.Praxishandbuch,S.137-58

⁴⁰⁷ Vgl.Hildebrand,R.;Lamprecht,W.,2000,EFQM und Balanced Scorecard beschleunigen den Kulturwandel im Krankenhaus, f&w,S.401-3

⁴⁰⁸ Vgl.Kaplan,R.S.;Norton ,D.P.1992a,In Search of Excellence-der Maßstab muss neu definiert werden, In:HARVARD BUISINESS MANAGER,Jg.14,pp.37-46

⁴⁰⁹ Vgl.Kaplan,R.S.; Norton, D.P.,1992b,The Balanced Scorecard-Measures that Drive Performance.In.Harvard Buisness Review HBR,71,pp.71-79

⁴¹⁰ Vgl.Kaplan,R.S.; Norton,D.P.,1996a, Using Balanced Scorecard as a Strategic Management System, HBR,p.75

⁴¹¹ Vgl.Kaplan,R.S.; Norton,D.P.,1996b,Balanced Scorecard, Boston Mass.,

⁴¹² Vgl.Kaplan,R.S.; Norton,D.P.,2006, Using the Balanced Scorecard to Create Corporate Synergies, Harvard Buisness School Press

⁴¹³ Vgl.Friedag,H.& Schmidt,W.,1999, Balanced Scorecard.Mehr als ein Kennzahlensystem, Verlag Haufe, Freiburg

die Balanced Scorecard ein Instrument zur Implementierung eines integrierten Management-Systems. Die Balanced Scorecard dient als Führungsinstrument zur Ausrichtung einer Organisation an strategischen Zielen in den unterschiedlichen Perspektiven: Finanzen – Kunden – Prozesse – Mitarbeiter. Im Gegensatz zu Leitbildern und anderen unscharfen Formulierungen versucht die Balanced Scorecard die Erreichung von strategischen Zielen messbar und über die Ableitung von Maßnahmen umsetzbar zu machen. Im Gegensatz zu klassischen Kennzahlensystemen lenkt die Balanced Scorecard den Blick über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge auch auf nicht-finanzielle Indikatoren. Mit den Methoden der Balanced Scorecard soll das Blickfeld des Managements von einer traditionellen durch finanzielle Aspekte gekennzeichneten Unternehmenssicht auf alle relevanten Teile gelenkt werden: es soll ein ausgewogenes, also balanciertes Bild des Unternehmens in seiner Entwicklung entstehen.⁴¹⁴ ⁴¹⁵ Die umfassende Sicht ermöglicht konkretere Maßnahmen zur Ausrichtung der Organisation an den vorgegebenen Zielen.⁴¹⁶ Konstitutives Element einer Balanced Scorecard ist das Ursache-Wirkungs-Diagramm. Durch die Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge wird die Unternehmensstrategie mit der Kundensicht, diese mit der Prozesslogik und diese mit Maßnahmen auf Mitarbeiterebene verbunden. Die Logik der Abhängigkeiten führt fast automatisch durch alle vier gewünschten Sichtweisen. Es entsteht das BSC-Diagramm. Um ein BSC-Diagramm zu entwickeln, sollen Interessenvertreter aus allen Unternehmensbereichen einbezogen werden, damit der BSC- Leitfaden in Veränderungsprozessen (Chance-Management) zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess wird.⁴¹⁷ In der Balanced Scorecard werden die Ziele ausgewogen verfolgt. Es werden ständig die Auswirkungen der Maßnahmen auf alle Ziele bewertet. Aus psychologischer Sicht erfordert diese eine geringe Anzahl von gleichzeitig zu betrachtenden Kennzahlen, ein bis zwei pro Perspektive. Konsequente und reduzierte Auswahl auf wenige Kennzahlen ist das Rezept für eine erfolgreiche BSC.

⁴¹⁴ Vgl. Friedag, H. & Schmidt, W., 2000, My Balanced Scorecard - das Praxishandbuch für Ihre individuelle Lösung, Verlag Haufe, Freiburg

⁴¹⁵ Vgl. Kaplan, R.S.; Norton, D.P.; Horvath P. & Gaiser, B. 2004, Strategy Maps. Der Weg von immateriellen Werten zum materiellen Erfolg, (Übers.) Verlag Schäffer-Poeschel, Stuttgart

⁴¹⁶ Vgl. Weber, J.; Schäffer, U., 2000, Balanced Scorecard & Controlling, Gabler Verlag, Wiesbaden

⁴¹⁷ Vgl. Schuh, G., 2005, Change Management - Prozesse strategiekonform gestalten, Springer, Berlin

Die **vier verschiedenen Perspektiven** im **Konzept der BSC** zur Beurteilung der Aktivitäten eines Unternehmens sind:⁴¹⁸

1. **Finanzperspektive**

(Wie sehen uns unsere Aktionäre?)

2. **Kundenperspektive**

(Wie sehen uns unsere Kunden/Patienten?)

3. **Prozessperspektive**

(In welchen Prozessen müssen wir uns auszeichnen, um Erfolg zu haben?)

4. **Lern- und Innovations-Perspektive**

(Wie stärken wir unsere Fähigkeit uns zu verändern und zu verbessern?)

In einer **strategischen Ausrichtung** des Unternehmens mit der **Einführung** und der Hilfe einer **BSC** werden die wesentlichen Kenngrößen aus den vier Gebieten

- Finanzielle Sicht (Interessen der Aktionäre)
- Kundensicht (wie sieht uns der Kunde)
- Interne Sicht (Prozesse)
- Innovation und Lernen (Kreativität und Verbesserung)

ausgewählt und als verbindlich festgelegt. Dann werden in jedem Gebiet entsprechende Messgrößen erarbeitet, die es gestatten, Ergebnisse und Fortschritte zu messen. Durch die Messung werden die Größen quantifiziert, und es ergeben sich Werte zur Steuerung des Unternehmens. Zentraler Handlungsschritt in der Einführung der Balanced Scorecard ist nach

⁴¹⁸ Vgl. Herwig, R.; Friedag, R. 2005, Die Balance Scorecard als ein universelles Managementinstrument, Verlag Dr. Kovac, Hamburg

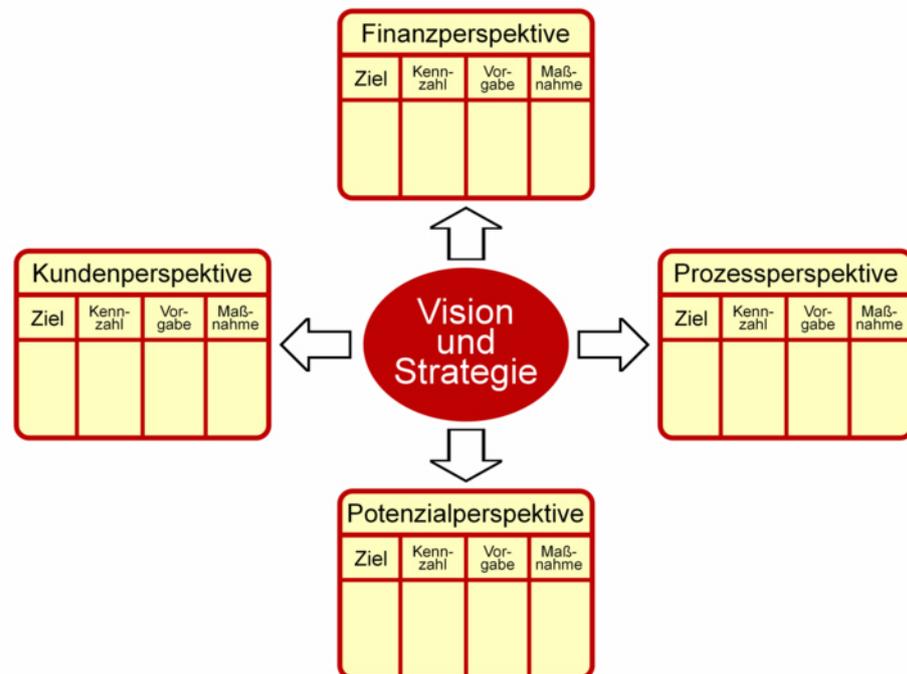


Abbildung 16: Grundform der Balanced Scorecard BSC

(Quelle: http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Balanced_Scorecard_Scorecard.png&filetimestamp=26.07.2009)

Die Datei wurde unter der GNU-Lizenz für freie Dokumentation veröffentlicht.)

Kaplan R.S. und Norton D.P.^{419 420} die strategische Ausrichtung des Unternehmens in Form eines PDCA-Zyklus: Entwicklung einer Zielsetzung in Form einer Vision, Deployment, Akzeptanz und Ausrichtung auf alle Ebenen in der Organisation, Zielsetzung und Einleitung ihrer Umsetzung, anschließender Lernschritt zur Innovation und weiteren Verbesserung der Vorgehensweisen.

⁴¹⁹ Vgl. ebenda 415

⁴²⁰ Vgl. Kaplan, R.S.; Norton, D.P.; Horvath, P., 1997, Balanced Scorecard. Strategien erfolgreich umsetzen, Verlag Schäffer-Poeschel, Stuttgart

Die Arbeit mit der BSC setzt an Managementarbeit für die Akteure voraus: ⁴²¹

422423 424 425 426 427 428

Übersetzung der Vision

Vision erklären

Übereinstimmung erzielen

Kommunizieren und Integrieren

In Projekt-/ Prozess-Idee ausbilden

Projekt-/ Prozess-Idee verbreiten

Übergeordnete Ziele setzen

Belohnung und Leistungsmessung verbinden

Geschäftsplanung

Spezifische Ziele setzen

Strategien ausrichten

Ressourcen zuordnen

Meilensteine definieren

Feedback und Lernen

Gemeinsamen Werte artikulieren

Strategisches Feedback geben

Strategie-Review fördern und lernen

Die **Entwicklung einer Balanced Scorecard** erfolgt in 7 Schritten: ⁴²⁹

Schritt 1: **Vision identifizieren**

Welches Leitbild / Ziel hat das Unternehmen?

Schritt 2: **Strategie definieren**

Welche Strategie soll verfolgt werden? Auf welche Bereiche muss man sich konzentrieren?

⁴²¹ Vgl.Horvath,P.,2008,Mehr Verantwortung für den Controller,Lösungsansätze zur Leistungssteigerung und Best-Practice-Lösungen zum Performance –und Compliance-Controlling.Schäffer-Poeschel Verlag,Stuttgart

⁴²² Vgl.Gerberich,C.W.,Schäfer,Th.;teuber,J.,2006, Integrierte Lean Balanced Scorecard-Methoden,Instrumente, Beispiele,Gabler Verlag,Wiesbaden

⁴²³ Vgl.Kaplan,R.S.;Norton,D.P.,1993,Putting the Balanced Scorecard to work.In: HBR,Harvard Buisness Review,pp.143-147

⁴²⁴ Vgl.ebenda 409

⁴²⁵ Vgl.ebenda 410

⁴²⁶ Vgl.Preißner,A.,2008,Balanced Scorecard anwenden ,Carl Hanser Verlag, München

⁴²⁷ Vgl.Rödler,E.;Rödler R..et al.,2003,Balanced Scorecard und MIS,Leitfaden zur Implementierung,Reihe : Key-Competence.mtp Verlag

⁴²⁸ Vgl.ebenda 408

⁴²⁹ Vgl.Horvath,P.,2007,Balanced Scorecard umsetzen, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart

- Schritt 3: **Perspektiven und kritische Erfolgsfaktoren festlegen**
Was muss in jeder Perspektive gut ablaufen?
- Schritt 4: **Kennzahlen definieren**
Welche Werte müssen gemessen werden?
- Schritt 5: **Scorecard auswerten**
Wie wird die Scorecard ausgewertet?
- Schritt 6: **Aktivitätspläne erstellen**
Welche Aktivitäten müssen eingeleitet werden, um definierte notwendige Ziele zu erreichen?
- Schritt 7: **Management und Weiterentwicklung der Scorecard**
Wie muss die Scorecard aktualisiert und gepflegt werden zur Weiterentwicklung des Unternehmens?

Die Balanced-Scorecard ist ein Brückenglied zwischen Strategie und Handeln, ein auf Erfolgstreiber fokussiertes Controlling-Instrument. Von der Strategie ausgehend, müssen die Erfolgstreiber bestimmt werden, auf die mit Selbstverständlichkeit alles Handeln ausgerichtet sein muß..

Sowohl aus Kundensicht, als aus Sicht der Organisation sind drei Arten von Erfolgstreibern zu bewerten

Erfolgstreiber sind:⁴³⁰

1. **Relevanz:** Erwartungen müssen richtig identifiziert werden.
2. **Effektivität:** Handlungen mit hohem Attraktivitätspotential müssen ausgewählt werden.
3. **Effizienz:** Prozesse mit besonders positiver Vorteils-/Aufwandsrelation müssen durchgeführt werden

Die Balanced Scorecard ist richtig eingesetzt ein Management-Instrument, um Mission und Vision eines Unternehmens strategisch in erfolgreiches Handeln umzusetzen. Die Balanced Scorecard ist ein ganzheitlicher und strategischer Handlungsrahmen für ein Unternehmen.

Auf den Qualitätsentwicklungswegen einer Zertifizierung respektive erfolgreicher Re-Zertifizierung können Balanced Score-Konzepte zu einer

⁴³⁰ Vgl.ebenda 409

guten Dokumentation von Ergebnissen der Weiterentwicklung von Qualität genutzt werden. Innerhalb der 4 Perspektiven der Balanced Scorecard gilt es strategische Qualitäts-Ziele zu definieren. Damit diese ihrer Orientierungs-, Steuerungs- und Motivationsfunktionen gerecht werden können, sollten wenige prägnante Ziele, Kernziele, definiert werden. Strategische Qualitätsziele im Rahmen eines Zertifizierungsprozesses stammen wesentlich aus den in den Qualitätsmanualen definierten Kernkriterien.

8.4.14. KAIZEN

KAIZEN ist ein Ansatz im kontinuierlichen Verbesserungsprozess KVP.⁴³¹

⁴³² ⁴³³ ⁴³⁴ Der Begriff KAIZEN stammt aus Japan und heißt (kai = ändern, ZEN = das Gute):

**„Das Gute verbessern“
„Veränderung zum Besseren“**

Die Botschaft von KAIZEN lautet, dass kein Tag ohne Verbesserung in einer Organisation vergehen soll. **KAIZEN ist die Philosophie der ewigen Veränderung zum Besseren.** Sie bedarf einer konkreten Zielrichtung sowie Transparenz und Flexibilität, um auf Veränderungen der Umwelt zu reagieren. Die kontinuierliche Verbesserung von Qualität und Produktivität soll dabei kontinuierlich und konsequent in **k l e i n e n** Schritten erfolgen, so dass der Kunde nachhaltig zufrieden ist.

Das KAIZEN-Konzept unterteilt sich in drei hierarchisch aufgebaute Arten:

1. Managementorientiertes KAIZEN

im Top-Management, in der Führungsebene, besonders auch im Training der Mitarbeiter in Eigenverantwortung für eine maximale Leistung für Qualität

2. Gruppenorientiertes KAIZEN

in den Qualitätszirkeln der Mitarbeiter für das strategische Management von großer Bedeutung

⁴³¹ Vgl.ebenda 217

⁴³² Vgl.Glaap,W.,1996,TQM in der Praxis,Carl Hanser, München,S.24

⁴³³ Vgl.Imai,M.,1993, Kaizen.Der Schlüssel der Japaner zum Erfolg,Verlag Langen-Müller, München

⁴³⁴ Vgl.Kostka,A.;Kostka,S.,2008,Der kontinuierliche Verbesserungsprozess,Methoden des KVP,Carl Hanser, München

3. Personenorientiertes KAIZEN

Verbesserungsvorschläge einzelner Personen für den jeweils eigenen Arbeitsplatz, die eigene Arbeitsaufgabe

Grundlage für das KAIZEN ist der Deming'sche PDCA-Zyklus – Plan-Do-Check-Act.⁴³⁵

8.4.15. SWOT-Analyse

Die SWOT-Analyse ist eine relativ einfach zu handhabende Möglichkeit Stärken (Strengths) Schwächen (Weaknesses) Chancen (Opportunities) und Risiken (Threats) für ein Unternehmen zu analysieren und darzustellen.⁴³⁶ Ziel der Analyse ist es, auf der Basis einer

I n t e r n e n **Stärken – Schwächen - Analyse**

und einer

E x t e r n e n **Chancen – Risiko – Analyse**

mögliche Quellen für Wettbewerbsvorteile und internen Handlungsbedarf zur Verbesserung zu identifizieren. Fallen Stärken eines Unternehmens mit Chancen zusammen, oder lassen sich Schwächen identifizieren, ergeben sich wichtige Ansatzpunkte für die Unternehmensstrategie. Die SWOT fasst die wesentlichen Ergebnisse der Analyse der externen Einflussfaktoren und die Analyse der internen

Fähigkeiten eines Unternehmens zusammen. Vor der SWOT-Analyse sollte ein Ziel vereinbart werden. Jede Analyse muß ein Ziel haben, nicht nur eine Priorisierung. Das Ziel der Analyse besteht darin, herauszufinden, inwieweit die aktuelle Strategie des Unternehmens und seine spezifischen Stärken und Schwächen geeignet, ausreichend und relevant sind, um auf die Veränderungen in der Unternehmenswelt zu reagieren und zu agieren.

⁴³⁵ Vgl. ebenda 132

⁴³⁶ Vgl. BMI, Bundesministerium des Inneren, Referat 01, 2009, Organisationshandbuch: Kapitel 6.3.4, Stärken-Schwächen-Analyse (SWOT-Analyse), Berlin

Die Komponenten der SWOT-Analyse



Abbildung 17: Konzept der SWOT-Analyse

(Quelle : www.4managers.de powered by ©ILTIS GmbH.D - 72108 Rottenburg)

8.4.16. Leitbild

Qualitätsmanagement-Arbeit ist oft eng verbunden mit der Frage der Entwicklung eines Leitbildes, einer Corporate Identity. Die Diskussion der Entwicklung eines Leitbildes gehört nicht in die Initialphase der Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems QMS.⁴³⁷ Erst wenn der Aufbau eines Qualitätsmanagements in den Strukturen, Prozessen und in den Ergebnissen der Institution eine gewisse Reife erreicht hat, kann die Leitbild-Diskussion und die Einführung eines Leitbildes zu einem Motivations- und Entwicklungsschub für die stabile Fortentwicklung eines eingeführten Qualitätsmanagement-Systems QMS werden. Ein Leitbild soll einen Qualitätslevel aussagen und bestätigen. Ein Leitbild initiiert und hält für sich keine Qualität.

⁴³⁷ Vgl. Schubert, H.J., 2004, Entwicklung eines Leitbildes. Chancen und Gefahren In: Lauterbach/Schrapppe, S.371-374

Ein Leitbild einer Institution, eines Unternehmens, ist eine klare Formulierung langfristiger Zielvorstellungen mit Aussagen zu den Strategien der Ziele. Das Unternehmensleitbild ist die Ausformulierung der Unternehmenskultur bezüglich ihrer Funktionen und Inhalte:

- **Orientierungsfunktion:**
Werte, Normen, Regelungen, Paradigmen
- **Integrationsfunktion:**
Wir-Gefühl, Corporate Identity, Kommunikationsstil
- **Entscheidungsfunktion:**
Entscheidungsspielraum, Regeln für ein Krisenmanagement
- **Koordinierungsfunktion:**
Führungskräfte, Mitarbeiter, Mediation, Öffentlichkeitsarbeit.

Ein Leitbild enthält also alle relevanten Aussagen zu einer angestrebten Kultur in einer Institution, einem Unternehmen. Es verbindet gewachsenes Selbstverständnis, die Unternehmensphilosophie mit ihrem Gesellschafts- und Menschenbild, ihren Normen und Werten mit den quantitativen und den qualitativen Unternehmenszielen. Die Begriffe „Mission und Vision“ sind in die Bedeutung des Wortes „Leitbild“ interpretiert. Ch. Richter⁴³⁸ versteht unter *Mission* den Unternehmenszweck im engeren Sinne als Wesenskern eines Unternehmens im Sinne eines interaktiven Prozesses mit seinen Mitarbeitern, als *Mission Statement* die Verdichtung und Konzentration ihrer Antriebs- und Wirkungskräfte als wesentlichen Orientierungspunkt des Unternehmens. *Mission Statement* beinhaltet den aktuellen unveränderlichen Status, *Vision Statement* beinhaltet Ziele für die Zukunft auf seinem strategischen Entwicklungsweg. Ch. Richter setzt den Begriff Leitbild in die Mitte zwischen Mission Statement und Vision Statement.

Die idealistische Betrachtung und Wertvorstellung eines Leitbildes ist nicht frei von Problematik und oft Zeichen kritischer Ernüchterung zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die Einführung eines Leitbildes oder von Führungsgrundsätzen ist oft nicht die Strategie greifbar fortschrittlicher Wirkungen auf die Veränderungsprozesse einer Unternehmenskultur, sondern greifbar positive Effekte bewirken konkrete geschäftsbezogene

⁴³⁸ Vgl. ebenda 238

Veränderungsziele wie Kundenorientierung, Kostensenkung, Ablaufoptimierung, Qualitätskampagnen und Programme zur Steigerung der Mitarbeiterqualität. Ein Leitbild darf nicht zum Konfliktauslöser werden.

Ein Leitbild ist primär kein aktives und kein aktivierendes QM-Werkzeug. Ein Leitbild beschreibt vorhandene Qualität für verschiedene Wertedefinitionen.

8.4.17. Der Prozess im Managementverständnis

Nach Drucker P.F.⁴³⁹ ist der Prozess und seine klare Beschreibung ein Basiswerkzeug des Managements. Fiermann T. und Dammasch C.⁴⁴⁰ postulieren Wege im kontinuierlichen Verbesserungsprozess in einem Unternehmen über Prozessmanagement.

Ein Prozess ist generell eine Abfolge von einzelnen Arbeitsschritten, an deren Ende ein bestimmtes Prozessergebnis steht. Nur die Kenntnisse der einzelnen Arbeitsabschnitte und ihrer korrekten Reihenfolge macht die Definition der Prozesse in einem Unternehmen möglich. Prozesse gehören oft einer Prozesskommunikationsreihenfolge an. Der Output des einen Prozesses stellt oft den Input für einen nachfolgenden Prozess dar. Jeder Prozess braucht zur Lenkung und Steuerung zur Zufriedenheit der nachgeschalteten Kunden (externe/interne) eine exakte Beschreibung in Verfahrens- und Arbeitsanweisungen. Prozessabläufe müssen nach den Kundenanforderungen formuliert werden.

F. Malik⁴⁴¹ definiert den Prozess mit den folgenden Attributen:

1. Prozesse sind beschreibbar, abgrenzbar, haben einen Anfang und ein Ende.
2. Prozesse transformieren einen Input in einen Output.
3. Prozesse müssen einen klaren Verantwortlichen haben.
4. Prozesse sind unabhängig von der Aufbauorganisation des Unternehmens.
5. Prozesse sind die Folge von Aktivitäten.
6. Prozesse sind messbar

⁴³⁹ Vgl.ebenda 220

⁴⁴⁰ Vgl.Fiermann,T.;Dammasch,C.,2008, Prozessmanagement.Anleitung zur ständigen Prozessverbesserung, Carl Hanser,München

⁴⁴¹ Vgl.ebenda 213

Ein Prozess ist nach Seyfarth-Metzger I. u.a. ein analysierbares Managementwerkzeug.^{442 443 444 445}

Die einzelnen Arbeitsschritte und entscheidungsgerichteten Maßnahmen, die einen Gesamtprozess beschreiben, lassen sich klar bildlich nach festgelegten Vorgaben in zwei Stufen darstellen.

Flussdiagramm als 1. Stufe einer Prozessdarstellung

Das Flussdiagramm als Werkzeug von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung ist eine sehr gute, einfache Methode, einen Prozess übersichtlich und nachvollziehbar darzustellen.

Ein Flussdiagramm ist eine bildliche Darstellung der Schritte oder Aktivitäten, die einen Prozess begleiten.⁴⁴⁶

Ein Flussdiagramm wird erstellt nach bestimmten Vereinbarungen oder Normen:

Beginn und Ende des Prozesses werden mit einem Oval, die einzelnen Entwicklungsschritte mit einem Rechteck, die Entscheidungen werden mit einer Raute dargestellt.

Das Flussdiagramm ist geeignet, den Fluss eines Prozesses zu dokumentieren. Im Flussdiagramm ist das Aufeinanderfolgen von Aktivitäten übersichtlich und nachvollziehbar dargestellt. Das Flussdiagramm eignet sich besonders gut, Fehlerquellen und Probleme in einem Prozess zu erkennen.

Wichtig ist die Festlegung von Beginn und Ende eines Prozesses im Vorfeld.

Das Erstellen eines Flussdiagramms erfolgt in folgenden Schritten:

Zuerst werden Anfang und Ende des Prozesses festgelegt, anschließend die wichtigsten Schritte in der üblichen Reihenfolge. Wichtige Entscheidungen werden markiert. Das Flussdiagramm hilft, verschiedene Sichtweisen eines Prozesses durch verschiedene Mitarbeiter einer Institution deutlich zu machen.

In der Prozessdarstellung mit einem Flussdiagramm sollten zunächst, nach

⁴⁴² Vgl.Zapp,W.,2002, Prozessgestaltung im Krankenhaus,Economica Verlag,Heidelberg

⁴⁴³ Vgl.Seyfarth-Metzger,I.;Liebich ,B.;Volz,A.,2003,Methoden der Prozessanalyse .Instrumente des Qualitätsmanagements,Med. Klinik,98,1.S.15-22

⁴⁴⁴ Vgl.Binner,H.F.,2008,Handbuch der prozessorganisierten Arbeitsorganisation, Carl Hanser Verlag, München

⁴⁴⁵ Vgl.ebenda 327

⁴⁴⁶ Vgl.ebenda 304

Festlegung aller wichtigen Prozessschritte, im *High-level-Diagramm*, nur die wichtigsten Prozessschritte dargestellt werden, und im zweiten Schritt der Prozessdarstellung detailliert, im *Low-level-Diagramm*, die schwierigen und problematischen Prozessschritte und die wichtigen Entscheidungsrauten. Im High-level-Diagramm-Schritt werden bereits die schwierigen und problematischen Prozessschritte deutlich und Probleme erkannt.

In Kapitel 10.4.2. ist ein exemplarisches Flussdiagramm für die Präventionsmedizin dargestellt.

Die Vorteile einer Prozessablaufdarstellung in einem Flussdiagramm sind:

- Prozess-Transparenz, besonders seiner einzelnen Schnittstellen
- Gute Einarbeitungsorientierung für Mitarbeiter
- Information für Betroffene über ihren aktuellen Status
- Eindeutige Festlegung von Verantwortlichkeiten
- Schutz vor Vergessen wesentlicher Beteiligungen im Verfahren
- Vermeidung von Verfahrensfehlern
- Garantie für Logik im Gesamtprozessgeschehen
- Verbindlichkeit der Vorgehensweisen

Ursachenwirkungsdiagramm als 2. Stufe einer Prozessdarstellung

Die zweite Stufe einer Prozessbeurteilung nach seiner initialen Darstellung in einem Flussdiagramm ist in der Regel ein Ursachenwirkungsdiagramm.

8.4.18. Zertifizierung

Zertifizierung der Konformität ist nach DIN EN 45012 definiert als eine Maßnahme durch einen unparteiischen Dritten, der aufzeigt, dass angemessenes Vertrauen besteht, dass ein ordnungsgemäß bezeichnetes Erzeugnis, Verfahren oder eine ordnungsgemäß bezeichnete Dienstleistung in Übereinstimmung mit einer bestimmten Norm oder einem bestimmten anderen normativen Dokument ist.^{447 448 449 450 451}

⁴⁴⁷ Vgl. Anonymous, 2001, Zertifizierungsliste XXI-2001, Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis, Z. Angew. Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, I, Supplement

Zertifizierung ist ein Vorgang, bei dem die Orientierung eines Standards und deren Einhaltung überprüft werden. Zertifiziert werden Produkte (Bildungsgänge, Kurse, Lehrgänge), der Nachweis von Ausbildungsstandards, Qualifikation und Kompetenz des Personals, Prozesse und/oder ganze Systeme. Eine Zertifizierung wird bei einer zur Zertifizierung akkreditierten Institution beantragt. (s. Kapitel 8.4.22) Das Verfahren wird durch eine unparteiische Institution oder Person durchgeführt und zeigt bei positivem Resultat die Fähigkeit zu einer definierten Leistungserbringung, die Übereinstimmung mit bestehenden Normen, Vereinbarungen und eigenen Festlegungen des Unternehmens. Die Zertifizierung bedeutet eine Vertrauensbekundung bezüglich der Qualität eines Produktes und darüber, dass das System sich in all seinen Aktivitäten an den Standards eines Qualitätsmanagement-Systems orientiert. Bestätigt werden normkonforme Abläufe, die Existenz eines Qualitätsmanagement-Systems, Kundenorientierung, Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit und das Regime der Mitarbeiterführung.

Zertifikate stellen einen Vertrauensvorschuss in die Qualitätsfähigkeit dar.⁴⁵² Eine essentielle Voraussetzung für ein Zertifikat ist der im Qualitätsmanagement festgelegte und nachweisbare Umgang sichtbar werdender Qualitätsmängel. Bei Produkten können Qualitätsdefizite an den Gegenständen gemessen werden . Bei Dienstleistungen ist der Vergleich mit anderen Dienstleistungen, die Konformität mit anerkannten Standards und die Kundenzufriedenheit maßgeblich. Eine Organisation hat spezifische, individuelle, interne und externe Kunden.

Im Prozess der Zertifizierung wird zwischen drei Auditierungen^{453 454 455} unterschieden:

⁴⁴⁸ Vgl.ebenda 318

⁴⁴⁹ Vgl.Kahla-Witzsch,A.,2002,Zertifizierung im Krankenhaus nach DIN EN ISO 9001:2000, Kohlhammer,Stuttgart

⁴⁵⁰ Vgl.ebenda 369

⁴⁵¹ Vgl.Schurig,M.,2004,Qualitätsmanagement I-Strategische Aufgaben der QM-Abteilung- Managementhandbuch,Zertifizierung,Qualitätszirkel,Schulung ,Interne Audits,Fachhochschule Aalen

⁴⁵² Vgl.Selbmann,H.K.,2007,Ein Zertifikat allein schafft kein Vertrauen.Vom Sinn und Unsinn der Zertifizierung im Krankenhaus.Arzt und Krankenhaus 80,Heft 10,S.3-4

⁴⁵³ Vgl.Gietl,G.; Lobinger,W.,2003, Qualitätsaudit,Planung und Durchführung von Audits nach DIN EN ISO 9001:2000, Carl Hanser Verlag , München

⁴⁵⁴ Vgl. Gietl,G.;Lobinger,W.,2004, Leitfaden für Qualitätsauditoren,Planung und Durchführung von Audits nach ISO 9001:2000,Carl Hanser Verlag, München

⁴⁵⁵ Vgl.Klakow-Franck,R.,2005,Der Weg zum Zertifikat,Deutsches Ärzteblatt,102/Heft21,A-1486

- Internes Audit
- Voraudit
- Zertifizierungs-Audit
- Überwachungsaudit

Audit

Audit bezeichnet das Prüfverfahren, mit dem die Zertifizierungsfähigkeit festgestellt wird. Es werden die Dokumente geprüft, die zum Qualitätsmanagement-System gehören und Anhörungen in den stichprobenartig ausgewählten Bereichen und der Leitungsebene durchgeführt. Bei einem Audit wird der Ist-Zustand analysiert, nach erreichter Zertifizierung im Rahmen der Zertifikatserneuerung, ob die festgelegten Qualitätsziele und die erforderlichen Prozesse eingehalten wurden.

Untersucht wird durch interne oder externe unabhängige Experten

- in welchem Umfang Anforderungen und Richtlinien erfüllt werden,
- ein System den Standards oder selbstgesetzten Zielen entspricht,
- Prozesse und Produkte qualitätsfähig sind ⁴⁵⁶
- Personen angemessen ausgebildet sind und sich weiterbilden.

Das Verfahren dient

- der Ermittlung der Leistungsfähigkeit eines Systems,
- der Information der Leitung über die Umsetzung der Vereinbarungen
- der Feststellung der Voraussetzung für eine Qualitätsbescheinigung.

Das Procedere des Audits dient auch der Überwachung der weiteren Entwicklung oder einer Erneuerung der Qualitätsbescheinigung.

Im **Internen Audit** prüft eine Einrichtung sich selber systematisch nach den Vorgaben des Norm-Systems der Zertifizierung. Die internen Audits werden von kundigen geschulten Personen der Einrichtung durchgeführt. Die verschiedenen Prozesse werden geprüft und die für die angestrebte Zertifizierung notwendigen Veränderungen angeregt.

Interne Audits sind ein Basisbestandteil des fortlaufenden Qualitätsmanagements einer Institution, um den für die Zertifizierung erforderlichen Qualitätsstand zu erreichen oder für die Re-Zertifizierung zu erhalten. Die intern prüfenden Personen sollten im zu prüfenden Bereich keine Verantwortung besitzen. Sie prüfen die Bereiche auf ihre Übereinstimmung mit

⁴⁵⁶ Vgl. Oberender, P.; Hacker, J. et al., 2002, Medizincontroller sind unverzichtbar, doch rar und gesucht, F&W Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, 19, S. 356-8

den festgelegten Qualitätsanforderungen und geben Empfehlungen für die Verbesserung und Weiterentwicklung. Interne Audits sind unabhängig von einer Zertifizierung sinnvoll, da die Institution nicht nur normkonforme und interne Leistungsfähigkeit, die Zielverfolgung und den Qualitätsvereinbarungen überprüft, sondern für das Unternehmen nützliche Informationen über seinen Bedarf an Änderungen gewonnen werden.

Qualitätsmanagement eines Unternehmens umfasst essentiell die Aus- und Weiterbildung des Personals im speziellen Fachgebiet und in der Qualitätswissenschaft ; dazu gehört auch die Ausbildung einer ausreichenden Zahl von Auditoren, die nach der Norm geforderte Interne Audits selbstständig ausführen können

Das **Vorausdit** beinhaltet, nach einer Fragenliste von Seiten der Zertifizierungsstelle, die Überprüfung der Übereinstimmung des gesamten Qualitätsmanagement-Systems mit den Normen und den selbstgesetzten Qualitätsmerkmalen. Das Vorausdit kann durch eine Zertifizierungsstelle durchgeführt werden. Im Vorausdit werden die Defizite und Unstimmigkeiten festgestellt und Empfehlungen zur Überarbeitung im Hinblick auf eine geplante Zertifizierung gegeben. Die Dauer des Vorausdits dauert ein bis zwei Tage, die Behebung der Mängel oft Monate. Seitens der Zertifizierungsstelle wird ein Prüfbericht erstellt, der Normkonformitäten oder Abweichungen und Maßnahmen ihrer Behebung beinhaltet. Nach einer Phase der Angleichung der Normdefizite erfolgt das Zertifizierungs-Audit.

Verschiedene **Auditperspektiven** sind zu unterscheiden:

- Compliance-Audit: Übereinstimmung mit einem Regelwerk
- System-Audit: Prüfung des Management-Systems
- Prozess-Audit: Prüfung einzelner Prozesse
- Produkt-Audit: Prüfung von Produkten im Hinblick auf Kundenerwartungen
- Projekt-Audit: Feststellung zum Fortschritt von Projekten

Die **Vorleistungen der zu zertifizierenden Institution** enthalten folgende Forderungen:

- Leitbild der Qualität
- Qualitätsmanagement-System
- Interne Audits

- Jährliches Management-Review
- Qualitäts-Handbuch QMH
- Auswahl einer Zertifizierungsstelle

Zertifizierungsaudit: mündliche Auskünfte, Zulassen von Beobachtungsmöglichkeiten und Stichproben, klärende Gespräche, Bearbeitung der Dokumente der Zertifizierungsstelle (Fragebogen ...).

Bei der Zertifizierung wird von zwei externen Auditoren aus dem Qualitätsmanagement und einer geeigneten Fachdisziplin, im Gesundheitswesen eines passenden medizinischen Fachbereichs, stichprobenartig an festgelegten Prozessen der Institution geprüft, wieweit die NORM-Anforderungen - im Falle einer Zertifizierung - zum Beispiel nach der DIN EN ISO - die in den 5 QM-Prozessen des QM-Zyklus formulierten Forderungen in der Fassung des vom NQSZ 2008 veröffentlichten Kriterienkataloges der DIN EN ISO –NORMEN (s. Anhang 12.A.1 und Abbildung 26) in der klinischen Praxis umgesetzt sind. Geringe Defizite lassen mit formulierten *Hinweisen* die Zertifizierung zu, größere Defizite müssen als *Abweichung* vom geforderten Qualitätsniveau vor der Zertifikat-Anerkennung aufgearbeitet werden.

Das **Zertifizierungs-Audit** unterzieht das ganze System des Qualitätsmanagement einer Schlussprüfung, nachdem Schwachstellen aus dem Voraudit beseitigt wurden. Sind die in Normen und Selbstvereinbarungen formulierten Anforderungen erfüllt, wird das Zertifikat erteilt.

Ein **Zertifikat** ist zeitlich befristet mit einer Gültigkeit für drei Jahre und einer jährlichen Überwachung bis zur Re –Zertifizierung .Die Qualitätätsentwicklung wird bis zur Rezertifizierung jährlich vom Zertifizierungsunternehmen überwacht. ⁴⁵⁷

Überwachungsaudits, die einmal jährlich zur Inspektion der weiteren Entwicklung des Qualitätsmanagement-Systems durchgeführt werden, können ebenfalls als Interne Audits organisiert werden.

⁴⁵⁷ Vgl.Liebelt,J.;Schrappe,M.,2004,Qualitätsmanagement Systeme und Zertifizierung nach der DIN EN ISO 9000:2000 In: Lauterbach/Schrappe,S.468-482

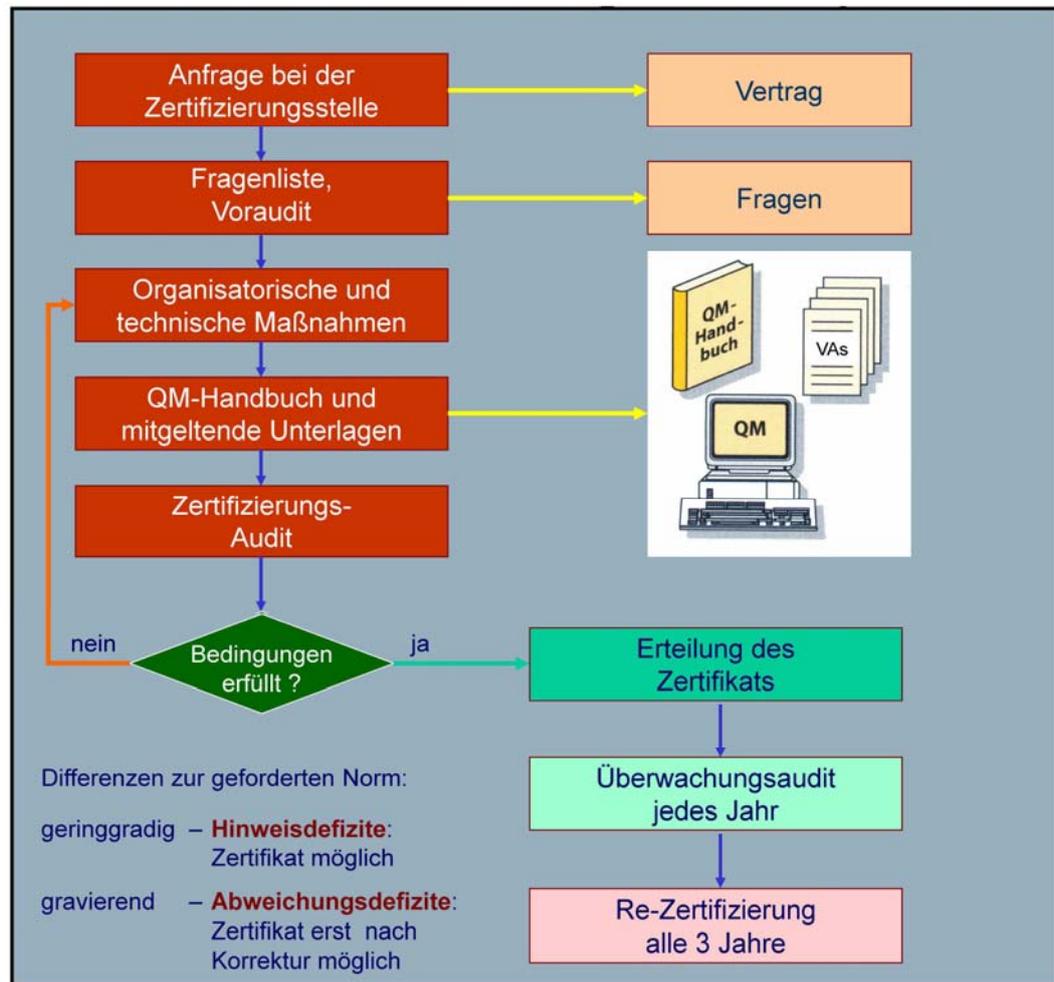


Abbildung 18: Schema der Zertifizierung des QM-Systems

(Quelle: Bauer, J.P. DIN EN ISO 9000:2000ff umsetzen, 2002)

Qualitätsmanagement-Systeme in der Medizin und im Besonderen Qualitätssicherungsprogramme setzen die systematische Bewertung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach definierten - gesetzlichen und im Falle zusätzlicher Qualitätskonzepte freiwilligen - Regeln voraus. **Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung** müssen auch unter dem Aspekt der **Kosteneffektivität** bewertet werden.^{458 459 460 461} Zu ihrer Beurteilung müssen Kosten, Nutzen und ihre Relation bewertet werden. Integrierte Qualitätswerkzeuge wie Leitlinien, Standards, Patientenpfade,

⁴⁵⁸ Vgl. ebenda 191

⁴⁵⁹ Vgl. ebenda 294

⁴⁶⁰ Vgl. Fleming, Q.W.; Koppelman, J.M., 2004, Was ihr Projekt wirklich kostet, Harvard Business Manager, pp.15-17 Or

⁴⁶¹ Schmidt, K.J., 1996, Zertifizierte Qualität. Führen und Wirtschaften I, S.224-7

Telemedizin bilden die Grundlage für ein systematisches und effektives Qualitätsmanagement. Die Kosten des Qualitätsmanagements sind Qualitätskosten. Qualitätskosten können nach Daigh R.D. unterteilt werden in Fehlerverhütungs-, Prüf- und Fehlerkosten. Den größten Teil der Qualitätskosten im Krankenhaus bilden in der Regel die Fehlerkosten mit 75 % am Gesamtertrag, Prüfkosten machen 20 % und Fehlerverhütungskosten 5 % der Gesamtkosten aus. Die Investitionskosten des QM, das sind Fehlerverhütungs- und Prüfkosten, werden dabei den Einsparungen durch eine Reduktion der Fehlerkosten sowie dem klinischen Nutzen gegenüber gestellt. Mit steigender Qualität sinken die Fehlerkosten bei steigenden Fehlerverhütungs- und Prüfkosten. Ökonomisch sinnvoll ist eine Minimierung der aggregierten Kosten, der Gesamtkosten.

Das Ergebnis von Studien zur Kosteneffektivität in einem Qualitätsmanagement-System bestätigt überwiegend eine Steigerung der Effizienz, eine Stärkung strategischer Erfolgsfaktoren wie Zunahme der Patientenzufriedenheit, der Mitarbeiterzufriedenheit, eine höhere Bindung zuweisender Ärzte, eine steigende Behandlungsqualität und einen Wettbewerbsvorteil.⁴⁶² Obwohl umfassende Kosteneffektivitäts-Analysen aufgrund unterschiedlicher Zielparameter noch fehlen, wird ein Qualitätsmanagement-System QMS allgemein als kosteneffektiv eingestuft.

Die **Zertifizierung einer Institution bedeutet** nach den Forderungen der ISO-NORM:

- Freiwillige Entscheidung für hohe Qualität
- Auszeichnung für Qualität nach internationalen Normen
- Auszeichnung für Qualität auf hohem Niveau
- Vertrauensanstieg der Kunden / Klienten / Patienten
- Stärkung des Wirtschaftsfaktors des Unternehmens
- Stabilisierung und Weiterentwicklung von Qualität im Unternehmen
- Hoher persönlicher Einsatz
- Kreativer Weg zur Leistungssteigerung
- Kreativer Weg zur beruflichen und persönlichen Professionalität

⁴⁶² Vgl.Zink,K.J.;Voß.,1997,Wettbewerbsvorsprung durch Qualität,RKW,Eschborn

- Individuelle persönliche Entscheidung jedes Mitarbeiters in der Institution zur Qualität
- Differenzierter Umgang mit dem Risiko
- Kreativer Weg zur Risikominderung
- Differenzierter positiver Umgang mit Fehlern
- Differenzierte Entwicklung von Fehlereinfluss-Analysen: Entwicklung einer Fehlerkultur.
- Hohe Kosten

Die präzise Bearbeitung aller Forderungen aus den 5 QM-Prozessen des Qualitätsmanagement-Zyklus nach W.E. Deming führen konsequent zu Risikominderung und Leistungssteigerung für alle Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse in einer Institution.

Eine **Zertifizierung** hat **keine Gesetzesgrundlage**. Eine Zertifizierung bedeutet eine **individuelle, freiwillige, persönliche Entscheidung** eines Unternehmens, einer Organisation, zu einer transparenten und **nachweisbaren Qualität**, ausgerichtet an spezifischen Normen

Ein **Zertifikat** für eine Institution ist ein aus **eigener Initiative** freiwillig bei einer Zertifizierungsgesellschaft beantragtes und **erworbenes Prädikat für Qualität**.

Die erfolgreich abgeschlossene Zertifizierung bedeutet Fortsetzung der Qualitätsarbeit, um das erreichte Qualitätsniveau nicht nur zu halten sondern mit dem Ziel einer RE-Zertifizierung zu steigern.

Zertifizierung eines medizinischen Unternehmens stärkt den dort tätigen Arzt, in seiner Doppelrolle im Rahmen der modernen Gesundheitspolitik – Arzt, Mediziner und Gesundheitsmanager - für seinen Patienten zu sein. Vergleichbares gilt auch für die Aufgaben von Pflege- und Praxismitarbeitern.

Eine Zertifizierung macht den Arzt zum **Botschafter für hohe Qualität in der Medizin** und rüstet ihn permanent für aktuelle und zukünftige Änderungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen in seinem primären ärztlichen Auftrag. Eine Zertifizierung befähigt den **Arzt, neue Wege mit Verantwortung und Kompetenz für seine Patienten mitzugehen**.

8.4.19. Akkreditierung

Akkreditierung (accredere = Glauben schenken) ist, wie Evaluierung und Zertifizierung ein Grundbegriff im Qualitätsmanagement. Gemeinsam ist allen drei Begriffen die Durchführung einer Bewertung.⁴⁶³ Die Begriffe sind bezogen auf ihre Bewertungsinhalte und Zielsetzungen unterschiedlich.. Akkreditierung bezeichnet das Feststellen und Bescheinigen, dass eine Prüfstelle die Voraussetzungen zur Durchführung von Zertifizierungen von Qualitätsmanagement-Verfahren, Konformitätsbewertungen, erfüllt. Eine andere Definition für Akkreditierung ist die formale Anerkennung der Kompetenz EN 45001. Der Begriff Akkreditierung bezieht sich auf das Zulassungsverfahren, das Prüfungs- und Zertifizierungsstellen durchlaufen müssen, wenn sie eine Autorisierung zur Durchführung von Qualitätsbegutachtungen nach der DIN EN ISO 9000 ff o.a. erhalten möchten. Die Anforderungen an Prüf- und Akkreditierungsstellen sind, wie ebenso für Zertifizierungsstellen, in der Normenreihe DIN EN 45000 ff geregelt und beziehen sich auf die Bewertung und Anerkennung von Prüfkompetenz. Akkreditierung bedeutet die formale Anerkennung von Prüfkompetenz ,die Kompetenz zur „Prüfung der Prüfer“. Mit Akkreditierung allgemein wird der Vorgang, das Ergebnis einer formalen Überprüfung bezeichnet, in dessen Verlauf das Ausmaß der Erfüllung definierter Anforderungen bewertet werden. In Abhängigkeit vom Grad der Übereinstimmung zwischen vorgegebenen Anforderungen und tatsächlichen Gegebenheiten können unterschiedliche Akkreditierungseinstufungen ausgesprochen werden.

Die bekannteste Organisation im Gesundheitswesen in Nordamerika, die unterschiedliche Akkreditierungsprogramme erarbeitet hat, ist die Joint Commission on Accreditation of Health care Organization **JCAHO**.

Auf europäischer Ebene ist die **EA** European Co-Operation for Accreditation maßgebend.

In Deutschland ist die **TGA** – Trägergemeinschaft für Akkreditierung German Association for Accreditation GmbH - im Besonderen für den Gesundheitsbereich, eine führende Akkreditierungszentrale.

⁴⁶³ Vgl.ebenda 369

9. Verschiedene QM-Konzepte

Die Entscheidung, die Präventionsmedizin, ausgehend von ihrem Status Quo, ihre Ziele und ihre Entwicklung in die Zukunft mit einem strukturierten Qualitätsprogramm zu untermauern, setzt das Begreifen von Qualität als ein umfassendes Denkkonzept voraus, das nicht nur eine medizinisch-technologische Komponente besetzt, sondern von einer grundlegenden und umfassenden Geisteshaltung zum Begriff Qualität bestimmt wird. Grundsätzlich stehen der Präventionsmedizin zur Implementierung eines QM-Profiles verschiedene Konzepte zur Verfügung. Jedes der QM-Konzepte zeichnet sich durch spezielle Anforderungen aus, hat besondere Nutzen und Chancen, aber auch Nachteile oder Risiken, die für die Erfolgsstrategie der präventionsmedizinischen Entwicklung exakt abgewogen und geprüft werden sollten.

Vier der zur Zeit führenden QM-Konzepte sollten differenziert bekannt sein.

9.1 QM-Konzept KTQ

Das Konzept KTQ – Kommunikation – Transparenz – Qualität – hat seinen Ursprung nicht wie andere QM-Konzepte in der Industrie, sondern ist als genuin medizinisches Qualitätsmanagement-Konzept primär in der Medizin – (und) für die Medizin entwickelt worden, 1951 von Chirurgen, Internisten und Krankenhausgesellschaften in den USA, und seit 2002 in Deutschland als KTQ und KTQ Procum Cert für Kliniken⁴⁶⁴ ⁴⁶⁵ ⁴⁶⁶ ⁴⁶⁷, seit 2004 für Praxen in der vertragsärztlichen Versorgung⁴⁶⁸ eingeführt. Das QM-Konzept KTQ wurde von Experten aus der Krankenhauspraxis, Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Deutschen Pflegerates speziell für das Deutsche Gesundheitswesen entwickelt. Entwicklungsorientierungen kamen aus dem Australian Council on Healthcare Standards. Entwicklungsvorbild

⁴⁶⁴ Vgl. KTQ-Manual/Katalog 2006, KTQ-GmbH. Red Team Beck, Th., Dtsch. Krankenhaus-Verlags-Gesellschaft, Düsseldorf

⁴⁶⁵ Vgl. KTQ-Manual/Katalog, 2009, Grimm, Berlin

⁴⁶⁶ Vgl. Strobrawa, F.F., 2004, KTQ – ein umfassendes Zertifizierungskonzept für Krankenhäuser
In: Lauterbach/Schrapp, S. 486-492

⁴⁶⁷ Vgl. Rier, Ch., 2003, Qualität durch Werte: Pro cum Cert, Baumann, Kulmbach,

⁴⁶⁸ Vgl. Lüthy, A., 2006, KTQ für Praxen und MVZ, Dtsch. Krankenhausverlags-Gesellschaft, Düsseldorf

für QM-Konzepte im Gesundheitswesen und speziell für das KTQ- Modell war bei genauer Betrachtung des KTQ-Kriterienkataloges im besonderen die JCAHO , die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations in USA ⁴⁶⁹ ⁴⁷⁰ . Die Basis der KTQ-Bewertungssystematik ist der Qualitätsmanagement-Zyklus nach W.E. Deming – plan-do-check-act ⁴⁷¹ ⁴⁷² . Das KTQ-Konzept ist ein genuines deutsches QM-Konzept ohne bisherige europäische oder internationale Plattform. – Das QM-Konzept KTQ wurde als Zertifizierungsverfahren entwickelt, mit dem Ziel der Verbesserung und Optimierung aller Prozesse in der medizinischen Patientenversorgung. Die erste Zertifizierung nach KTQ erfolgte 2002 in der Asklepios Klinik Bad Tölz.

Bewertungskriterien im KTQ-Konzept sind:

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit von Krankenhaus oder Praxis
- Informationswesen
- Führung von Krankenhaus oder Praxis
- Qualitätsmanagement generell

Die Bemessungskonzepte für die Qualität der einzelnen Bewertungskriterien arbeiten auf einem **hohen Selbstbewertungsgrundsatz** ⁴⁷³ ⁴⁷⁴ . Die einzelnen Kriterien werden mit eigenen Fragenkatalogen erfasst, einem aufwändigen Verfahren mit 252 Fragen zur Qualität, einer berufsgruppen- und hierarchie-übergreifenden Leistungsdarstellung eines gesamten Krankenhauses, respektive einer gesamten Praxisgemeinschaft, Praxiseinrichtung, Praxis. Für die Bewertung des Erreichungsgrades ist die Qualität der Kriterienerfüllung ausschlaggebend, bei dem Durchdringungsgrad wird die Breite der Umsetzung bewertet , ob das Vorgehen in allen für die entsprechende Einrichtung zutreffenden Bereichen angewandt wird. Selbstbewertung bedeutet Selbstkritik.

⁴⁶⁹ Vgl.Bittner,F.Qualitätsmanagement im Krankenhaus,2007,GRIN Verlag,München

⁴⁷⁰ Vgl.ebenda 381

⁴⁷¹ Vgl.ebenda 132

⁴⁷² Vgl.ebenda 134

⁴⁷³ Vgl.ebenda 457

⁴⁷⁴ Vgl.Schubert,H.J.,1998,Selbstbewertung auf der Basis umfassender Qualitätsumsätze,Gesundheitsökonomie&Qualitätsmanagement,3,S.177-81

Der Selbstbewertung folgt eine **Fremdbewertung** durch akkreditierte KTQ-Visitoren, ein Unterschied zu den Auditoren der ISO-Konzepte, die neben langer Berufserfahrung fundiert im Qualitätsmanagement trainiert sind: Ärzte, Pflegepersonen, Arzthelferinnen. Für KTQ-Konzepte in Praxen im niedergelassenen Bereich ist – wie bereits im stationären Sektor, bezogen auf die Akut-Krankenhäuser – ein bundeslandregionales oder bundesweites Netzwerk an Visitoren in Pilotphasen. Fremdbewertung beinhaltet „kollegiale Dialoge“ und die Begehung einzelner Bereiche. Stimmen die Ergebnisse der Selbstbewertung mit den Erkenntnissen der KTQ-Visitoren weitestgehend überein und werden 55 % der definierten, in den Fragenkatalogen ausgewiesenen KTQ-Gesamtpunktzahlen mit 55 % in der Kategorie 1 „Patientenorientierung“ erreicht, wird das KTQ-Zertifikat mit 3jähriger Gültigkeit ausgestellt. – Bestandteil jeder erfolgreichen KTQ-Zertifizierung ist die Verpflichtung, einen KTQ-Qualitätsbericht mit Internetauftritt zu veröffentlichen. Ein solcher Qualitätsbericht macht das Leistungsgeschehen im Krankenhaus und in der Praxis nachvollziehbar und transparent zur Entscheidungshilfe für Patienten und überweisende Ärzte.

Klares Ziel und Ergebnis des KTQ-Konzeptes ist eine fortlaufende Verbesserung der medizinischen Patientenversorgung gemäß der aktuellen gesetzlichen Vorschriften nach § 137 SGB V für die Krankenhäuser und analog nach den § 135 und 136 SGB V für den ambulanten und vertragsärztlichen Bereich zu dem geforderten Nachweis eines internen Qualitätsmanagement ab 2005.

9.2 QM-Konzept TQM

Das Prinzip dieses QM-Konzeptes bezeichnet als allumfassendes Qualitätsmanagement eine durchgängige, fortwährende und alle Bereiche einer Organisation, eines Unternehmens, erfassende, aufzeichnend sichtende, organisierende und kontrollierende Funktion mit dem Ziel, Qualität als Systemziel einzuführen und dauerhaft zu halten. „Total“ steht für den Begriff „allumfassend“, alle Ebenen eines Unternehmens durchdringend, besonders wichtig auch nach außen wirkend. „Qualität“ steht mit „Q“ für allumfassende Qualität, also Prozess-, Führungs- und Personalqualität, Qualität der Umwelt-

und Außenbeziehungen und selbstverständlich Produktqualität. Management steht für die ziel- und wertgerichtete Koordination aller Aufgaben und Funktionen mit optimalem Zeit- und Kosteneinsatz. Die NORM DIN ISO 8402 formulierte 1994 erstmals eine Definition für Total Quality Management. Seit 2005 ist die gültige QM-Definitionsnorm DIN 9000:2005 (Nr. 2 und 12), bzw. die Definitionsnorm DIN 55350-11: 2008-05 (Nr. 34) mit der Formulierung:⁴⁷⁵

TQM ist ein in allen Bereichen einer Organisation angewendetes Qualitätsmanagement, ein Management-Konzept und keine Management-Methode. Es zielt auf langfristigen Erfolg der Organisation durch eine „umfassende“ Ausrichtung auf Ergebnisse, Kunden, Mitarbeiter (und Gesellschaft).

Zu den wesentlichen Prinzipien der TQM-Philosophie zählen:^{476 477 478 479}
480 481 482 483 484 485

- Qualität orientiert sich am Kunden
- Qualität wird mit Mitarbeitern aller Bereiche und Ebenen erzielt
- Qualität umfasst mehrere Dimensionen, die durch Kriterien operationalisiert werden müssen
- Qualität ist kein Ziel, sondern ein Prozess, der nie zu Ende ist
- Qualität bezieht sich nicht nur auf Produkte, sondern auch auf Dienstleistungen
- Qualität setzt aktives Handeln voraus und muss erarbeitet werden

Die Kernphilosophie von TQM wurde von den amerikanischen

⁴⁷⁵ Vgl. Thaller, G.E., 2002, Von ISO 9001 zu TQM, VDE Verlag, 2002

⁴⁷⁶ Vgl. Binner, H.F., 2002, Prozessorientierte TQM-Umsetzung, Carl Hanser, München

⁴⁷⁷ Vgl. Kamiske, G.F., 1994, Die hohe Schule des Total Quality Management, Springer, Berlin

⁴⁷⁸ Vgl. Kamiske, G.F., 1998, Der Weg zur Spitze: mit Total Quality Management zu Business Excellence-Leitfaden zur Umsetzung, Carl Hanser, München

⁴⁷⁹ Vgl. Kamiske, G.F., 2000, Der Weg zur Spitze. Business Excellence durch Total Quality Management-der Leitfaden, Carl Hanser, München

⁴⁸⁰ Vgl. Kamiske, G.F., 2001, TQM In: Zollondz, H.D., Lexikon Qualitätsmanagement Oldenbourg, München, S. 1163-1166

⁴⁸¹ Vgl. Malorny, Ch.; Hummel, Th., 2002, Total Quality Management, Tipps für die Einführung, Carl Hanser, München

⁴⁸² Vgl. Seeger, Ch., 2004, Motivation, Harvard Businessmanager, Wirtschaftsverlag Carl Ueberreuter

⁴⁸³ Vgl. Ullrich, Ph., P., 2009, Vom Qualitätsmanagement zum Total Quality Management, Ullrich Präzisionstechnik, p.paul@ullrich.info

⁴⁸⁴ Vgl. Verbeck, A., 1998, TQM versus QM: Wie Unternehmen richtig entscheiden, Zürich, vdf.

⁴⁸⁵ Vgl. Wagner, K., W., 2006, TQM-Prozessorientiertes Qualitätsmanagement, Carl Hanser, München

Qualitätslehrern 1940 zuerst von W.E. Deming,⁴⁸⁶ ⁴⁸⁷ ⁴⁸⁸ später von J. Juran und J. Swain⁴⁸⁹ formuliert, mit der Erkenntnis, dass alle Mitglieder einer Organisation in das Qualitätsmanagement eingebunden und die Erfüllung aller Kundenanforderungen als das primäre Ziel einer Organisation angesehen werden müssen. Nach 1940 hat W.E. Deming seine QM-Thesen in Japan weiterentwickelt.

W.E. Deming definierte **14 charakteristische Punkte** für **TQM**:⁴⁹⁰

1. Beständigkeit der Zielsetzung
2. Aneignung der Qualitäts-Philosophie
3. Präventive Qualitätssicherung
4. Ständige Verbesserung aller Prozesse
5. Arbeitsbegleitende Ausbildung
6. Kooperativer Führungsstil
7. Offenes Unternehmensklima
8. Beseitigung organisatorischer Barrieren
9. Verständliche Ziele und Vorgehensweisen
10. Kooperative Zielvereinbarungen
11. Identifikation der Mitarbeiter mit ihrer Tätigkeit
12. Qualifizierungsprogramm
13. Maßnahmenplan
14. Partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Lieferanten

Diese 14 Vorgaben von W.E. Deming führen in einem langfristig wirksamen Erfolgskonzept mit **drei „Qualitäts-Cs“**:

1. Commitment -

(Selbst-)Verpflichtung für TQM bei Führungskräften und allen Mitarbeitern⁴⁹¹

2. Culture – Unternehmenskultur -

Suche nach Verbesserung als Alltäglichkeit

3. Cost –

⁴⁸⁶ Vgl.ebenda 132

⁴⁸⁷ Vgl.ebenda 133

⁴⁸⁸ Vgl.ebenda 135

⁴⁸⁹ Vgl.ebenda 136

⁴⁹⁰ Vgl.ebenda 132

⁴⁹¹ Vgl.Hirsch-Kreisen,H.,1998,Organisation und Mitarbeiter in TQM

Vermeidung von Kosteneffizienz

Das **hervorstechendste Ziel** des **TQM-Konzeptes** ist das

Ziel des Null-Fehler-Status⁴⁹²

Arbeitsgrundlagen für dieses Ziel sind die

Six-Sigma-Philosophie^{493 494 495 496 497}

DMAJC-Methodik

Six-Sigma-6 σ ist ein statistisches Qualitätsziel und zugleich der Name einer Mitte der 1980er Jahre in USA entwickelten Qualitätsmanagement-Methodik. Das Six-Sigma Konzept bedeutet in der Regel einen grundlegenden Wertewandel in der Organisation. Während die herkömmliche, klassische Organisation Probleme feststellt und beseitigt, versucht eine Six-Sigma-Organisation Probleme von vornherein zu vermeiden. Die klassische Perspektive fokussiert das Produkt, das Ergebnis, die Six-Sigma-Perspektive fokussiert den Prozess, den Werdegang eines Produktes. Die Devise lautet: **pro-aktiv** sein, statt nur zu reagieren. Six-Sigma ist ein systematisches Vorgehen zur Prozessverbesserung unter Anwendung analytischer und statistischer Methoden. Das Besondere von Six-Sigma im Vergleich zu anderen Prozessverbesserungsmethoden ist der mathematische Ansatz. Six –Sigma beschreibt, wie nah ein Prozessablauf an einem Null-Fehler-Status ist. Per Definitionem sind 3,4 Fehler bei 1 Million Vorgängen zulässig, um Six-Sigma zu erreichen. Dieses Ergebnis entspricht einem Qualitätsgrad von 99,9997 %. Six - Sigma benutzt diesen Referenzwert , um aus Prozessen und Kunden ein geschlossenes Zielbündel zu schaffen. Jeder der seine Kundenanforderungen begreift, kann seine Leistungserfüllung im Vergleich zur „perfekten“ Six-Sigma-Zielsetzung von 99,9997 % bewerten. Six-Sigma- Messungen führen zu konsequenter und systematischer Prozessverbesserung mit dem Gesamtziel einer maximalen Kundenzufriedenheit bei minimalem Kostenaufwand.

⁴⁹² Vgl.Wappis,J.,2006,Null-Fehler-Management,Carl Hanser,München

⁴⁹³ Vgl.Gundlach,C.,2008, Praxisbuch Six Sigma,Symposium Publishing GmbH

⁴⁹⁴ Vgl.Lindert,R.,2005,Auagewählte Instrumente des Total Quality Management,Non Profit Organisationen, Berlin

⁴⁹⁵ Vgl.Rehbehn,R.;Yurdakul,Z.B.,2005,Mit Six Sigma zu Buisness Excellence,Strategien und Methoden, Praxisbeispiele,MCD Verlag

⁴⁹⁶ Vgl.Töpfer,A.,2007,Six Sigma-Konzeption und Erfolgsbeispiele für praktizierende Null-Fehler-Qualität, Springer Berlin

⁴⁹⁷ Vgl.Toutenburg,H.;Köpfel,Ph.,2007,Six Sigma-Methoden und Statistik für die Praxis,Springer,Berlin

Six-Sigma-Messungen können gestützt werden mit dem grundsätzlich vom klassischen PDCA-Zyklus (plan-do-check-act) von W.E. Deming abgeleiteten ⁴⁹⁸

5-Phasenmodell - DMAIC-Cycle

- D** - Define: Definition des Problems
- M** - Measure: Messen seiner Auswirkungen
- A** - Analyse: Suche nach den Kernursachen des Problems
- I** - Improve: Frage nach der Beseitigung des Problems
- C** - Control: Langfristige Verankerung der Problemlösung

TQM verpflichtet konsequent und für jeden verpflichtend ganzheitlichen Ansatz zur Verbesserung einer Organisation, eines Unternehmens im Sinne eines **kontinuierlichen Verbesserungsprozesses KVP**. Der KVP basiert auf der Erkenntnis, dass nicht nur einzelne Leitlinien, Methoden, Werkzeuge und Unternehmensziele zu berücksichtigen sind, sondern dass alle Komponenten in einen Gesamtzusammenhang gebracht und konsequent eingesetzt werden müssen. ⁴⁹⁹

Ein Ansatz im kontinuierlichen Verbesserungsprozess KVP ist **KAIZEN**. ⁵⁰⁰ KAIZEN ist die Philosophie der ewigen Veränderung zum Besseren auf der Basis des PDCA-Qualitätszyklus. Die kontinuierliche Verbesserung von Qualität und Produktivität, die Nachhaltigkeit garantiert, soll dabei kontinuierlich und konsequent in kleinen Schritten erfolgen auf der Basis hoher Eigenverantwortung der Führung und gleichfalls aller Mitarbeiter in einer Organisation.

Eine **Gegenüberstellung** des **TQM-Ansatzes** und der **Klassischen Qualitätssicherung QS** formuliert sich wie folgt:

⁴⁹⁸ Vgl.ebenda 133

⁴⁹⁹ Vgl.Frehr,H.U.,1994,Total Quality Management: Unternehmensweite Qualitätsverbesserung,Carl Hanser, München

⁵⁰⁰ Vgl.ebenda 433

TQM:

- Prozesse produzieren Fehler
- Alle Mitarbeiter sind für Fehler verantwortlich
- Partnerschaft mit wenigen Lieferanten
- Ausrichtung auf vollkommene Kundenzufriedenheit
- Null-Fehler ist das Ziel

Klassische QS:

- Menschen machen Fehler
- Einzelne Mitarbeiter sind für Fehler verantwortlich
- Partnerschaft mit vielen Lieferanten
- Kunden müssen annehmen, was das Unternehmen an Qualität liefert
- Null-Fehler ist nicht realisierbar

Für Total Quality Management gibt es keine Norm. Die richtige Anwendung von TQM kann nicht durch Zertifikate bestätigt werden.

Der **European Quality Award** EQA ⁵⁰¹ bietet die Möglichkeit einer Bewertung des TQM-Systems. Die Bewertungskriterien des EQA erfolgen nach einem definierten Punktesystem mit prozentual erreichten gewichteten Erfüllungsforderungen für die verschiedenen Kriterien aus dem TQM.

Kriterienkatalog	% der erreichbaren Punkte
Führung	10 %
Politik-Strategie	8 %
Mitarbeiterorientierung	9 %
Ressourcen	9 %
Prozesse	14 %
Kundenzufriedenheit	20 %
Mitarbeiterzufriedenheit	9 %
Gesellschaftliche Verantwortung/Image	6 %
Geschäftsergebnisse	15 %

⁵⁰¹ Vgl. Kobjoll, K., 2000, Abendteuer European Quality Award, Orell Füssli Verlag

Während eine ISO-Zertifizierung die Existenz eines Qualitätsmanagement-Systems mit Mindestanforderungen bestätigt, bezieht der European Quality Award auch soziale und gesellschaftliche Komponenten einer Organisation, eines Unternehmens, mit nicht geringem Anteil in seine Bewertung ein.

Das TQM-Konzept ist ein QM mit sehr hohem Anspruch an Anforderungen, ebenso mit einem sehr hohen Potential an Erfolg.⁵⁰²

Alleine schon mit dem Null-Fehler-Ziel-Prinzip wäre TQM das einzig wahre QM-Konzept für die Medizin. Die TQM-Führung ist – im Besonderen bei der Einführung – sehr aufwendig und schwer. TQM nimmt dennoch zunehmend Einzug auch in die Medizin.^{503 504}

9.3 QM-Konzept E.F.Q.M.

„ Von der Philosophie über die Strategie zur Methode“

Modell für Excellence

E.F.Q.M. heißt European Foundation for Quality Management. Die Europäische Stiftung für Qualitätsmanagement wurde 1988 von 14 führenden europäischen Unternehmen mit Sitz in Brüssel gegründet. Die E.F.Q.M. hatte das Ziel, die führende Organisation bei der Entwicklung und Förderung von TQM in Europa zu sein. 1991 wurde das **E.F.Q.M. - Modell für Excellence** – von der E.F.Q.M. herausgegeben, um einer Organisation bei der Verbesserung ihrer Leistung zu helfen. Das E.F.Q.M-Modell für Excellence ist inzwischen internationale Richtlinie und Zielsystem für die Einführung von TQM. Es arbeitet nach Bewertungsmaßstäben und Schwerpunkten, um hohe Qualität in allen Ebenen des Unternehmens zu erreichen. Laut Definition der E.F.Q.M. kann das Modell Grundlage zur Bewertung des Fortschritts einer Organisation in Richtung „Excellence“ sein. Das Excellence – Prinzip steht über einem Messen an Anderen und über Benchmarking. Excellence bedeutet Messung an der eigenen höchsten erreichbaren Latte eines Qualitätsniveaus.^{505 506 507}

^{508 509 510}

⁵⁰² Vgl. Jaritz, A., 1999, TQM und Mitunternehmertum im Humanressourcenmanagement, Verlag Hampp, München

⁵⁰³ Vgl. ebenda 479

⁵⁰⁴ Vgl. ebenda 289

⁵⁰⁵ Vgl. ebenda 296

Der Begriff „**Excellence**“ ist definiert als überragende Vorgehensweise im Management einer Organisation, eines Unternehmens mit dem Erzielen ihrer Ergebnisse nach den folgenden **8 Grundkonzepten**:

1. Ergebnisorientierung
2. Kundenorientierung
3. Führungs- und Ziel-Konsequenz
4. Management mit Prozessen und Fakten
5. Mitarbeiterentwicklung und –beteiligung
6. Kontinuierliches Lernen, Innovation, Verbesserung
7. Aufbau von Partnerschaften
8. Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit

Das QM-Konzept E.F.Q.M. hat Einzug in die Medizin genommen^{511 512 513}. Die Prämisse des Excellence-Modells besagt, dass exzellente Ergebnisse im Hinblick auf Leistung, Kunden, Mitarbeiter und Gesellschaft zu erzielen sind durch eine Führung, die Politik und Strategie, Mitarbeiter, Partnerschaften, Ressourcen und Prozesse auf ein hohes Niveau hebt. Das E.F.Q.M.-Modell für Excellence umfasst neun Kriterien – abgeleitet von **drei fundamentalen Säulen des TQM** – der gleichzeitigen Betrachtung von **Menschen, Prozessen und Ergebnissen**. Entscheidend für bessere Ergebnisse ist die Einbindung aller Mitarbeiter in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Drei Kernsäulen des Excellence-Modells: Führung - Prozesse - Schlüsselleistungen /Ergebnisse- werden durch die Funktionen von sechs verschiedenen Mitarbeiter- und Mitwirkungs-Parteien im Modell-Konzept als Querbalken verbunden. Die ganze Kraft des Excellence-Modells stammt aus dem Verhältnis der Beziehungen zwischen neun Haupt-Kriterien.

Die **neun Haupt-Kriterien des Excellence-Modells** sind prozentual gewichtet und definiert, in Analogie zum TQM-Konzept:

⁵⁰⁶ Vgl.DGQ,2003 a, Das EFQM_Modell für Excellence / Unternehmen

⁵⁰⁷ Vgl.DGQ,2003,e, Das EFQM-Modell für Excellence in der Anwendung

⁵⁰⁸ Vgl.DGQ,2003 f, Das EFQM-Modell für Excellence

⁵⁰⁹ Vgl.DGQ,2003 h, Excellence einführen

⁵¹⁰ Vgl.Zink,K.J.,2004, TQM als integratives Management-Das EFQM Excellence Modell und seine Umsetzung, Carl Hanser, München

⁵¹¹ Vgl.Binner,H.F.,2005,Auf dem Weg zur Spitzenmedizin, Managementleitfaden für die EFQM-Modell-Umsetzung, Carl Hanser, München

⁵¹² Vgl.Heib,K.;Möller ,J.,2009 ,Das EFQM-Modell in Gesundheitsorganisationen,Diplomarbeit Mainz,2005,www.diplom.de/Diplomarbeit-10588

⁵¹³ Vgl.Hildebrand,R.,2004,EFQM,In: Lauterbach/Schrappé,S.482-486

1. Führung: 10 %

Führung heißt: Visionen und Missionen erarbeiten und erreichen, Werte definieren, Maßnahmen und Verhaltensweisen für langfristige Erfolge umsetzen, hohe persönliche Mitwirkung, Vorbild sein.

2. Mitarbeiter: 9 %

Geplante Entwicklung und Freisetzung von Wissen und gesamtem Potential der Mitarbeiter, teamorientiert auf organisationsbreiter Ebene zur Unterstützung der Effektivität der Prozesse

3. Politik und Strategie: 8 %

Klare, auf die verschiedenen Interessengruppen ausgerichtete Strategie und Unterstützung aller notwendigen Prozesse zur Umsetzung der Visionen, Missionen, Pläne, Ziele, auch Teilziele

4. Partnerschaften und Ressourcen: 9 %

Planung und Organisation von Partnerschaften und internen Ressourcen zur Effektivitätssteigerung der Prozesse

5. Prozesse: 14 %

Organisation, Gestaltung und wertschöpfende Verbesserung der Prozesse zur vollen Zufriedenstellung der Kunden und anderer Interessensgruppen

6. Mitarbeiterbezogene Ergebnisse: 9 %

Erreichungslevel für interne Kunden

7. Kundenbezogene Ergebnisse: 20 % Mitarbeiter

Erreichungslevel für externe Kunden

8. Gesellschaftsbezogene Ergebnisse und Ziele: 6 %

Leistung der Organisation, des Unternehmens für die nationale und internationale Gesellschaft

9. Schlüssel-Leistungs - Ergebnisse: 15 %

Ergebnislevel bezogen auf die geplanten Leistungen

Die neun Hauptkriterien des E.F.Q.M.-Modells sind **2 Bereichen** zugeordnet:

514

1. Befähiger-Kriterien**2. Ergebnis-Kriterien**

⁵¹⁴ Vgl.DGQ,2003 c ,Das EFQM-Modell für Excellence und Excellence bewerten

1. **Befähiger-Kriterien** sind:

- Prozesse
- Mitarbeiter
- Partnerschaften und Ressourcen
- Führung

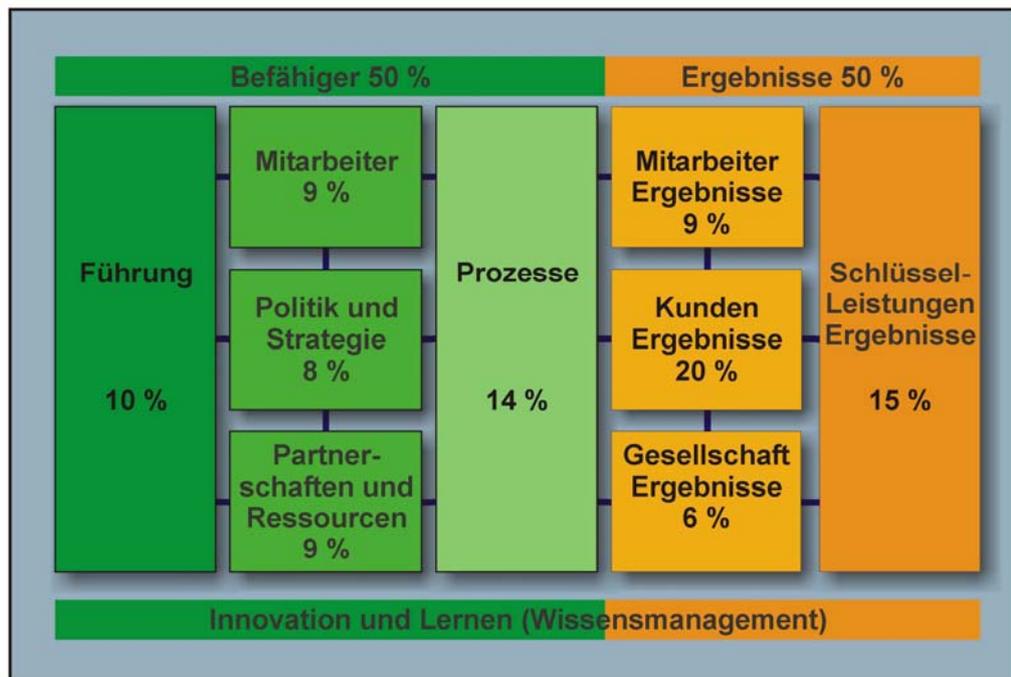


Abbildung 19: EFQM-Modell für Excellence

(Quelle: www.4managers.de powered by ©ILTIS GmbH.D-72108 Rottenburg)

Die **Befähiger-Kriterien** beziehen sich auf die Vorgehensweise, den kreativen Ablauf von **Prozessen**, die detaillierte Abwicklung von Aufgaben und Prozessen. In der detaillierten Erarbeitung von Prozessen, - Herstellung, Lieferung, Betreuung von Produkten und Dienstleistungen, Pflege von Kundenbeziehungen, Know-how und Beteiligung der **Mitarbeiter** – steckt der eigentliche Wert einer Organisation, eines Unternehmens. Prozesswerdegang und Prozessablauf enthalten Informationen für die Zukunft, für Nachhaltigkeit und Stabilität in der Zukunft. Innovation und kontinuierliches Lernen sind das Potential der Befähiger für Ergebnisverbesserungen und die Zukunft. In den Befähiger-Kriterien ist die Dynamik des E.F.Q.M.-Modells verborgen. Bei den

Kriterien **Partnerschaft und Ressourcen** steht der sorgfältige Umgang mit finanziellen und nicht-finanziellen Ressourcen im Vordergrund. Gleich bedeutsam ist die Pflege externer Partnerschaften wie Lieferanten und Kooperationspartner. Für das inhaltlich mitlaufende Kriterium **Politik und Strategie** müssen beide Aspekte auf die Gesamt-Organisation ausgedehnt sein, damit die gesamte Organisation den gleichen Weg geht. Das Kriterium **Führung** beinhaltet ein vorgelebtes Führungsverhalten des Managements für die gesamte Organisation.

2. Ergebnis-Kriterien sind:

- Schlüsselergebnisse
- Kunden
- Mitarbeiterbezogene Ergebnisse
- Gesellschaftsbezogene Ergebnisse

Schlüsselergebnisse sind das Hauptziel im Unternehmen mit einer vergleichsweise hohen Gewichtung von 15 %. Die höchste Eigengewichtung hat das Kriterium **Kunden** mit 20 %, weil die Zufriedenheit der Kunden als das bestgeeignete Instrumentarium zur Erreichung von Unternehmensergebnissen angesehen wird, insbesondere langfristige Kundenzufriedenheit. **Mitarbeiterbezogene Ergebnisse** betreffen die Dienstleistungsabhängigkeit der Produkte, das direkte Verhalten der Mitarbeiter. **Gesellschaftsbezogene Ergebnisse** betreffen die Verantwortung des Unternehmens zur Umwelt, sein soziales Verhalten, sein Image.

Die Differenzierung in **Befähiger-** und **Ergebnis- Kriterien** ist wichtig. Ergebnis-Kriterien alleine betrachtet liefern Informationen über die Vergangenheit. Sie geben, im Gegensatz zu den Befähiger-Kriterien kaum bis keine Informationen für die Zukunft.

Kirstein H.⁵¹⁵ beschreibt die Bedeutung von Ergebnissen und Befähigern im Vergleich: „Kein Autofahrer würde auf die Idee kommen, ein Auto nur mit dem Blick in den Rückspiegel zu lenken. Der Blick nach vorne ist unersetzlich. Nur durch den Rückspiegel steuern Unternehmen, die ihre Geschäfte nur an

⁵¹⁵ Vgl. Kirstein, H., 2000, Von ISO zum Excellence Modell, Versionen der ISO 9001 und des EFQM-Modells In: Kamiske, G., 2000, Der Weg zur Spitze Business Excellence durch Total Quality Management, Der Leitfaden

den Ergebnissen orientieren. Erst durch den Blick auf die Befähiger, durch die Windschutzscheibe nach vorne, kann projiziert werden, was das Unternehmen in Zukunft aufgrund der bisherigen und beabsichtigten Verhaltensweise erwarten wird.“

Ergebnisse bedeuten also den Blick durch den Rückspiegel. Ergebnisse liefern Informationen über die Vergangenheit: Umsatz, Absatz, Betriebsergebnis.

Befähiger (Prozesse) liefern Informationen über die Zukunft mit dem Blick durch die Windschutzscheibe: Konkurrenzfähigkeit, Verbesserungspotentiale, Trends in Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit, dauerhafte Kapitalrendite, Arbeitsplätze.

Die Bewertung des E.F.Q.M.-Modells für Excellence, der Erreichungsgrad des Qualifikationslevels, erfolgt über über 3 Wege: ⁵¹⁶ ⁵¹⁷

1. **RADAR-Logik:** in Analogie zu TQM: eine Bewertungsmethode mit einem ausgewählten Punktezahl-Prozentzahl-Verhältnis für jedes Kriterium
2. **Wegweiser-Karten** für die Befähiger- und Ergebnis-Kriterien
3. **Selbstbewertung**

9.3.1 RADAR- Logik

Die **RADAR-Logik** ist aus 4 Elementen aufgebaut, die der Logik den Namen gegeben hat:

R	Results	=	Ergebnisse
A	Approach	=	Vorgehen
D	Deployment	=	Umsetzung
A	Assessment	=	Bewertung
R	Review	=	Überprüfung.

⁵¹⁶ Vgl.DGQ,2003 g ,Die acht Eckpfeiler der Excellence

⁵¹⁷ Vgl.DGQ,2003 i, Excellence bewerten



Abbildung 20: Das RADAR-Konzept bei EFQM

(Quelle :www.4managers.de powered by ©ILTIS GmbH.D-72108 Rottenburg)

Das RADAR-Konzept ist fast eine Umkehrung des Deming'schen Qualitätsmanagement-Zyklus PDCA – plan-do-check-act.

Das RADAR-Konzept beinhaltet die folgende Qualitäts-Philosophie:

1. Schritt: Festlegung der Ergebnisse
2. Schritt: Planung und Entwicklung der notwendigen Vorgehensweisen für die definierten Ergebnisse
3. Schritt: Systematische Umsetzung der geplanten Vorgehensweisen
4. Schritt: Überwachung, Überprüfung, Beurteilung und Auswertung der erzielten Ergebnisse mit der resultierenden Identifikation analysierter notwendiger Verbesserungen, deren Priorisierung, Planung und Einführung

Die Gewichtungen der neun Hauptkriterien in der aus den definierten und erreichten Punktzahlen umgerechneten Prozent-Zahl werden als Ist-Werte in eine RADAR-Bewertungsmatrix für die Befähiger-Elemente und für die

Ergebnis-Elemente eingegeben. Die angegebenen Prozent-Soll-Werte im E.F.Q.M.-Modell ergeben genau 100 %, differenziert in 50 % je für die Ergebnis-Kriterien und die Befähiger-Kriterien. Die einzelnen Kriterien haben relatives Gewicht. Jede Prozentzahl spiegelt den relativen Anteil des Einzelkriteriums am Gesamtmodell wieder. Der Vergleich von Ist- und Soll-Prozentzahlen für die einzelnen Kriterien ist das aktuelle Bewertungsergebnis einer Qualitätskontrolle im E.F.Q.M.-Konzept.

Die **RADAR-Bewertungsmatrix** für die **Befähiger-Kriterien** erfolgt nach definierten Anforderungsparametern (Attributen). Jedes der Teilkriterien wird mit den Elementen *Vorgehen, Umsetzung, Beurteilung und Überprüfung* bewertet:

A Element - *Vorgehen* -

A 1 Fundiert: Prozesse klar begründet und definiert, Vorgehen auf Interessensgruppen ausgerichtet

A 2 Integriert: Vorgehen unterstützt Strategie und Planung, Vorgehen wird dort, wo es zweckmäßig ist, mit anderen Vorgehensweisen verknüpft

B Element - *Umsetzung* -

B 1 Eingeführt : Nachweis für Einführung geplanter Prozesse

B 2 Systematisch : Nachweis für strukturierte und systematische Umsetzung geplanter Prozesse, Einsatz besserer Praktiken

C Element - *Beurteilung / Überprüfung*

C1 Messung : Nachweis über regelmäßige Messung der Effektivität der eingeführten Prozesse

C2 Lernen : Nachweis lernorientierter Aktivitäten zur Identifikation von Verbesserungspotentialen

C3 Verbesserung : Ergebnisanalyse lernorientierter Aktivitäten
Ermittlung von Verbesserungspotentialen und ihre Priorisierung

Die **RADAR-Bewertungsmatrix** für die **Ergebniskriterien**

erfolgt nach den folgenden 5 Beurteilungsparametern (Attributen):

1. *Trends*

Positive Trends über mindestens 3 Jahre, Zahlen finanziell und nicht-finanziell

2. *Ziele*

Prüfung der vorausgegangenen angemessenen Zielsetzung erreicht bis übertroffen

3. *Vergleiche*

Vergleiche mit externen Organisationen oder anerkannten Klassenbesten, Marker für Benchmarking

4. *Ursachen*

Nachvollziehbarkeit vom Werdegang der Ergebnisse, Ergebnisse sind auf Vorgehen zurückzuführen

5. *Umfang*

Umfang der Ergebnisse mit Relevanz für die gesamte Organisation

In der RADAR-Bewertungsmatrix wird jedem Teilkriterium eine prozentuale Bewertung zwischen 0 % und 100 % zugeordnet, unter Berücksichtigung aller Elemente und Attribute der Matrix für jedes Teilkriterium. Das Ergebnis wird zwischen 0 % und 100 % abgeleitet als der Erfüllungsgrad des betrachteten Kriteriums in %. Die Summe der %-Werte aller Teilkriterien ergibt das Ergebnis für alle Hauptkriterien. Das gesamte Bewertungsergebnis aus den analysierten Ergebnissen in Bezug auf die Gewichtung der Hauptkriterien resultiert aus der Gesamtpunktzahl auf einer Skala von 0-1000 Punkten.

9.3.2 **Wegweiserkarten**

Als Hilfswerkzeug für die jeweilige Punktevergabe – sowohl im Rahmen der RADAR-Logik als auch in der Selbstbewertung - sind in Form spezieller Fragenkataloge „**Wegweiser-Karten**“ für die Befähiger- und die Ergebniskriterien formuliert worden. Durch die Beantwortung eines gezielten Fragenkataloges werden Lücken für notwendige Verbesserungsmaßnahmen leichter aufgedeckt.

Wegweiser-Karte – Fragenkatalog für die Befähiger-Kriterien:

1. *Ist das Vorgehen:*

- fundiert
- auf die Bedürfnisse der Interessensgruppen ausgerichtet
- unterstützend für die Politik und Strategie
- mit anderen Vorgehensweisen verknüpft
- nachhaltig
- innovativ
- flexibel
- messbar ?

2. *Ist die Umsetzung des Vorgehens:*

- in allen relevanten Bereichen der gesamten Organisation eingeführt
- so eingeführt, dass sein Potential/seine Fähigkeiten voll zum Tragen kommen
- so eingeführt, dass es den geplanten Nutzen erzielt
- systematisch
- von allen Interessensgruppen verstanden und akzeptiert
- messbar?

3. *Wird das Vorgehen und die Umsetzung:*

- regelmäßig auf Effektivität geprüft
- genutzt, um daraus zu lernen
- mit anderen verglichen, z.B. mit Wettbewerbern oder den Klassenbesten
- anhand des Outputs von lernorientierten Aktivitäten und Leistungsmessungen verbessert ?

Wegweiser-Karte - Fragenkatalog für die Ergebniskriterien:

1. Berücksichtigen die Ergebnisse alle vorhandenen Interessengruppen?
2. Werden alle relevanten Vorgehensweisen gemessen?
3. Wird die Umsetzung der Vorgehensweisen gemessen?
4. Wird die Umsetzung der Vorgehensweisen wahrgenommen?
5. Berücksichtigen die Messungen die Leistungsindikatoren?
6. Werden positive Trends sichtbar?

7. Sind gute Ergebnisse über einen längeren Zeitraum nachzuweisen?
8. Wenn ja, über welchen Zeitraum?
9. Gibt es Ziele?
10. Wenn ja, welche Ziele werden erreicht?
11. Werden die Ergebnisse mit anderen verglichen, Wettbewerbern, Klassenbesten ?
12. Schneiden die Ergebnisse im Vergleich gut ab?
13. Weisen sie eine Ursache–Wirkungs-Verknüpfung auf?
14. Wird bei den Messungen eine ausgewogene Reihe von Faktoren berücksichtigt, gegenwärtig und zukünftig?
- 15 . Zeigen die Ergebnisse ein ganzheitliches Bild?

9.3.3 Selbstbewertung

Die Selbstbewertung gilt als ein essentielles Werkzeug im Qualitätsmanagement.⁵¹⁸ ⁵¹⁹ Selbstbewertung ist ein wirksames Qualitätsmanagement-Instrument, Stärken und Verbesserungs-Potentiale einer Organisation zu erkennen, zu akzeptieren und aktiv umzusetzen. Selbstbewertung wird durch eigene, dazu ausgebildete Fach- und Führungskräfte einer Organisation durchgeführt. Die Selbstbewertung beteiligt die Mitarbeiter aller Ebenen in einer Organisationseinheit eines Unternehmens an der Prozessverbesserung und fördert ihre Zugehörigkeit, ihre Identifikation mit dem Unternehmen. Die Mitarbeiter fühlen sich in der Selbstbewertung, in ihrem selbstständigen Arbeiten ernst genommen, mit resultierender Zunahme an Motivation, ihren Beitrag zu einem guten, einem exzellenten Unternehmensergebnis zu leisten.

Ein allgemein gültiges Selbstbewertungsverfahren gibt es nicht. Das Selbstbewertungsverfahren sollte grundsätzlich in der Organisation selbst kreiert werden. Grundsätzliche Themen der Selbstbewertung sind:

- Gegenwärtiger Wissensstand
- Reifegrad bezüglich Selbstbewertung
- Reifegrad bezüglich QM-Modell
- Vorhandene Ressourcen

⁵¹⁸ Vgl.DGQ,2003 b, Excellence bewerten-Eine praktische Anleitung zur Selbstbewertung

⁵¹⁹ Vgl.ebenda 485

- Engagement für die Projekte

Grundsätzlich sind verschiedene **Selbstbewertungsmethoden** möglich:

1. Selbst in der Organisation erarbeiteter angemessener Fragebogen⁵²⁰
2. Ein für die Leistungen der jeweiligen Organisation zugeschnittenes Matrixdiagramm in Anlehnung an das E.F.Q.M.-Modell
3. Workshops – ein aufwendiges aber sehr effektives Verfahren, mit dem Vorteil der aktiven Beteiligung der Organisation an der Selbstbewertung - Workshops verlaufen in 5 Schritten:
 - Schulung aller Beteiligten
 - Datenerhebung
 - Bewertungsworkshop
 - Vereinbarung von Verbesserungsmaßnahmen
 - Fortschrittsüberwachung anhand von Maßnahmenplänen
4. Standardformulare –
in Anlehnung an die Ergebnis- und Befähiger-Kriterien von E.F.Q.M.:
 - 1.Schritt : Bearbeitung durch Einzelpersonen oder Teams der Organisation
 - 2.Schritt : Bearbeitung durch spezielle Teams der Organisation oder externe Gutachter
5. Simulation einer Bewerbung zum EQA

Die Selbstbewertungsmethoden sollten dem jeweiligen

QM-Qualifikationslevel einer Organisation angepasst gewählt werden:

- Fragebögen und Matrixdiagramme:
für Organisationen am Anfang eines QM-Weges zur Excellence
- Workshops und Standardformulare in E.F.Q.M.-Analogie:
für Organisationen auf dem Weg zur Excellence⁵²¹.
- Simulation für reife Organisationen mit für den Excellence-Titel antretbaren QM-Level⁵²²

Der Selbstbewertungsprozess gilt im E.F.Q.M.-Modell als effektivste Strategie zur Leistungsverbesserung. Der Selbstbewertungsprozess braucht einen

⁵²⁰ Vgl.DGQ,2003 d, Excellence bestimmen-Eine Fragebogen-Methode

⁵²¹ Vgl.DGQ,2003 l. Excellence One Toolbook for Benchmarking

⁵²² Vgl.DGQ, 2003,j, Informationsbroschüre zum Ludwig Erhard-Preis

programmierten Ablauf.

Ein erfolgreiches Qualitätsmanagement nach dem QM-Konzept E.F.Q.M. kann mit einem sehr hohen internationalen Qualitätspreis ausgezeichnet werden, dem

European Excellence Award EEA
(ehemals European Quality Award EQA).

Der European Quality Award EQA ⁵²³ war die Europäische Antwort der E.F.Q.M. auf den US-amerikanischen Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) und den Deming Application Prize, der in Japan verliehen wird. Der Preis ist ein internationaler ideeller Preis, der seit 1992 von der E.F.Q.M. in Brüssel verliehen wurde. Seit 1997 wird in Deutschland, in enger Anlehnung an das E.F.Q.M.-Modell für Excellence, als Qualitätspreis der

„Ludwig-Erhard-Preis“ verliehen.

2006 erfolgte eine Namensänderung des auf dem E.F.Q.M.-Modell basierenden Europäischen Qualitätspreises. Der ehemalige European Quality Award EQA wurde in E.F.Q.M. Excellence Award EEA umbenannt. Die Teilnahme an einer Bewerbung um diesen Preis ist nur sinnvoll für eine sehr große Organisation mit sehr hohem Qualitäts-Reifegrad. 2007 wurde die Asklepios Klinik Altona mit dem vergleichbaren Preis Topit Quality Award ausgezeichnet.

Der Bewerbungsvorgang umfasst den Nachweis der Umsetzung der neun Haupt- und Unterkriterien mit 650-700 Punkten von der Gesamtzahl der 1000 Punkte, einer E.F.Q.M. ausgerichteten Selbstbewertung, Bewertung der Stärken und Verbesserungspotentiale im RADAR-Konzept, die erste Bewertung durch vier bis acht Gutachter mit der resultierenden Auswahl der Finalisten, eine weitere Bewertung durch eine Jury aus Wissenschaft und Wirtschaft, bei den Finalisten Besuche vor Ort durch die Gutachter –Teams mit Endbeurteilung der Jury im Konsens mit den Gutachtern. Der Preis hat 5 Jahre Gültigkeit.

⁵²³ Vgl.DGQ,2003 k, Bewerbungsbroschüre zum Ludwig-Erhard-Preis

9.4 QM - Konzept DIN EN ISO 9001:2008

Allgemeine Grundlagen

Die ISO-9000-Normenreihe stellt das weltweit bekannteste und angesehenste Regelwerk zur Implementierung von Qualitätsmanagement-Systemen dar. Die ISO-Normen haben internationalen Entwicklungshintergrund und internationale Akzeptanz. Die internationale Organisation für Normung (ISO) ist eine weltweite Vereinigung von nationalen Normungsinstituten. Die Erarbeitung internationaler NORMEN obliegt dem technischen Komitee (ISO/TC). Jedes nationale Normungsinstitut arbeitet bei neuen und in der Revision bestehenden ISO-Normen mit. Sollen ISO-Normen auf nationaler Ebene als NORM etabliert werden, wird dies in der entsprechenden Norm vermerkt, z.B. ist die ISO 9001 eine DIN-EN-ISO 9001 eine internationale (ISO), europäisch gültige (EN), in Deutschland (DIN) gültige NORM.

Aus der Normenreihe der ISO 9000⁵²⁴ – sind nach der Zusammenfassung der Normen ISO 9001, ISO 9002 und ISO 9003 in der Revision von 2000 zu ISO 9001 drei für das Gesundheitswesen derzeit gültige Fassungen relevant:

Die ISO 9000:2005 – für QM-Systeme: Grundlagen und Begriffe.

Die ISO 9001:2008 – für QM-Systeme: Anforderungen.

Die ISO 9004:2000 – für QM-Systeme: Leitfaden zur Leistungsverbesserung⁵²⁵

Die ISO 9000:2005 beschreibt die Grundlagen für QM-Systeme und legt die Terminologie fest. Sie ist durch die Definition der Grundsätze für Qualitätsmanagements ein wichtiges Hilfsmittel für eine gemeinsame Sprache in der Organisation in den Forderungen der ISO 9001.

Die ISO 9001:2000 beschreibt die Anforderungen an ein QM-System hinsichtlich der Prozesse, die notwendig sind, die gegebenen Kundenanforderungen zu erfüllen. Die ISO 9001 : 2008 stellt den Mindeststandard zur Umsetzung von Qualitätsmanagement in einer Organisation dar. Dies ist der wesentliche Unterschied zwischen den Forderungen der ISO 9001:2008 und der ISO 9004:2000. Die ISO 9004:2000 geht über die ISO 9001:2008 hinaus. Die ISO 9004:2000 zeigt einer

⁵²⁴ Vgl. ebenda 320

⁵²⁵ Vgl. ebenda : 322, 323, 324, 328, 329, 333, 334, 336

Organisation, wie sie die in der ISO 9001:2008 beschriebenen QM-Forderungen zur Leistungssteigerung und zur Entwicklung von Spitzenleistungen einsetzen kann. Die ISO 9004:2000 bietet Unterstützung beim Aufbau eines umfassenden prozessorientierten Qualitätsmanagement-Systems in Richtung Business Excellence. Die ISO 9004:2000 ist jedoch keine Handlungsanleitung für die ISO 9001:2008. Anhand der Forderungen der ISO 9001:2008 zur Qualitätspolitik stellt sich das Zusammenspiel zwischen ISO 9001:2008 und ISO 9004:2000 folgendermaßen dar:

Die ISO 9001 formuliert die Inhalte zum QM als Forderungen: es „**muss**“.

Die ISO 9004 formuliert die Inhalte zum QM als Empfehlungen: es „**sollte**“.

Die ISO 9004 baut auf der ISO 9001 auf und bringt Weiterentwicklungspotentiale in die Organisation ein.

Die Jahreszahl hinter der Nomenklatur der 9000-Reihe gibt das Jahr der letzten Revision an.

Die ISO 9001:2008 – als DIN EN ISO 9001:2008 (letzte Überarbeitung 2008), ist im Gesundheitsbereich in Deutschland mit internationalem QM-Standard ein fest etabliertes QM-Konzept.⁵²⁶

Der Kern der DIN EN ISO 9001:2008 ist ein **Prozess-orientierter QM-Ansatz**.⁵²⁷

Unter einem „**Prozess**“ verstehen die ISO-Normen eine Abfolge von miteinander in Beziehung bestehenden Tätigkeiten, die Eingaben im Sinne von Anforderungen in Ergebnisse umsetzt. Oft stellt das Ergebnis eines Prozesses, z. B. das Ergebnis im Prozess der Diagnostik – die Eingabe für nachfolgende Prozesse – z.B. für Behandlungsprozesse – dar. Die Betrachtung aller Tätigkeiten in einer Organisation im Sinne miteinander verbundener Prozesse und das Erkennen der Wechselwirkungen dieser untereinander und deren Management ist das Konzept des Prozess-orientierten QM-Zyklus

PDCA – Plan-Do-Check-Act – nach W.E. Deming.⁵²⁸

⁵²⁶ Vgl.ebenda 336

⁵²⁷ Vgl.ebenda 330, 332

⁵²⁸ Vgl.ebenda 132

Die Vorteile dieses **prozess-orientierten Ansatzes** in einem Qualitätsmanagement – System QMS sind:

1. Betrachtung aller Prozesse unter dem Aspekt der Wertschöpfung für die Organisation und ihre Kunden- und Interessenspartner :
im Gesundheitswesen im Besonderen aus der Sicht der Patienten.
2. Differenzierung der Leistungs-Prozesse in Prozessarten:
Gesundheitswesen :
 - a. Kernprozesse der medizinischen Leistungen
 - b. Unterstützungsprozesse der medizinischen Leistungen
 - c. Prozesse des spezifischen medizinischen Leistungsspektrums
 - d. QM-Prozesse
3. Definition aller Anforderungen in Prozessen.
4. Definition aller Ergebnisse der Leistung und Wirksamkeit in Prozessen.
5. Ausrichtung aller Prozesse auf der Grundlage objektiver Kennzahlen hinsichtlich ständiger Verbesserung.

Die Vorteile dieses QM-Konzeptes sind im Besonderen für das Gesundheitswesen zur Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung im Sinne abteilungs- und berufsgruppen-übergreifenden Denkens entscheidend. Das Verständnis des PDCA-Zyklus gehört zu den grundsätzlichen Fachkenntnissen im Qualitätsmanagement. Der PDCA-Zyklus ist QM-Grundlage für die QM-Normen und ebenso für die Logik der Punktvergabe bei der Selbstbewertung im Rahmen von KTQ und EFQM. (s. Kapitel 9.1. und 9.3.)

Die DIN EN ISO 9001:2008 ermöglicht eine Zertifizierung des QM-Systems⁵²⁹. Unter Zertifizierung wird ein Konformitätsnachweis verstanden, bei dem nachgewiesen wird, dass die Inhalte eines gewählten Qualitäts-Regelkreises – in dem Falle die Normen – zuverlässig eingehalten werden.

Die erste Zertifizierung nach der DIN EN ISO 9001 im Gesundheitswesen in Deutschland wurde im St. Josef Krankenhaus in Wiesbaden 1995 vorgenommen.

⁵²⁹ Vgl. ebenda 331, 336

Um die **Wahl des für eine Institution geeigneten QM-Konzeptes** hinsichtlich Nutzen und Anwendbarkeit abzusichern, sollten folgende Fragen beantwortet werden:

1. Welche Hilfestellung können die ISO-Normen bei der Einrichtung eines QM geben?
2. Geben die ISO-Normen Hilfe zu relevanten Verbesserungen in der Institution?
3. Sind die ISO-Normen auf die Realität der Institution anwendbar?
4. Bilden die ISO-Normen die relevanten Prozesse und Probleme im Dienstleistungsbereich der Institution ab?
5. Ist ein „Tailoring“, d.h. der begründete Ausschluss bestimmter Forderungen, notwendig im Sinne des begründeten Zuschneidens der Normansprüche für die spezielle Organisation?

Die **Normen ISO 9000 ff** enthalten **8 Kapitel**.⁵³⁰

Kapitel 1 – Anwendungsbereich der Normen

Kapitel 2 – Verweis auf andere Normen

Kapitel 3 – Begriffe

Kapitel 4 – Qualitätsmanagement-System

Kapitel 5 – Verantwortung der Leitung

Kapitel 6 – Management der Ressourcen

Kapitel 7 – Produktrealisierung

Kapitel 8 – Messung – Analyse - Verbesserung

Das der **ISO 9001:2008** zugrunde liegende **Prozessmodell** umfasst

5 übergeordnete QM-Prozesse : **5 Haupt-QM-Prozesse**

die Kapitel **4 , 5, 6, 7, 8.**

Diese 5 Kapitel sind Inhalt der **Zertifizierungsverfahren.**

⁵³⁰ Vgl. ebenda 330 und Fassung des NQSZ 2008 im Anhang

Der QM-Regelkreis aus den 5 QM-Haupt-Prozessen liegt in den Zusammenhängen zwischen

- der Verantwortung der Leitung
- dem Management der Ressourcen
- der Produktrealisierung
- der Messung, Analyse und Verbesserung
mit den obligaten Zielen der Kundenorientierung

9.4.1 Acht Prinzipien des Qualitätsmanagements

Das Konzept der DIN EN ISO 9001:2008 prüft den Qualitätsgrad einer Organisation auf der Basis der folgenden

8 Prinzipien des Qualitätsmanagements

festgelegt für die ISO-Norm von der ISO/TC 176 (Organization Internationale Normalisation Technical Comitée 176): ⁵³¹

Prinzip 1 - Kundenorientierte Organisation

Das Leben einer Organisation bestimmt der Kunde. Das Fazit für sie heißt: Verstehen der aktuellen und zukünftigen Erfordernisse der Kunden, Erfüllung ihrer Forderungen, Übertreffen ihrer Erwartungen

Prinzip 2 – Führung

Vorgabe von einheitlicher Richtung der Organisation mit Ziellenkung der Mitarbeiter – Aktivitäten im Sinne der Organisation

Prinzip 3 – Beteiligung der Mitarbeiter

Mitarbeiter aller Ebenen sind das Herz einer Organisation. Das Fazit lautet: Einsatz ihrer Fähigkeiten im Sinne ihrer kreativen aktiven Mitwirkung und Weiterentwicklung für sie und der Organisation

Prinzip 4 – Vorgehen mittels Prozessen

Prozessdenken fördert Effizienz: Gestaltung aller Abläufe mit optimalem Einsatz aller Aktivitäten und Ressourcen

⁵³¹ Vgl. ebenda 332 ,S.23

Prinzip 5 – Vorgehen mittels Systemen

Identifikation, Verstehen und systematische Steuerung zusammenhängender Prozesse zu ihrer Effizienz- und Ergebnissteigerung

Prinzip 6 – Ständige Verbesserungen

Kontinuierliche Ergebniskontrollen von Maßnahmen und Prozessen, mit dem Ziel einer fortlaufenden Verbesserung

- mit steigender Produktqualität
- mit steigenden Dienstleistungen
- mit steigender Kundenzufriedenheit

Prinzip 7 – Sachliche Entscheidungsfindung

Entscheidungen auf nachvollziehbaren, dokumentierten Analysen, Daten und Informationen

Prinzip 8 – Beiderseitige vorteilhafte Lieferantenbeziehungen

Gelebte Erkenntnis einer gegenseitigen Abhängigkeit durch gegenseitige Leistungssteigerung und Motivation zur Schaffung neuer Werte, unter der Voraussetzung des persönlichen Respekts.

Acht Prinzipien des Qualitätsmanagements

Festgelegt von ISO/TC 176 für die ISO-NORM

- Prinzip 1 – Kundenorientierte Organisation
- Prinzip 2 – Führung
- Prinzip 3 – Beteiligung der Mitarbeiter
- Prinzip 4 – Vorgehen mittels Prozessen
- Prinzip 5 – Vorgehen mittels Systemen
- Prinzip 6 – Ständige Verbesserungen
- Prinzip 7 – Sachliches Vorgehen bei Entscheidungsfindung
- Prinzip 8 – Beiderseits vorteilhafte Lieferantenbeziehungen

Abbildung 21: Acht Prinzipien des Qualitätsmanagements

Jede Maßnahme und jeder Prozessablauf in einer Organisation wird im Prüfungsablauf einer Zertifizierung bezüglich der Erfüllungsschärfen von gestellten Anforderungen bewertet, mit der Messung von Übereinstimmung oder Differenz zwischen Anforderungen und Zufriedenheit der Kunden, mit der Verpflichtung der Organisation zur fortlaufenden Optimierung. Eine Qualitätsprüfung im Konzept der DIN EN ISO-Norm 9001:2008 bedeutet für ein Zertifizierungsverfahren eine extrem strukturierte, umfassende, vergleichende Bewertung aller Qualitätsmerkmale und Facetten, wobei Kunden- und Prozessorientierung die wesentlichsten Erfolgsfaktoren darstellen.

9.4.2 Die fünf QM-Hauptprozesse der DIN EN ISO-NORM

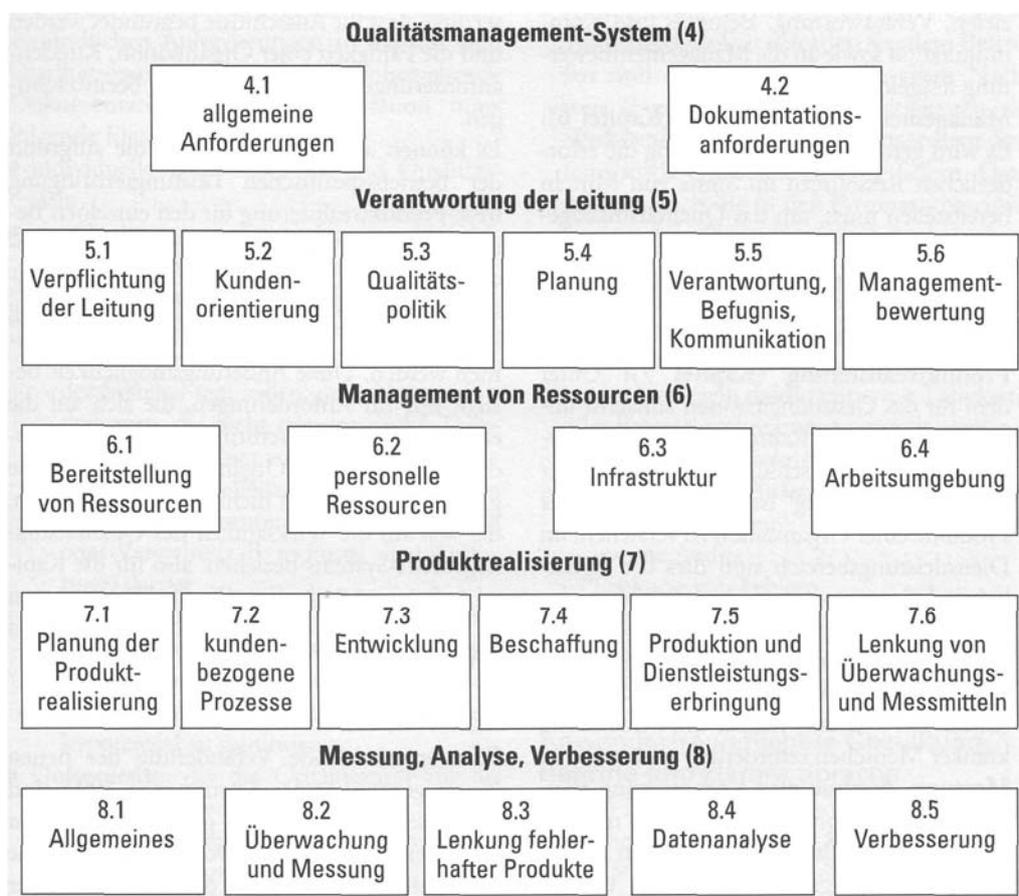


Abbildung 22: Die 5 QM-Prozesse mit ihren Kapiteln 4 bis 8 für die DIN EN ISO 9001 : 2008 (Quelle. Lit.457)

9.4.2.1 QM-Prozess-4: *Qualitätsmanagement-System generell*

(DIN EN ISO 9001-NORM - Kapitel 4: 4.1; 4.2)

Leistung, Produktivität und Konkurrenz (Fähigkeit – Potential) einer Organisation werden von ihrem gesamten Management bestimmt. Vom Management der Organisation, der Qualität ihrer lenkenden und steuernden Funktionen hängen ihre fachspezifische und ihre wirtschaftliche Wertschöpfung ab.

Managementkompetenz bestimmt Wettbewerbsfähigkeit und Wirtschaftserfolg im Unternehmen zwischen Kundenanforderungen und Kundenzufriedenheit.

Die folgenden **QM-Maßnahmen und QM-Werkzeuge** – im Kriterienkatalog einer Zertifizierung leitlinienanalog etabliert – sind in der Organisation professionell gefordert.

9.4.2.1.1- *Leitbild*

Ein Leitbild einer Institution, eines Unternehmens, ist eine klare Formulierung ihrer langfristigen Zielvorstellung mit Aussagen zu den Strategien ihrer Ziele. Ein Leitbild formuliert die Unternehmenskultur. Es verbindet gewachsenes Selbstverständnis, die Unternehmensphilosophie mit ihrem Gesellschafts- und Menschenbild, ihren Normen und Werten. Das Leitbild selbst ist kein aktives QM-Werkzeug. Seine gemeinsame mit Überzeugung durchgeführte Erarbeitung von vielen Mitarbeitern mit der Leitung einer Organisation macht die aktive Qualitätsarbeit aus. Ein Leitbild beschreibt vorhandene Qualität für verschiedene Wertedefinitionen.

9.4.2.1.2– *Prozess-Strukturen*

Ein Unternehmen, eine Praxis, braucht eine klare Prozess-Struktur aus vielfältigen Einzelprozessen. Die ISO-NORM fordert nicht nur eine Bestandsaufnahme der zahlreichen Prozesse, sondern in der Praxis nachweisbare Konzepte zur Messung und zur Beeinflussung der Prozesse, spezifisch abgestimmte Regelwerke, damit die geplanten Prozessergebnisse durch gezielte Steuerung erreicht und fortlaufend verbessert werden können.

Prozessabläufe lassen sich QM-relevant in Kennzahlen fassen.

Nach den **Prozessarten** in einem Unternehmen sind zu unterscheiden:

1. Fachspezifische Leistungsprozesse, z.B. eine medizinische Behandlung in einem medizinischen Unternehmen
2. Qualitätsmanagement-Prozesse, Prozesse der Q-Politik

Nach der **Prozessqualität** in einem Unternehmen sind zu unterscheiden:

1. Kern-Prozesse: Führungs- und Hauptprozesse
2. Unterstützungs-Prozesse : Nebenprozesse
3. Wertschöpfungs-Prozesse: Entwicklungs-Prozesse

Prozessanalysen bezüglich ISO-NORM-Konformität bedeuten

Qualitätsbeurteilung ausschließlich bezogen auf die vielschichtige Organisations- und Ablauf-Qualität der zahlreichen Einzelprozesse in einem Unternehmen. Zur Darstellung von Prozessen eignen sich Ablaufpläne und Flussdiagramme.

Geprüft wird z.B. für ein medizinisches Unternehmen, ob und mit welcher Präzision und Organisationsschärfe aktuell gültige Behandlungsstandards und Behandlungsrichtlinien konsequent nachvollziehbar eingehalten werden oder bei Nichteinhaltung eine nachvollziehbare Begründung dokumentiert und bearbeitet wird.

ISO-NORM-Konformitätsanalyse bedeutet nicht die inhaltliche, nicht die medizinische, Überprüfung der

- einzelnen Diagnose- und Therapie-Konzepte
- inhaltlichen Richtigkeit von Leit- und Richtlinien und ihre Indikationsschärfe
- Indikationen fachspezifisch, z.B. von medizinischen Maßnahmen.

Bezüglich der NORM-Anforderungen, der Anforderungen an ein Zertifikat, an die Verfahrensanweisungen (VA) , muss eindeutig gesagt werden, dass diese in keinster Weise z.B. im Falle eines medizinischen Unternehmens, die medizinischen Verfahren und Maßnahmen und ihre gestellten Indikationen betreffen. Diese unterliegen uneingeschränkt und begründet normunabhängig alleine ärztlicher Entscheidung und ärztlich Hoheit.

9.4.2.1.3– Qualitätsmanagement-Beauftragter QMB

Ein effektives QM-Management erfordert personelle Professionalität, legitimiert von der Geschäftsführung und akzeptiert von allen weiteren Führungsmitgliedern in einem Unternehmen. Der QMB gehört seinem Status nach im Unternehmen zur Geschäftsführung. Der QMB ist Beauftragter der obersten Leitung eines Unternehmens. Der QMB muss ausgestattet sein mit organisatorischer und – im Falle einer medizinischen Einrichtung – mit medizinischer Fachkompetenz. Der QMB hat Informations- und Weisungshoheit.. Der QMB hat oft auch die finanzielle Führungsverantwortung. Das Aufgabenprofil des QMB umfasst:

- Gesamtes Qualitätsmanagement im Unternehmen
- Abstimmung aller Prozessabläufe
- Prüfung aller Prozessabläufe
- Führung interner Kommunikationen
- Qualifizierung aller Schnittstellen
- Führung und Freigabe aller Dokumente
- Dokumentenlenkung
- Verantwortliche Führung des QMH
- Durchführung der Internen Audits
- Ausführung des Qualitätsmanagement-Reviews
- Einhaltung aller gesetzlichen Vorschriften
- Beseitigung aller QM-Defizite
- Ökobilanz in enger Verbindung mit der Geschäftsführung

Aufgabenprofil des QMB

- Gesamtes Qualitätsmanagement von Praxen / Klinik
- Abstimmung aller Prozessabläufe
- Prüfung aller Prozessabläufe
- Führung interner Kommunikationen
- Qualifizierung aller intensivmedizinischen Schnittstellen
- Führung und Freigabe aller Dokumente: Dokumentenlenkung
- Verantwortliche Führung des QMH
- Durchführung der Internen Audits
- Ausführung des Qualitätsmanagement-Reviews
- Einhaltung aller gesetzlichen Vorschriften
- Beseitigung aller QM-Defizite
- Ökobilanz in enger Verbindung mit der Geschäftsführung

Abbildung 23 Aufgabenprofil des QMB

9.4.2.1.4– QM-Zirkel – QM-Arbeitskreise

Für die organisatorische Leitung eines größeren Unternehmens empfiehlt sich unter der Leitung des QMB die Einrichtung eines für die verschiedenen QM-Fragen zuständigen Arbeitskreises aus Mitgliedern aller Abteilungen. Dieser Arbeitskreis sollte in regelmäßigen Abständen, je nach QM-Status des Unternehmens, ein bis zweimal im Monat tagen.

9.4.2.1.5– Interne Audits

Unter der Leitung des QMB und unter Mitwirkung spezifisch geschulter Mitarbeiter muss die Effektivität des Managements nach einer im Unternehmen erarbeiteten Kriterienliste und einem festen Jahresplan - zwei bis viermal pro Jahr - einer Selbstprüfung unterzogen werden. Interne Audits sind eine nachweisbar große Chance zur Mitarbeit Beteiligter oder Betroffener im QM-System, zur Motivation der Mitarbeiter und zur gezielten Internen QM-Weiterentwicklung. Die Internen Audits umfassen grundsätzlich interprofessionell alle Arbeitskräfte in einem Unternehmen zur eigenen inneren Schwachstellenanalyse und zur eigenen Erarbeitung verbessernder und

steuernder Maßnahmen. Ergebnisse und Konsequenzen aus den Internen Audits sind transparent im QMH zu veröffentlichen.

9.4. 2.1.6– Management-Review

Die NORM fordert jährlich einen vom Unternehmen selbst verfassten Qualitätsbericht mit Analyse und Offenlegung der Soll-Ist-Bilanz, ausgerichtet an den jährlichen QM-Zielen. Die selbst erstellte Management-Bewertung soll mit formulierten Zielen die fortdauernde Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit des Qualitätsmanagement-Systems QMS sicherstellen. Die Management-Bewertung im Unternehmen muss mit Ergebnissen und im Besonderen mit den jeweiligen Jahreszielen und den Erfolgsbilanzen im Qualitätsmanagementhandbuch QMH , dem Manual des QM-Managements , hinterlegt werden. Das Konzept der eigenen Management-Bewertung führt zu einer subtilen eigenen Qualitätsbewertung mit dem Ziel, defizitäre Abläufe und Situationen in einem sinnvollen Zeitrahmen zu verbessern, Defizite und Fehler in Form einer „Fehlerkultur“ im Sinne des Lernens aus Fehlern zu bearbeiten.

9.4.2.1.7 – Kundenzufriedenheitsanalysen

Für ein medizinisches Unternehmen z.B. ist der erste Kunde der Patient/Klient. Weitere Kunden sind Ärzte, Kollegen - Konsiliarii, Pflege- und Praxispersonal, Funktionsabteilungen wie die Disziplinen Röntgen und Radiologie , Mikrobiologie, Hygiene, Laboratoriumsmedizin , Pathologie. Kundenbefragungen und Kundenzufriedenheitsanalysen bieten qualitätsrelevante Möglichkeiten zur Definition von Kennzahlen. Kundenrückmeldungen sind notwendige Grundlagen zur Wahrung und Verbesserung der Leistungsqualitäten. Kundenbefragungen können stichprobenartig oder kontinuierlich erfolgen, müssen leicht mit geringem Aufwand mit auswertbaren Daten durchführbar sein. Die NORM fordert Nachweise von Ergebnismaßnahmen aus den Kundenbefragungen. ⁵³² ⁵³³ ⁵³⁴

⁵³² Vgl.Bungard,W.,1997,Mitarbeiterbefragung, Belz,Weinheim

⁵³³ Vgl.Jung,K.,2005, Befragung der Mitarbeiter,In: Fisch,H.;Gerhardt,E.P.et al.2005,Managementhandbuch Krankenhaus, R.v.Decker-Verlag,Heidelberg

⁵³⁴ Vgl.Satzimger ,W., 2003,Informationen für das QM im Krankenhaus:Funktion und Methodik von Patienten- und Personalbefragungen, Medizinische Klinik 98,Sondernummer 1,S.47-53

9.4.2.1.8 – Schulungen, Fort- und Weiterbildungen

Schulungen – sorgfältig konzipiert und strukturiert in realisierbaren Zeitintervallen, professionell und interprofessionell in einem Unternehmen, sichern den fachspezifischen und qualitätsspezifischen Kenntnisstand. Für neue Mitarbeiter erleichtern Einführung und Einführungsmaßnahmen – an der Seite von benannten Tutoren/Mentoren – ihren Einstieg. Schulungs- und Fortbildungsnachweise sind NORM-Vorgaben.

9.4.2.1.9 – Dokumentationsanforderungen -Allgemeine Forderungen

Eine korrekte Dokumentation gilt für alle Prozessabläufe

- die organisatorischen, nach den NORM-Forderungen:
 - allgemeine Dokumentation – QMH- und VA-Basis
- die fachspezifischen – für ein medizinisches Unternehmen:
 - die medizinischen, nach Leitlinien, Richtlinien und medicolegalen Forderungen- VA-Basis
 - individuelle Dokumentation – VA-Basis

als wichtige Voraussetzung eines funktionierenden QMS.

Alle Dokumente, QM-Dokumente und alle Verfahrensanweisungen VAs, müssen sich mit folgenden NORM-Informationen ausweisen:

- Autor
- Dokumenten-Nummer
- Datum der Erstellung
- Gültigkeitsdauer
- Freigabeverantwortlicher
- Änderungsmöglichkeit mit Datum und Autor.

Die letzte Änderung eines Dokumentes und damit seine gültige Aktualität muß optisch sicher markiert sein. Die NORM fordert die nachweisbare *Lenkung aller Dokumente*, d.h. die unmittelbare, bedarfsgerechte Bereitstellung neuer oder geänderter Dokumente an allen Arbeitsplätzen.

9.4.2.1.10– Dokumentations : Spezifische Forderungen:

- **Qualitätsmanagementhandbuch QMH**
- **Verfahrensanweisungen VAs**

Gefordert sind: die Erstellung und Führung

- eines **Qualitätsmanagement-Handbuches QMH** mit der schriftlichen Niederlegung der gesamten Qualitätspolitik des Unternehmens bezüglich aller organisatorischen Abläufe, Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Aufgaben für das Tages- und Versorgungsmanagement einschließlich aller Krisen- und Notfallsituationen.
- den **Verfahrensanweisungen VAs** spezifiziert für alle Führungs-, Kern- und Unterstützungs-Prozesse mit der schriftlichen Niederlegung aller QM-signifikanten Maßnahmen (z.B. Ablauf Interner Audits, QM-Zirkel, Schulungen) sowie aller unterstützenden personellen, technischen, räumlichen und fachlichen Notwendigkeiten und Bedingungen für die einzelnen Kernaufgaben und Maßnahmen.

Für ein medizinisches Unternehmen umfassen die Dokumentationsforderungen der Norm die formale Ausführung der medizinischen Behandlungsinhalte.

Die wichtigsten **QM-Pflicht-Dokumente** sind:

- Qualitätsmanagement-Handbuch **QMH** zur internen und externen Verwendung
- Ergebnisse der **Internen Audits** zur internen Verwendung
- **Managementreview** jährlich zur internen Verwendung
- Verfahrensanweisungen **VA** zur internen Verwendung:
 - Medizinische Unternehmen: - Diagnose- und Behandlungskonzepte
 - Alle QM-Prozesse
- **Arbeits- und Prüfanweisungen** zur internen Verwendung und Erfüllung legaler Pflichten (z.B. Arbeitsschutz, medicolegale Richtlinien für eine medizinische Einrichtung)

Die **Dokumentationen** folgender **Verfahren** sind explizit vorgeschrieben:

- Durchführung und Ergebnisse der Internen Audits
- Durchführung und Ergebnisse des jährlichen Managementberichtes
- Schulungsthemen und Teilnehmerlisten
- Lenkungsmethoden-Nachweise aller Dokumente
- Prozessvalidierungen
- Lenkung fehlerhafter Dokumente
- Korrekturmaßnahmen
- Vorbeugemaßnahmen
- Produktanforderungen
- Lieferantenbeurteilungen
- Rückverfolgbarkeit der eindeutigen Kennzeichen von Produkten
- Beschädigung, Unbrauchbarkeit von Produkten
- Kalibrierungsgrundlagen und Verifizierung von Messmitteln, sofern keine internationalen bzw. nationalen Messwerte vorliegen

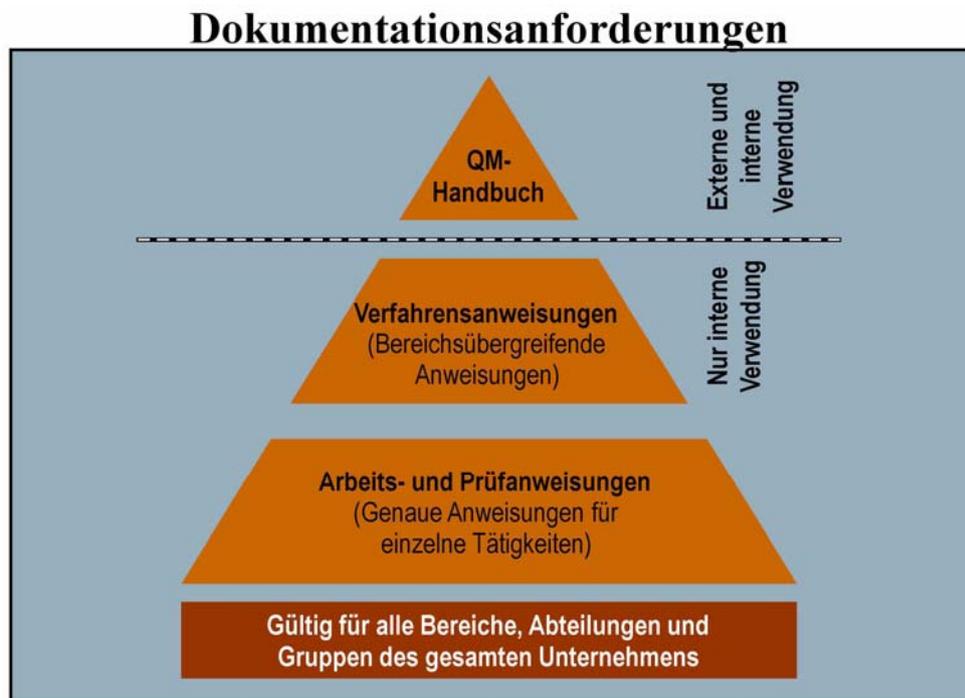


Abbildung 24: Schema der Dokumentation des QM-Systems

(Quelle: Brauer, J., P., 2002, DIN EN ISO 9000:2000ff umsetzen)

Das hohe Maß an Anforderungen an die Dokumentation bei steigender Datenflut erfordert, optimale Medien zu sichern und für die Praxis optimierte Dokumentationsverfahren, eingeschränkt noch in Papierform, zunehmend mit datensicheren elektronischen Medien für die online- oder offline-Erfassung. Aus QM-Sicht hat die allgemeingültige, umfassende, gezielte und strukturierte Dokumentation der Qualitätspolitik einen unersetzbaren Stellenwert in den NORM-Profilen. Während die individuellen Falldaten, z.B. in einem medizinischen Unternehmen nur mit Passwort geschützt und verlässlich abrufbar sind und bleiben müssen, müssen die gesamten Daten zum Management der Organisation – formal als Text oder in Organigrammen zur Q-Politik und bezüglich der Verfahrensanweisungen allgemein zugänglich sein, entweder in Papierform oder im Intranet an jedem Arbeitsplatz. Für die Verfahrensanweisungen VA eignet sich praktikabel auch eine Pocket-Version.

9.4.2.2 QM-Prozess 5 – Verantwortung der Leitung

(DIN EN ISO-NORM – Kapitel 5: 5.1-5.6)

Das Qualitätsniveau eines Unternehmens mit [QM-Zertifikat] setzt die grundsätzliche, einvernehmliche Entscheidung aller Führungsebenen des Unternehmens für eine gezielte Qualitätspolitik voraus. Die Entscheidung zur Qualitätspolitik ist eine Entscheidung der Geschäftsführung eines Unternehmens.

Qualität ist ein strategischer Erfolgsfaktor und muß von der Leitung einer Organisation, eines Unternehmens als Kernaufgabe gewertet werden. Die Qualitätsphilosophie legt die Ziele der Qualitätspolitik, ihre strategische Planung und Umsetzung fest. Durch die Leitung eines Unternehmens festgelegte **Qualitätsziele** sind:

- Selbstverständnis des Unternehmens
- Leistungsangebot
- Leistungsniveau
- Allgemeine Bedürfnisse
- Kommunale Bedürfnisse
- Ansehen in der Öffentlichkeit
- Rolle aller Verantwortlichen

- Strategie aller Planungen
- Beachtung von Regeln und Gesetzen:
für das Gesundheitswesen:
 - SGBV
 - Krankenhausgesetz
 - Infektionsschutzgesetz
 - Richtlinien für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention:
RKI-Richtlinien
 - Qualitätsrichtlinien im Laborbereich
 - Röntgenverordnung
 - Berufsordnungen
 - Aus-, Weiter- und Fortbildungsrichtlinien
 - Deklaration von Helsinki
 - Empfehlungen des Weltärztebundes
 - Ethische Codes

Im Falle eines medizinischen Unternehmens, einer Praxis, einer Klinik, ist die Entscheidung zur Qualitätspolitik mit einer gegenseitigen, für beide Seiten gültigen und verbindlichen Vertragsverpflichtung zwischen der ärztlichen Leitung und der Geschäftsführung des Unternehmens legitimiert. **Geschäftsführung** und die **ärztliche Direktion** treffen einvernehmlich, **vertragsgebunden** mit **gegenseitiger verbindlicher Verpflichtung**, die **Entscheidung**, das Unternehmen mit Wahl der **Qualitätspolitik** nach definierten Q-Zielen zu führen und alle Voraussetzungen zu schaffen, die formulierten Q-Ziele zu verwirklichen. Die Verpflichtung zur Erfüllung der Kundenanforderungen und zur kontinuierlichen Verbesserung der Q-Politik mit fortlaufender angemessener Überprüfung der Fähigkeit zur Qualitätspolitik aller Bereiche des Unternehmens wird in einem gemeinsam unterschriebenen Vertrag verankert. Von der Geschäftsführung und, im Falle eines medizinischen Unternehmens, von der ärztlichen Leitung, wird ein Qualitätsmanagement-Beauftragter – **QMB**, in großen Unternehmen hauptamtlich, berufen. Der QMB ist als Beauftragter der obersten Leitung und definitionsgemäß Mitglied der Geschäftsführung. Er erhält und führt im Namen der Geschäftsführung die uneingeschränkte Befugnis zur Sicherstellung von

Verwirklichung und Aufrechterhaltung des festgelegten Qualitätsmanagement-Systems. Er trägt der Geschäftsführung gegenüber die fachspezifische, die wirtschaftliche und die QM-spezifische Verantwortung im Unternehmen.

Das umfangreiche Aufgabenprofil des QMB erfordert seinerseits die Festlegung und die Kommunikation von Teilverantwortungen, Befugnissen und gegenseitigen Beziehungen der Mitarbeiter in einem Unternehmen. Nur durch die klare **Zuordnung** von einzelnen **Verantwortungsbereichen** und Befugnissen ist ein reibungsloser Ablauf aller Tätigkeiten im Unternehmen möglich. Alle Mitarbeiter müssen den Umfang der Verantwortung und die Befugnisse ihrer Tätigkeit sowie ihren Einfluss auf die Prozessabläufe und die resultierende Qualität der Produkte kennen. Ein klarer Aufbau der Organisation, übersichtlich darstellbar in ihrem Zusammenwirken in Form von **Organigrammen** – fördert das Gesamtverständnis und unterstützt geregelte Abläufe. Wichtig ist, dass die organisatorische Unabhängigkeit des Qualitätswesens gegeben ist. Qualitätsbezogene Tätigkeiten werden wirksam durchgeführt mit garantierter Unabhängigkeit des Qualitätswesens. An jeden Mitarbeiter in einem Unternehmen – vorbildlich vertreten durch den QMB – sind hohe Anforderungen gestellt bezüglich **Kommunikationskompetenz** und **Informationsqualität** und seiner persönlichen Motivation und Verantwortung für die jeweiligen Prozessgeschehen. Jeder Mitarbeiter in allen Professionen eines Unternehmens muss seinen speziellen Prozessbeitrag kennen und verantworten. Mangelnde Kommunikation und mangelhafte Befähigung sind häufig vermeidbare Ursachen für Qualitätsdefizite in einem Prozessablauf.

9.4.2.3 QM-Prozess 6: *Management von Ressourcen*

(DIN EN ISO –NORM – Kapitel 6: 6.1-6.4)

Die Geschäftsführung eines Unternehmen, einer Institution, hat sich - im Falle eines medizinischen Unternehmens – in dem gemeinsamen Vertrag mit der ärztlichen Direktion – zur Qualitätspolitik verpflichtet, Voraussetzungen und Infrastrukturen zu schaffen und zu fördern, welche das Erreichen der gemeinsam festgelegten Qualitätsziele sichern. Wirksame und wirtschaftliche Arbeit ist an stimmige Voraussetzungen gebunden. Von der Unternehmensleitung

muss die bestehende Infrastruktur regelmäßig auf Funktionalität, Leistungsfähigkeit und auf Sicherheit geprüft werden.

Die Ressourcen eines Unternehmens sind technischer, räumlicher und personeller Art.

Die technischen Ressourcen sind durch gesetzliche Vorgaben festgelegt. Vital entscheidende Technikausfälle müssen durch Ersatz vor Ort sichergestellt sein, z.B. Notstromaggregate, Austauschgerätschaften. Den technischen Ressourcen zuzuordnen sind auch besondere Prozessausrüstungen für Hard- und Software und unterstützende Dienstleistungen wie Transport- und Kommunikationswege.

Die räumliche Ressource hat wesentliche Auswirkungen auf reibungslose und schnelle Prozessabläufe.

Die wichtigste Ressource in der Prozessablauforganisation ist die personelle Ressource. Die personelle Ressource umfasst mit gesetzlich limitierten Arbeitszeiten behaftete Personalschlüssel in enger kompetitiver Funktion mit den Personalkapazitäten. Suboptimale Personalschlüssel können grundsätzlich erfolgreiche Ablaufprozessstrukturen aus QM-Sicht essentiell gefährden.

Eine substantielle QM-Forderung zur *Stabilisierung jeder Personalressource* ist die Entwicklung guter Konzepte zur Förderung von *Teamarbeit*, auch interprofessionell und Hilfen im *Krisen- und Konfliktmanagement*.

Die wichtigsten Personalressourcen aus gezielter QM-Sicht – sind Kenntnis und *Wissensstand*, *persönliches Engagement* und Motivation zu aktiver Mitarbeit mit fachlicher und organisatorischer Weiterentwicklung. Investitionen in die menschlichen Personalressourcen dienen aus QM-Sicht nachhaltig und fortsetzend der Leistungssteigerung, der fortlaufenden Qualitätsverbesserung und einer Defizit- und Fehlerreduktion.

Zielführende Beispiele für *Investitionen in das Mitarbeiterpotential* eines Unternehmens sind:

- Regelmäßige fachspezifische Fortbildungen
- Regelmäßige Fortbildungen im Qualitätsmanagement
- Erläuterung der zu erreichenden Qualitätsziele und der damit verbundenen Qualitätssteigerung
- Anregung zur Mitarbeit im QM-Arbeitskreis und bei Internen Audits

- Einarbeitung neuer Kollegen durch geschulte Mentoren/Tutoren
- Schaffung einer positiven Arbeitsumgebung
- Honorierung und Anerkennung von Leistung und Verbesserung
- Kreativitätsentwicklung durch Ausgabe offener Fragen und Probleme durch den QMB zur Erarbeitung von Lösungsansätzen

Der Schulungsbedarf aller Mitarbeiter eines Unternehmens sollte einmal jährlich ermittelt werden.

Die Ermittlung der verschiedenen Ressourcen, die sorgfältige Prüfung von Entwicklungspotentialen, besonders auf der personellen und menschlichen Ebene und zielführende Entfaltungsmaßnahmen zählen zu den wichtigsten Aufgaben im Qualitätsmanagement für eine erfolgreiche Ablauforganisation.

9.5.2.4 QM-Prozess 7 – Produktentstehung

(DIN EN ISO NORM -Kapitel 7: 7.1 – 7.6)

Das Ziel jeder Organisation, jedes Unternehmens, sind seine spezifischen Produkte, das Ergebnis spezifischer Prozesse. Die Produktrealisierung umfasst die Einbringung aller Prozesse, die zu einer spezifischen Leistung erforderlich sind. Unter QM-Gesichtspunkten ist das statische Endprodukt das Ergebnis zahlreicher strukturierter, kommunizierender, dynamischer Leistungsprodukte und Leistungsprozesse. Die Qualität der Leistungsprozesse, welche z.B. während der Zertifikatsvisiten der Auditoren stichprobenartig hinsichtlich ihres NORM-Niveaus überprüft wird, bestimmt die jeweilige Produktqualität.

Jede Organisation, jedes Unternehmen, hat eine Aufbau- und eine Ablauf-Organisation zu verzeichnen.

Die **Aufbau-Organisation** eines Unternehmens, die vertikale Organisationssicht eines Unternehmens, beschreibt sachlich betrachtet die topographische Konstellation aller räumlichen und funktionellen Bereiche.

Die **Ablauf-Organisation** eines Unternehmens, die horizontale Organisationssicht eines Unternehmens, beschreibt die einzelnen Prozesse in der chronologischen Folge einzelner Abläufe. Beispiele für medizinische

Organisationen, Praxen, Kliniken sind: Konzeption der Sprechstundenzeiten, Terminplanung, Wartezeiten, Sprechzeiten-Budgets.

Die Aufbau-Organisation eines Unternehmens stellt zwar formale Voraussetzungen und Bedingungen für prozessoptimierte Abläufe dar. Essentiell entscheidend für die Prozessoptimierung ist jedoch die Ablauf-Organisation. Management-Kompetenz spiegelt sich in der Ablauf-Organisation, in der Qualitäts-Dimension der Sozialqualität, wieder.⁵³⁵

Die **Prozess-Charakteristik** eines Unternehmens, einer Organisation, unterscheidet – z.B. für ein medizinisches Unternehmen:

1. *Kernleistungsprozesse* (Patienten-Behandlung)
2. *Unterstützungsprozesse* (Labor)
3. *QM-Prozesse* (Optimierung Sprechstundenabläufe)
4. *Wertschöpfungsprozesse* (Fortbildung der Mitarbeiter)

Für die Konzeption einer Prozessoptimierung in einem Unternehmen befiehlt sich die Aufzeichnung einer „**Prozess-Landkarte**“ nach der bezeichneten **Prozess-Charakteristik**. Die gegenseitigen Prozessabhängigkeiten stellen sich in Flussdiagrammen erklärend dar. Jeder Prozess lässt sich nach der Malik'schen Definition, im Besonderen hinsichtlich seines Verantwortungsträgers festlegen. Jeder Prozess braucht eine Standardisierung. Für jeden Prozess muss eine SOP – eine Standard Operating Procedure – formuliert werden –

- für die QM-Bereiche
- für die Verfahrensbereiche

einschließlich definierter Vorgaben und dokumentierter Abweichungskorridore für Sondersituationen. Die Ist-Analyse eines jeden Prozesses und des gesamten Prozessnetzes eines Unternehmens zeigt zu definierten Soll-Werten Optimierungspotentiale auf, oft erst erreichbar in Etappenzielen.

Eine solche prozessuale Optimierungsanalyse eines Unternehmens erfolgt unter Leitung des QMB und Mitarbeit der QM-Zirkel, als Themengrundlagen für die regelmäßig nach der NORM geforderten Internen Audits und ebenso als QM-Verpflichtung zur Veröffentlichung im jährlichen Management-Review.

⁵³⁵ Vgl.ebenda 187

Jeweilige geänderte QM-Prozesse und geänderte Prozesse im Verfahrensbereich sind im QMH niederzulegen.

Positive Effekte einer kontinuierlich wachsenden **Prozessorientierung** in einem Unternehmen sind:

- Intensiveres Kennenlernen der gesamten Prozessphilosophie
- Bessere Kenntnis aller Ressourcen der vorhandenen Infrastruktur
- Bessere Nutzung der vorhandenen Ressourcen
- Reduktion von Prozessdurchlaufzeiten
- Abbau und Aufbau organisatorischer Grenzen
- Fokussierung der ablauforganisatorischen Aspekte über die aufbauorganisatorischen Aspekte und Grenzen hinaus
- Kommunikationsverbesserung
- Prozesssteigerung in vorhandenen Ressourcen
- Transparenzsteigerung
- Erhöhung der Prozesssicherheit
- Vertrauensanstieg in die Prozesse
- Zunahme von Risikobewusstsein und Risikoabschätzung
- Intensivierung von Defizitmanagement im Sinne einer „Fehlerkultur“
- Leistungssteigerung
- Kreativitäts- und Innovationssteigerung der Mitarbeiter
- Ökonomische Vorteile

Jedes Unternehmen zeichnet sich mit einer eigenen Aufbau- und Ablauforganisation und einer eigenen Landschaft seiner Kernprozesse und seiner Unterstützungsprozesse aus. Die NORM fordert für jede Abteilung eines Unternehmens die gleichen QM-Grundsätze und dieselbe QM-Philosophie, die adaptiert an die individuellen Kundenanforderungen, an das jeweilige Unternehmen erarbeitet, geführt und zum Erfolg des ganzen Unternehmens permanent weiterentwickelt werden müssen.

Zertifikatniveau der Qualität eines Unternehmens nach der NORM fordert den Nachweis über einen strukturellen Aufbau von definierten Prozessen, die Umsetzung definierter Prozesse in der Praxis und den Umgang der ganzen Organisation mit diesen definierten Prozessen.

9.4.2.5 QM-Prozess 8 – Messung – Analyse - Verbesserung

(DIN EN ISO –NORM-Kapitel 8: 8.1 – 8.5)

Qualität der Prozesse und Qualität der Produkte besiegeln ein erfolgreiches Qualitätsmanagement. Qualität einer Leistung ist der stabilste und wichtigste Wettbewerbsfaktor. Qualität muss als messbare Größe aus den jeweiligen Kundenanforderungen definiert werden. Qualität wird durch Qualitätsmerkmale, basierend auf den Qualitätsanforderungen darstellbar. Qualitätsmesswerte beschreiben den Erreichungsgrad festgelegter Ziele und Kundenanforderungen. Die Qualität eines Produktes, mehr noch die Qualität im Ablaufgeschehen seiner Entwicklung, kann mit definierten Kennzahlen einer qualitativen und quantitativen reproduzierbaren Messung unterzogen werden. **Qualitäts-Kennzahlen** müssen einfache Aussagen erlauben. Qualitätskennzahlen dürfen nicht zu vielen Einflüssen ausgesetzt sein, die sie verfälschen. Kennzahlen müssen einfach zu interpretieren sein. Kennzahlen zur Objektivierung von Qualität und Qualitätsverbesserung sind für einzelne Prozessabläufe bedingt „*Indikatoren*“ zur Messung von Differenzen zwischen der messbaren Ist- und einer definierten Soll-Stufe eines bestimmten messbaren Qualitätsmerkmals. Verbesserungsstrategien und Weiterentwicklung von Qualität, die Forderungen der NORM, fußen auf Kennzahlen und Indikatorwerten zu den einzelnen Prozessgeschehen.

Das **Qualitätsniveau eines Unternehmens** kann dabei nach strategischen und operationalen Maßstäben bewertet werden.

Für ein **strategisches Qualitäts-Controlling** eines Unternehmens, einer Abteilung, ausgerichtet auf langfristig wirkende Qualitätsziele, lassen sich Kennzahlen aus 4 verschiedenen Perspektiven formulieren:

- die Kundenperspektive
- die Prozessperspektive
- die Kompetenz- und Ressourcenperspektive
- die Finanzperspektive.

Diese 4 Perspektiven sind Grundlage des QM-Werkzeuges der **BSC Balanced Scorecard**.

Ein **operationales Qualitäts-Controlling** eines Unternehmens bewertet die möglichst wirtschaftliche Umsetzung einer definierten Qualitätsstrategie mit

Zielgrößen wie: Wirtschaftlichkeit, Rentabilität, Gewinn und Fehlleistungsaufwand.

Aus dem strategischen und dem operationalen Qualitäts-Controlling leiten sich sowohl eine externe als auch eine interne Qualitätssicherung, speziell auch im Kontext einer **Zertifizierung** ab. Für ein medizinisches Unternehmen ist eine **externe Qualitätssicherung** gesetzlich vorgeschrieben. Die externe Qualitätssicherung, die ohne jede Zertifizierung erfolgen kann und erfolgen muss, ist jedoch wertvoller Bestandteil und Basis für das Q-Normenprofil einer Zertifizierung. Die Zertifizierung setzt zusätzlich zu einer externen Qualitätssicherung eine differenzierte **interne Qualitätssicherung** voraus, bezogen auf alle Prozesse des QM-Systems in einem Unternehmen. Bei dieser internen Qualitätssicherung, welche grundsätzlich die Basis für optimale Ergebnisse der externen Qualitätssicherung darstellt, geht es um die **persönliche Identifikation** mit einem **hohen Qualitätsanspruch**, den Umgang mit Fehlern und im Besonderen mit Konsequenzen aus gemessenen Schwach- und Fehlerstellen im Sinne von Verbesserungsmaßnahmen. Es geht um kontinuierliche, wertschöpfende Weiterentwicklung der Qualität im Unternehmen. Erst mit der Verbesserung eines Prozesses ist die 4. Stufe im QM-Zyklus nach der NORM-Forderung erreicht. **Qualitätssicherung** bedeutet nicht eine bloße Qualitätskontrolle, sondern die fortlaufende Wertschöpfung und Weiterentwicklung von Qualität und Sicherheit der Prozesse.

Die **Analyse potentieller Fehlermöglichkeiten** mit der Entwicklung gezielter Sicherheitsvorkehrungen betrifft jeden Prozess im Unternehmen – für ein medizinisches Unternehmen die organisatorischen und die medizinischen Prozesse. Die Analyse potentieller Fehlermöglichkeiten mit der Entwicklung von Vorbeugemaßnahmen zur Verhütung von Fehlern umfasst auch die Einhaltung **gesetzlicher Regelungen** und Vorschriften.

Beispiele für medizinische Unternehmen sind:

- RKI – Richtlinien für Krankenhaus- und Praxishygiene und Infektionsprävention
- DGKH – Richtlinien für Krankenhaus-Praxishygiene
- RiLiBÄK – Richtlinien für Laboruntersuchungen
- Hygiene- und Mikrobiologie-Konzepte

- ZSVA – Prüfprozesse
- MAAS BGW – Richtlinien zum Arbeitsschutz
(nur in Kombination mit der DIN EN ISO NORM 9001:2008 möglich)

Identifizierte Fehler und Korrekturmaßnahmen müssen dokumentiert und transparent mitgeteilt werden, nach dem Grundsatz, dass Fehlererkennung, besonders eine rechtzeitige, zu Verbesserungen führt und ein Fehler ein Lernpotential im Sinne einer **Fehlerkultur** beinhaltet. **Vorbeugemaßnahmen** sind die kreative NORM-Forderung im 5. QM-Prozess ^{536 537 538 539 540}
^{541 542}.

Die Entwicklung von Vorbeugemaßnahmen setzt regelmäßige Risikoanalysen, Fremdanalysen, Fehlerbaumanalysen, Fehlermöglichkeits- und Fehlereinflußanalysen, eine **FMEA** oder Quality Function Deployment QFD voraus – ein großes QM-Schulungskonzept für strukturierte, kontinuierliche Fort- und Weiterbildung zur fortlaufenden Qualitätsverbesserung jedes einzelnen Prozesses.

⁵³⁶ Vgl. Brechbühler, M., 2002, Wie Fehler zu Lernquellen werden, Krankenpflege, S.22-23

⁵³⁷ Vgl. Hansis, M.L.; Hart, D. et al., 2001, Medizinische Behandlungsfehler. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 04, Robert-Koch-Institut, Berlin

⁵³⁸ Vgl. Palm, S.; Cardeneo, M., et al., 2003, Risk Management :Konzepte und Chancen für das Gesundheitswesen, Medizinische Klinik 98,1, S.41-46

⁵³⁹ Vgl. Rall, M.; Manser, T. et al., 2001, Patientensicherheit und Fehler in der Medizin, Entstehung, Prävention und Analysen von Zwischenfällen, Anästhesiol. Intensmed. Notfallmed. Schmerzther. 36, S.321-30

⁵⁴⁰ Vgl. Ständer, S., 2001, „Incident Reporting“ als Instrument zur Fehleranalyse in der Medizin, Z.Ärztl. Fortbildg. Qualitätsbericht 95, S.479-84

⁵⁴¹ Vgl. ebenda 311

⁵⁴² Thomeczek, C., 2001, Fehlerquelle „Mensch“, Berliner Ärzte 38, S.12-6

QM-Prozessmodell ISO 9001

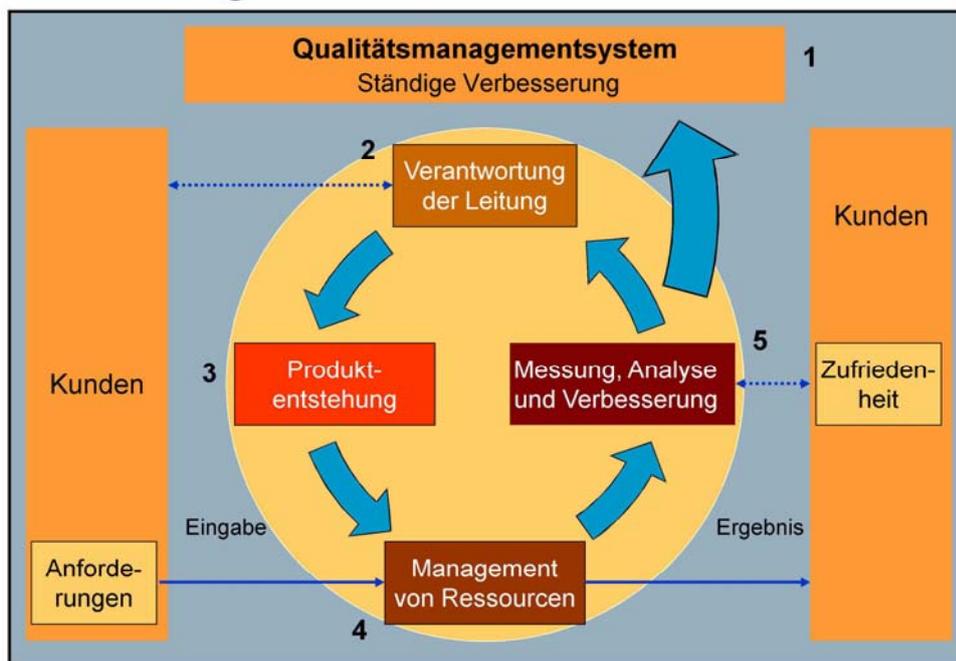


Abbildung 25: QM-Prozessmodell ISO 9001

(Quelle: Brauer, J., P., 2002, DIN EN ISO 9000:2000ff umsetzen)

Die präzise Bearbeitung von Forderungen aus den fünf QM-Prozessen der ISO-NORM nach dem Konzept des Qualitätsmanagement-Zyklus nach W.E. Deming führen konsequent zu Risikominimierung und Leistungssteigerung für alle Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse in einem Unternehmen.

Zertifizierung eines Unternehmens nach der DIN EN ISO-NORM 9001:2008 fordert den Nachweis aller 8 allgemeinen QM-Prinzipien für ihre 5 QM-Hauptprozesse mit den Kapiteln 4, 5, 6, 7 und 8.

In einer generellen Betrachtung der vorgestellten QM-Systeme ist einerseits festzuhalten, dass Zertifizierung und Akkreditierung im Gesundheitswesen in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewinnen. Das KTQ – Konzept ist für den Massenmarkt zielführend, die QM-Konzepte TQM, EFQM und die ISO-NORMEN sind bedingt für Marketing - orientierte Kliniken und Gesundheitseinrichtungen zielführender. Zertifizierung und Akkreditierung sind jedoch nicht die einzigen und vor allem ausreichenden Qualitätsforderungen im Gesundheitswesen. Im Gesundheitswesen besteht die

unausweichliche Notwendigkeit zur klinischen Ergebnismessung mit Indikatoren. Ein internationales Benchmarking ist wünschenswert.

Der Qualitäts-Weg in die Zukunft lautet:

Alliance for Excellence in Healthcare

10. QM-Konzept der DIN EN ISO NORMEN

Ausrichtung für die Präventionsmedizin

im Organisationsmodell des interdisziplinären Netzwerkes

In differenzierter Abwägung bezüglich Qualitätsanspruch mit nationaler und internationaler Akzeptanz, Erfassung von Aufgaben und Zielen der Präventionsmedizin und Umsetzbarkeit mit medizinischer und klinischer Relevanz empfiehlt die Autorin im Vergleich der verschiedenen QM-Konzepte KTQ, TQM, EFQM, EPA und den DIN EN ISO-NORMEN, das letztgenannte QM-Konzept in der Fassung DIN EN ISO 9001:2008. Von der GQMG – Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. und vom ZeQ Zentrum für Europäisches Qualitätsmanagement werden die DIN EN ISO 9001-NORMEN derzeit als „QM-Klassiker“ geführt.

Auf der Basis der Normanforderungen der DIN EN ISO 9001:2008 mit den

- | | |
|----------|---|
| Kapiteln | 1 – Qualitätsmanagement-System generell |
| | 2 – Verantwortung der Leitung |
| | 3 – Management der Ressourcen |
| | 4 – Produktrealisierung |
| | 5 – Messung, Analyse, Verbesserung |

wird der

Entwurf eines zertifizierungsreifen QM-Konzeptes für die Präventionsmedizin

erarbeitet.

In der Qualitätswissenschaft entsprechen die

Kapitel 4 bis 8 der DIN EN ISO-NORMEN den QM-Prozessen 4-8.

Das Konzept soll in der Anwendung QM-Strukturen und QM-Werkzeuge anbieten für Praxis- und Kliniksituationen.

QM-Regelkreis für die Präventionsmedizin nach der DIN EN ISO NORM

Zusammenhänge zwischen

- Verantwortung der Leitung
- Management von Ressourcen
- Produktrealisierung
- Messung, Analyse und Verbesserung

Obligate Ziele : – Kundenorientierung
– Fortlaufende Verbesserungen

Abbildung 26 : QM-Regelkreis für die Präventionsmedizin nach der DIN EN ISO NORM

(Quelle: Anlehnung an Bauer, J.P. DIN EN ISO 9000:2000ff umsetzen,2002)

Die Grundlage für eine Qualitäts-Arbeit nach den 5 Kapiteln der DIN EN ISO-NORM sind die **8 allgemeinen QM-Prinzipien**:

1. Kundenorientierte Organisation
2. QM-Kompetenz ihrer Leitung
3. Beteiligung der Mitarbeiter
4. Praxisrelevanter Aufbau von Prozessen
5. Praxisrelevante Anwendung von Systemen
6. Ständige Verbesserung und Wertschöpfung
7. Sachliche Entscheidungsfindung
8. Beiderseits vorteilhafte Lieferantenbeziehungen.

Um das Leistungs- und Aktivitätenspektrum des Qualitätsmanagement-Konzeptes nach der DIN EN ISO-NORM unter spezifischen Gesichtspunkten der Präventionsmedizin mit verstärkten Qualitätsansprüchen zu erweitern,

werden für einzelne Themen in das erarbeitete QM-Programm der ISO-NORM zusätzliche QM-Werkzeuge aus der EFQM-Philosophie entlehnt.

10.1 QM-Prozess 4 – Qualitätsmanagement-System generell

(DIN EN ISO-NORM – Kapitel 4: 4.1, 4.2)

Die Qualitätspolitik der Präventionsmedizin versteht sich mit einem hohen Anspruch an ärztliche und an medizinische Fachkompetenz für ihre Klienten und Patienten mit dem breiten und sehr unterschiedlichen Erwartungsspektrum dieser, ihrer Kunden, adäquaten Organisationsstrukturen. Präventionsmedizin umfasst ihrer medizinischen Profession nach den ganzen Menschen und konsequenter Weise ein großes Spektrum an speziellen medizinischen Fachdisziplinen und Fachexperten. Damit nimmt die **Präventionsmedizin** das **Organisationsmodell** eines umfassenden **interdisziplinären Netzwerkes** an, aufgebaut aus spezifischen Fachmodulen. Eine medizinische Einzelpraxis stellt dabei in der Regel eines dieser Module dar. Gemeinschaftspraxen und Fachkliniken vertreten mehrere dieser Module.

In der Präventionsmedizin arbeitende medizinische Fachdisziplinen sind:

Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kardiologie, Gastroenterologie, Diabetologie, Endokrinologie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Orthopädie, Sportmedizin, Physikalische Therapie, Radiologie, Augenheilkunde, Zahnmedizin, HNO, Dermatologie, Umweltmedizin und Toxikologie, Orthomolekulare Medizin, Psychosomatik und Psychotherapie, Pädiatrie, Kinder und Jugendmedizin und Geriatrie. Die Abbildung 2 zeigt das

Modulare interdisziplinäre Netzwerk der Präventionsmedizin .

Für die Präventionsmedizin zeigt sich die Überlegung angebracht, im Konzept eines QM-Systems die Ergebnisse ihrer Arbeit und ihre Ziele nicht an das Ende eines QM-Zyklus nach dem Modell von W.E. Deming – Plan-Do-Act-Check – zu stellen, sondern nach der TQM- und EFQM-Philosophie an den Anfang aller ihrer QM-Strategien und alle QM-Schritte auf definierte Einzel- oder Gesamtziele auszurichten.

Das Generalziel ist Spitzenmedizin. Einzel- und Gesamtziele der

Präventionsmedizin beinhalten zusammengefasst und allgemein formuliert
G e s u n d h e i t - L e b e n s q u a l i t ä t - L e i s t u n g s f ä h i g k e i t
 im demographischen Profil unserer Gesellschaft
 für jeden Status und jedes Setting.

Die Qualität des Management-Systems für eine präventionsmedizinische Praxis, Praxisgemeinschaft oder Klinik ist ausgerichtet auf diese Ziele, nach der praxisrelevanten Kriterienliste der DIN EN ISO-NORMEN mit den folgenden Systemmerkmalen zu bewerten:

10.1.1 (Kap. 4.1 :1) *Leitbild*

Die Präventionsmedizin braucht und hat ein Leitbild in den Begriffen
Gesundheit und Lebensqualität
 losgelöst vom zunehmenden demographischen Wandel.

Jede Praxis und jede Klinik sollte ihr Leitbild haben.

Leitbilder schaffen keine Qualität.

Leitbilder drücken geschaffene Qualität aus.

Leitbilder drücken Ziele aus.

Beispiele und Vorschläge für *präventionsmedizinische Leitbildinhalte* sind:

- Harmonie in allen Lebensprozessen
- Eigenverantwortung für die Gesundheit
- Manager für die eigene Gesundheit
- Lebensqualität bis ins Alter
- Biologisch jung – chronologisch alt
- Lebensqualität im „Vierten“ Lebensalter
- Gesund altern zum „Olymp des Lebens“
- Experte für die eigene Gesundheit

Idee und Gedankeninhalt von Leitbildern drücken Verantwortung und Kreativität aller gestaltenden Mitglieder einer Praxis oder Klinik aus.

10.1.2 (Kap. 4.1.2) *Prozess-Strukturen*

Das Qualitätsmanagement-System QMS eines Unternehmens, einer Praxis, wie einer Klinik für die Präventionsmedizin ordnet sich in klaren Prozessabläufen zur Darstellung und Führung

1. der Qualitäts-Politik
2. der speziellen medizinischen Profile.

Gefordert ist ein grundsätzliches Prozessverständnis in den Definitionen von Drucker P.F.⁵⁴³ und Malik F.⁵⁴⁴ Die Q-Politik eines präventionsmedizinischen Unternehmens ist auf hohem Management-Niveau nur konsequent prozessorientiert erfolgreich. Die **Q-Politik-Prozesse** schaffen die Voraussetzungen für erfolgreiche medizinische Leistungsprozesse. Die zentralen Q-Politik-Prozesse für die Präventionsmedizin sind die Kommunikations- und Informationsaktivitäten im modularen Netzwerk der beteiligten Fachdisziplinen. Übergeordnet diesem interdisziplinären Netzwerk sind die GSAAM, German Society Anti Aging Medizin, und universitäre Experten- und Fach-Gremien, wie von der DIU - Dresden International University - und der Ernst Moritz Arndt Universität in Greifswald. Für das Qualitätsmanagement der Präventionsmedizin resultieren berufspolitisch und wissenschaftlich maßgebende Werte im Sinne einer Richtungs- und Entwicklungssteuerung für ihr gesamtes Profil.

- Q-Politik für die Präventionsmedizin ist eine Forderung nach hoher ärztlicher und medizinischer Fachkompetenz führend mit Auflagen zu regelmäßiger Wissensaktualisierung.
- Q-politische Prozesse sind die Bereitstellung von Ressourcen – diese sind: Profil der Mitarbeiter mit wissenschaftlichen Fachkenntnissen und klinischer Erfahrung und ihrem Engagement, personelle, technische und räumliche Ausstattungen.
- Q-Politik ist die PR-Darstellung einer Präventionspraxis und die Präsentation der Präventionsmedizin vor den Krankenkassen und Gesetzgebern.

⁵⁴³ Vgl.ebenda 218, 219, 220

⁵⁴⁴ Vgl.ebenda 186, 213

- Q-Politik sind transparente Ergebnisanalysen und nachweisbare und nachhaltige Verbesserungen und Weiterentwicklungsprozesse dieser interdisziplinären Medizin..

10.1.3 (Kap.4.1.3 *Qualitätsmanagement-Beauftragter QMB*

Das Profil des QMB für ein präventionsmedizinisches Unternehmen erfordert zweifache Kompetenzen, ärztlich-medizinische und qualitätswissenschaftliche Kompetenz. Von seiner medizinischen Herkunft her kann er Arzt, Sprechstundenhilfe oder Pflegekraft mit Führungsqualifikation sein. Seinem Status nach als QMB gehört er der Leitung einer Praxis, einer Klinik an. Für Einzelpraxen im präventionsmedizinischen Netzwerk sind Modelle sinnvoll, einvernehmlich einen QMB mit Weisungshoheit für mehrere kommunizierende Praxen zu bestellen. Im Konzept einer isolierten Einzelpraxis entfällt die Rolle des QMB auf den Leiter der Praxis selbst. . Die Qualitätsmanagementbeauftragten QMBs sollten in engem Arbeits- und Informationskontakt mit der GSAAM und den universitären Fachvertretungen stehen.

Der **QMB eines präventionsmedizinischen Unternehmens** ist verantwortlich für:

- Fassung sämtlicher Klienten-/Patienten-Kontakte in Prozessmodule
- Bereitstellung ausreichender Ressourcen
Eine der wichtigsten Ressourcen in der Präventionsmedizin ist das „Zeitbudget“ für die Klienten/Patienten, besonders im Sinne einer personalisierten medizinischen Betreuung
- Bedarfsadaptierte Sprech- und Behandlungszeiten
- Voraussetzungen für Fort- und Weiterbildungen
- Personalführung, besonders zur beruflichen Motivation
- Konzepterstellung zur Klienten-/Patienten-/Mitarbeiter-Befragung
- Regelmäßige QM-Arbeitskreise/Zirkel
- Qualität sämtlicher Dokumentationen
- Ziel- und unternehmensführende Kommunikations- und Informationswege
- Defizitanalysen und Konsequenzen
- Medizinische und qualitätswissenschaftliche Weiterentwicklungen
- Erstellung, Abgleich und Prüfung von Jahreszielen

- Gesamte Ökobilanz
- *Stabilität eines interdisziplinären modularen präventionsmedizinischen Netzes*

10.1.4 (Kap.4.1.4) *QM-Arbeitskreise – QM-Zirkel*

QM-Arbeitskreise umfassen und bedeuten die Arbeit des QMB jeweils vor Ort. Mitglieder der QM-Arbeitskreise sollen mit täglicher Routineerfahrung den verschiedenen Arbeits- und Funktionsbereichen einer Praxis oder Klinik entstammen. In den Arbeitskreisen sollen erfolgreiche wie defizitäre Ergebnisse dokumentiert und als lokale **Qualitätsbarometerstände** erfasst werden. Praxisnah sind quartalsmäßige Arbeitstreffen der QM-Zirkel angezeigt.

10.1.5 (Kap.4.1.5) *Interne Audits*

Interne Audits sind als Werkzeuge des QMB aussagefähige Konzepte zur Selbstbewertung des QM im Unternehmen. Interne Audits motivieren die Mitarbeiter zur eigenen aktiven QM-Mitarbeit. Interne Audits werden nach selbst erarbeiteten, fortlaufend aktualisierten Checklisten von für diese Funktion geschulten Mitarbeitern eines präventionsmedizinischen Unternehmens interprofessionell durchgeführt. Ein Internes Audit kann beispielsweise von einer geschulten Sprechstundenhilfe bei den Ärzten der Praxis und ihren Konsiliarärzten oder bei Vertretern einzelner Funktionsabteilungen in Unterstützungsprozessverhältnissen: Labor, Radiologie, Physiotherapie, Materiallieferanten, durchgeführt werden.

In den Anlagen ist exemplarisch ein Kriterienkatalog für ein Internes Audit in einem präventionsmedizinischen Unternehmen beigelegt.

10.1.6 (Kap.4.1.6) *Management-Review*

QM-Qualifikation nach den DIN EN ISO-Normen 9001 verlangt obligat eine jährliche Selbstanalyse des QM der Praxis, als Modul des Netzwerkes der Präventionsmedizin, für größere Abschnitte vernetzter Praxen oder für das gesamte Modulkonzept. Bilanzierende Aussagen sind zu treffen zur Q-Politik, zu den funktionellen Kommunikations- und Informationsergebnissen zwischen

den verschiedenen Praxismodulen, zur Frequenz der Primärkonsultationen der einzelnen fachspezifischen Präventionspraxen, zu PR-Ergebnissen, zur Personalsituation, zur Ressourcenbeurteilung, zu Neu-Entwicklungen und Neu-Einführungen, zu aktiven wie passiven externen Schulungs-, Fortbildungs- und Kongressbeteiligungen, zu Zufriedenheitsanalysen der Kunden, Klienten, Patienten, Mitarbeiter, zum Erreichungsgrad von mit Kennzahlen definierten Zielen, zu Defizit- und Fehleranalysen mit festgelegten Konsequenzen, zur Ökonomiebilanz des Unternehmens, zur Formulierung, neuer, wenn möglich, mit Kennzahlen ausgerichteter Jahresziele. Der in der Regel vom QMB verfasste jährliche Qualitätsbericht entspricht den Dokumentations- und Transparenzgeboten der DIN EN ISO-Normen 9001. Das jährliche Management-Review wird im QMH veröffentlicht.

10.1.7 (Kap.4.1.7) *Kunden-, Klienten-, Patienten-, Mitarbeiter-Befragungen*

Regelmäßige Kundenzufriedenheitsanalysen sind notwendige Messwerkzeuge für eine kontinuierliche Verbesserung.

Für die Präventionsmedizin empfiehlt die Autorin keine Stichprobenkonzepte, sondern, um für diese noch relativ junge medizinische Disziplin verwertbare und gestaltungs- und weiterentwicklungsrelevante Aussagen zu bekommen, randomisiert regelmäßig zeitabschnitts-definierte, aktiv in Zustimmung mit den Kunden und damit nicht anonym erarbeitete Befragungen in einem kurzen Fragenkatalog.

Für Mitarbeiterbefragungen empfiehlt die Autorin regelmäßig ebenso zeitabschnitts-definierte anonyme Stichprobenanalysen.

Zwei Fragenkataloge für Klienten, Patienten und Mitarbeiter sind als Beispiele im Dokumenten-Anhang beigefügt.

Die Grundlage für zielführende Kundenbefragungen ist die Vorgabe von **Kennzahlen** im Sinne von Zieldefinitionen am Anfang des QM-Zirkels.

Beispiele für die Präventionspraxis:

1. Ziel: Klienten - / Patienten –Kundenzufriedenheit^{545 546}

a. *Fragebogen* -Konzepte

Kennzahlengestützte Bewertung: 90 % zufriedene Patienten.

⁵⁴⁵ Vgl. Seyfarth-Metzger, I.; Höcherl, E., 1999, Orientierung am Patientenwunsch, Berliner Ärzte, 4, S.15-16

⁵⁴⁶ Vgl. ebenda 532, 533

Steigerung der Zufriedenheit von 90 % auf 95 % im definierten Folgejahr

b. Führung eines Gesundheitspasses / Präventionspasses

Kennzahlengestützte Bewertung : 50 % der Klienten/Patienten.

Steigerung von 50 % auf 60 % im definierten Folgejahr

2. Ziel: Mitarbeiterzufriedenheit⁵⁴⁷

Kennzahlengestütztes Ergebnis : 90 % zufriedene Mitarbeiter

Steigerung von 90 % auf 95 % in einem definierten Folgejahr

10.1.8 (Kap.4.1.8) Schulungen – Fort- und Weiterbildungen

Wissen und Kompetenz sind das sicherste Kapital einer erfolgreich geführten Praxis für die Präventionsmedizin. Die immer kürzer werdende Halbwertszeit des medizinischen Wissens bei dem großen Wissensmarkt in der Prävention macht regelmäßige strukturierte Fort- und Weiterbildungen unerlässlich. QM-Qualität verlangt dokumentierte Fortbildungsteilnahmenachweise, schwerpunktmäßig an internen Schulungen und auswahlweise an externen Seminaren und Kongressen. QM-Wissen lässt sich gut über den QMB selbst vermitteln. Basisliteratur zu diesem Thema ist das hauseigene Qualitätsmanagement-Handbuch QMH und für das Grundwissen der in der jeweiligen Praxis vertretenen medizinischen Maßnahmen die ärztlich-medizinischen Verfahrensanweisungen VAs. Interaktive interdisziplinäre Konferenzen innerhalb des Präventionspraxen-Netzwerkes mit Fallpräsentationen bringen hohen Wissensgewinn. Verglichen und in der Nachahmung zu USA z.B. könnte respektive sollte ein Qualitätstitel für Präventionsmedizin durch festgelegte Refresher-Auflagen in von der GSAAM und den universitären Fakultäten für Präventionsmedizin in Kooperation mit der Bundesärztekammer in festgelegten Jahresfristen überdacht und diskutiert werden. Diese regelmäßige fachliche Legitimation muss und wird in der Einführungsphase eine freiwillig zu erwerbende Qualitäts-Qualifikation sein..

Die Wissensqualität lässt sich mittels Kennzahlen bewerten, beispielsweise:

- Teilnahme aller Mitarbeiter einer Praxis/eines Unternehmen an je einer internen und einer externen Fortbildung pro Jahr.
- Freiwillige Auszeichnung für Refresher-Seminar-Teilnahme.
- Freiwillige passive oder aktive Seminar-und Kongress-Teilnahme

⁵⁴⁷ Vgl.ebenda 534

10.1.9 (Kap .4.2) *Dokumentationsanforderungen : Allgemeine Forderungen*

Eine exakte, korrekte, vollständige, eindeutige , nachvollziehbare und gelenkte Dokumentation nach den NORM-Vorgaben ist ein obligates QM-Gebot. Die heutigen Möglichkeiten der elektronischen, datengesicherten, auch telemedizinischen Dokumentationen und Datentransfers unterstützen diese Dokumentationsforderung der ISO-NORM zielführend. Alle Prozessabläufe – der Unternehmensorganisation wie die aller medizinischen Maßnahmen - können praxisspezifisiert in NORM-Profilen abgebildet werden. Alle Prozesse und Regularien der QM-Politik – Interne Audits, Fortbildungspläne, Praxistermine, Praxis- und Netzwerkkommunikationen, Kundenbefragungen – sind als gelenkte Dokumentationen zu führen. Die Dokumentation der ärztlich-medizinischen Daten und Fakten hat nicht nur medikolegale Bedeutung, sondern insgesamt Hoheitsstellenwert.

Die allgemeinen Dokumentationsanforderungen nach der DIN EN ISO-NORM betreffen:

1. das **Qualitätsmanagement-Handbuch** QMH, mit der schriftlichen Niederlegung der gesamten Q-Politik – einschließlich aller Organisationsabläufe und der transparenten Festlegung aller Verantwortlichkeiten – günstig in Form eines Organigramms
 - für die isolierte Einzelpraxis
 - für die kommunizierende Einzelpraxis im Praxisnetzwerk
 - für das gesamte Praxisnetzwerk
 - für eine Klinik
2. alle **Verfahrensanweisungen** VAs
 - für die Durchführung der einzelnen Organisationsprozesse
 - für die Durchführung aller ärztlich-medizinischen Konzepte

10.10 (Kap.4.2) *Dokumentation: Spezifische Forderungen*

Für die Einzelpraxis – im Besonderen für modulare Praxisnetzwerke – ebenso für eine präventionsmedizinische Klinik - würde die Erarbeitung von der GSAAM und von Expertengremien initiiert und geleitet, einer **einheitlichen medizinischen Dokumentationsstruktur** im Sinne einer **Dokumentations-Leitlinie** zielführende Bedeutung erlangen:

1. Datengeschützter Stamm- und Verlaufsdaten
2. Anonymisierter Falldaten
 - a. Die Behandlungsqualität im individuellen Fall würde über schnelle Informations- und Konsiliarwege gesteigert.
 - b. Die für die Präventionsmedizin unbedingt notwendige Erfassung auswertbarer, multizentrischer Falldaten zur exakten wissenschaftlichen Bearbeitung der vielen verschiedenen noch offenen Fragen und Aspekte der Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention würde möglich und forciert.

Der Entwurf eines allgemein akzeptierten und allgemeingültigen Konzeptes einer präventionsmedizinischen Fall-Dokumentation

in der Primär-Prävention - und in Analogie für die Sekundär- und Tertiär-Prävention - umfasst die folgende **Variablenliste**:

1. Patienten-Stamm-Daten (Datenschutz)
2. Primäre Diagnose-Daten
3. Fragestellungen
4. Risiko-Status
5. Basisuntersuchungen Klinik: Labor (Basis, Vitamine, Spurenelemente Hormonstatus Frau, Hormonstatus Mann, Basischeck Schilddrüse)
6. Indikationsspezifische Laboruntersuchungen nach speziellen Risikoprofilen: z.B. KHK, Schlaganfall, Adipositas, Metabolisches Syndrom, Prostata, Depression, Osteoporose, Chronischer Stress, Burnout-Syndrom, Schlafstörung, Chronic Fatigue Syndrom CFS, Oxidation, Spurenelemente, Immunstatus, Inflammation, Onkologie
7. Klinische Befunde
8. Erste Maßnahmen
9. Spezifische Behandlungsmodule: PMPs (s. QM-Prozesse Kapitel 10.4.1)
10. Kontrolldaten
11. Ergebnisse erste Kontroll-Visitation
12. Korrekturmaßnahmen erste Kontroll-Visitation
13. Dauerbehandlungspläne
14. Präventionskompass-Präventionspaß-Daten (s. Kapitel 10.4.3.)

Vereinheitlichte Dokumentationsformen erleichtern und verbessern Behandlungsqualitäten, steigern einheitlichere Diagnose- und Behandlungskonzepte, bieten ein großes Datenreservoir zum Lernen und Lehren, sichern die Einarbeitung neuer Kollegen und bilden die Basis zur weiteren **Erarbeitung diagnostischer und therapeutischer Leitlinien für die Präventionsmedizin.**

Alle **Prozesse**, die **qualitätspolitischen** und die **medizinischen**, unterliegen norm konformer Dokumentationspflicht.

Alle Prozesse des Qualitätsmanagements und alle medizinisch-ärztlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sind in Form der **Verfahrensanweisungen VAs** aufzuschlüsseln

- in Kernprozesse
 - in Unterstützungsprozesse
- einschließlich ihrer Ergebniskontrollen.

Das QMH und die Verfahrensanweisungen VAs müssen in der jeweils aktualisierten und gültigen Form an jedem Arbeitsplatz zur Verfügung stehen.

10.2 QM-Prozess-5 – Verantwortung der Leitung

(DIN EN ISO Kapitel 5 : 5.1 – 5.6)

Verantwortung der Leitung bedeutet kundenorientierte Verpflichtung der Leitung zur Q-Politik. Die Leitung hat entweder der ärztliche Leiter einer Einzelpraxis als Modul, oder im Konzept eines präventionsmedizinischen Praxis-Netzwerkes eine übergeordnete im Konsens bestellte ärztliche Führung. Große Unternehmen wie das Modell des präventionsmedizinischen Praxis-Netzwerkes haben und brauchen, neben der fachmedizinischen Leitung, eine eigene betriebswirtschaftliche Geschäftsführung.

Die Verantwortung der Leitung – im Konsens zwischen ärztlicher und betriebswirtschaftlicher Leitung abgestimmt – zur Q-Politik in einem präventionsmedizinischen Unternehmen umfasst im Einzelnen:

- Fachkompetenzen aller Praxismitglieder
- Berufung des QMB mit Leitungsstatus und hoher Weisungskompetenz, mit Vertretungsregelung
- Im Konsens mit dem QMB die Festlegung aller Verantwortlichkeiten

- Festlegung aller PR-Maßnahmen
- Planung und Präsentation der Präventionsmedizin vor Kassen, Politik und Gesellschaft
- Planung und Festlegung Kennzahlen-definierter Q-Ziele:
 Die *Positionierung von Q-Zielen im Sinne einer EFQM - Philosophie* an den Anfang einer Qualitätsmanagement - Prozesskette ist das vornehmste Ziel der Leitung eines Unternehmens
 Praxis-Beispiel für die Präventionsmedizin: Steigerung Setting-adaptierter Behandlungsstrategien bei Adipositas um 5 %, mit Erfassung auswertbarer Struktur - und Behandlungsdaten
- Erfüllung aller Kundenanforderungen
- Ergebnisdarstellung im jährlichen Q-Bericht – Management-Review
- Gestaltung aller *Kommunikations- und Informationswege* – für die Einzelpraxis als Modul im Konsiliarnetzwerk, respektive im gesamten *interdisziplinären präventionsmedizinischen Praxis-Netzwerk*
- Berufspolitische und fachwissenschaftliche Kooperation mit der GSAAM, Expertengremien und universitären Fakultäten für Präventionsmedizin
- Keine Kooperation mit potentiellen Krisenpartnern
- Bereitstellung aller für eine festgelegte Q-Politik und für festgelegte präventionsmedizinische Leistungsprofile erforderlichen Ressourcen
- Ökonomiebilanz im Sinne von wirtschaftlicher Optimierung durch hohe Qualität.

10.3 QM-Prozess-6 – *Management von Ressourcen*

(DIN EN ISO NORM –Kapitel : 6 : 6.1-6.4)

Die wichtigste Ressource für ein Unternehmen sind seine Kunden: für präventionsmedizinische Unternehmen:

externe Kunden: Klienten und Patienten

interne Kunden: Mitarbeiter, Kollegen

Unternehmensinterne Ressourcen umfassen ihrer Priorität nach Fachwissen, Mitarbeiter und Personal, die gesamten räumlichen und organisatorischen Infrastrukturen und optimale technische Voraussetzungen. Die Ressource Personal und Mitarbeiter bemisst sich an ihrem Fachwissen in der Präventionsmedizin und in der Anwendung der verschiedenen Q-Werkzeuge in der

täglichen Routinepraxis, in Motivation und Engagement, bei guter leistungsgerechter Personalführung. Leistungshonorierung, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sind stabile Motivationselemente für die Mitarbeiter. Optimale technische Voraussetzungen schließen sämtliche gesetzlichen Regelungen und Vorschriften zur Überprüfung von Technik (z.B. RiLiBÄK: Richtlinien für Laboratoriumsuntersuchungen, von RKI und DGKH, Richtlinien für Praxis- und Krankenhaus-Hygiene, Richtlinien für ZSVA und zum Arbeitsschutz nach MAAS BGW) ein. Gute Kommunikations- und Informationswege im Konsiliar- und Praxis-Netzwerk stellt eine starke Ressource zur Leistungssteigerung, im Besonderen im Sinne von Kundenanforderungen dar.

Die Abstimmung aller zeitlichen, räumlichen und personellen Angebote auf die Profile der externen und der externen Kunden ist Maßstab für den gesamten Ressourceneinsatz.

Beispiele für effektiven Ressourceneinsatz, in Abstimmung von Kundenprofilen, sind:

- Spezielle Setting-Angebote für Klienten/Patienten:
Abend-, Wochenend-Sprechstunden für Manager, Lehrer
- Info-Blätter für schwer erreichbare Klienten / Patienten:
z.B. Fernlastfahrer, Künstler.
- Einladung von Klienten / Patienten zu Vorträgen definierender präventionsmedizinischer Themen in die Praxis
- Vorträge für Kollegen zu spezifischen präventionsmedizinischen Themen
- Vorträge von Kollegen und Mitarbeitern zu spezifischen präventionsmedizinischen Themen

Ressourceneinsatz lässt sich im Qualitätsmanagement

Kennzahlen - definiert bewerten:

Beispiel Kunden- Klienten -Patienten-Zunahme

- durch Abend- / Wochenend-Sprechstunden
- durch Vorträge in Praxis und am Arbeitsplatz der Klienten / Patienten.

10.4 QM-Prozess-7 – Produktrealisierung

(DIN EN ISO-NORM - Kapitel 7 - 7.1-7.6)

Das Produkt eines präventionsmedizinischen Unternehmens, einer Praxis, einer Klinik, sind die ärztlich-medizinischen Maßnahmen für den Klienten, respektive Patienten. Diese Produkte in QM-Nomenklatur sind die individuellen ärztlichen Behandlungsprozesse für den Klienten und Patienten, wobei die **Individualität** für die Prozessgestaltung der jeweiligen fachspezifischen Begleitung eine maßgebende Stellgröße darstellt.

Aus medizinischen, organisatorischen und ökonomischen Gründen hat die Darstellung aller **ärztlich - medizinischen Maßnahmen der Prävention** in die **qualitätswissenschaftliche Ordnungsgröße** eines **Prozesses** essentiellen Wert.

10.4.1 Prozessgestaltung : Präventionsmedizinische Programme **PMPs**

Für jede präventionsmedizinische Praxis – isoliert oder im Verbund eines Praxisnetzwerkes geführt – gilt die Empfehlung, alle in der jeweiligen Praxis angebotenen präventionsmedizinischen Konzepte in klaren Prozessen, in Kern- und Unterstützungsprozessen abzubilden. Darstellungen von Prozessabläufen in Flussdiagrammen optimieren das Verständnis medizinischer Maßnahmen. Das Unternehmensziel einer präventionsmedizinischen Praxis ist nachhaltiger beidseitiger Erfolg für den Kunden, den Klienten oder Patienten, sowie für den Anbieter der prozessstrukturierten Leistungen, den Arzt. QM-Werkzeuge und QM-Messinstrumente auf beiden Seiten sind gefordert. Die Auswahl geeigneter und zielführender QM-Werkzeuge und aussagefähiger QM-Messinstrumente ist maßgebend kundengeprägt. Die Kundenprägung der QM-Arbeits- und Kontroll-Elemente für die Gestaltung der präventionsmedizinischen Prozesse wird bestimmt von

- **Setting** des Klienten/Patienten
- **Compliance** des Klienten/Patienten
- **Kokärenz** des Klienten/Patienten.

Der **Setting-Hintergrund** eines Klienten oder Patienten umfasst seine „Lebenswelt“ mit vier Ebenen seiner individuellen Lebenssituation

- der Ebene der persönlichen Lebensweisen

- der Ebene des sozialen Umfeldes
- der Ebene der Arbeits- und Berufssituation
- der Ebene der wirtschaftlichen, kulturellen und physiologischen Umweltbedingung.

Das individuelle Profil an Gesundheitsrisiken ist meistens im **Setting-Hintergrund**⁵⁴⁸ verankert

Das **Compliance-Profil**⁵⁴⁹ eines Klienten/Patienten umfasst seine gesamte intellektuelle Bandbreite im Verständnis von Gesundheit und Krankheit, von gesundheitlichen Risikofaktoren.

Die dritte zielbestimmende Stellgröße eines präventionsmedizinischen Behandlungsprozesses, die **Kohärenz**⁵⁵⁰ des Kunden, des Klienten, des Patienten, baut im Sinne einer präventionsmedizinischen Führungslinie auf der Salutogenese nach A. Antonovsky⁵⁵¹ auf mit der Frage nach den Ursachen für Gesundheit.

Diese individuellen Stellgrößen– Compliance, Setting, Kohärenz – müssen von beiden Seiten, vom Arzt und vom Klienten/Patienten zu Beginn einer präventionsmedizinischen Behandlungsprozessgestaltung umfassend bekannt und erkannt sein und planungsmäßig mit dem Ziel realisierbarer Erfolge bewertet und auf gegenseitiger Arzt-Klienten / Patienten- Basis navigiert von den Stellgrößen **Adhärenz**⁵⁵² und **Konkordanz**⁵⁵³ und **Shared Decision Marking SDM**⁵⁵⁴ gemeinsam bearbeitet werden.

Die 6 Stellgrößen des individuellen präventionsmedizinischen Behandlungsprozesses

- **Setting**
- **Compliance**
- **Kohärenz**
- **Adhärenz**
- **Konkordanz**
- **Shared Decision Marking SDM**

⁵⁴⁸ Vgl.ebenda 151, 153, 156

⁵⁴⁹ Vgl.ebenda 157

⁵⁵⁰ Vgl.ebenda 170

⁵⁵¹ Vgl.ebenda 100, 101

⁵⁵² Vgl.ebenda 158, 159

⁵⁵³ Vgl.ebenda 160,

⁵⁵⁴ Vgl.ebenda 162, 163, 165

bedingen die QM-Überlegung, das *Ziel der Präventionsmaßnahmen* an den Anfang oder an das Ende des Q-Zirkels „Plan-Do-Check-Act“ eines Behandlungsprozesses zu stellen, bilateral. Festgelegte Ziele können Klienten oder Patienten stark motivieren, umgekehrt ebenso wegen vermeintlicher Unerreichbarkeit demotivieren. Präventionsmedizinische Maßnahmen und Erfolge – gültig für Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention – erfordern nahezu in allen Fällen Änderungen des bisherigen Lebensstils in verschiedenen Ebenen des persönlichen Settings in Richtung Gesunderhaltung und Abbau gesundheitlicher Risikofaktoren. Nachhaltige Änderungen eines gewohnten Lebensstils gelten als schwerstes Gebot für den Klienten respektive Patienten. Die ärztliche Motivierung und Begleitung zu diesem Ziel bedeutet in der Regel die höchste, aber auch die schwerste, ärztliche Aufgabe und Arbeit. Die den „Kunden“ der Präventionsmedizin als Klient oder Patient in seinen Behandlungsprozessen und deren Erfolgszielen maßgebenden und mitbestimmenden, individuell unterschiedlich ausgeprägten Faktoren – Setting, Compliance, Kohärenz, Lebensstil-Änderung – lassen die *Komplexität der Planung und Gestaltung präventionsmedizinischer Behandlungsprozesse* erkennen. Die bloße Anwendung diagnostischer und therapeutischer Leitlinien, die in der kurativen Reparaturmedizin bei einem leidenden Kunden, dem Patienten, in der Regel zu dem geplanten und erwarteten Behandlungserfolg führt, reicht für die präventionsmedizinische Prozessgestaltung nicht aus. In der kurativen Reparaturmedizin spielen im Gegensatz zur Präventionsmedizin Setting, Compliance, Kohärenz und Lebensstil-Änderung, zu mindestens nachhaltig, in der Regel eine untergeordnete Rolle. Lebensstiländerungen müssen in der kurativen Reparaturmedizin oft unfreiwillig akzeptiert werden. Die Präventionsmedizin verlangt in der Gestaltung der diagnostischen Maßnahmen und der Behandlungsprozesse, im Besonderen in der Primär-Prävention, freiwillig die gemeinsam abgestimmte Erarbeitung eines gesundheitsstabilisierenden und gesundheitsfördernden Lebensstils, eines Lebenspfades in die Gesundheit. Mit dem Einsatz medizinischer Leitlinien in Diagnostik- und Therapie-Prozessen und der maß- und zielbestimmenden Integration der genannten Stellgrößen soll ärztlich der **individuelle Präventionspfad** für den Klienten / Patienten ausgelotet und nachhaltig geführt werden.

Neben Fachkompetenz sind die Schaffung einer Vertrauensbasis und ein hohes Zeitbudget vom Präventionsarzt gefordert.

Der präventionsmedizinische Maßnahmenprozess ist hinsichtlich seiner Ausgangssituation und der begleitenden Rahmenbedingungen extrem komplex. Diese das **Behandlungsprogramm** entscheidend beeinflussende **Komplexität** und **Individualität** des Klienten- und Patienten-Profiles, begründen die *Schwierigkeit der exakten und validierten Messung der präventionsmedizinischen Prozessenerfolge*. Messbarkeit ist die grundsätzliche ISO-NORM-Forderung für jeden Prozess zu seiner Erfolgs- oder Defizit-Analyse. Prozess- und Erfolgsmessungen in der Präventionsmedizin können und müssen in der Regel auf Analog-Kriterien für Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Lebensqualität zurückgreifen.^{555 556 557}

Insbesondere ist eine kennzahldefinierte **Messung** des Zielerreichungsgrades präventionsmedizinischer Kernprozesse mit Absolutwerten definierter präventionsmedizinischer Erfolge schwer. Ein verbessertes Laborergebnis hat oft nur den Wert einer Momentaufnahme eines Behandlungsprozesses. Messbar sind eher im Kapitel 10.5.2.1 angesprochene Relativ- und Analogwerte. Aus QM-Sicht können Analyse-Verfahren hinsichtlich der Ergebnismessung einer Maßnahme kritisch hinterfragt werden. Die Werte verschiedener Perspektiven beinhalten Wertschöpfung durch Innovation für den Klienten, den Patienten und den Arzt.

ISO-NORM-Forderung eines Prozesses ist seine nachvollziehbare **Planung**.

Der präventionsmedizinische Behandlungsprozess beginnt mit den folgenden Fragen und Informationen:

A. Erst-Konsultation

1. Kommt der Klient / Patient aus eigener Motivation?
2. Kommt der Klient / Patient durch Empfehlung, Beratung
3. Welche Probleme und Fragen bringt er mit?
4. Leidet der Klient / Patient?
5. Liegen individuelle Gesundheitsrisiken vor, wenn ja, welche?

⁵⁵⁵ Vgl. Guyatt, G.H.; Feeny, D.H., eds, 1993, Measuring health-related quality of life: Basic sciences review, *Annals of Intern Medicine*, pp. 70225-30

⁵⁵⁶ Vgl. Guyatt, G.H.; Cook, D.J., 1994, Health Status, Quality of Life and the individual Patient. A Commentary on: Gill, T.M.; Feinstein, A.R., 1994: A Critical Appraisal of Quality of Life Measurements, *JAMA*, 272, pp. 630

⁵⁵⁷ Vgl. Guyatt, G., H.; Naylor, C.D., eds, 1997, How to use Articles About Health-Related Quality of Life Measurements, *JAMA* 277(15), pp. 1232-1237

6. Kennt und versteht er seine Gesundheitsrisiken?
7. Wünscht der Klient/Patient eine allgemeine präventionsmedizinische Behandlung?
8. Wünscht der Klient/Patient eine gezielt risikosenkende und risikoadaptierte präventionsmedizinische Behandlung?
9. Welches Setting liegt vor?
10. Welche Compliance zeichnet den Klienten/Patienten aus?
11. Welche Kohärenz charakterisiert den Klienten/Patienten?
12. Wie viel Zeit kann der Klient/Patient pro Woche für seine Gesundheit einsetzen?
13. Welche Motivation für seine Gesundheit bringt der Klient/Patient mit?
14. Will er Manager für seine eigene Gesundheit werden?
15. Will er Eigenverantwortung für seine eigene Gesundheit übernehmen?
16. Kann er seinen gesundheitsgefährdenden Lebensstil ändern?
17. Will er seinen gesundheitsschädigenden Lebensstil ändern?
18. Welche Erwartungen bringt der Klient/Patient mit?
19. Hat er selbst Vorstellungen über präventionsmedizinische Chancen und Möglichkeiten?
20. Welche Erfolge wünscht er?

B. Erste Kontroll-Konsultation

Fragen: 3; 4; 11 - 20

C. Wiederholungs-Konsultationen

Fragen: 3; 4; 11 - 20.

Diese Fragen zu Beginn der ärztlichen Konsultationen könnten zur Gewinnung **auswertbarer Multizenter-Daten in den Konzeptentwurf** einer allgemeingültigen, vereinheitlichten und generell akzeptierten **Dokumentation** für die **Präventionsmedizin** aufgenommen werden.

Auf dem Informationsgewinn des Fragenkataloges baut die Planung und Gestaltung des präventionsmedizinischen Prozesses in Diagnostik und Therapie auf. Die Kenntnis der speziellen **Risikofaktoren** und des persönlichen Risikopotentials steuert das **individuelle Prozesskonzept** für den Klienten respektive Patienten. Der spezifische Behandlungsprozess beginnt in

der jeweils primär aufgesuchten Praxis, auswahlweise mit zwei grundsätzlichen Prozesskonzepten

- dem **Konzept der allgemeinen Prävention** bei fehlenden Risikofaktoren
- dem **Konzept der speziellen Prävention** bei vorliegenden Risikofaktoren

Für die speziellen Programme bei Vorliegen bestimmter Risikofaktoren und spezieller Gesundheitsgefährdung stehen leitlinien-basiert und leitlinien–ausgerichtet **spezifische Diagnostik-und Behandlungs-Module** – die von der GSAAM und universitären Expertenteams erarbeitet und freigegeben werden – zur Verfügung:

Beispiele dieser Module sind:

- AVK – Herz-Kreislauf-Modul
- Adipositas-Modul
- Osteopathie-Modul
- Burn out-Modul

Die Arbeit mit diesen **Modulen** in Diagnostik und Therapie bilden **präventionsmedizinische Kernprozesse** ab.

Als **Unterstützungsprozesse** im QM-Spiegel sind alle Prozesse zu definieren, welche die Durchführung der **Kernprozesse** gewährleisten, z.B.

Laboruntersuchungen, Röntgen- und CT-Diagnostik, oft outgesourct, seit 2008 unter zertifizierungsreifer QM-Sicht mit der Auflage nachgewiesener isonormer Qualitätskontrolle durch den Anfordernden und den Leistungserbringer.

Beide Prozess-Kategorien sind mit dauernder Aktualisierung in den **VAs** ausführlich zu beschreiben und als **gelenkte Dokumente** zu führen.

Der individuelle präventionsmedizinische Behandlungsprozess – für einen Klienten , einen Patienten ohne spezielle Risikofaktoren oder mit einem speziellen Risikoprofil – lässt sich erarbeiten zu einem individuellen **Behandlungspfad**, einem **Präventionspfad** oder einem **Patientenpfad**, aus den jeweils indizierten Leitlinien-basierten Organsystem-Modulen, integriert in

die individuelle Ausrichtung von Setting, Compliance, Kohärenz, Adhärenz im Sinne von speziellen

Präventionsmedizinischen Programmen PMPs

in Analogie zu den DMPs, den Disease Management Programmen (Abb.30).

- Jede präventionsmedizinische Behandlung ist grundsätzlich klar als Prozess, als PMP darzustellen.
- Jeder präventionsmedizinische Behandlungsprozess ist das individuelle Produkt aus organ- und risikoausgerichteten Leitlinien und dem Lebensstilprofil des Klienten respektive Patienten, definiert in den jeweiligen Werten für Setting, Compliance, Kohärenz und Adhärenz. Das PMP eines Managers als Klient für das Risikoprofil Adipositas ist anders als das PMP eines Programmierers mit diesem Risikoprofil.
- Die gleichen diagnostischen und besonders Behandlungs-Leitlinien müssen auf unterschiedliche Werte von Setting, Compliance und Kohärenz adaptiert werden.
- Die Behandlungsmaßnahmen derselben Gesundheitsstörung, z.B. einer Adipositas, wird nur mit verschiedenen Maßnahmen und Konzepten hinsichtlich der Startsituation von Compliance, Setting und Kohärenz erfolgreich sein.

10.4.2 Flussdiagramm präventionsmedizinischer Behandlungsprozess mit PMPs

Der Ablauf solcher PMPs mit spezifischer Risiko- und Organsystem - ausrichtung lässt sich zur festen Integration in die tägliche Praxisroutine in Flussdiagrammen mit übersichtlicher Strategie darstellen.

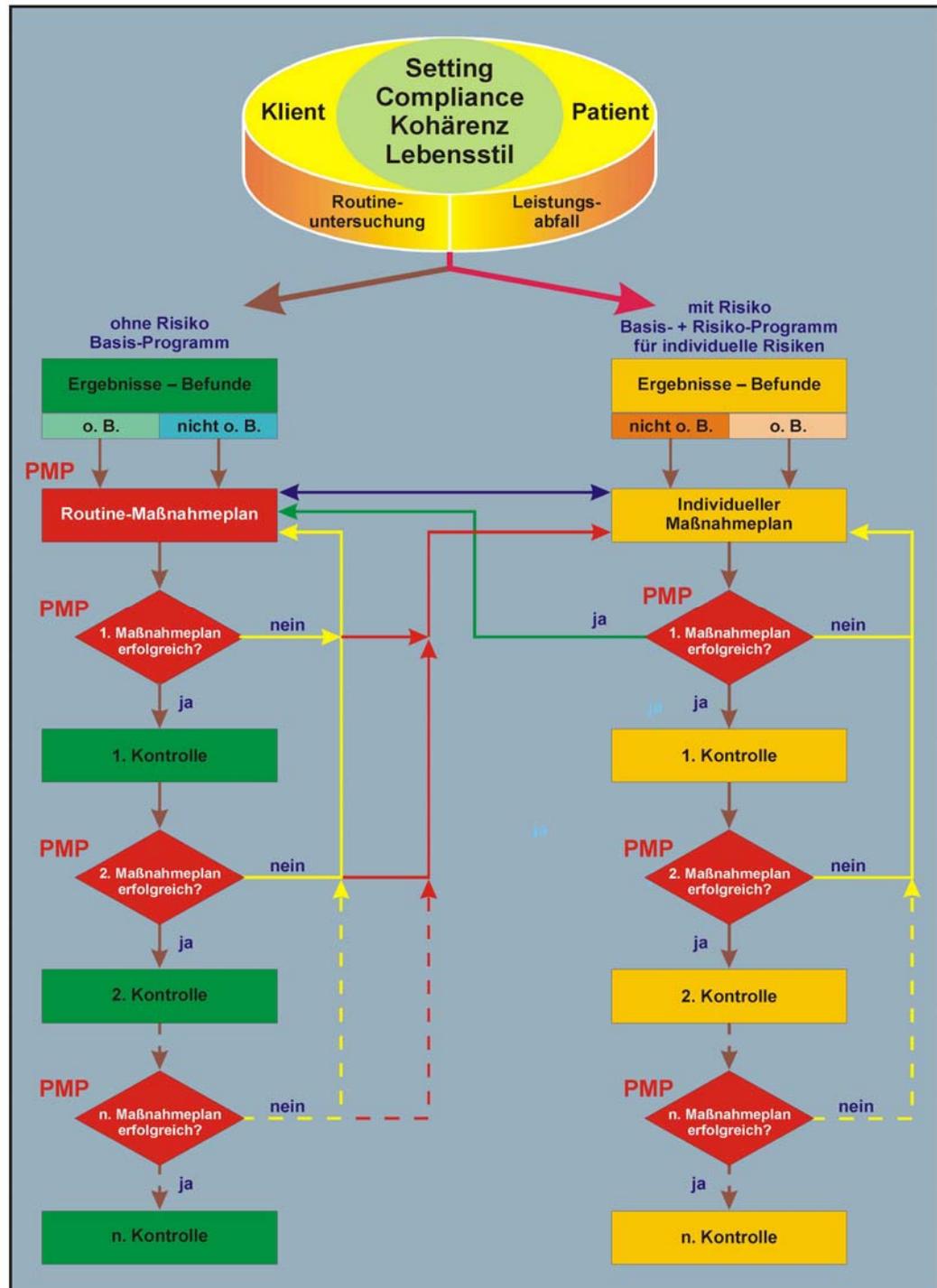


Abbildung 27: Flussdiagramm für einen präventionsmedizinischen Behandlungsprozess auf der Basis von PMPs

Die Prozessdokumentation der **PMPs** umfasst allgemein folgendes **Datenprofil des Klienten/Patienten:**

- Risikodaten
- Medizinische Diagnostikdaten
- Daten zum Setting
- Daten zur Compliance
- Daten zur Kohärenz
- Daten zum Lebensstil
- Daten zu primären Behandlungsmaßnahmen
- Daten zu Kontrollmaßnahmen.

Die Führung von PMPs ist klar zu strukturieren. PMPs sind strukturiert gut und exakt dokumentierbar. **Strukturiert exakt dokumentierte PMPs** würden den Wunsch und den Sinn einer **vereinheitlichteren allgemeinen**

Dokumentationsstruktur und **Dokumentationskultur** für die **Präventionsmedizin** unterstützen. Eine allgemein festgelegte Führung und Dokumentation von PMPs würden multizentrisch zum Gewinn wissenschaftlich auswertbarer Daten mit klinischer Relevanz führen, eine wichtige Zielsetzung für die gesamte Entwicklung der Präventionsmedizin.

Maßnahmen und Empfehlungen im Rahmen individueller PMPs, die an Setting, Compliance und Kohärenz ansetzen, führen oft für den Klienten und Patienten zur Änderung in seinen gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen, m.a.W. zur **Änderung** eines gewohnten **Lebensstils**, aus psychologischer Sicht in der Regel für den Klienten, oft auch für den Patienten eine schwerere Aufgabe als die tägliche Einnahme gestapelter Medikamente.

10.4.3 Präventionspass

Arzt, Klient und Patient brauchen zum Erreichen dieser Ziele **Managementwerkzeuge**

- um Erfolge zu erkennen
- um positive Werte zu erkennen
- um Ursachen für Maßnahmen-Misserfolge zu erkennen.

Ein Konzept und ein Ansatz einer dokumentierten Wegbegleitung im ärztlich begleiteten Gesundheitsplan für den Klienten respektive Patienten könnte die Führung eines **Präventionspasses** sein – als *persönlicher Gesundheits-*

Kompass zur Navigation des persönlichen Lebensstils in gesundheitsfördernde Bahnen, mit der Eintragung relevanter Daten zur Charakterisierung der Ausgangssituation, der empfohlenen Maßnahmen und als Motivationsstütze zeitlich definierter Zielen und Erfolge, besonders auch Einzelerfolge. Ein solcher Gesundheitskompass könnte die Funktion eines persönlichen Motivations- und Erfolgstreibers haben, mit dem Ziel für den Klienten oder Patienten in ärztlicher Begleitung Manager für die eigene Gesundheit zu werden und zu bleiben.

Die **Variablenliste** für einen **Gesundheits-Kompass** sollte im Entwurf folgende Daten enthalten:

- Basisdaten: Alter, Geschlecht, Gewicht, Größe
Krankheitsanamnese
Risikofaktoren
Relevante Laborwerte
- Spezielle Daten: Merkmale zum Setting
Wissen zu präventionsmedizinischen Chancen
Verstehen präventionsmedizinischer Chancen
Bereitschaft zur Lebensstil-Änderung
Möglicher Zeiteinsatz/Woche für die Gesundheit
- Maßnahmenplan: Exemplarisches Beispiel Adipositas:
Änderung Ernährung
Änderung Esskultur
Bewegungs- und Sportprogramme
Änderung berufliches Umfeld
Änderung des eigenen Zeitbudgets und Zeitplanes

Erfolgreiche präventionsmedizinische Prozessgestaltung ist ärztlich-medizinisch und aus Klienten und Patientensicht eine multifaktorielle Herausforderung und Aufgabe, die in ihrer Umsetzung mit QM-wissenschaftlichen Konzepten im Einzelfall und im Besonderen im Hinblick auf die gesamte Entwicklung der Präventionsmedizin eine zielführende Unterstützung erfahren kann.

10.5 QM-Prozess 8 – Messung – Analyse – Verbesserung

(DIN EN ISO 9001:2008 – NORM Kapitel 8: 8.1 – 8.5)

Der Anspruch der Präventionsmedizin zu den Disziplinen der Spitzenmedizin zu gehören, setzt den Anspruch an hohe Qualität im medizinischen wie im organisatorischen Leistungsspektrum voraus. Qualität und Qualitätsmerkmale der Präventionsmedizin sind aus qualitätswissenschaftlicher Sicht durch die Kundenanforderungen definiert, der *primären Kunden*, der Klienten, in der Primär-Prävention und der Patienten in der Sekundär- und Tertiär-Prävention, und der *sekundären Kunden* eines präventionsmedizinischen Unternehmens, seinen Mitarbeitern und Kollegen. Qualitätsbeurteilung bedeutet Leistungsbeurteilung und Leistungsbewertung hinsichtlich Strukturen, Prozessen und Ergebnissen. Hilfreich sind als QM-Werkzeuge Qualitäts-Indikatoren , welche bezogen auf und im Vergleich zu definierten Referenzbereichen, respektive Kennzahlen, Messwerte ergeben zu den Eigenschaften von Strukturen, Prozessen und erzielten Ergebnissen. Qualitätssicherung bedeutet Stabilisierung und Erhalt erreichter definierter Qualitätslevel, respektive die Beseitigung von Defiziten in Soll-Ist-Vergleichen. Kontinuierliche Verbesserung heißt Steigerung primär definierter Qualitätslevel auf höhere Qualitätsstufen.

Die Definition und Beschreibung von Qualitätsleveln sind kundenorientierte Messgrößen. Qualität ist qualitätswissenschaftlich als messbare Größe zu definieren.

Die Forderungen der DIN EN ISO 9001-NORM beinhalten, wie alle vergleichbaren QM-Konzepte, nicht nur die Messung der Qualität, dargestellt in aktuellen definierten Qualitätsparametern , sondern ausgerichtet auf ebenso

definierte Zielparameter für Qualität aus Soll-Ist-Bilanzen und die innovative Entwicklung von Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten.

10.5.1 QMS als Basis für KVPs in der Präventionsmedizin

Kontinuierliche Verbesserungsprozesse KVPs sind Ziel und Auftrag und je nach der Ziel-Position die letzte oder die erste Stufe im Qualitätszirkel. Erst mit dem Nachweis kontinuierlicher Verbesserungen hat das QMS eine **Zertifikatsreife** erreicht.



Abbildung 29: QMS Präventionsmedizin

Entwurf in Anlehnung an :

Brauer, J., P., 2002, DIN EN ISO 9000:2000ff umsetzen

10.5.2 Grundlagen zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung

Die obligate ISO-Forderung einer nachhaltigen und kontinuierlichen Qualitätsverbesserung setzt zu ihrer Umsetzung differenzierte Qualitätsbewertungen aus den verschiedenen Blickwinkeln und Ebenen eines Unternehmens voraus.

10.5.2.1 Qualitätsbewertung in der Präventionsmedizin

Klienten- Patienten-Perspektive

Struktur- und Prozess-Qualitäten aus der Sicht der *Ersten Kunden*, der Klienten und Patienten, umfassen klar zu beschreibende Formulierungen ärztlicher Behandlungsmuster, ärztlicher Zuwendung, optimaler Praxis- und Sprechstundenabläufe. Die Ergebnisse sind in praxisorientierten **Patientenzufriedenheitsanalysen** abrufbar.

Ergebnisqualitäten und Ziele einer präventionsmedizinischen Behandlung sind schwieriger kundenorientiert zu erfassen und zu formulieren.

Definierte Ziele der Klienten und Patienten sind als

Qualitätsparameter *Erster Kategorie* in der Präventionsmedizin die Werte
mehr Gesundheit - weniger Krankheit

Die Messparameter zum Erreichungsgrad dieser Ziele sind:

a. Messwerte zum Gesundheitszustand der Organe und ihrer Funktionen

Klassische medizinische Messdaten zu den verschiedenen Organsystemen und Organfunktionen resultieren messbar über validierte, nach Referenzwerten ausgerichtete und nach Leitlinien festgelegte Normalwerte im Sinne von klar definierten Kennzahlen. Die organfunktionsbezogene Messwerte bilden als klassische medizinische Daten nur einen Teil der präventionsmedizinischen Ziele ab. Sie dokumentieren organbezogene Normalfunktion oder morphologische und organische behobene oder zu behebende Organfunktionsdefizite. Eingeschlossen in diese Messwertkategorien sind Laborwerte für im Einzelfall spezielle medizinische Fragestellungen, der

Vitamine, Spurenelemente, der gesamten orthomolekularen Spektren und der zunehmenden Polymorphismen–Diagnostik.

Zu den Aussagen über klassische medizinische Messdaten gehören:

a.1. Für die *Primär-Prävention*:

Abnahme gesundheitlicher Risikopotentiale .

a.2. Für die *Sekundär- und Tertiär-Prävention*:

Reduktion von Komplikationen, Verkürzung von Krankheitsdauer,
Verbesserung von Heilungstendenzen, Rezidivprophylaxe.

**b. Messwerte zur Bewertung von Lebensqualität und zur
Bewertung von gesundheitsrelevantem Lebensstil**

bedeutsam für *jede Form der Prävention*

Messwerte zur Lebensqualität als Ergebniskontrollen einer präventionsmedizinischen Behandlung sind nicht einfach an validierten Referenzwerten abzugleichen, wie die medizinischen organfunktionsbezogenen Standardparameter, bedingt durch die erheblichen Schwierigkeiten der Definition des allen Präventionsansätzen innewohnenden Kernzieles *gesundheitsbezogene Lebensqualität* zu erhalten oder wieder zu verbessern. Die Komponenten der Lebensqualität sind facettenreich und umfassen viele Bereiche des menschlichen Lebens, wobei Gesundheit nur eine von mehreren Facetten der Lebensqualität ist.

b.1. HRQoL

Das Konstrukt der **gesundheitsbezogenen Lebensqualität – Health Related Quality of Live** – ⁵⁵⁸ ⁵⁵⁹ ist abgeleitet aus der allgemeinen Gesundheitsdefinition der WHO von 1958, in der Gesundheit als ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur im Fehlen von Krankheit und Gebrechen beschrieben wird.⁵⁶⁰ Gesundheitsbezogene Lebensqualität geht weit über rein physische Aspekte der Gesundheit im Sinne klinischer Symptomatik oder objektiver körperlicher Verfassung hinaus, weil Aspekte hinzukommen, wie kranke Menschen ihren Gesundheitszustand subjektiv erleben, wie sie in ihrem Alltag zurechtkommen

⁵⁵⁸ Vgl. Constanza, R., 2008, An Approach to Quality of Life Measurements, Research and Policy, S.A.I.E.N.S. 1

⁵⁵⁹ Vgl. Chassany, O.; Sagnier, P., eds, 2002, Patient Reported Outcomes and Regulatory Issues: the Example of Health-related Quality of Life - A European Guidance Document for the Improved Integration of HRQL. Drug Inf J, 36, pp. 209-238

⁵⁶⁰ Vgl. ebenda 1, 104

und wie sie ihre sozialen Beziehungen gestalten. Bei der **gesundheitsbezogenen Lebensqualität**⁵⁶¹ ⁵⁶² ⁵⁶³ handelt es sich somit um ein **mehrdimensionales Konstrukt** aus physischen, psychischen, sozialen und verhaltensbezogenen Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit. Wesentlich ist die Beurteilung durch die Betroffenen selbst.

b.2. QALY

Ein in der Präventionsmedizin anwendbarer Begriff zur Erfassung von Lebensqualität ist QALY.⁵⁶⁴ QALY wird definiert als eine Maßeinheit, die durch eine medizinische Intervention gewonnene Lebensjahre unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Lebensqualität ausdrückt. Dabei wird die Lebenserwartung mit einem Qualitätsindex (Faktor q) gewichtet, der Werte zwischen 1 (vollständiges Wohlbefinden) und 0 (Tod) annehmen kann. Das Konzept QALY wurde 1968 von Gesundheits-Ökonomen erarbeitet und ist ein weit verbreiteter Standard –Faktor. Im Kern ist ein QALY (– **Quality-Adjusted-Live-Year** –) zunächst nichts anderes als ein Maß für die Messung gesundheitsbezogener Ergebnisse, Outcomes von medizinischen Maßnahmen. Als **Outcome** im medizinischen Sprachgebrauch wird das anhand von Zielgrößen oder Endpunkten objektiv messbare Ergebnis bezeichnet, das durch eine präventive Maßnahme oder Therapie erreicht wurde. Ein wichtiges Ziel derer, die QALYs verwenden, ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ganz unterschiedlicher Interventionen. QALY kombiniert in einer einzigen Größe die gewichtete Lebenserwartung mit dem Faktor q als Qualitätsindex. Durch einfache Addition der mit dem jeweiligen Qualitätsmaß q bewerteten Zeiten lassen sich gesundheitsbezogene Effekte als QALYs bestimmen. QALY ist das positive Pendant zu **DALY**⁵⁶⁵, **Disability Adjusted Live Years**, den Jahren an krankheits- bedingter Lebenszeit-Verlusten. Das Konzept QALY unterliegt fortlaufender wissenschaftlicher Diskussion.

⁵⁶¹ Vgl. Bullinger, M., 2006, Methodische Grundlagen und Aspekte der Lebensqualität, In: Dtsch. Medizinische Wochenschrift 131, (Supp.), S.5-6

⁵⁶² Vgl. Bullinger, M.; Brütt, A., 2009, Lebensqualität und Förderung der Lebensqualität, In: Linden, M.; Weig, W., 2009, Saluotherapie in Prävention und Rehabilitation, Deutscher Ärzte-Verlag, S.17-29

⁵⁶³ Vgl. Feinstein, A.R., 1994, A Critical Appraisal of Quality of Life Measurements, JAMA 272

⁵⁶⁴ Vgl. Schlender, M., 2006, Was ist genau ein QALY? Der Kassenarzt 7, S.24-25

⁵⁶⁵ Vgl. Anand, S; Hanson, K., 1998, DALYs: efficiency versus equity, Elsevier Science, World Development Volume 26, Issue 2, pp.307-310

b.3. PROs

Ein weiteres Konzept zur Beurteilung gesundheitsbezogener Lebensqualität ist das Konzept **PROs – Patient-Reported-Outcomes**.^{566 567 568 569 570} Der Begriff PROs stellt einen Überbegriff für alle direkt von Patienten erhobenen Outcomes dar, worunter neben der HRQoL auch andere für die Beurteilung des Patienten nutzensrelevanter Aspekte wie Behandlungszufriedenheit und Adhärenz fallen. PROs liefern wichtige Zusatzinformationen über die Bedeutung von Therapien aus Patientensicht und stellen einen validen Indikator des Patientennutzens dar. Das Konzept PROs kommt grundsätzlich aus der Bewertung von Arzneimittel-Therapieeffekten.

QALY und PROs sind Konzepte der Ergebnis-Beschreibung für präventionsmedizinische Maßnahmen.

Die definierten Kundenziele – Gesundheit, Gesundheitsverbesserung und Lebensqualität – ausdrückbar in den Konzepten QALY und PROs – stehen aus qualitätswissenschaftlicher Sicht und nach den Forderungen der NORM zur Messung und Analyse von Qualität als „medizinische Indikatoren“ für die Ergebnisse präventionsmedizinischer Maßnahmen. **Gesundheit** und **Lebensqualität** sind als **Endpunkte präventionsmedizinischer Maßnahmen** zu definieren.

Qualitätssicherung in der Präventionsmedizin hinsichtlich ihrer Ergebnisse ist definitionsabhängig schwierig.

Hinsichtlich der Definitionsbeschreibung, Analyse und Bewertung von Qualität und Qualitätsergebnissen hat Qualitätssicherung in Prävention und Gesundheitsförderung nicht denselben Kontext. Die Logik der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung umfasst nicht nur die Prävention, sondern ebenso die Kuration und Rehabilitation und innerhalb der letzten beiden indikationsgerichtet die Sekundär- und Tertiär-Prävention. Die Gesundheitsförderung nach der Ottawa-Charta-Logik ist ein Querschnittsaspekt jeder modernen

⁵⁶⁶ Vgl. Bördlein-Wahl, I.; Hilpert, F.; Kohlmann, Th., 2009, Therapiebeurteilung aus Patientensicht-PROs (Patient Reported Outcomes), Onkologie, 32(Supp.1):S.18-32

⁵⁶⁷ Vgl. ebenda 590

⁵⁶⁸ Vgl. Emery, M.P.; Perrier, L.L.; Acquadro, C., 2005, Patient-Reported Outcome and Quality of Life, Health and Quality of Life Outcomes, 3:12

⁵⁶⁹ The ERIQA Group :2005, Assessing Treatment Impact Using Patient Reported Outcomes (PROs):Challenges in Study Design, Conduct and Analysis. Patient Reported Outcomes Newsletter, 3(Special):1-16

⁵⁷⁰ Spilker, B., 1996, Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, Pharmacoeconomics 10 (4), pp.336-355

Gesundheitssicherung und aus wissenschaftlichen und praktischen Überlegungen hinsichtlich definierbarer Qualitätssicherung extrem schwierig zu formulieren. Messbarkeit und Exaktheit von Qualitätssicherungsmaßnahmen für Gesundheitsförderung in Anlehnung an Ottawa wird unterschiedlich und zurückhaltend diskutiert.

Als möglich und notwendig ist dagegen die **Qualitätssicherung** von **Primär-Prävention** in der Diskussion, auch in dem Sinne, dass mit dem Aspekt der Gesundheitsförderung genügend Aufmerksamkeit Raum und Ressourcen für die Primär-Prävention berücksichtigt werden.

b.4. NCQA

Welche Qualität soll im Rahmen der Primär-Prävention gesichert werden? Nicht nur für die Prävention gültig, sondern für alle Aspekte und Stufen der Gesundheitssicherung wird die Definition des US-amerikanischen Institute of Medicine IOM und des National Committee for Quality Assurance NCQA ⁵⁷¹ diskutiert. Danach bezeichnet *Qualität das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und für Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissensstand übereinstimmen*. Letzter Maßstab der Qualität ist die gesundheitliche Wirksamkeit. Die Feststellung der Wirksamkeit steht allerdings vor einer Reihe von Schwierigkeiten, die zum Teil über die auch in der Kuration bislang nicht gelösten Probleme der Messung und Bewertung im Rahmen der Bemühungen um eine Evidence-basierte Medizin noch hinaus gehen. Grundsätzlich zielt Prävention auf die Vermeidung eines schlechteren Zustandes.

Der „**klinische Endpunkt**“ **primärer Prävention** ist formuliert mit „*Langem Leben ohne – über den normalen Alterungsprozess hinaus gehende – gesundheitliche Einschränkungen*“.

⁵⁷¹ Vgl. Thompson, D., 2009, The Challenge of Conflict of Interest in Medicine, ZEFQ, Heft 3(Update grundlegende Definition aus 1993)

c. Rahmenbedingungen und Werkzeuge zur Bewertung präventionsmedizinischer Ergebnisse

Zur Überbrückung der angedeuteten Mess- und Zuordnungsprobleme werden intermediäre Parameter verwendet wie Einstellungen, Verhalten, Wissen, Kohärenz, Adhärenz. Die Validität dieser intermediären Parameter beruht stets auf einer mehr oder weniger gelungenen Analogie und mehr oder weniger überzeugenden Plausibilität. Die Problematik der Wirksamkeitsbestimmung - beim Individuum und mehr noch bei Setting- und Populationsbezügen - wird damit nicht wirklich gelöst. Maßnahmen der primären Prävention richten sich an Menschen, an Gruppen, deren für den Erfolg der Intervention relevante Belastungs- und Ressourcen-Bilanz – und damit „Gesundheit“ – von sehr viel mehr und meist auch von sehr viel stärkeren Faktoren abhängt als von der jeweiligen Intervention. Zusätzlich entziehen sich diese Faktoren vielfach der Beobachtung und der Messung, soweit auch überhaupt Messkonzepte vorliegen.

Die Wirksamkeit der Messung primär-präventiver Interventionen ist demnach in der Regel mit größeren Unsicherheiten behaftet als diejenige von kurativen Interventionen, wobei Ex-Ante-Aussagen noch problematischer sind als Ex-Post-Feststellungen.

Die **gesundheitswissenschaftliche Evaluationsforschung**, speziell für die **Präventionsmedizin** und für die präventionsmedizinischen und die präventionspolitischen Akteure, sind vor schwierig zu bewältigende Herausforderungen gestellt, zur Entwicklung von Methoden, Instrumenten und Verfahren, die einerseits die Wirksamkeit von Interventionen immer besser in Richtung auf das Ziel der Evidence-Basierung abbilden und beeinflussen ohne andererseits zur Fessel notwendiger kreativer Weiterentwicklung von populations- und settingbezogenen Interventionen zu werden.⁵⁷²

Derzeit ist die **Feststellung der Wirksamkeit primär präventionsmedizinischer** Maßnahmen sinnvoll und ein Ansatz für die Praxis

1. in speziellen **Setting-Konzepten**
2. im **individuellen Präventionspfad**

⁵⁷² Vgl. ebenda 1, 178

c.1. Qualität in der Prävention im Setting : QIP

Ein erfolgreiches Beispiel zu der Entwicklung eines wissenschaftlich geprüften, praxistauglichen Informationssystems, hinsichtlich Wirksamkeit und Effizienz von Primär-Prävention, ist das Konzept *QIP Qualität in der Prävention*, das 2008 exemplarisch im Universitätsklinikum Eppendorf von Th. Klische entwickelt wurde. QIP ist grundsätzlich ein optimales Instrument zur Qualitätssicherung und -weiterentwicklung präventionsmedizinischer Maßnahmen in *Setting-Konzepten*.⁵⁷³

c.2. Qualität in der Prävention : individuelle Ergebnisse

Für die *individuelle Qualitätsmessung*, Analyse und Bewertung primärpräventionsmedizinischer Maßnahmen können herangezogen werden:

c.2.a. Abschnitte im Rahmen einer allgemeinen **Patientenzufriedenheitsanalyse**, die neben der Beurteilung von Struktur und Prozessqualitäten aus Kundensicht Ergebnisse beurteilt.
(Exemplarischer Fragebogen in der Anlage)

c.2.b. Nach Vorschlag der Autorin, die Einführung eines individuellen Passes für die Präventionsmedizin, ein **präventionsmedizinischen Kompass** als individuelle Navigationshilfe zu einer gesunden Lebensführung.

Der **Präventions-Pass, der Präventions-Kompass** – sollte individueller Begleiter des Kunden / des Klienten / des Patienten bleiben. Der präventionsmedizinische Kompass sollte ziel- und erfolgsorientiert aufgebaut Variablen und Daten enthalten zu:

Organfunktionen, Setting, Kohärenz, Compliance, Adhärenz, Konkordanz und SDM. Der Präventions-Kompass könnte einerseits ein hohes Bindungsmedium des Klienten und Patienten an den Präventionsarzt bedeuten, andererseits für den Klienten und Patienten selbst ein Medium eigener guter dokumentierter Erfolgsanalysen im Sinne von persönlichem Einsatz und eigenen Aktivitäten

⁵⁷³ Vgl.Klische,Th.:Töppich,J.,2008,Qualität in der Prävention (QIP), Wirkungsbezogene Qualitätssicherung im Setting Kita,Kongress:Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten mit Qualität,UKE und BBZgA,Berlin

für die persönlich und individuell abgestimmten präventionsmedizinischen Ziele.

Entscheidend für die Formulierung von kundenbezogenen Aufgaben sind aus QM-Sicht ,im Besonderen nach der TQM-Philosophie, sogenannte *Erfolgstreiber*: Relevanz-Effektivität und Effizienz:

1. Relevante Maßnahmen : Richtige Identifizierung von Erwartungen
2. Effektive Maßnahmen : Handlungen mit hohem Attraktivitätspotential
3. Effiziente Maßnahmen: Maßnahmen mit Durchführung besonders positiver Vorteils- und Aufwandsrelation.

c.2.c.Maßnahmen aus Kundensicht zur Steigerung von Struktur-, -Prozess- und Ergebnis-Qualität bestimmter präventionsmedizinischer Konzepte könnte die Einführung bestimmter **QM-Werkzeuge in die Hand der Klienten und Patienten** selbst sein, beispielsweise die geschulte Einführung eines Fischgräten-Diagramms bei adipösen Klienten, mit dem Ziel einer Gewichtsreduktion und unklarer Misserfolgssituation. In einem korrekt geführten Ursachen-Wirkungs-Diagramm könnten Arzt und Klient gemeinsam ursächliche Fehler analysieren und mit Motivationsschub für den Klienten ein zielführendes Maßnahmenkonzept in Konkordanz und SDM erarbeiten und fortlaufend verbessern. Die strukturierte optische Darstellung lebensstilbedingter gesundheitlicher Risikofaktoren und positiver als auch negativer Ergebnisse während eines Behandlungsprozesse kann zielführende Wege aufzeigen oder eruieren.

Die generelle QM-Maßnahme im Unternehmen würde lauten:

Welche QM-Werkzeuge sind in der Hand von Klienten und Patienten unter welchen Voraussetzungen sinnvoll?

Ursache- Wirkungs- Diagramm

Mögliche Problem-Ursachen sammeln

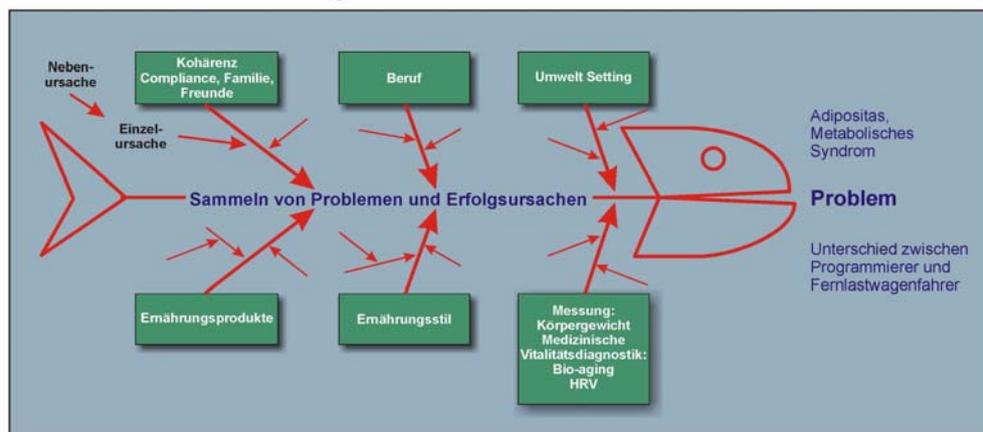


Abbildung 30: Ursache-Wirkungs-Diagramm bei Metabolischem Syndrom

(Quelle: Anlehnung an

Q 7- Ishikawa-Diagramm

TQM Noack Beatrice Innovationsmarketing, TFH Wildau

WS2006/07, Prof. Dr. Broda, St

[http:// www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack_2.pdf](http://www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack_2.pdf))

10.5.2.2 Qualitätsbewertung in der Präventionsmedizin

Mitarbeiter-Perspektive

Definierte Ziele der Mitarbeiter sind die **Qualitätsparameter** der **Zweiten Kunden** im präventionsmedizinischen Unternehmen. Die Mitarbeiter, die in einem Unternehmen die zweite Kategorie der Kunden darstellen, sind die Garantie für seine Stabilität und seinen Erfolg. Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen nach einer strategisch sinnvoll erarbeiteten Variablenliste mit der Erstellung von Mitarbeiterzufriedenheitsanalysen, zielführend mit Prioritäten-Analysen, sind als ISO-NORM- Forderung im QM-Prozess 8 eine unersetzbar wichtige QM-Maßnahme. Mitarbeiterbefragungen könnten mit Hilfe von QM-Werkzeugen, wie z.B. einem Pareto-Diagramm zu innovativen und kreativen Anregungen, zu Verbesserungsmaßnahmen, verarbeitet und optimiert werden. Unter den Motivations- und Erfolgstreibern bei den Mitarbeitern stehen, bei guter Personalführung, Fort- und Weiterbildung und professionelle Förderung

in den Visionen der Unternehmenskonzepte der Präventionsmedizin an erster Stelle, im Sinne eines wichtigen Zukunftskapitals von Praxis und Klinik.

Anerkennung und gerechte Leistungshonorierung sind ebenso wichtige Themen in der Variablenliste zur Mitarbeiterzufriedenheitsanalyse.

(Exemplarischer Fragebogen in der Anlage)

Weitere wichtige Kunden eines präventionsmedizinischen Unternehmens sind sind zuweisende und kooperierende Kollegen und alle unterstützenden Funktionsbereiche.

10.5.2.3 Qualitätsbewertung in der Präventionsmedizin

für Einzelpraxis, modulare Netzwerkpraxen, Kliniken

Unternehmens-Perspektiven

Normkonformität im 8. QM-Prozess

Die Messungen und Analysen zur Prüfung der Erreichungsgrade gesetzter Q-Ziele zum Thema KVPs betreffen grundsätzlich alle Strukturen, Prozesse und Ergebnisse des präventionsmedizinischen Unternehmens hinsichtlich der erreichten Qualität, der medizinischen Leistungen und der gesundheits - ökonomischen Vorhaben wie der gesundheitspolitischen Ziele. Basis sind die Zufriedenheitsanalysen der Kunden, des Klientels , der Patienten und der Mitarbeiter. Qualitätssicherungen sind intern und extern angezeigt, **interne Qualitätsabgleiche** zum Auf- und Ausbau eines individuellen starken und stabilen Leistungsspektrums im Unternehmen, in der präventionsmedizinischen Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, **externe Qualitätsvergleiche**, besonders in der modularen Einbindung der Praxis in ein interdisziplinäres präventionsmedizinisches Praxisnetzwerk zum Benchmarking und zur fachpolitischen wie gesundheitspolitischen Repräsentation der Präventionsmedizin.⁵⁷⁴

Ein freiwilliger hoher Qualitätsanspruch mit *obligater* interner QS und *fakultativer* externer QS kann mit einer **Zertifizierung** ausgezeichnet werden.⁵⁷⁵

⁵⁷⁴ Vgl. Paccaud,F.,2007, Prävention von Krankheiten und öffentliche Gesundheit In: Gesundheitswesen Schweiz,Hans Huber Verlag,Bern

⁵⁷⁵ Vgl.Baumgartner,Ch.,2002, Umsetzung und Realisierung von Performance Management- Kriterien für die Bewertung und Gestaltung,,HMD,Heft 227

10.5.2.4 Interne Qualitätssicherung in der Präventionsmedizin

Für eine **interne QS** empfiehlt die Autorin die folgenden **Q- und QM-Werkzeuge** – einsetzbar für medizinische, ökonomische und PR Strukturen und Prozesse. Die Arbeit zu den Themen der Qualitätsabgleiche gehört in die Verantwortung des QMB und in die Tätigkeiten von Qualitätszirkeln, Qualitätsarbeitskreisen und Internen Audits. Die Ergebnisse sind im jährlichen Management-Review transparent zu veröffentlichen.

A. - Thema: Fehler - Management

1. Fehlerdiagnostik:

- a. Fehlererfassung mit einer Fehlersammelliste

Beispiel : Abbildung : 34

- b. Fehlerhäufigkeitsanalyse in einem Histogramm
- c. Fehleranalyse mit Ursachen-Wirkungs-Diagrammen
- d. Bewertung der Fehlerkategorien mit Pareto-Diagrammen

Beispiel : Abbildung : 35

2. Maßnahmen nach Fehlerdiagnostik:

FMEA als Lehr- und Lerngrundlage (s. Kapitel 8.4.2)

Fehlersammelliste

Entwurf

Praxis		Prozesse					
		Fehlerart		1 + 4	5	2 + 3 + 7	6
Nr.	Fehlerart	01.01.08	30.06.08	Labor	Technik	Doku/Info	Sprechstd.
1	Blut nicht sofort zentrifugiert			31			
2	Unvollständige Dokumentation					24	
3	Informationsdefizite					17	
4	Lpa und Homocystein nicht bestimmt			9			
5	Blutgasanalysegerät nicht nach RiLiBÄK geführt				7		
6	Zeitbudget für Klient / Patient zu klein						3
7	Unnötige Doppekuntersuchungen					9	
Prüfart <i>Retrospektive Analyse</i>		Summe		40	7	50	3
Uhrzeit <i>14.00</i>		Kontrollleur					
Datum <i>15.07.08</i>		<i>Praxisassistent N. N.</i>					

Abbildung 31: Fehlererfassung mit einer Fehlersammelliste
 Beispiel für präventionsmedizinische Praxis

(Quelle: Anlehnung an **Q 7- Fehlersammelliste**

TQM Noack Beatrice Innovationsmarketing, TFH Wildau

WS 2006/07, Prof. Dr. Broda, St

<http://www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack 2.pdf>)

Pareto-Diagramm

Entwurf

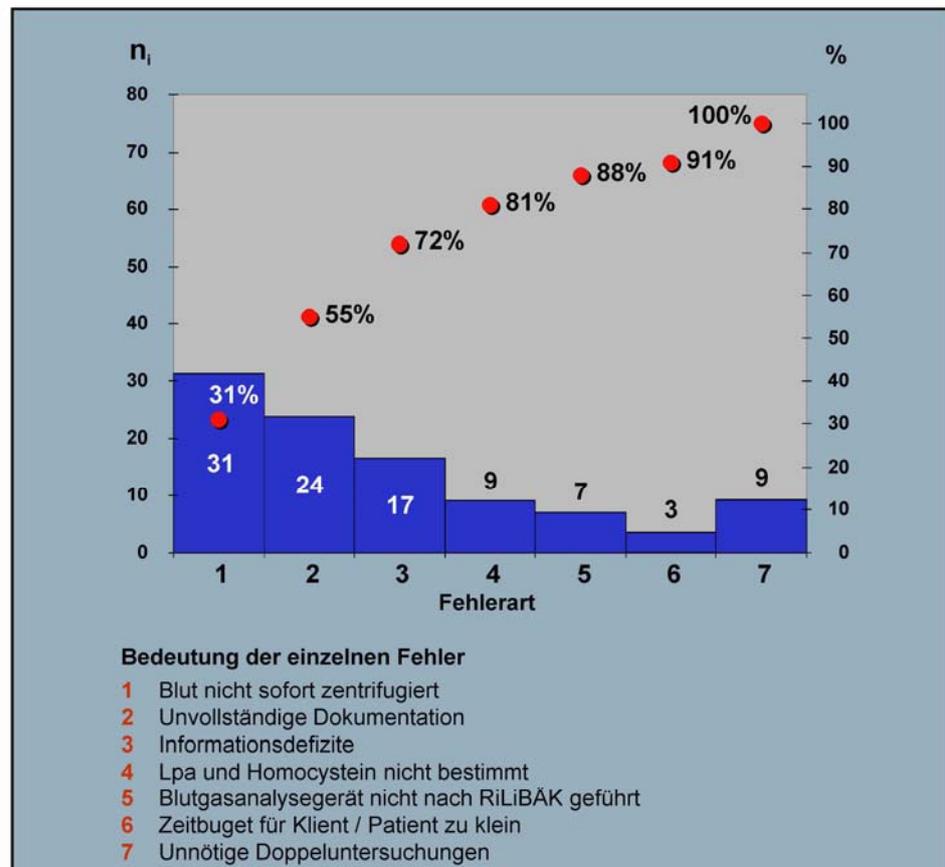


Abbildung 32: Bewertung der Fehlerkategorien mit Pareto-Diagramm

Beispiel für präventionsmedizinische Praxis

(Quelle: Anlehnung an **Q 7- Pareto-Diagramm**

TQM Noack Beatrice Innovationsmarketing, TFH Wildau

WS2006/07, Prof. Dr. Broda, St

http://www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack_2.pdf

B. - Thema: Wissensmanagement

1. Diagnose Wissen- und Kenntnisstand

a. Mitarbeiter:

- Brainstorming
- Themensammelliste
- Pareto-Diagramm

b. Klienten und Patienten:

- Auswertung von Klienten / Patienten-Fragebögen

2. Maßnahmenplan

a. Mitarbeiter:

- Regelmäßige Pflichtfortbildungen
- Teilnahmeseminare, Kongresse
- Regelmäßige Kooperation mit Fachexperten

b. Patienten:

- Persönliche ärztliche Klienten- und Patientenführung
- Patientenseminare in Praxis und Praxisverbund
- Gezielte Setting - Ausrichtungen als Schwerpunkte in einer Praxis:
Schulen : Lehrer, Schüler
Firmen: Manager, Programmierer
Berufstätige Mütter, Hausfrauen
Künstler
- Einführung eines Präventions - Gesundheits-Kompasses
- Einführung von Inhouse – Patienten - Seminaren

C. - Thema: Ökonomie-Management

Ein erprobtes, zielführendes QM-Werkzeug für einige Themen ist die BSC.

- Status – Einzelpraxis isoliert
- Status – Gemeinschaftspraxis
- Status – Einstieg Einzelpraxis ins Praxisnetzwerk der Präventionsmedizin
- Mitarbeiterabbau in einer Praxis (BSC)
- Mitarbeiterausbau in einer Praxis (BSC)
- Outsourcing bestimmter Leistungen: Labor (BSC)
- Einführung neuer Verfahren
 - a. BSC-Konzept : Beispiel : Abbildung : 33
 - b. RADAR-Konzept : Beispiel : Abbildung : 34

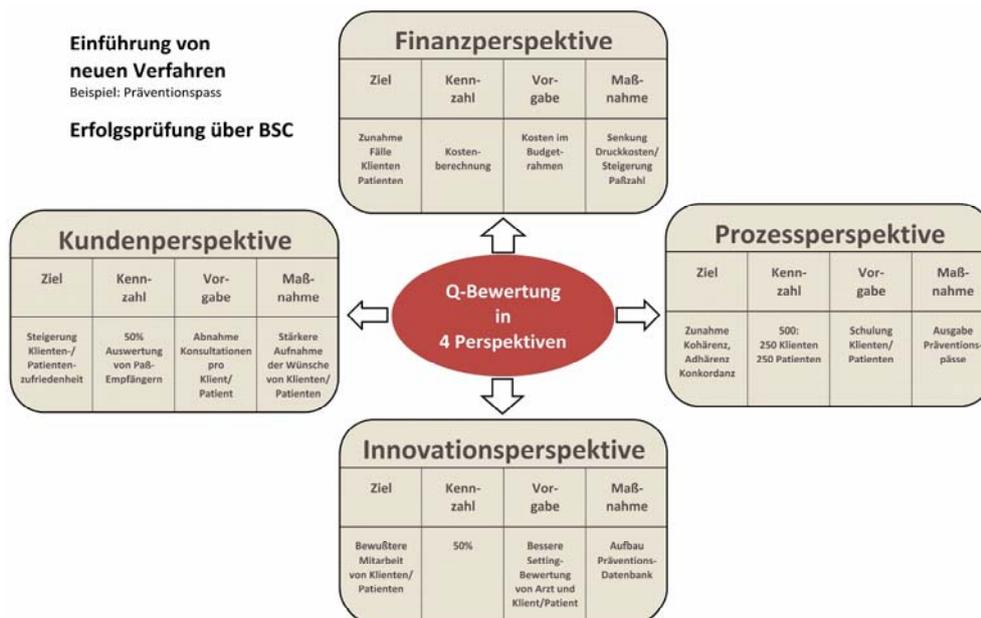


Abbildung 33 : Einführung eines Präventionspasses
Prüfung mit BSC-Konzept

(Quelle: Anlehnung an:

[http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Balanced_Scorecard Scorecard.png&filetimesta_26.07.2009](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Balanced_Scorecard_Scorecard.png&filetimesta_26.07.2009))



Abbildung 34: Einführung von HFV bei Burnout-Patienten
Prüfung mit RADAR-Konzept

(Quelle: Anlehnung an: RADAR-Konzept bei EFQM

www.4managers.de powered by ©ILTIS GmbH.D-72108 Rottenburg)

D Thema : PR – und -Management

Zielführende QM-Medien sind die BSC- und eine SWOT-Analyse.

Beispiele für PR-Qualitäts-Analysen sind:

Aktivitäten im Praxisnetzwerk der Präventionsmedizin

Aktivitäten bei Kongressen

Aktivitäten bei Ärztekammern

Aktivitäten bei Kostenträgern

10.5.2.5 Externe Qualitätssicherung in der Präventionsmedizin

Für eine **externe** Qualitätssicherung empfiehlt die Autorin den Ausbau

Fachzeitscher überregionaler Datenbanken für die Präventionsmedizin –

spezifiziert nach Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention.

Erarbeitung: Universitäre Fachfakultäten (DIU, Universität Greifswald)

Pflege GSAAM und Expertenteam

Führung Universität : DIU mit universitärer internationaler
Repräsentanz der Präventionsmedizin

Datenzugriff Spezielle verschlüsselte Stufenkonzepte

Input:

A Fall-Daten-Sammlung

a. Allgemeindaten der Präventionsmedizin

b. Spezielle Daten der Präventionsmedizin

c. „CFD“ Critical Fall-Daten / Critical Faelure-Daten

im Sinne von CIRS-Konzepten : Aufbau eines anonymisierten
fachspezifischen Fehlermanagement-Systems

in potentieller Zusammenarbeit mit

- GSAAM und GQMG

- Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn

- von GSAAM berufenem berufspolitischen Justitiar

B Neben Cochrane „Aufbau einer Enzyklopädie für die Präventionsmedizin“

„ Das nationale Lehrbuch der Präventionsmedizin“

Der elektronische Konsiliar für die Präventionsmedizin

Erstellung und regelmäßige Aktualisierung durch Expertengremium

Output:

- Verschlüsselte Abruf-Möglichkeit von Fachwissen
- Unterstützung im fachkompetenten Management

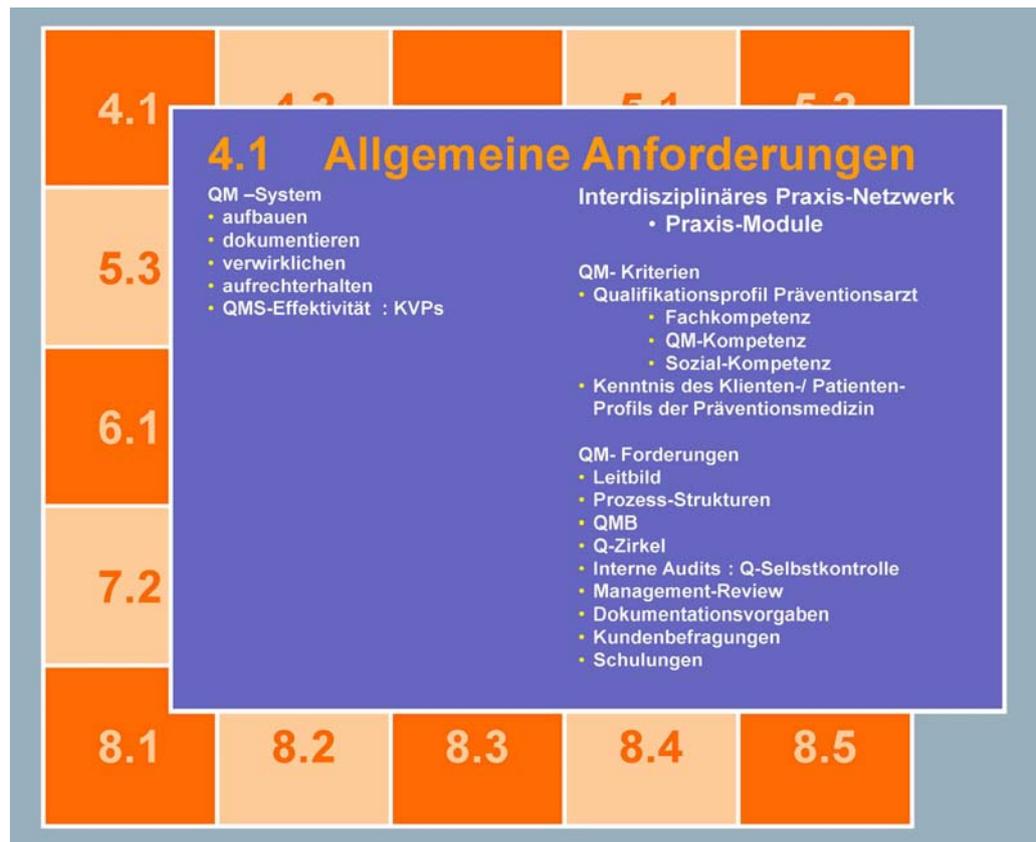
Der Führung fachspezifischer Datenbanken für die Präventionsmedizin und der Mitarbeit und Teilhabe an diesen stehen optimale Medienwege zur Verfügung. Eine heute wichtige, erheblichen Aufwand reduzierende, Grundlage wäre die Einführung und Führung vereinheitlichter Dokumentationsstrukturen in der Präventionsmedizin.

10.6 Gesamtkonzept der Zertifizierung der Präventionsmedizin mit den Kapiteln 4, 5, 6, 7 und 8 nach der DIN EN ISO NORM

Kapitel der DIN EN ISO 9001:2008 Normanforderungen					
Kapitel 4 Qualitätsmanagement- System	4.1	4.2	ISO-Norm	5.1	5.2
Kapitel 5 Verantwortung der Leitung	5.3	5.4	QMS	5.5	5.6
Kapitel 6 Management von Ressourcen	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1
Kapitel 7 Produktrealisierung	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6
Kapitel 8 Messung Analyse Verbesserung	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5

Abbildungen 35:

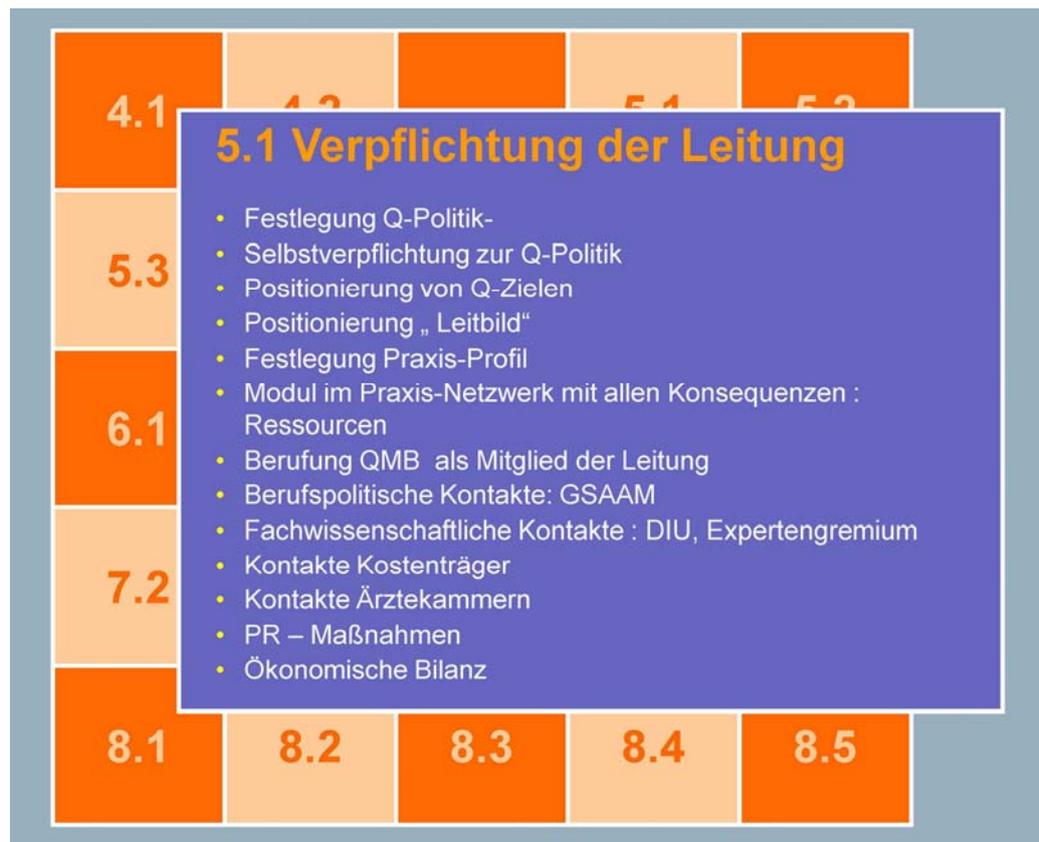
Forderungen der **NORM** mit den **Kapiteln 4 bis 8**
Spezieller Ausrichtung für die **Präventionsmedizin**
zum Qualitätsgrad einer **Zertifizierung**



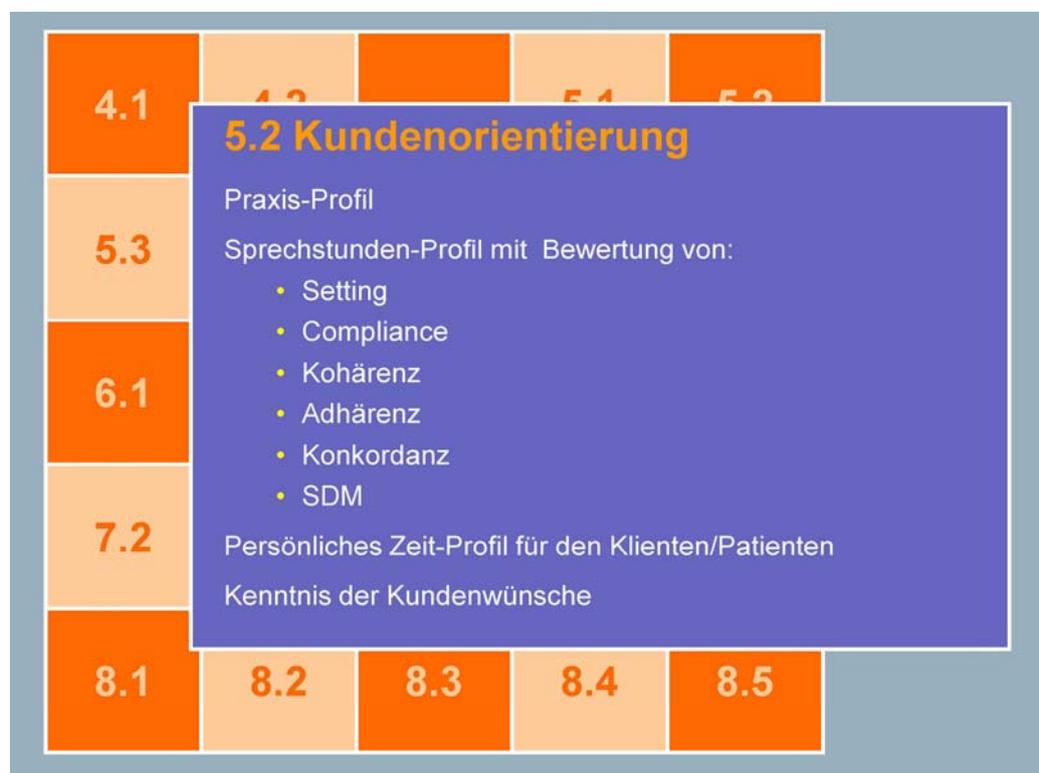
Abbildungen 35 a:



Abbildungen 35 b:



Abbildungen 35 c:



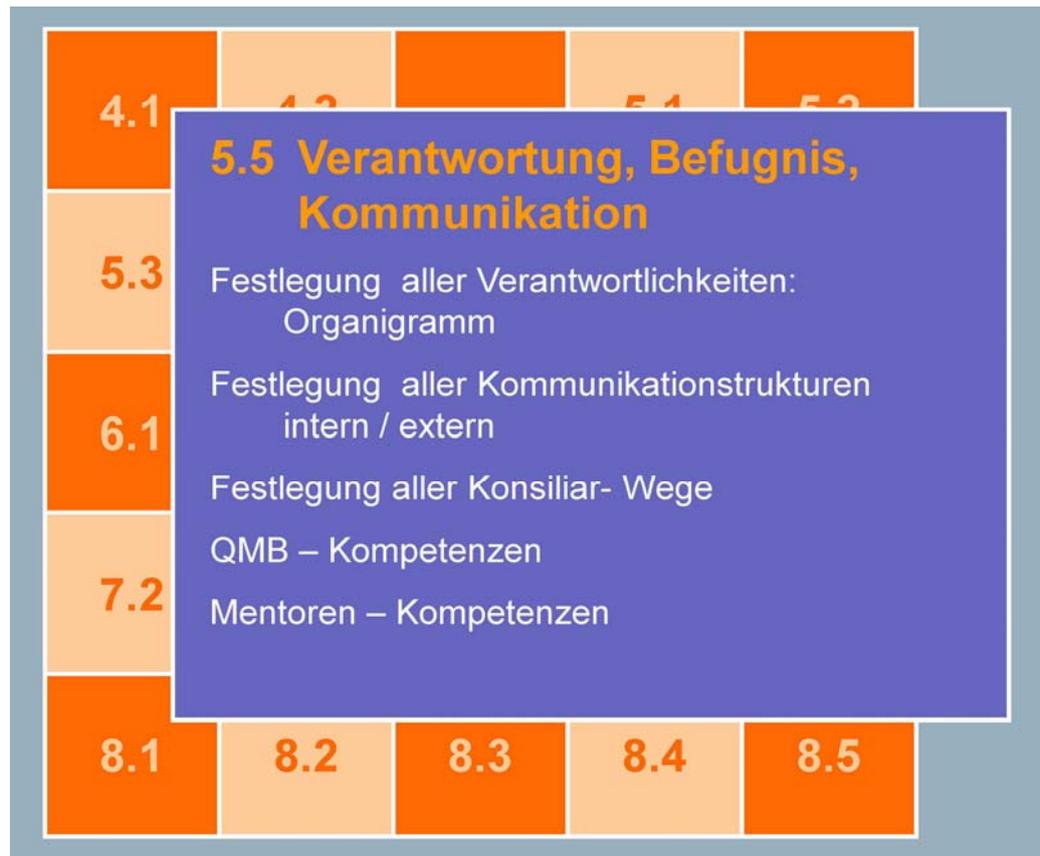
Abbildungen 35 d:



Abbildungen 35 e:



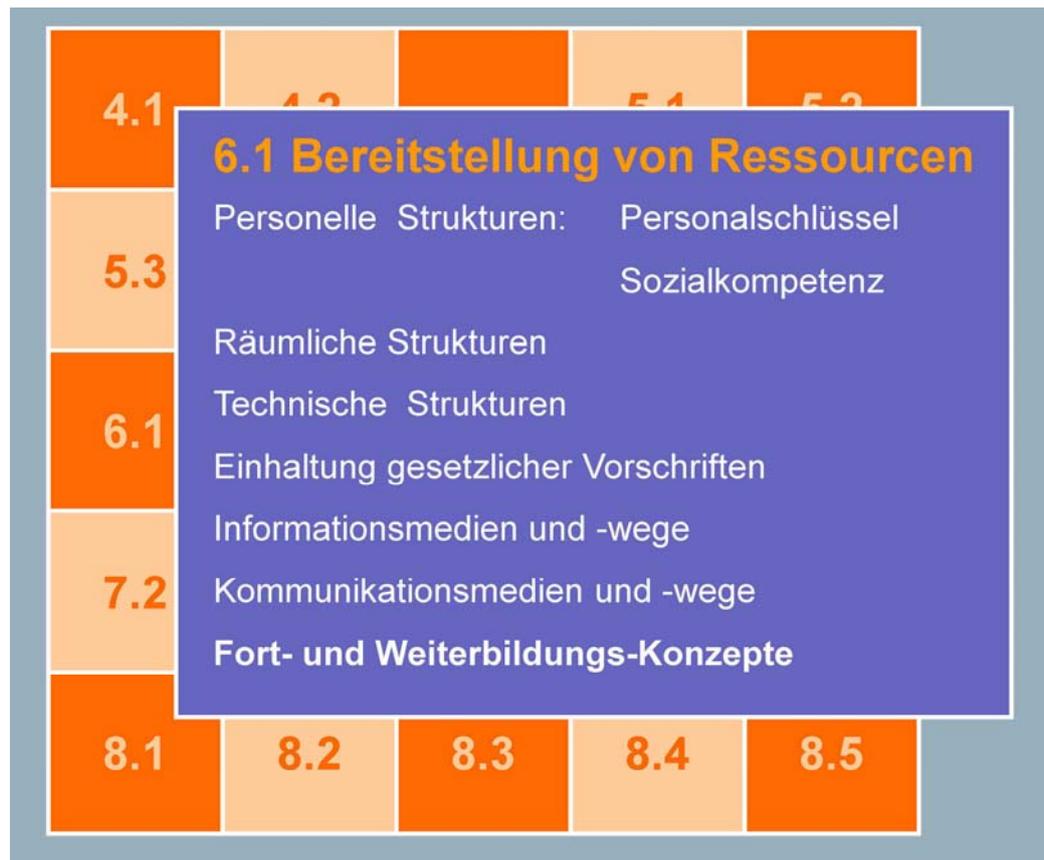
Abbildungen 35 f:



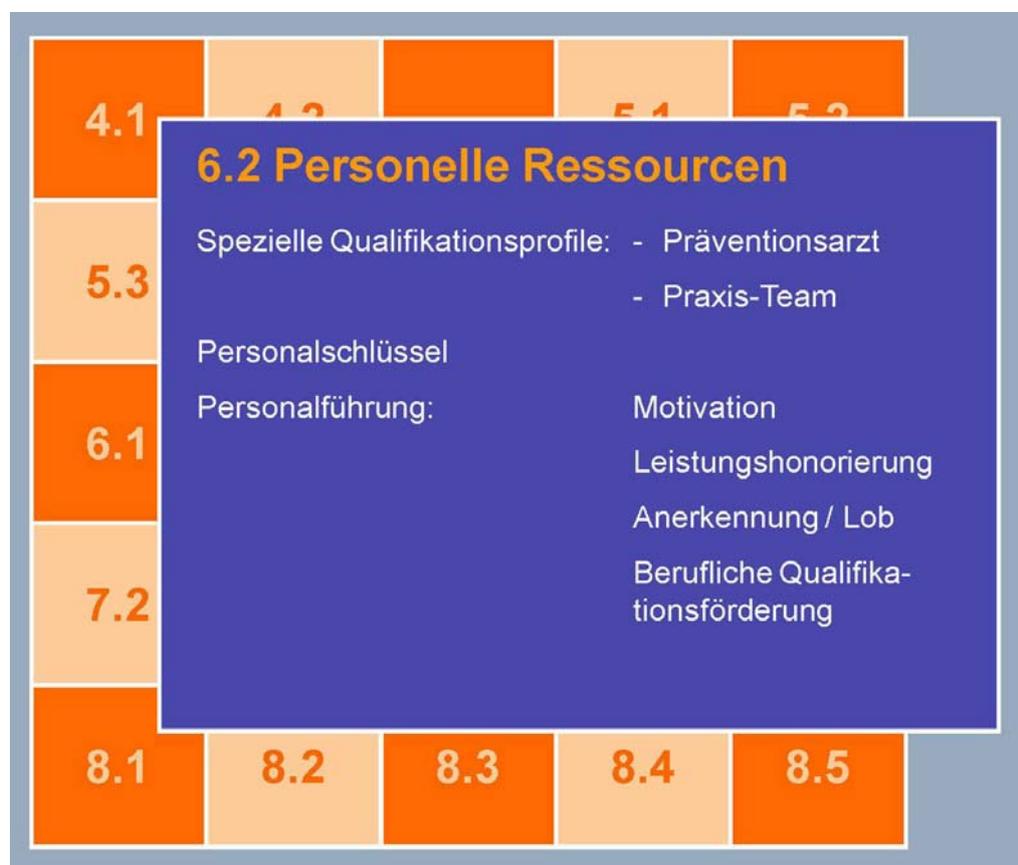
Abbildungen 35g:



Abbildungen 35 h:



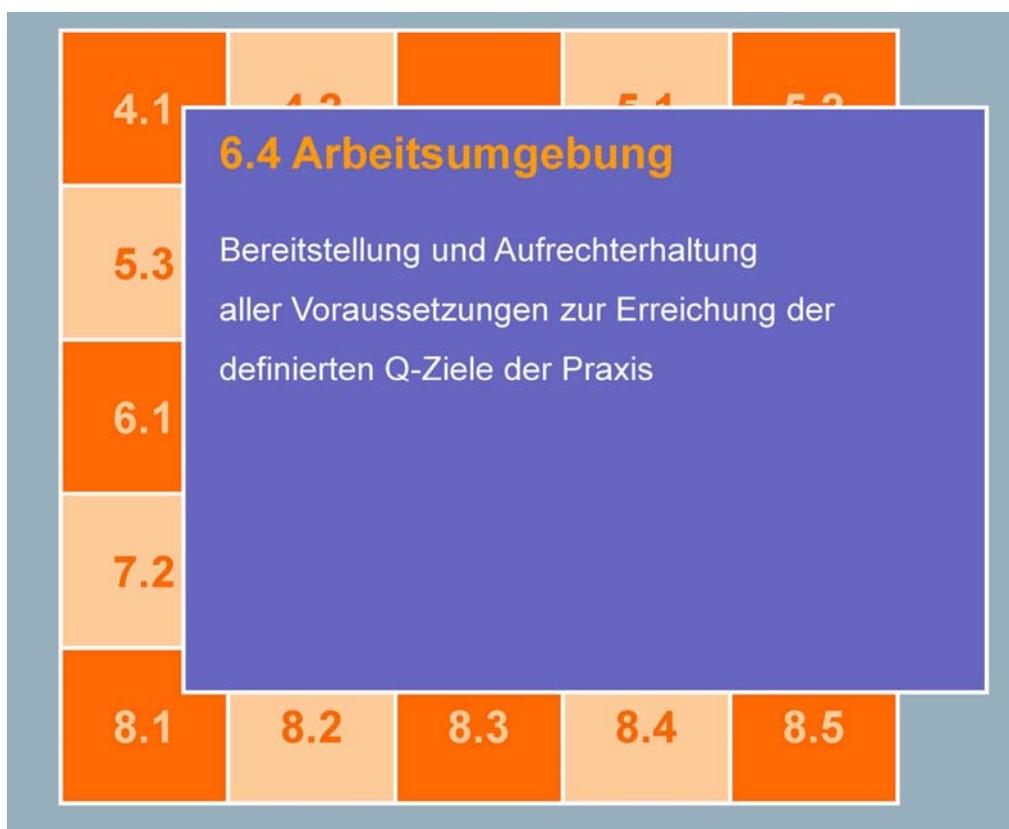
Abbildungen 35 i:



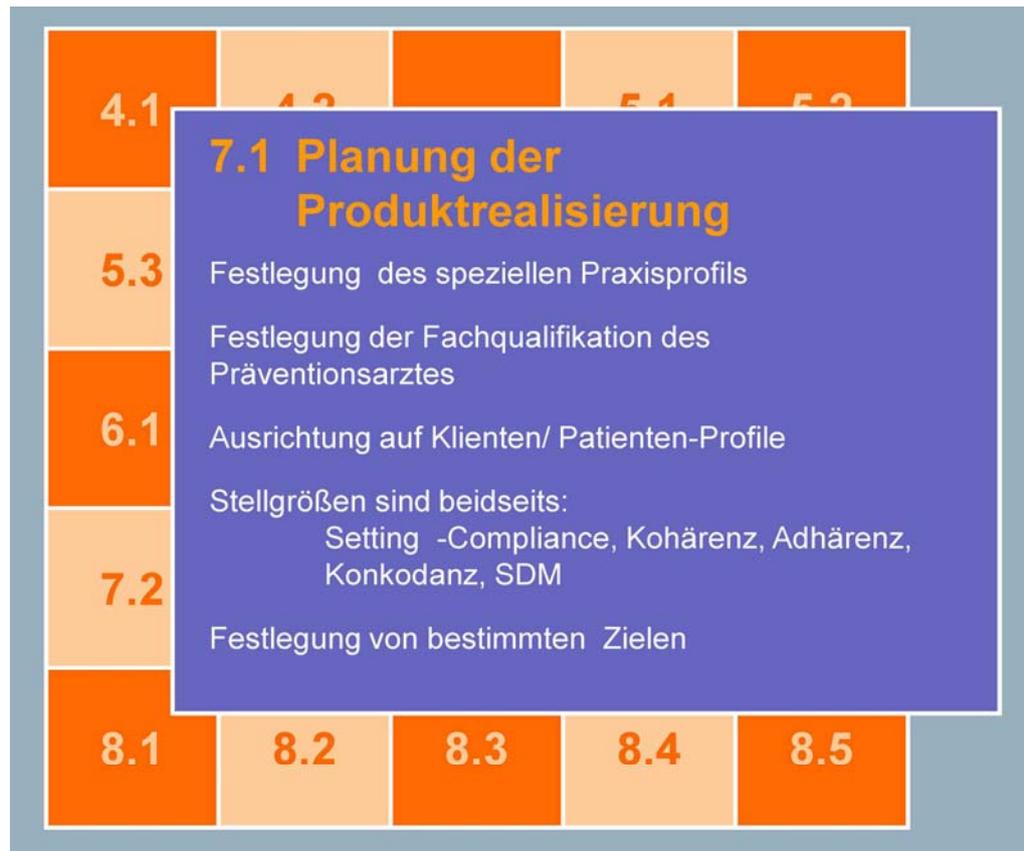
Abbildungen 35 j:



Abbildungen 35 k:



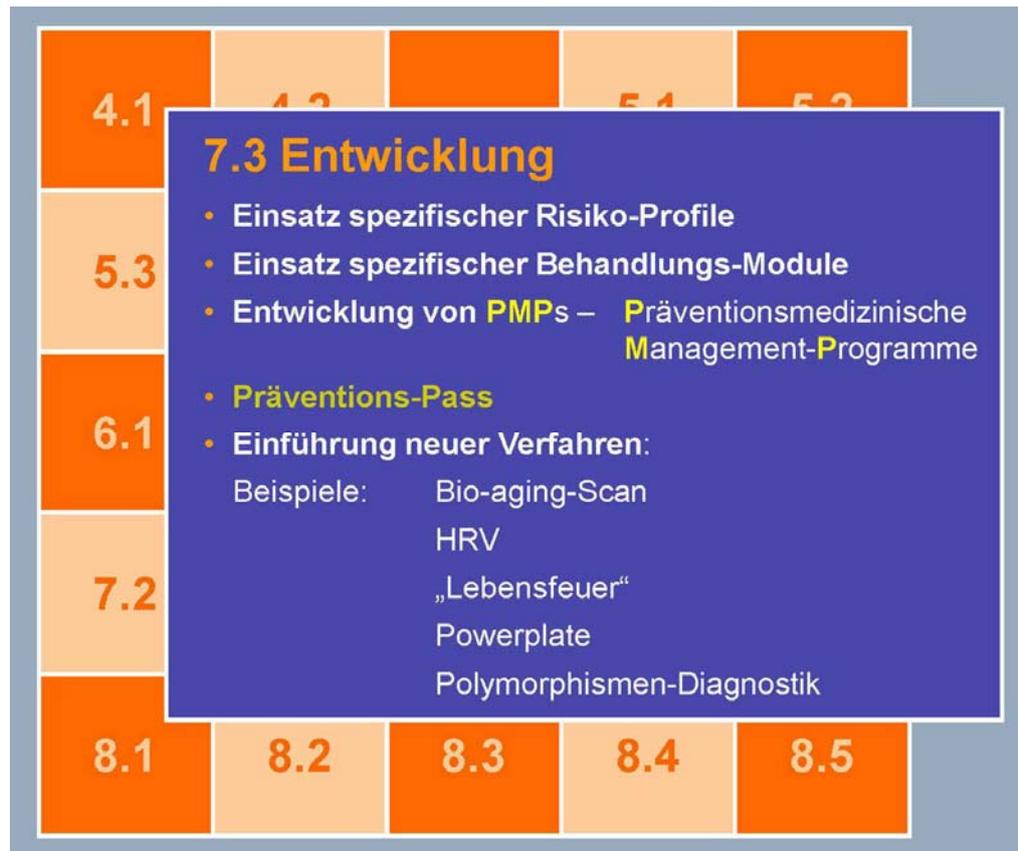
Abbildungen 35 l:



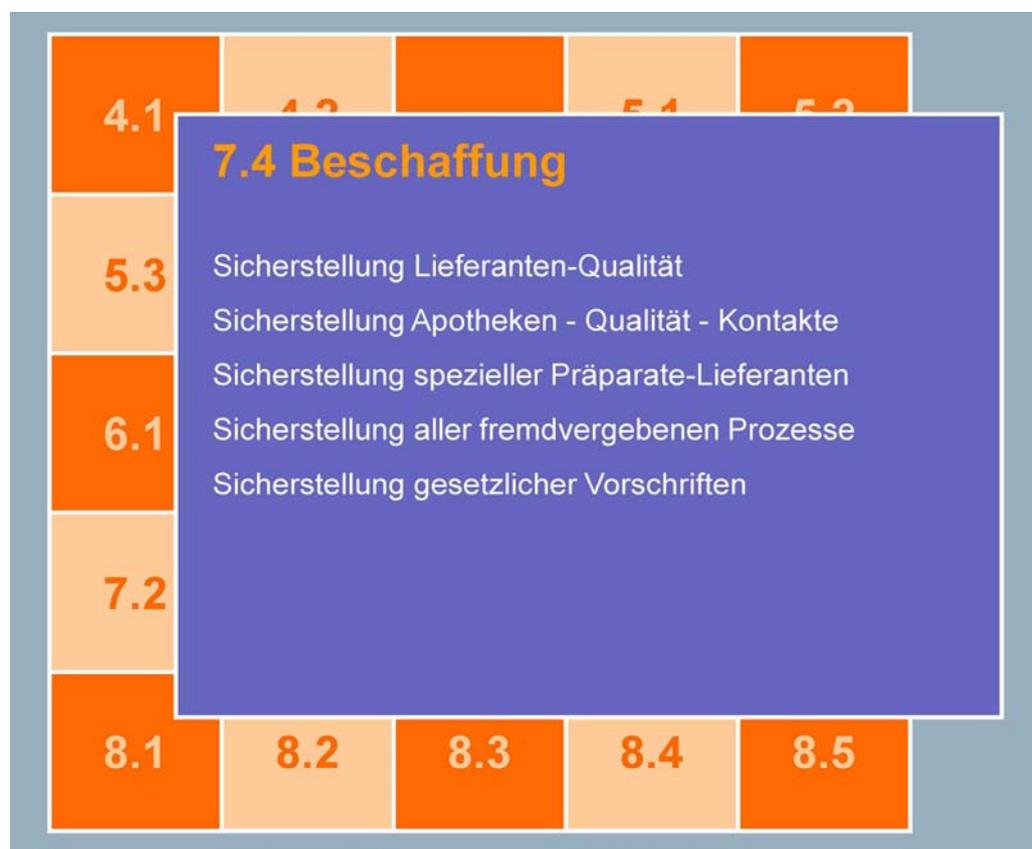
Abbildungen 35 m:



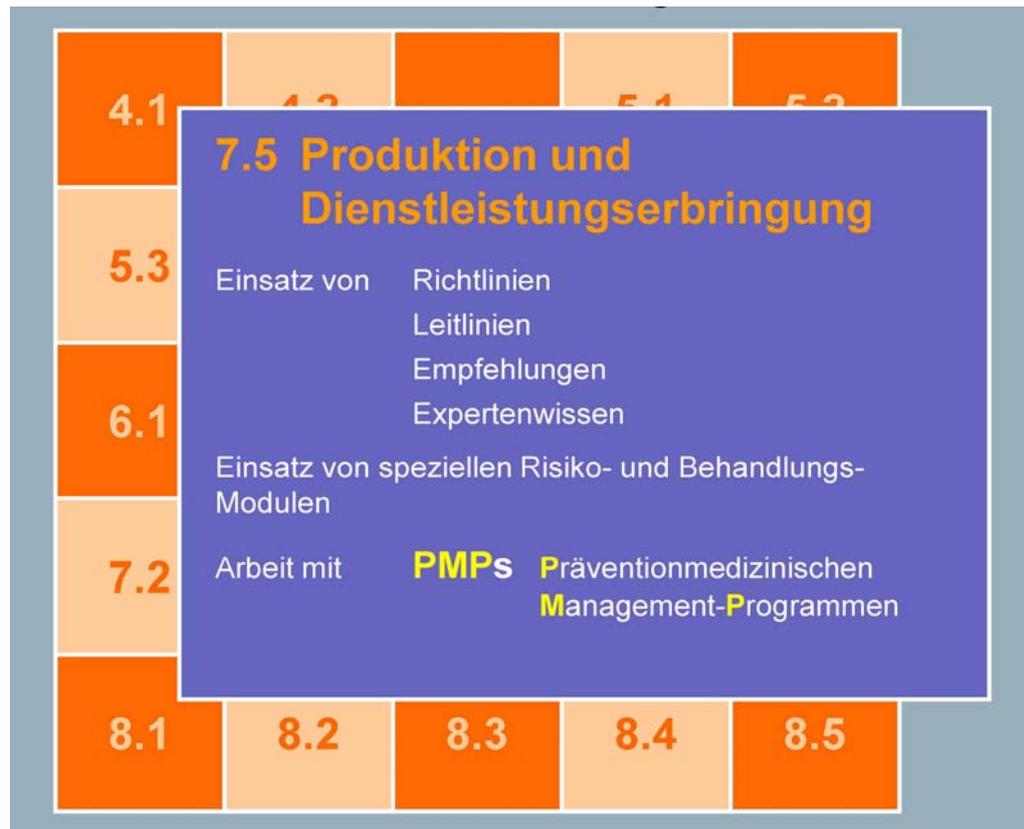
Abbildungen 35 n:



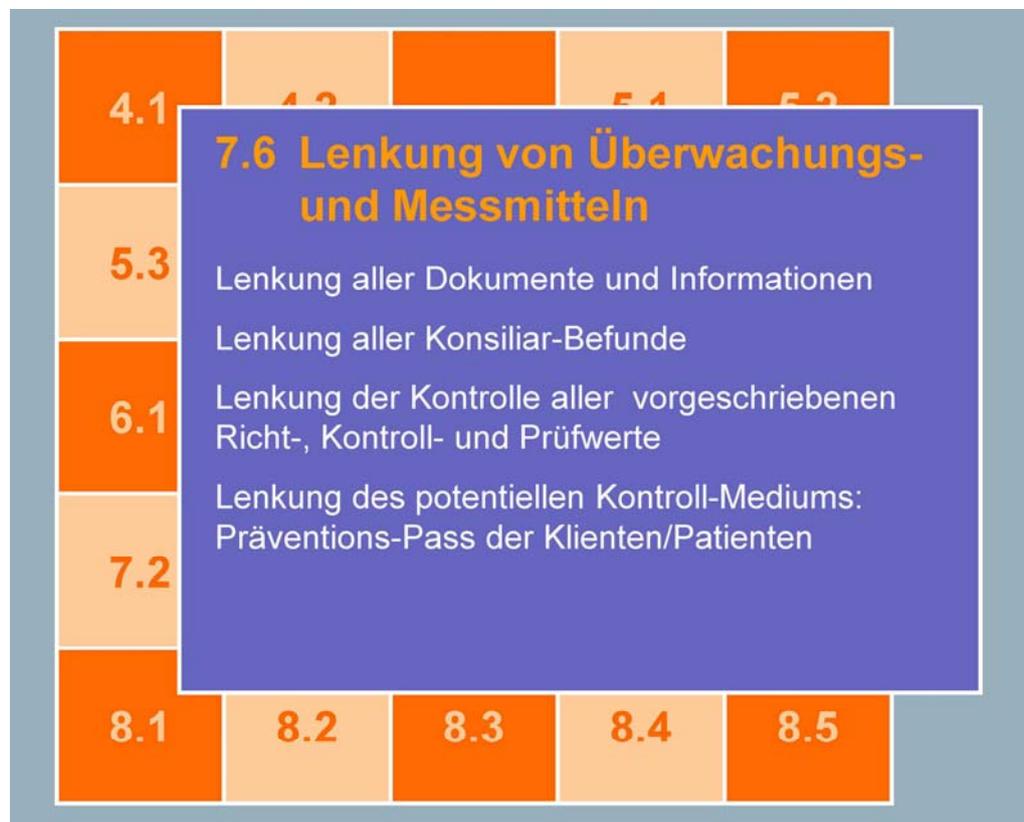
Abbildungen 35 o:



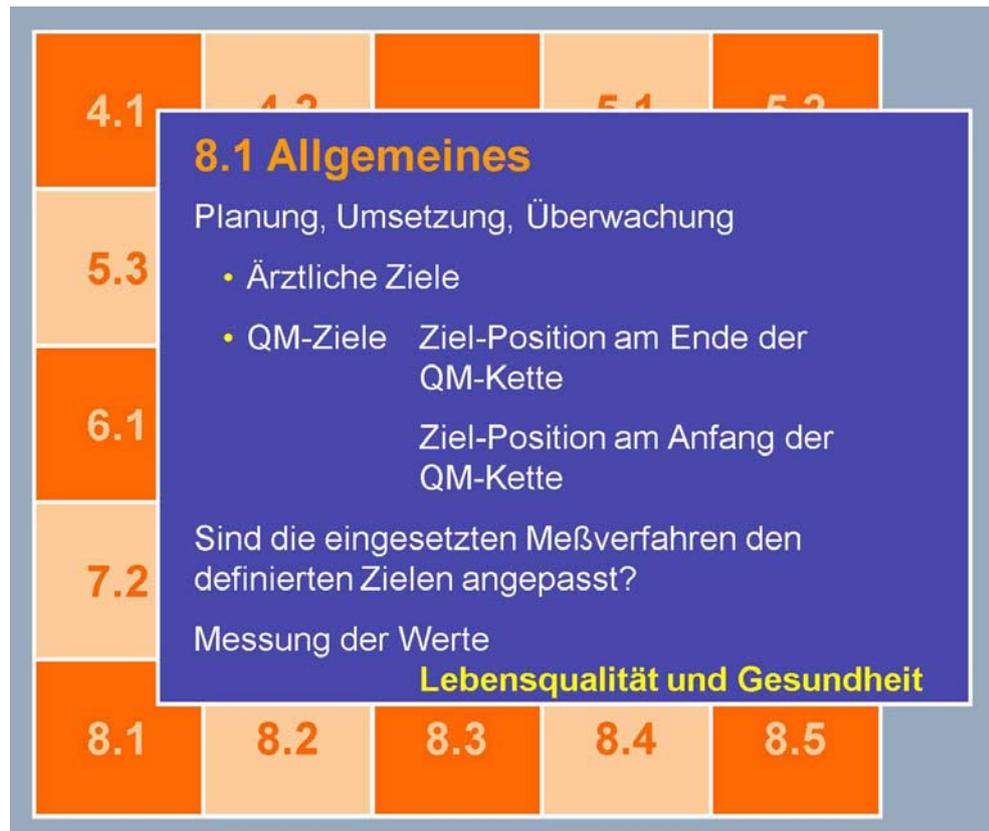
Abbildungen 35 p:



Abbildungen 35 q:



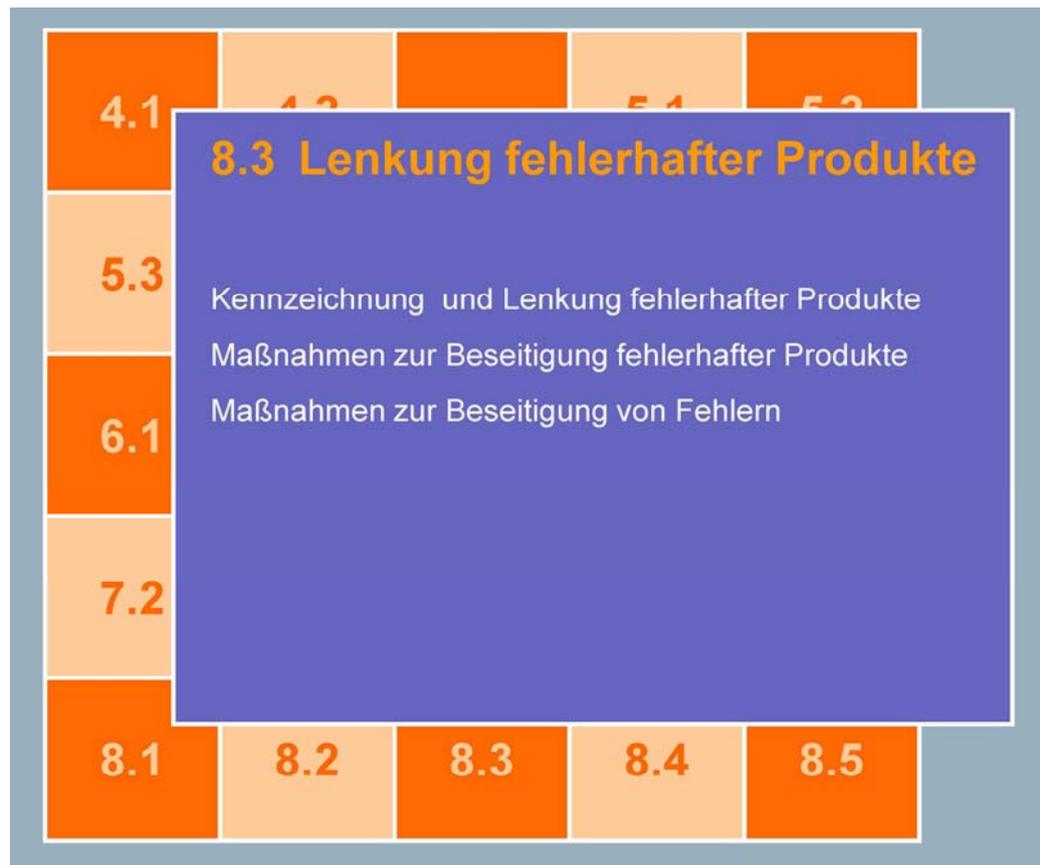
Abbildungen 35 r:



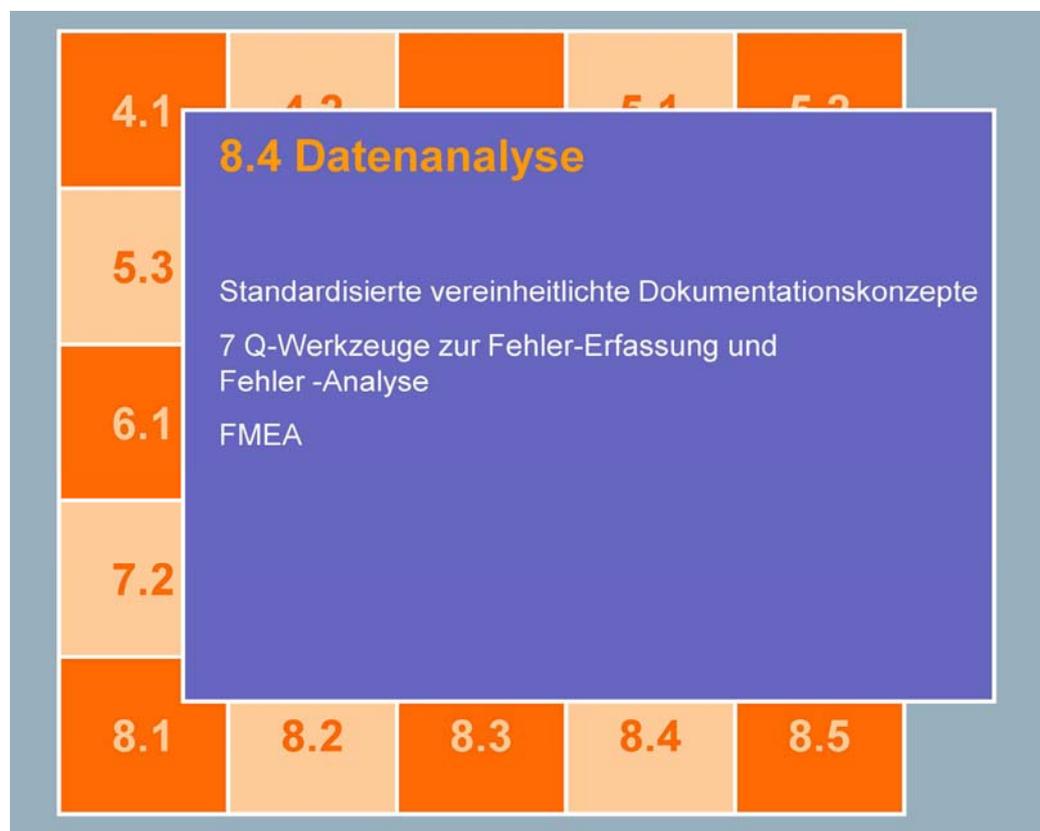
Abbildungen 35 s:



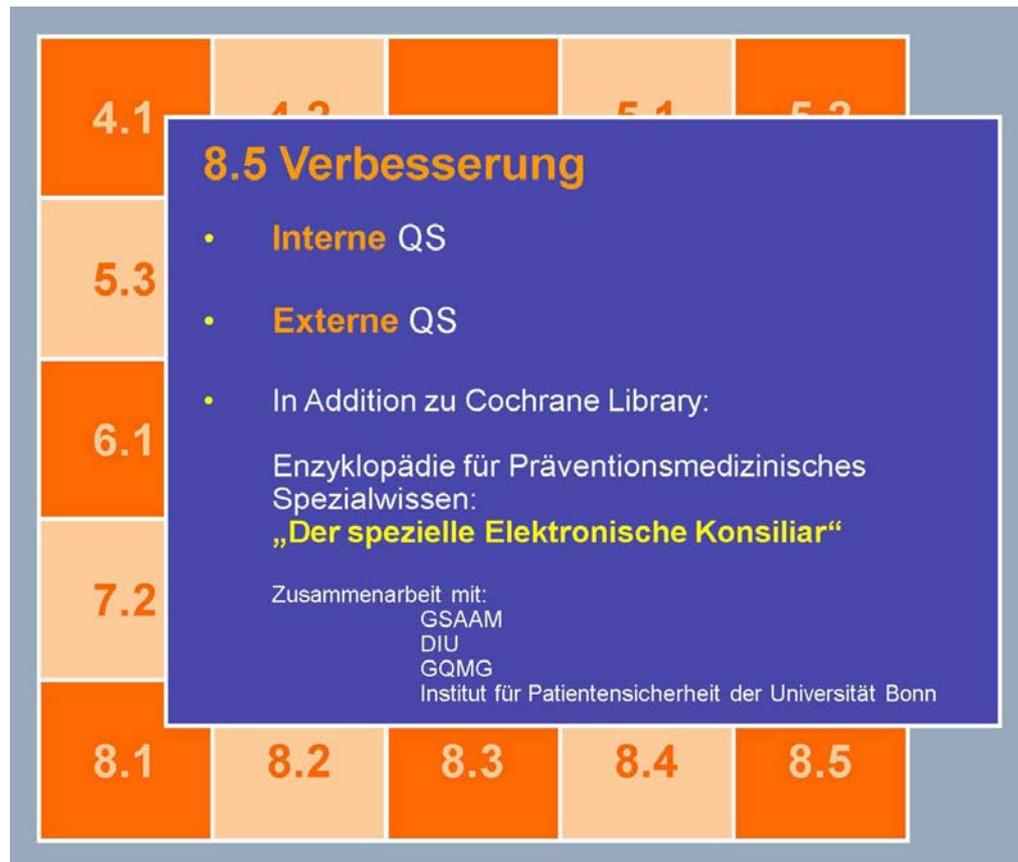
Abbildungen 39 t:



Abbildungen 35u:



Abbildungen 35 v:



Abbildungen 35 w:

Prozessanalysen der Präventionsmedizin bezüglich ISO-NORM-Konformität

Was bedeutet Zertifizierung ?

Zertifizierung bedeutet:

Qualitätsbeurteilung ausschließlich bezogen auf die vielschichtige Organisations- und Ablaufqualität der zahlreichen Einzelprozesse im präventionsmedizinischen Behandlungskonzept.

Geprüft wird ob und mit welcher Präzision und Organisationsschärfe aktuell gültige medizinische Behandlungsstandards und Behandlungsrichtlinien konsequent nachvollziehbar in der Prävention eingesetzt werden oder bei Nichteinhaltung eine nachvollziehbare Begründung dokumentiert und bearbeitet wird.

Abbildung 36: Prozessanalysen in der Präventionsmedizin bezüglich ISO-NORM-Konformität

Prozessanalysen in der Präventionsmedizin bezüglich ISO-NORM-Konformität

Zertifizierung bedeutet *nicht*:

Inhaltliche und medizinische Überprüfung der

- einzelnen Therapiekonzepte
- Leit- und Richtlinien – ihrer Indikationsschärfe
- Indikation der einzelnen Behandlungskonzepte

Abbildung 37: Prozessanalysen in der Präventionsmedizin bezüglich ISO-NORM-Konformität

Zertifizierung der Präventionsmedizin nach DIN EN ISO 9001:2008

- Hoher Einsatz
- Persönliche Entscheidung für hohe Qualität
- Hohes Engagement für hohe Qualität
- Überzeugung für Qualität über die gesetzlichen Vorschriften hinaus
- Persönlicher Anspruch zum Lernen von den Besten
- Hoher Anspruch der Präventionsmedizin zum medizinischen Business per excellence zu machen
- **Hohe Zukunftsverantwortung für die Präventionsmedizin**

**Abbildung 38: Zertifizierung der Präventionsmedizin nach
DIN EN ISO 9001:2008**

Die Führung der Präventionsmedizin durch den Forderungskatalog des QM-Konzeptes der DIN EN ISO - NORMEN in der Fassung 9001 : 2008 legt offen, dass die Aufgaben und die Verantwortung dem einzelnen Klienten und Patienten gegenüber und im Besonderen die großen gesundheitspolitischen und gesellschaftspolitischen Ziele dieser in ihrer Konzeption einzigartigen interdisziplinären medizinischen Disziplin aktuell und für die Zukunft in ihrer organisatorischen Qualifikation bis zu einem Zertifikationsgrad eine nachhaltige, zielsichernde Begleitung erfahren.

Exemplarische Fragebögen zu einem Zertifizierungsaudit respektive Voraudit in den Anlagen beigelegt.

Die Präventionsmedizin kann mit fundierten wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Aktivitäten und Chancen ⁵⁷⁶, mit innovativen Strategien ⁵⁷⁷ und mit Management-Qualitäten im Sinne von Drucker P.F., Malik F. und von Eiff W. in eine zielsichere Zukunft gehen.

Zukunft der Präventionsmedizin

Management-Qualitäten

im Sinne von P. F. Drucker, F. Malik und W. von Eiff

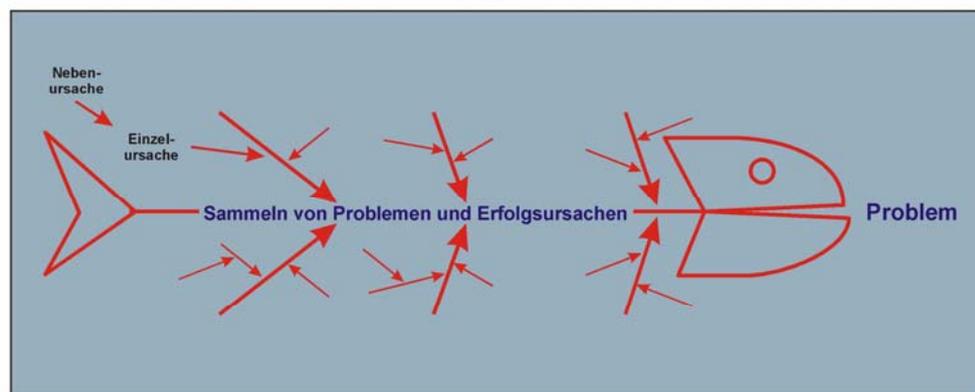


Abbildung 39: Zukunft der Präventionsmedizin

(Quelle: Anlehnung an Q 7- Ishikawa-Diagramm)

TQM Noack Beatrice Innovationsmarketing, TFH Wildau
WS2006/07, Prof. Dr. Broda, St

http://www.tfh-wildau.de/tqm/media/TQM-BeatriceNoack_2.pdf

⁵⁷⁶ Vgl. Rosenbrock, R.; Gerlinger, Th., Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Lehrbuch Gesundheitswissen –
schaften, 2004, Hans Huber Verlag, Bern

⁵⁷⁷ Vgl. von der Oelsnitz, D. Die innovative Organisation, 2. Auflage, 2009, Kohlhammer Stuttgart

Anlagen

A Entwürfe QM - Dokumente

A.1. Kriterienkatalog mit den Kapiteln 1 bis 8 der DIN EN ISO-Normen in der Fassung des NQSZ 2008

Kriterienkatalog der DIN EN ISO - Normen Kapitel 1 - 8 Fassung ds NQSZ 2008

ISO 9001:2000
1 Anwendungsbereich
1.1 Allgemeines
1.2 Anwendung
2 Verweisungen auf andere Normen
3 Begriffe
4 Qualitätsmanagementsystem
4.1 Allgemeine Anforderungen
4.2 Dokumentationsanforderungen
4.2.1 Allgemeines
4.2.2 Qualitätsmanagementhandbuch
4.2.3 Lenkung von Dokumenten
4.2.4 Lenkung von Qualitätsaufzeichnungen
5 Verantwortung der Leitung
5.1 Verpflichtung der Leitung
5.2 Kundenorientierung
5.3 Qualitätspolitik
5.4 Planung
5.4.1 Qualitätsziele
5.4.2 Planung des Qualitätsmanagementsystems
5.5 Verantwortung, Befugnis und Kommunikation
5.5.1 Verantwortung und Befugnis
5.5.2 Beauftragter der obersten Leitung
5.5.3 Interne Kommunikation
5.6 Managementbewertung
5.6.1 Allgemeines
5.6.2 Eingaben für die Bewertung
5.6.3 Ergebnisse der Bewertung
6 Management von Ressourcen
6.1 Bereitstellung von Ressourcen
6.2 Personelle Ressourcen
6.2.1 Allgemeines
6.2.2 Fähigkeit, Bewusstsein und Schulung
6.3 Infrastruktur
6.4 Arbeitsumgebung
7 Produktrealisierung
7.1 Planung der Produktrealisierung
7.2 Kundenbezogene Prozesse
7.2.1 Ermittlung der Anforderungen in Bezug auf das Produkt
7.2.2 Bewertung der Anforderungen in Bezug auf das Produkt
7.2.3 Kommunikation mit den Kunden

Kriterienkatalog der DIN EN ISO - Normen Kapitel 1 - 8 Fassung ds NQSZ 2008

(Fortsetzung)

ISO 9001:2000
7.3 Entwicklung
7.3.1 Entwicklungsplanung
7.3.2 Entwicklungseingaben
7.3.3 Entwicklungsergebnisse
7.3.4 Entwicklungsbewertung
7.3.5 Entwicklungsverifizierung
7.3.6 Entwicklungsvalidierung
7.3.7 Lenkung von Entwicklungsänderungen
7.4 Beschaffung
7.4.1 Beschaffungsprozess
7.4.2 Beschaffungsangaben
7.4.3 Verifizierung von beschafften Produkten
7.5 Produktion und Dienstleistungserbringung
7.5.1 Lenkung der Produktion und der Dienstleistungserbringung
7.5.2 Validierung der Prozesse zur Produktion und zur Dienstleistungserbringung
7.5.3 Kennzeichnung und Rückverfolgbarkeit
7.5.4 Eigentum des Kunden
7.5.5 Produkterhaltung
7.6 Lenkung von Überwachungs- und Messmitteln
8 Messung, Analyse und Verbesserung
8.1 Allgemeines
8.2 Überwachung und Messung
8.2.1 Kundenzufriedenheit
8.2.2 Internes Audit
8.2.3 Überwachung und Messung von Prozessen
8.2.4 Überwachung und Messung des Produkts
8.3 Lenkung fehlerhafter Produkte
8.4 Datenanalyse
8.5 Verbesserung
8.5.1 Ständige Verbesserung
8.5.2 Korrekturmaßnahmen
8.5.3 Vorbeugungsmaßnahmen

A.2. Entwurf **Kriterienkatalog** für ein Internes Audit

Führung des Internen Audits

Datum

Fragen und Themen des Internen Audits:

1. Gab es seit dem letzten Treffen Beschwerden von Klienten-/Patienten?
Welche :
2. Gab es Mitarbeiterkritik, wenn ja, mit welchen Themen?
3. Gab es vermeidbare Doppeltuntersuchungen?
4. Gab es Informations- und Kommunikations-Defizite?
5. Gab es einen unerwarteten Erfolg?
6. Gab es eine besondere Leistung?
7. Wie ist das Probezeitergebnis des neuen Mitarbeiters.
8. Wurde die Handzeichenliste aktualisiert?
9. Gibt es erste Ergebnisse zum neu eingeführten Präventionspaß?
10. Wo sind derzeit unsere Stärken, wo unsere Schwächen: Konzept SWOT?
11. Wer hatte die beste Idee der letzten drei Monate?
12. Gibt es neue Aspekte zur Kunden-, /Klienten-, /Patienten-,/Mitarbeiter – Befragung?
13. Wie wichtig ist das Setting unserer Klienten und Patienten für den Präventionserfolg einzuordnen?
14. Wie können wir mit dem Setting unserer Klienten/Patienten für Präventionserfolge arbeiten?
15. Fortbildungsteilnehmer des Jahreskongresses: Bericht die wichtigsten Themen:
16. Welche Themen haben für unsere Klienten / Patienten und unsere Praxis Bedeutung?

Teilnehmer am Audit mit Unterschriften

(Sinnvoll ist die Führung einer Personalliste zur fortlaufenden Ermittlung von Teilnahme und Schulungsbedarf.)

A.3. Entwurf Fragenkatalog Zufriedenheitsanalyse Klient / Patient

Fragebogen zu meiner präventionsmedizinischen Behandlung

Sehr geehrter Klient, sehr geehrte Klientin,

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

Wir möchten Sie nach den aktuellen wissenschaftlichen medizinischen Erkenntnissen bezüglich der Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten, dem Vorbeugen von weiteren Komplikationen bei bereits eingetretenen gesundheitlichen Störungen beraten und betreuen. Wir möchten Ihnen helfen, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit lange zu behalten. Um Sie erfolgreicher begleiten zu können, ist Ihre Mitarbeit wertvoll und im Besonderen auch Ihre Kritik, ihre Vorschläge an unserem Konzept.

Wir danken Ihnen für die Beantwortung unserer folgenden Fragen.

Datum:

Name:

Geburtsdatum: Tag – Monat – Jahr Geschlecht: m w

Fragen:

1. Sind Sie auf eigenen Wunsch/ mit eigenem Interesse zu uns gekommen?

Ja Nein

2. Sind Sie durch Rat von Freunden/Bekanntem zu uns gekommen?

Ja Nein

3. Was erwarten Sie von der Präventionsmedizin für Ihre Gesundheit?

Geben Sie mit maximal 3 Stichworten Ihre Erwartungen an.

4. Welche Fragen für Ihre Gesundheit bringen Sie mit?

5. Kennen Sie Ihre persönlichen gesundheitlichen Risiken?

6. Welche Probleme hinsichtlich Ihrer Gesundheit wollen Sie mit unserer Unterstützung angehen?

7. Welche Probleme hinsichtlich Ihrer Gesundheit können Sie mit unserer Unterstützung angehen?

8. Wie viel Zeit pro Woche können Sie für Ihre Gesundheit einsetzen?
(Information, eigene Maßnahmen für die Gesundheit: Bewegung, sportliche Aktivitäten)_____

9. Wollen Sie einen eigenen Gesundheitskompass für sich führen, als Leitfaden zur Verbesserung Ihrer Gesundheit?

10. Welches ist Ihr wichtigstes Ziel für Ihre Gesundheit?

11. Waren Sie mit unserer Erstbehandlung zufrieden?

Gespräche – Informationen Ja Nein

Untersuchungen Ja Nein

Gesamter Rahmen Ja Nein

12. Dürfen wir Sie auf dem Weg, Ihre Gesundheit zu verbessern, weiterbegleiten? _____

Geben Sie uns eine Note

1 sehr gut 2 gut 3 befriedigend

4 ausreichend 5 nicht ausreichend

A.4. Entwurf Fragenkatalog Zufriedenheitsanalyse Mitarbeiter

Praxis/Institut/Klinik

: Datum:

LiebeMitarbeiter,

Erfolg und Fortschritt unserer Praxis/Klinik/Institut ist das Ergebnis Ihrer Leistung und Ihrer Mitarbeit.

Wir möchten, dass Sie zufrieden sind mit Ihren Aufgaben und sich beruflich professionell weiterentwickeln können.

Um diese Ziele zu erreichen, sind Ihre Antworten auf die folgenden Fragen hilfreich.

1. Wie lange sind Sie Mitarbeiter unserer Praxis/Klinik?
2. Sind Sie mit Ihren Aufgaben zufrieden?
3. Sind Sie mit Ihrem zeitlichen Einsatz zufrieden?
4. Sind Sie mit den Möglichkeiten Ihrer medizinischen Fort- und Weiterbildung zufrieden?
5. Sind Sie mit Ihrer qualitätswissenschaftlichen Fort- und Weiterbildung zufrieden?
6. Möchten Sie Ideen und Anregungen für die Verbesserung unserer Ziele geben?

Geben Sie uns eine Note

- | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> 1 sehr gut | <input type="radio"/> 2 gut | <input type="radio"/> 3 befriedigend |
| <input type="radio"/> 4 ausreichend | <input type="radio"/> 5 nicht ausreichend | |

A.5. Entwurf **Fragebogen Voraudit - Zertifizierungsaudit**

Prüfung der Zertifizierungsfähigkeit

1. Ist das QM-Konzept der Praxis / Klinik in einem Rahmenvertrag auf Leitungsebene, der ärztlichen Leitung und der Geschäftsführung, in gemeinsamer Verantwortung festgelegt und unterzeichnet?
2. Existieren Festlegungen, um geeignete Daten zum QM-System zu erfassen und zu analysieren: Einhaltung von Patientenforderungen, Tendenzen von Prozessen?
3. Sind diagnostische und therapeutische Maßnahmen als Prozesse definiert?
4. Werden diagnostische und therapeutische Prozesse überwacht?
5. Sind Funktionen, Verantwortungen und Befugnisse innerhalb der Praxis/Klinik festgelegt (z.B. Organigramm)?
6. Besteht ein Qualitätsmanagement-Handbuch QMH zur Festlegung der gesamten Qualitätspolitik?
7. Bestehen festgelegte Verfahrensbeschreibungen zur Lenkung von Qualitätsaufzeichnungen?
8. Werden die Dokumentationsanforderungen erfüllt?
9. Bestehen Verfahrensbeschreibungen zur Lenkung der Dokumente?
10. Wurden Festlegungen zur Bewertung des Management-Systems getroffen, z.B. im jährlichen Management-Reviews?
11. Gibt es Festlegungen über die Bestimmung und Bereitstellung von Ressourcen?
12. Werden Patientenforderungen und Patientenerwartungen ermittelt?
13. Gibt es ein Leitbild?
14. Sind Festlegungen zur Anordnung, Einleitung, Durchführung, Fortführung und Überwachung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen getroffen?
15. Gibt es Konzepte zur Aufzeichnung und Registrierung von Wechselwirkungen und Interkurrenzeffekten in Diagnostik und Therapie?
16. Sind alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in einem Manual (VAs) festgelegt? Wird mit Präventionsmodulen gearbeitet?
17. Erfolgt eine Überwachung und Dokumentation diagnostischer und therapeutischer Nebenwirkungen?

18. Gibt es ein festes Konzept zur Inanspruchnahme, Kooperation und Zusammenarbeit mit Konsiliaren?
19. Werden Interne Audits durchgeführt ?
20. Gibt es Festlegungen zu Ablauf und regelmäßiger Termine für Internet-Audits
21. Gibt es Daten zu systemrelevanten Abweichungen der letzten Internen Audits
22. Werden Schulungen und Fortbildungen durchgeführt ?
23. Wird der Schulungsbedarf ermittelt ?
24. Gibt es Festlegungen zur Ermittlung des jeweiligen Schulungsbedarfs
25. Gibt es regelmäßige Fortbildungspläne für alle Professionen?
26. Gibt es Festlegungen zur Ermittlung und Überwachung von der Kunden/Patientenzufriedenheit?
27. Gibt es Festlegungen zur Kunden/Patientenaufklärung?
28. Gibt es Festlegungen zur regelmäßigen Kommunikation mit den Kunden/Patienten?
29. Gibt es Konzepte für Vorbeugemaßnahmen im Rahmen geplanter diagnostischer und therapeutischer Programme?
30. Gibt es Festlegungen für Krisen- und Notfallsituationen?
31. Gibt es Festlegungen zur internen Kommunikation?
32. Gibt es einen Qualitätszirkel ?
33. Liegt eine aktuelle Managementbewertung vor?
34. Gibt es Festlegungen zu Konzepten ständiger Verbesserungen?
35. Gibt es regelmäßigen interdisziplinären und fachübergreifenden Austausch, entsprechend der fachlichen und wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Präventionsmedizin
36. Welche Ziele sind für dieses Jahr festgelegt ?

B Kontakt-und Informationsstellen für QM

1. Akkreditierungsrat

Geschäftsstelle zur Akkreditierung Deutschland

Adenauer Allee 73

53113 Bonn

Tel: 0228-338 305-0 Fax: 0228- 338 306-79

e-mail. akr @akkreditierungsrat.de

2. AWMF

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften e.V.

Geschäftsstelle : Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf

Tel: 0211 312828 Fax: (0211) 316819

e-mail:awmf@uni-duesseldorf.de

www im Internet:http://awmf.org

3. ÄZQ

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

Wegelystraße 3 / Herbert-Lewin-Platz ,10623 Berlin

Tel: 030 4005-2522

Fax . 030 4005-2555

e-mail : mail@azq.de

e-mail. patientensicherheit@azq.de

4. BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung

Kanzlerstraße 4 , 40472 Düsseldorf

Tel: 0211-280729-0 Fax: 0211-280729-99

e-mail : info@bqs-online.de

5. DIN

Deutsches Institut für Normung
Burggrafenstraße 6 , 10787 Berlin
Tel: 030 2601-0 Fax: 030 2601 - 1231
www.din.de

6. CKM

Centrum Krankenhaus Management der Universität Münster
Prof. Dr. W. von Eiff
Röntgenstraße 9
48149 Münster
Tel:0251 8331440 Fax 0251 8331446
ckm@wiwi.uni-muenster.de
www.krankenhaus-management.de

7. CEN

**Europäisches Komitee für Normung: Comité Européen de
Normalisation** – in Brüssel
30 nationale Mitgliedern der EU
Mitgliedsländer in der Normungsorganisation– verantwortlich für
die Europäischen Normen – EN

8. DGQ

Deutsche Gesellschaft für Qualität
August- Schanz-Str. 21a – 60433 Frankfurt am Main
Tel. 069-95424-170 – Fax 069-95424-296
Email: rh@ddq.de - www.ddq.de

- a. Nationale Vertretung für **TQM für Deutschland**
- b. Nationale Vertretung für **E.F.Q.M. für Deutschland**

9. DQS

Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Management-Systemen mbH

August-Schanz-Str. 21 – 60433 Frankfurt am Main

Tel. 069-95427-160 – Fax 069-95427-111

e- mail: www.dqs.de

10. GQMG

Geschäftsstelle c/o Ärztekammer Hamburg,

Lerchenfeld 14, 22081 Hamburg – Tel.: 040-2272 8833

Info@gqmg.de

11. ILTIS GmbH

Röntgenstr. 15, 72108 Rothenburg

Tel. 07472-9839-0 – Fax 07472-9839-22

Email: thomas.fleck@iltis.de

12. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Dillenburg Str. 27, 51105 Köln – Tel. 0221-35685-422

13. KTQ-GmbH

Frankfurter Str. 83 – 53721 Siegburg

Postfach 1753 - 53707 Siegburg

Tel. 02241-108-238 – Fax 02241-108-565

www.ktq.de

14. NQSZ

Normenausschuss Qualitätsmanagement , Statistik und Zertifizierungsgrundlagen

10787 Berlin

Tel: 030 2601 2437

15. TGA

Trägergemeinschaft für Akkreditierung

German Association for Accreditation GmbH (Gartenstr. 6, 60594

Frankfurt a.M. – Tel. 069-61094311, Email: info@tga-gmbh.de)

im Gesundheitsbereich führende Akkreditierungszentrale

16. ZeQ GmbH

Geschäftsstelle Am oberen Luisenpark 7, 68165 Mannheim

Tel.: 0621-328850-0 – Email: johanna.ade@zeq.de

Literaturverzeichnis

- A**
- 126 Adam, D . Qualitätsmanagement im Krankenhaus In : Zeitschrift für Betriebswirtschaft, Wiesbaden, Ergänzungsheft 5, 1999, S.95-109
- 3 Ambler,R.W.;Dul l,H.B. Closing the Gap: The Burden of Unnecessary Illness, Oxford University Press, 1987
- 175 Amhof,R. Ärzte kaum präventiv tätig : In Gesundheitsmonitor Newsletter der Bertelsmann Stiftung 1 / 2006
- 123 Ammenwerth,E.; Haux, R.. IT-Projektmanagement im Krankenhaus und Gesundheitswesen, Schattauer-Verlag (4), 2005
- 401 Anbari, F. The Earned Value Analysis Method: Extensions and Simplifications, 17th World Congress on Project Management, 2003
- 565 Anand, S. and Hanson,K. DALYs: efficiency versus equity, Elsevier Science Ltd. 1998, and World Development Volume 26, Issue 2, 1998, p.307-310
- 447 Anonymous Zertifizierungsliste XXI-2001. Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis . Z. Angew Qualitätsmanag. Gesundheitsw I. Supplement, 2000
- 100 Antonovsky A. Salutogenese- Zur Entmystifizierung der Gesundheit, deutsche erweiterte Herausgabe von A. Franke, Tübingen: dgvt Verlag, 1957
- 101 Antonovsky, A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, 1997
- 29 Apitz, R;Winter, St. Potenziale und Ansätze der Prävention- aktuelle Entwicklungen in Deutschland In: Der Internist, Volume 45, Number 2, 2004,S.139-147
- 342 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften Das Leitlinien- Manual von AWMF und ÄZQ. Entwicklung und Implementierung von Leitlinien in der Medizin. Z. Ärztl. Fortbildung Qualitätssicherung, 2001

- (AWMF),
Medizinische
Zentralstelle
Qualitätssicherung (ÄZQ)
- 32 Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren zu §20 SGBV der Spitzenverbände der Kassen, Bergisch Gladbach, 2008
- 343 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, (AWMF) Von absoluter Risikoreduktion bis Zuverlässigkeit von Leitlinien, Begrifflichkeiten und Kommentare zum Programm für Nationale Versorgungs-Leitlinien. Neunkirchen, 2007
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin ÄZQ
- 389 Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) Beurteilung klinischer Messgrößen des Qualitätsmanagements- Qualitätskriterien und –indikatoren in der Gesundheitsversorgung. Konsenspapier der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der AWMF. 2002, ZaeFQ, 96:Anhang, Dokument 1, 2002
- 346 ÄZQ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ 2. Version, (<http://leitlinien.de>) 1999
- 390 ÄZQ ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin Qualitätsindikatoren, Manual für Auditoren, Programm für Nationale Versorgungsleitlinien von BÄK, KBV und AWMF, 2009
- B**
- 231 Baartmans, P.C.M.& Geng V. Entwicklung und Umsetzung eines Qualitätskonzeptes mit zentralen und dezentralen Aspekten. Bern: Hans Huber, 2000
- 337 Baartmans P.C.M.& Geng V. Qualität nach Maß Entwicklung und Einführung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen (2nd ed.) Bern: Hans Huber, 2006
- 156 Badura, B.; Ritter, W.; Scherf, M. Betriebliches Gesundheitsmanagement - ein Leitfaden für die Praxis, Berlin: edition sigma, 1999

- 8 Baltes P.B. Alter und altern :Sonderausgabe 5. Forschungsbericht der Akad.der Wiss.zu Berlin v.1992, Walter de Gruyter, Berlin, 1994
- 7 Baltes,P.B.; Mittelstrass,J. Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung, Walter de Gruyter, Berlin, 1986
- 141 Baric L., Conrad G. Gesundheitsförderung in Settings, Gamburg, 1999
- 140 Bauch J. Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung Prävention 25, 65-70, 2002
- 575 Baumgartner, Ch. Umsetzung und Realisierung von Performance Management - Kriterien für die Bewertung und Gestaltung , HMD, 2002, Heft 227,
- 201 Becker, U., Kingreen, T.H. SGB V, Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co.KG , München, 2008
- 257 Bellebara J.;Schnappauf D. Bellebarba J.; Schnappauf D. Organisationsentwicklung im Krankenhaus , Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen 1996, S.39-54
- 151 Bellwinkel M., Schröder A. Prävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm, „Mehr Gesundheit für alle“, Essen, 2004, S.7-150
- 229 Benz,Ch. Qualitätsplanung-Operative -Umsetzung strategischer Ziele, Carl Hanser Verlag , München, 2008
- 234 Bergmann G; Daub, J. Systemisches Innovations- und Kompetenzmanagement.Grundlagen – Prozess - Perspektiven , Gabler, Wiesbaden, 2008
- 207 Beschluß des G-BA Beschluß nach § 91 Abs.7 SGB V zur Fortbildung des Fachärzte im Krankenhaus v. 20.12.2005,DÄBL.103, Heft 4,2006:-179
- 476 Binner, H.F. Prozessorientierte TQM-Umsetzung Carl Hanser Verlag, München , 2002
- 511 Binner H.F. Auf dem Weg zur Spitzenmedizin, Managementleitfaden für die EFQM-Modell-Umsetzung, 1. Auflage , Carl Hanser Verlag, München 2005
- 544 Binner, H.F. Handbuch der prozessorientierten Arbeitsorganisation, REFA, Methoden und Werkzeuge der Umsetzung ,Carl Hanser Verlag , München ,2008

- 17 Birg, H. Die demographische Zeitenwende, Verlag CH. Beck, München, 2003
- 65 Bisalski,K.;
Grimm,P. Taschenatlas Ernährung,2004
- 569 Bittner, Franziska Qualitätsmanagement im Krankenhaus, GRIN Verlag, München, 2007
- 68 Blue,
I.;Harpham,T. The World Bank Development Report 1993: Reveals the burden of common mental disorders, but ignores its implications, British Journal of Psychiatry, 165, 1994, pp.9-12
- 338 Bollschweiler, E. Leitlinienentwicklung Nationale und klinikinterne Leitlinien : Definition und Problemlage In : Lauterbach K.W; Schrappe M. : Gesundheits -ökonomie Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, Schattauer, Stuttgart, New York, 2004, S.493-500
- 41 Booz E.;Allen J.;
Hamilton, C.
- 62 Brand,A.;Dabroc
k, P.; Paul, N.W.;
Schröder, P. Gesundheitssicherung im Zeitalter der Genomfor-
-schung, GTE Johannes Gutenberg Universität,
Mainz, 2004
- 86 Brandes,I.;Walter
U. Bewertung von Präventionsmaßnahmen aus
ökono- mischer Sicht ausgewählter Indikatoren,
Georg Thieme Verlag KG ,Stuttgart, New York,
2008
- 331 Brauer, J.P. DIN EN ISO 9000 : 2000 ff. umsetzen. Carl
Hanser Verlag, München, 2002
- 332 Brauer, J.P. DIN EN ISO 9000: 2000 ff. umsetzen, Gestal-
-tungshilfen zum Aufbau Ihres Qualitätsmanage-
-mentsystems, 5. Auflage, Carl Hanser Verlag ,
München, 2009
- 536 Brechbühler, M. Wie Fehler zu Lernquellen werden, Kranken-
-pflege, 2002, S.22-23
- 232 Brendt, R . Erfolgsfaktor Innovation, Herausforderungen an
das Management, Band 12, Springer Verlag
Berlin, 2005
- 566 Brödlein-Wahl,I.;
Hilpert,F.;Kohlm
ann Th. Therapiebeurteilung aus Patientensicht-PROs
(Patient Reported Outcomes),Onkologie,32
(Suppl.1),S.18-20,2009
- 258 Broglie, Ch. Der Lebenszyklus von Geschäftsmodellen ,
Juristische Medien, Schulthess , 2004

- 118 Broglie, G.; Rasch, L.M. Haftung und Arzneimittel im Off-Label-Use, *Kardioforum* ,2, 2009,S.42-43
- 561 Bullinger ,M. Methodische Grundlagen und Aspekte der Lebensqualität, In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 131, (Suppl.1), 2006, S.5-7
- 562 Bullinger, M.; Brütt, A. Lebensqualität und Förderung der Lebensqualität In: Linden, M. und Weig, W.D *Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation* Deutscher Ärzte-Verlag, 2009,S.17-29
- 112 Bundesärztekammer Gesundheitsförderung als Aufgabe der Heilberufe, *Dtsch.Ärztebl.*, 90 (Heft 47), 1993, S.2129-2139
- 345 Bundesärztekammer (Hrsg). Checkliste: Methodische Qualität von Leitlinien. *Dtsch Ärztebl*, 95, 1998, S.2576-9
- 204 Bundesärztekammer (Hrsg). Leitfaden Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus , Zuckschwerdt, München, 1997
- 203 Bundesärztekammer (BÄK),Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung- Beschlüsse der Vorstände der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung, *Deutsches Ärzteblatt* 94, 1997, S.2154-2155
- 205 Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg). Curriculum Qualitätsmanagement / Ärztliches Qualitätsmanagement. 3. überarb. Auflage Köln, 2003
- 436 Bundesministerium des Inneren BMI, Referat 01 Organisationshandbuch: Kapitel 6.3.4 Stärken/Schwächen -Analyse (SWOT-Analyse), Berlin, 2009
- 25 Bundesregierung Gesetzesentwurf der Bundesregierung : Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention sowie zur Änderung anderer Gesetze, 23. November 2007, S. 1-40

- 532 Bungard, W. Mitarbeiterbefragung, Beltz, Weinheim, 1997
- 160 Burian, R. Konsiliarpsychiatrie im Allgemeinkrankenhaus und ambulante Hausarztbehandlung- Läßt sich durch eine verbesserte Kommunikation die Konkordanz von Hausärzten gegenüber konsiliarpsychiatrischen Empfehlungen erhöhen ? , Dissertation medizini- sche Fakultät Charite Berlin, 2008, S.22-23,
- 69 Burisch, M. Das Burnout- Syndrom, 2. Auflage, Springer – Verlag Berlin, Heidelberg, 1994
- 4 Butler, R.N.; Fossel ,M.; Harman, S.M. et al. Anti-aging medicine. What makes it different from geriatrics ? Geriatrics 55, 2000, p.39-43
- 50 BzGA- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **C** Was hält den Menschen gesund? Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6, (Hrsg), 2001
- 326 Campbell, I.; Scheibeler A., ISO 9001: 2000, Umsetzung der Norm, Status quo? WEKA MEDIA, 2003
- 70 Caplan ,G. Principles of preventive psychiatry. Basic Books, New York, 1964
- 327 Cassel, M. ISO 9001 Qualitätsmanagement prozessorientiert umsetzen, Carl Hanser Verlag, München, Wien, 2007
- 559 Chassany,O.;Sagnier,P.;Marquis,P.Fulleton,S. ;Aarons on,N. Patient Reported Outcomes and Regulatory Issues :the Example of Health –related Quality of Life-A European Guidance Document for the Improved Integration of HRQL Assesment in the Regulatory Process,Drug Inf J, 36, 2002, 209-238
- 405 Conrad, H.-J. Balance Scorecard als Managementkonzept im Krankenhaus In: Lauterbach K.W., Schrappe M. : Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, Schattauer, Stuttgart, 2004, S.352-356
- 558 Constanza,R.,et al. An Integrative Approach to Quality of Life Measurements,Research,and Policy., S.A.P.I.EN.S.,2008, 1 (1)
- 196 Council of Europe, Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis

- Committee of Ministers
10.Oktober 2001
- 57 Cornaro, A. Vom maßvollen Leben, oder die Kunst,gesund alt zu werden. 2.Auflage , Manutius Verlag, Heidelberg, 1997
- 246 Crosby, Ph.B. Quality without Tears, McGraw-Hill Company, New York/NY/USA,1984
- 247 Crosby, Ph.B.a Quality is free , Mc Graw-Hill Company ,New York / NY/ USA, 1986
- 216 Crosby, Ph.B.b So führe ich mein Team [Running things: dt. Übers.: Küfer K.] Mc Graw-Hill Company, New York / NY/ USA, 1986
- 248 Crosby, Ph.B. Auf Dauer erfolgreich [The eternally successful organisation : dt. Übers. Küfer K.] Mc Graw-Hill Company, New York / NY/ USA, 1989
- 192 Crosby, Ph.B. Cutting the Cost of Quality, 2. Aufl., McGraw-Hill Company, New York/NY/USA, 1990
- 249 Crosby, Ph.B. Qualität 2000 [Completeness: quality for 21st century: dt. Übers. Pumpering, A.;Gebauer ,St.] Carl Hanser, München, 1994
- 250 Crosby, Ph. B. Qualität ist frei und bleibt frei [Quality is still free: dt. Übers. Gebauer,St.,Pumperinmg,A.] Ueberreuter, Frankfurt/M, 1996
- 251 Crosby, Ph. B. Qualitätsmanagement [„Quality is free“,dt. Übers. Gebauer St.] Ueberreuter,Frankfurt/M, 2000
- D**
- 52 Dahlgren,G.; Whitehead, M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health, Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991
- 191 Daigh, R.D. Financial implications of a quality improvement process , Healthcare Finance News 17(3), 1991, pp.42-52
- 392 Davies, S.M.;Geppert J.;Mc Clellan, M.;Mc Donald, K.M.;, Romano, P.S.; Shojania, K.G. Refinement of the HCUP quality indicators. Technical review number 4 (prepared by UCSF-Stanford evidence-based practice center under contract No.290-97-0013). AHRO Publication No. 01-0035. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001

- 132 Deming W.E. Quality, Productivity, and Competitive Position. Cambridge/Mass./USA: Massachusetts Institute of Technology Press, 1982
- 133 Deming W.E. Out of the Crisis. Cambridge/Mass./USA: Massachusetts Institute of Technology Press, 1986
- 206 Deutsches Ärzteblatt Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren vom 18.10.2005, DÄBL 103, Heft 3/2006, A.-144ff, C.-124ff
- 207 Deutsches Ärzteblatt Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 7 SGBV zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus vom 20.12.2005, DÄBL 103, Heft 4/2006: A-211, B-183, C-179
- 506 Deutsche Gesellschaft für Qualität DGQ Das EFQM- Modell für Excellence/ Unternehmen, 2003
- 518 Deutsche Gesellschaft für Qualität DGQ Excellence bewerten- Eine praktische Anleitung zur Selbstbewertung, 2003
- 514 Deutsche Gesellschaft für Qualität DGQ Das EFQM- Modell für Excellence und Excellence bewerten, 2003
- 520 Deutsche Gesellschaft für Qualität DGQ Excellence bestimmen- Eine Fragebogen-Methode, 2003
- 507 Deutsche Gesellschaft für Qualität DGQ Das EFQM-Modell für Excellence in der Anwendung , 2003
- 508 Deutsche Gesellschaft für Qualität DGQ Das E.F.Q.M.-Modell für Excellence, 2003
- 516 Deutsche gesellschaft für Qualität DGQ Die acht Eckpfeiler der Excellence, 2003
- 509 Deutsche Gesellschaft für Qualität DGQ Excellence einführen, 2003
- 517 Deutsche Excellence bewerten, 2003

	Gesellschaft für Qualität DGQ	
522	Deutsche Gesellschaft für Qualität DGQ	Informationsbroschüre zum Ludwig Erhard- Preis,2003
523	Deutsche Gesellschaft für Qualität DGQ	Bewerbungsbroschüre zum Ludwig-Erhard- Preis,2003
521	Deutsche Gesellschaft für Qualität DGQ	Excellence One Toolbook for Benchmarking, 2003
318	Deutsche Gesellschaft für Qualität DGQ	Band 13-11 FMEA – Fehlermöglichkeits – und Einflussanalyse, 2003
322	Deutsches Institut für Normung DIN e.V.(Hrsg)	Qualitätsmanagement, Statistik, Umweltmana - gement. Anwendungshilfen und Normensamm - lungen, DIN EN ISO 8402, Beuth , Berlin,1998
323	Deutsches Institut für Normung DIN e.V.(Hrsg.)	Qualitätsmanagement, Statistik, Umweltmana - gement. Anwendungshilfen und Normensammlun- gen, DIN EN ISO 9000:2000, Beuth ,Berlin,2000
324	Deutsches Institut für Normung DIN e.V. (Hrsg).	Norm DIN EN ISO 9000 : 2000. Qualitätsmanage mentsysteme- Grundlagen und Begriffe, Beuth, Berlin, 2000
328	Deutsches Institut für Normung DIN e.V. (Hrsg).	Norm DIN EN ISO 9000 : 2000 Qualitätsmanagementsysteme- Anforderungen , Beuth ,Berlin, 2000
329	Deutsches Institut für Normung DIN e.V. (Hrsg).	Norm DIN EN ISO 9000 : 2000 Qualitätsmanage -mentsysteme- Leitfaden zur Leistungsverbesserung. Beuth, Berlin, 2000
315	Deutsches Institut für Normung DIN e.V.(Hrsg)	DIN 25 448: Ausfalleffektanalyse, FMEA.Beuth, Berlin, 1990
316	Deutsches Institut für Normung DIN e.V.(Hrsg)	DIN EN 60812 Analysetechniken für die Funktionsfähigkeit von Systemen- Verfahren für die Fehlzustandsart- und –auswirkungsanalyse (FMEA), Beuth, Berlin,2006
333	Deutsches Institut für Normung DIN e.V. (Hrsg)	ISO 9001 : 2008 Qualitätsmanagementsysteme- Anforderungen ISO/DIS 9001:2007; Ersatz für ISO 9001:2000, Beuth Berlin,2008

- 184 Deutscher Manager-Verband e.V. Handbuch Soft Skills ,1. Soziale Kompetenz.vdf. Hochschulverlag, Zürich, 2003
- 53 Deutsches Statistisches Bundesamt Destatis Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland,Wiesbaden, 2006, 2007, 2008
- 26 Deutsches Zentrum für Altersfragen Der Alterssurvey. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Berlin, 2005
- 127 Donabedian, A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care, Oxford University Press, USA, 1. edition, December ,2002
- 128 Donabedian, A. Evaluation the Quality of Medical Care, The Milbank Quarterly, Vol.83, No.4,2005, pp.691-729
- 214 Drucker,P.F. Praxis des Managements, Econ, Düsseldorf, 1956
- 217 Drucker,P.F. Was wir vom Japanischen Management lernen können,Hrsg: Japan Air Lines, Europa Zentrale, 1971
- 218 Drucker,P.F a Erfolgreiches Management in Krisenzeiten ,Verlag Heyne, München, 1984
- 220 Drucker,P.F.b Neue Management-Praxis, Econ, Düsseldorf,1984.
- 188 Drucker,P.F. Die Zukunft managen, Econ, Düsseldorf, 1992
- 189 Drucker,P.F. Die ideale Führungskraft, Econ Düsseldorf, 1995
- 221 Drucker,P.F. Umbruch im Management, Econ, Düsseldorf. 1996
- 219 Drucker,P.F Management in turbulenter Zeit,Econ,Düsseldorf 1997
- 215 Drucker, P.F Die Praxis des Managements, Econ, Düsseldorf, 1998
- 222 Drucker P.F Die Zukunft bewältigen, Econ, Düsseldorf, 1998
- 223 Drucker,P.F. Management im 21.Jahrhundert,Econ, Düsseldorf, 1999
- 211 Drucker P.F. Die Kunst des

- Managements,Econ,Düsseldorf,2000
- 212 Drucker ,P.F. Was ist Management? Econ, Düsseldorf, 2002
- 225 Drucker,P.F. Kardinalfragen effektiver Führung, Redline Wirtschaft, Heidelberg, 2007
- 226 Drucker,P.F.;Collins ,J. Die fünf entscheidenden Fragen des Managements, Wiley-VCH, Weinheim, 2009
- 87 Druyen Th. Olymp des Lebens- Das neue Bild des Alters, Wolters Kluwer Deutschland GmbH München, 2003
- E**
- 129 Eckkernkamp,A; Scheibe,O. Qualitätsmanagement in der Medizin Handbuch für Klinik und Praxis. Ecomed , Landberg ,1997
- 138 Egger,B.. Primat der Prävention: Wie passt Screening dazu? Medizinische Klinik, 98,(Nr.3),Urban &Vogel, München, 2003, S.170-174
- 568 Emery M.P.; Perrier,L.L.; Acquadro.C. Patient –Reported Outcome and Quality of Life,Instruments Database (PROQLID):Frequently asked questions,Health and Quality of Life Outcomes, 2005, 3:12
- 347 Encke, A; Kopp,I; Selbmann H.K.;Hoppe,D et al.. Das Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) Deutsches Ärzteblatt 102, 2005, A 1912-1913
- 142 Engelmann, F.; Halkow, A. Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung, Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin WZB, 2008
- 116 Engelstädter,H. Metamorphosen im Werteverständnis, Schriftenreihe „Europäische Integration- Grundlagen der Theorie und Politik” Nr. 14, Hrsg. Forschungs -institut der Internationalen Wissenschaften, 2007
- 259 Ennker,J.;Pietrowski,D.,Kleine,P. Risikomanagement in der operativen Medizin,2007,Verlag Steinhoff,Darmstadt
- 569 ERIQA Group Assessing Treatment Impact Using Patient Reported Outcomes (PROs):Challenges in Study Design,Conduct and Analysis,Meeting Report (Paris May 10-11,2004), Patient Reported Outcomes Newsletter, 3 2005, (Special):1-16

- 98 Ewles,
L.;Simnett, I.
F Promoting health: a practical guide to health
education, 4. Aufl., Harcourt, Edingurgh, 1999
- 5 Fauteck, J.D.;
Kusztrich I. Leben mit der inneren Uhr, Econ-Verlag, Berlin,
2006
- 563 Feinstein,A.R. A Critical Appraisal of Quality of Life
Measurements, JAMA,272 1994, pp.630-1
- 340 Field, M.;Lohr
,K. Guidelines for clinical practice: from
development to use. Washington, DC: National
Academy Press, 1992
- 339 Field, M.; Lohr K
(eds). Committee to Advise the Public Health Service
on Clinical Practice Guidelines, Directions of an
New Program, Washington DC: National
Academy Press, 1990
- 76 Finkel,
T.;Holbrook, N.J. Oxidants, oxidative stress and the biology of
aging, Nature 408, 2000, p.239-247
- 241 Fischer,H.;
Gerhardt, E.P.;
Greulich ,A;
Räpple, T.;
Schneider,E.;Thie
le, G.;Ulmer, U. Management Handbuch, Heidelberg, 2005
- 460 Fleming, Q. W. ;
Koppelman, J.
M. Was ihr Projekt wirklich kostet, Harvard
Buisness - manager, 2004 pp.15-17
- 22 Foege ,W.H. “Redefining Public Health” JLME
Law,Medicine & Ethics 32, 4. Suppl. 2004,pp
23-6
- 314 Franke, W.D. FMEA – Fehlermöglichkeits- und –
einflußanalyse in der industriellen Praxis –
Landsberg: Verlag Moderne Industrie. 1987
- 104 Franzkoviak P.&
Sabo,P. Dokumente der Gesundheitsförderung.
Internationale und nationale Dokumente und
Grund lagentexte zur Entwicklung der
Gesundheitsförde- rung im Wortlaut und mit
Kommentierung, Mainz: Peter Sabo, 1993
- 499 Frehr, H.-U. Total Quality Management: Unternehmensweite,
Qualitätsverbesserung, Carl Hanser Verlag,
München, 1994
- 413 Friedag, H. &
Schmidt W. Balance Scorecard. Mehr als ein
Kennzahlensystem

- Haufe Verlag, Freiburg im Breisgau, 1999
- 414 Friedag H.;Schmidt W. My Balance Scorecard - das Praxishandbuch für Ihre individuelle Lösung, Haufe Verlag Freiburg, 2000
- 440 Füermann,T.;Dammersch C. Prozessmanagement, Anleitung zur ständigen Prozessverbesserung, 3. Auflage, Carl Hanser Verlag, München, 2008
- G**
- 320 Gaebig, K. Normensammlung Qualitätsmanagement und Zertifizierungsgrundlagen, Beuth, Berlin, 2002
- 71 Gandjour,A.; Lauterbach, K.W. Zur Wirtschaftlichkeit von Qualitätsverbesserungs -maßnahmen im Gesundheitswesen. Medizinische Klinik 98 , Sondernummer 1, 2003, S.70-73
- 245 Garvin, D.A. What does “Product Quality” Really Mean ? Sloan Management Review, 1984, p.25
- 202 Gemeinsamer Bundesausschuß (G-BA) Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren (Qualitätsmanagementrichtlinie vertragsärztliche Versorgung) in der Fassung vom 18. Oktober 2005, 9.Juli 2008
- 391 Geraedts ,M.; Jäckel, W; Thomeczek,C.; Altenhofen, L. et al. Qualitätsindikatoren in Deutschland. Positionspapier des Expertenkreises Qualitätsindikatoren beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin. Z. Ärztl. Fortbild. Qualitätssicherung , 99, 2005, S.329-331
- 422 Gerberich, C.W.:Schäfer, Th.; Teuber J. Integrierte Lean Balanced Scorecard - Methoden, Instrumente , Beispiele, 2006,Gabler Verlag, Wiesbaden
- 260 Gerlach F.M. Qualitätsförderung in Praxis und Klinik. Thieme, Stuttgart, 2001
- 453 Gietl, G.; Lobinger ,W. Qualitätsaudit, Planung und Durchführung von Audits nach DIN EN ISO 9001:2000, Carl Hanser Verlag, München, 2003
- 454 Gietl,G.; Lobinger , W. Leitfaden der Qualitätsauditoren. Planung und Durchführung von Audits nach ISO 9001:2000, Carl Hanser Verlag, München, 2004
- 119 Gietl G.; Bonität durch Effizienzmanagement, Carl Hanser

- 311 Lobinger ,W.;
Knon, G.
Gilbert, J. Verlag, München, 2004,
How to eat an Elephant. A slice by slice guide to total quality management. Liverpool Academic Press, 2000
- 134 Gitlow, H.;
Gitlow, S . The Deming Guide to Quality and Competitive Position. Englewood Cliffs/NJ/USA: Prentice Hall, 1987
- 325 Glaap, W. ISO 9000 leichtgemacht. Praktische Hinweise und Hilfen zur Entwicklung und Einführung von QS-Systemen, Carl Hanser Verlag, München, 1993
- 432 Glaap, W. TQM in der Praxis leichtgemacht. Hilfen und Hinweise für die Einführung von QM-Systemen.: Carl-Hanser Verlag , München,,1996
- 261 Göbel, D. Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Krankenhäuser und Reformdruck. Springer, Heidelberg, 1999
- 336 Graebig, K. DIN EN ISO 9001 : 2008, Änderungen und Auswirkungen, Deutsches Institut für Normung, Beuth Verlag, , Berlin, 2009
- 143 Greene, R. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in sozial benachteiligten Stadtteilen. In: E & C Fachforum Vernetzung –Macht der Gesundheit : Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesund -heitsw esen in Brennpunkten, Berlin, 2003, S.39-61
- 262 Greßler U.,
Göppel R. Qualitätsmanagement. Eine Einführung, Stam Verlag, Köln, München, 1996
- 348 Grimshaw,
J.;Russell ,I. Archieving health gain through clinical guidelines. In: developing scientificallyvalid guidelines. Int J Qual Health Care 2 (4), 1993, pp.243-8
- 66 Gröber, U. Arzneimittel und Mikronährstoffe, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart, 2007
- 386 Groll, K.H. Kennzahlen für das wertorientierte Management, Carl Hanser Verlag, München, 2003
- 88 Gronemeyer,R. Kampf der Generationen, Deutsche Verlags-Anstalt, München, 2004

- 36 Grossmann, R.; Scala, K. Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement, Juventa, Weinheim, München 1994
- 37 Grossmann,R.,Scala K. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Verlag Peter Sabo, 2003, S.205-206
- 493 Gundlach ,C. Praxishandbuch Six Sigma,Symposion Publishing GmbH, 2008
- 555 Guyatt,G.H.; Feeny,D.H.; Patric,D.I. Messung health-related quality of Life:Basic sciences review,Annals of Internal Medicine,Intern Med.,1993,pp.70225-30
- 556 Guyatt, G.H.; Cook, D.J. Health Status , Quality of Life and the individual Patient. A Commentary on: Gill, T.M.; Feinstein, A.R. : A Critical Appraisal of Quality of Life Measurements , JAMA ,272, 1994, pp.630-1
- 557 Guyatt ,G.H.; Naylor, C.D.; Juniper, E.; Heyland, D.K.; Jaeschke, R.; Cook. D.J. How to Use Articles About Health-Related Quality of Life Measurements, JAMA 277 (15),1997, pp.1232-1237
- H**
- 164 Härter,M.;Loh,A.; Spies,C. Patientenbeteiligungen bei medizinischen Entscheidungen. Neue Anstöße zum Transfer in die Patientenversorgung. Deutscher Ärzteverlag, Köln, 2005, S.25-33
- 173 Halber, M.; Schrappe, M. Krankenhausinterne Leitlinien am Beispiel der Kölner Leitlinien-Konferenz In: Lauterbach K.W.; Schrappe M. : Gesundheitsökonomie , Qualitäts -management und Evidence-based Medicine, Schattauer, Stuttgart, New York, 2004, S.523-532
- 97 Halle, M.; Schmidt-Trucksäss, A.; Hambrecht ,R.; Berg, A. Sporttherapie in der Medizin, Evidenzbasierte Prävention und Therapie, Schattauer ,Stuttgart, 2008
- 537 Hansis, M.L.; Hart, D.; Becker-Scharze, K.; Hansis, D.E. Medizinische Behandlungsfehler. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 04, Robert-Koch-Institut, Berlin, 2001
- 233 Hauschildt,J.;Salomo, S. Innovationsmanagement , 5.Auflage, Verlag Vahlen, München, 2009

- 512 Heib, K.;Möller, J. Das EFQM-Modell in Gesundheitsorganisationen, Diplomarbeit Mainz, 2005 www.diplom.de/Diplomarbeit-10588/Das_EFQM-Modell_in_Gesundheitsorgan...,16.09.2009
- 380 Hellmann W. Clinical pathways Landsberg: Ecomed , 2002
- 198 Helou,A. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in Deutschland. Übersicht auf der Grundlage des Gutachtens"Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit"des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung –Gesundheitsschutz, 2002,Volume 45,Nummer 3
- 242 Heimerl-Wagner, P.; Köck C. Management in Gesundheitsorganisationen. Ueberreuter, Wien,1996
- 49 Hense,H.W. Arterielle Hypertonie, Prävalenz und Incidenz In: Schauder,P.;Berthold,H. et al.,Zukunft sichern, Senkung der Zahl chronisch Kranker, 2006 S.156-161
- 63 Hengstschläger, M. Die Macht der Gene, ecovin Verlag, Salzburg, 2006
- 418 Herwig, R.;Friedag, R. Die Balance Scorecard als ein universelles Managementinstrument ,Verlag Dr. Kovac` , Hamburg; 2005
- 209 Hessisches Ärzteblatt Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung und Vereinbarung zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus seit 1.1.2006 in Kraft, 3, 2006, S.176
- 130 Hindringer, B.; Rothballer,W.; Thomann, H.J. Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Aktueller Ratgeber für alle Bereiche des Gesundheitswesens. Verlag TÜV Rheinland, Köln, ,1996 S.1-27
- 263 Hildebrand, R. Das bessere Krankenhaus. 2. Aufl., Luchterhand, Neuwied, 2001
- 513 Hildebrand, R. EFQM In: Lauterbach K.W.; Schrappe M. : Gesundheitsökonomie , Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, Schattauer, Stuttgart, New York, 2004, S.482-486
- 407 Hildebrand, R.; EFQM und Balance Scorecard beschleunigen den

- Lamprecht, W. Kulturwandel im Krankenhaus f&w ,2000, S.401-3
- 58 Hildebrandt,G.;Lehofer, M.;Moser, M. Chronobiologie und Chronomedizin, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1998
- 491 Hirsch-Kreinsen H. Organisation und Mitarbeiter in TQM ,Springer, Berlin, 1998
- 174 Holler, T.; Schmid, K.; Müller, H.P.;Reemts, C.;Bissat ,K.;Rieben, E. Praktische Pfadearbeit. Konstruktion, Implementierung, Controlling von Patientenpfaden In: Hellmann W. (Hrsg). Clinical pathways Landsberg: Ecomed , 2002, S.38-129
- 170 Hommel, R. H.; Spranger H. Projektskizze Gesundheit in Lebensentwurf, Lebensplanung und Lebensstil: Medizinische Salutogenese, Regulation und Kohärenz in Versteh- barkeit, Bedeutsamkeit und Handhabbarkeit, Grin Verlag, 2009
- 47 Hoppe, J.D.;Kunstmann, W. Resolution des außerordentlichen Deutschen Ärztetages 2003 und Prävention In Schauder, P.; Berthold, H.; Eckel, H.; Ollenschläger, G. – Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2006, S. 23-26
- 421 Horvath,P. Mehr Verantwortung für den Controller; Lösungs- ansätze zur Leistungssteigerung und Best-practice-Lösungen zum Performance- und Compliance-Controlling. Schäffer-Poeschel, Stuttgart,2008
- 429 Horvath,P. Balanced Scorecard umsetzen, 4. Auflage, Verlag Schäffer-Poeschel, Stuttgart, 2007
- 59 Huber, J. Grundlagen der Altersprävention, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien, München, 2004
- 60 Huber, J.; Buchacher, R. Das Ende des Alterns, Econ Verlag, Berlin, 2005
- 61 Huber,J.; Klenze,M. Die revolutionäre Snips-Methode,2004
- 92 Hufeland, Ch.W. Makrobiotik oder die Kunst das menschliche Leben zu verlängern, Akademische Buchhandlung, Jena, 1797
- 93 Hufeland, Ch.W. Makrobiotik oder Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern, 6. Auflage, Berlin ,

Deutsche Nationalbibliothek, 1842

- 106 Hurrelmann K.;
Laaser, U., Handbuch Gesundheitswissenschaften, Juventa
Verlag, Weinheim, München , 2003
- 107 Hurrelmann, K. Handbuch der Gesundheitswissenschaften,
Juventa, Weinheim, München, 2006
- I**
- 433 Imai ,M. Kaizen. Der Schlüssel der Japaner zum Erfolg im
Wettbewerb , Hrsg. Langen-Müller, München
1993
- J**
- 182 Jacobi,
G.;Biesalski
H..K.;Gola,U.;Hu
ber,J.;
Sommer F. Kursbuch Anti-Aging, Georg Thieme Verlag ,
Stuttgart, New York, 2005
- 502 Jaritz, A. TQM und Mitunternehmertum im Humanressour-
-cenmanagement, Verlag Hampp ,München,
1999
- 383 Joint Commission on Accreditation
of Healthcare Organization (JCAHO) Primer on Indicator Development and
Application. Measuring quality in health care.
One Renaissance Blvd, Oakbrook Terrace, ILL,
1990
- 533 Jung, K. Befragung der Mitarbeiter, In Fischer,H.;
Gerhardt, E.P.; Greulich ,A; Räßle,
T.;Schneider, E.;Thiele, G.;Ulmer, U.
Management Handbuch Krankenhaus
Heidelberg, 2005
- 136 Juran ,Joseph M. Juran`s Quality Handbook, Med.,5.Auflage, Mc
Graw-Hill professional, New
York/NY/USA,2000
- K**
- 449 Kahla-Witzsch A. Zertifizierung im Krankenhaus nach DIN EN ISO
9001 : 2000. Ein Leitfaden.
Kohlhammer,Stuttgart, 2002
- 72 Kaluza, G. Stressbewältigung, Springer Medizin, Heidelberg,
2005
- 477 Kamiske G.F. Die hohe Schule des Total Quality Management,
Springer, Berlin, 1994

- 478 Kamiske, G.F. Der Weg zur Spitze : mit Total Quality Management zu Buisness Excellence- Leitfaden zur Umsetzung, Carl Hanser Verlag, München, 1998
- 479 Kamiske, G.F. Der Weg zur Spitze; Buisness Excellence durch Total Quality Management- der Leitfaden ,Carl Hanser Verlag, München, 2000
- 480 Kamiske, G.F. TQM. In Zollondz, H.D. (Hrsg.): Lexikon Qualitätsmanagement .Oldenbourg, München,2001, S.1163-1166
- 301 Kamiske ,G.F. Handbuch QM-Methoden :Die richtige Methode auswählen und erfolgreich umsetzen, Carl Hanser Verlag , München, 2009
- 264 Kamiske ,G.F. Qualitätsmanagement im Dienstleistungsbereich, Carl Hanser Verlag,München, 2003
- 265 Kamiske G.F.; Brauer J.P. Qualitätsmanagement von A bis Z.Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements; 3. vollst. überarb. und erw. Aufl.; Carl Hanser Verlag, München 1999
- 266 Kamiske, G.F.; Bauer, J.P. Qualitätsmanagement von A-Z., Carl HanserVerlag, München , 2002
- 267 Kamiske, G.F.; Brauer J.P. Qualitätsmanagement von A bis Z: Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements, Carl Hanser Verlag, München, 2006
- 268 Kamiske, G.F.; Brauer J.P.a ABC des Qualitätsmanagements, Carl Hanser Verlag, München, 2008
- 269 Kamiske, G.F.;Brauer J.P,b Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterungen moderner Begriff des Qualitätsmanagements, Carl Hanser Verlag, München, 2008
- 270 Kamiske, G.F.;Umbreit, G. Qualitätsmanagement – eine multimediale Einführung, 3. Auflage, Carl Hanser Verlag, München, 2006
- 185 Kanning, U.P. Soziale Kompetenz-Definition, Strukturen und Prozesse. In: Zeitschrift für Psychologie 210 (4), 2002, S.154-163
- 408 Kaplan, R.S.; Norton D.P. a In Serach of Excellence- der Maßstab muss neu definiert werden, In: HARVARD BUISINESS MANAGER, Jg. 14, IV. Quartal, 1992, pp.37-46
- 409 Kaplan,R.S.; The Balanced Scorecard-Measures that Drive

- Norton D.P. .b Performance. In: HBR Harvard Business Review 71 January-February, 1992, pp 71-79
- 423 Kaplan, R.S.;
Norton, D.P. Putting the Balanced Scorecard to work. In: HBR Harvard Business Review, September-Oktober, 1993, pp 143-147
- 410 Kaplan,R.S.;
Norton,D.P.a Using Balanced Scorecard as a Strategic Management System, HBR Harvard Business Review, January-February, 1996, p 75
- 411 Kaplan, R.S.;
Norton, D.P.b Balanced Scorecard, Boston, Mass., 1996
- 412 Kaplan,R.S.;Norton,
D.P. Using the Balance Scorecard to Create Corporate Synergies, Harvard Business School Publishing, 2006
- 420 Kaplan,
R.S.;Norton,
D.P.; Horvath P. Balance Scorecard . Strategien erfolgreich umsetzen, Verlag Schäffer-Pörschel,Stuttgart, 1997
- 415 Kaplan,
R.S.;Norton
D.P.;Horvath P.&
Gaiser B. Strategy Maps. Der Weg von immateriellen Werten zum materialen Erfolg. (Übers.) Verlag Schäffer-Poeschel, Stuttgart, 2004
- 393 Kazandijan, V.A. Indicators of performance on the search for the best pointer dog.In: Kazandijan VA.(ed).The Epidemiology of Quality. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publ. 1995, pp.25-27
- 385 Kazandijan,V.A.;
Wood, P.;
Lawthers J. Balancing science and practice in indicator development: The Maryland Hospital Association Quality Indicator (QI) Project. Int J Qual Health Care, 7,o.O., 1995, p.39-46
- 14 Kessner, D.M.;
Kalk, C.E.;
Singer, J. Assessing health quality-the case for tracers, N Engl J Med 288, 1973,p.189-94
- 144 Kilian, H.;Greene
R.& Philippi, T. Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. In: Rosenbrock, R.; Bellwinkel, M.& Schröder, A. (Hrsg.) Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wirt- schaftsverlag NW, Bremerhaven, 2004, S.151-230
- 350 Kirchner, H.;
Fiene, M.;
Ollenschläger, G. Disseminierung und Implementierung von Leit - linien im Gesundheitswesen - Bestandsaufnahme Juli 2001. Dtsch Med Wochenschr 126 (43), 2001,S.1215-20
- 515 Kirstein, H. Von ISO 9000 zum Excellence Modell,

- Versionen der ISO 9001 und des EFQM-Modells
In: Kamiske G.:Der Weg zur Spitze Buisness
for Excellence durch Total Quality Management ,
Der Leitfaden, Carl Hanser Verlag, München,
2000
- 455 Klakow-Franck R. Der Weg zum Zertifikat, Deutsches Ärzteblatt,
2005, 102/ Heft 21, S A-1486
- 271 Kleine, Peter.; Ennker,Jürgen Qualitätsmanagement in der operativen Medizin
Leitfaden für Ärzte und Pflegekräfte
Verlag Steinkopff , Darmstadt, 2007
- 163 Klemperer,D.; Rosenwirth ,M. Shared Decision Marking, Bertelsmann Stiftung,
Gütersloh, 2005
- 296 Kliche, T. Qualitätssicherung – wozu ist sie denn nütze ?
Forum für Gesundheitsförderung und Prävention,
15,(2), 2009, S.4-5
- 20 Kliche ,T.; Kröger, G. Empowerment in Prävention und Gesundheits-
förderung. Eine konzeptkritische
Bestandaufnahme von Gesundheitsverhältnissen,
Dimensionen und Erhebungsproblemen,
Gesundheitswesen 70 (12),
2008, S.715-720
- 573 Kliche, Th.; Töppich, J. Qualität in der Prävention (QIP), Wirkungsbe -
zogene Qualitätssicherung im Setting Kita ,
Kon- gress : Prävention und
Gesundheitsförderung in Lebenswelten mit
Qualität, UKE und BZgA, Berlin, 2008
- 501 Kobjoll, K. Abendteuer European Quality Award , Orell
Füssli Verlag, 2000
- 272 Köck, Ch. Qualitätsmanagement als Weg zur
Organisationsveränderung im Krankenhaus. In:
Bellebarba J.; Schnappauf D.(Hrsg.)
Organisations entwicklung im Krankenhaus ,
Verlag für Ange -wandte Psychologie, Göttingen
1996, S.39-54
- 273 Köck ,Ch. Qualitätsmanagement : Definition und
Abgrenzung In: Lauterbach, K.W.; Schrappe, M.
: Gesundheits- ökonomie , Qualitätsmanagement
und Evidence-based Medici- ne, Schattauer,
Stuttgart, 2004, S.287-294
- 274 Kohl, H. QM-Systeme in medizinischen Einrichtungen.
Eine Übersicht. LGA InterCert , Nürnberg , 1999
- 406 Köninger, H. Einsatz der Balance Scorecard im Krankenhaus.

- In: Thiele, G. Praxishandbuch: Einführung der DRGs in Deutschland. R.v. Decker`s Verlag, Hüthig GmbH&CoKg, Heidelberg ,2001, S.137-58
- 351 Kopp, I.B.;
Encke, A.;
Lorenz, W. Leitlinien als Instrument der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 45, 2002, S.223-233
- 352 Kopp,
I.B.;Müller, W.;
Lorenz, W. Nationale Leitlinien. Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) In: Lauterbach, K.W.; Schrappe, M. Gesundheitsökonomie , Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, Schattauer, Stuttgart, 2004, S. 506-513
- 434 Kostka, C.;
Koska, S. Der kontinuierliche Verbesserungsprozess, Methoden des KVB, 4. Auflage, Carl Hanser Verlag, München, 2008
- 197 Krankenhausgesellschaft Nord -
rhein-Westfalen Debatte über einen Gesetzesentwurf zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung-., Gesundheitsreform 2000“/ 49. Sitzung des Bundestages am 30.Juni 1999. 72. Gesundheitsministerkonferenz 9./10. Juni 1999 in Trier, Der Internist, Volume 40,Nummer 10/September , Springer Berlin 1999
- 23 Kruse, A. Alterspolitik und Gesundheit. Bundesgesundheits- blatt, 49, 2006, S.513-522
- 464 KTQ KTQ-Manual und KTQ-Katalog,Version V für den Krankenhausbereich,[KTQ-GmbH.Red.Team Beck,Th.] ,Dt. Krankenhaus-Verl.- Ges.,Düsseldorf, 2006
- 465 KTQ KTQ-Manual und KTQ-Katalog ab 2009, Krankenhaus Grimm , Berlin ,2009
- 364 Kunz, R.;
Ollenschläger, G.;
Raspe,H.;Jonitz,
G.; Kolkmann,
F.W. Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2001
- L**
- 124 Lauterbach,
K.W.; Lindlar,M. Informationstechnologie im Gesundheitswesen. Telemedizin in Deutschland. Satz u. Druck GmbH, Bonn , 1999

- 42 Lauterbach,K.W.; Disease Management wird aktiviert. Dtsch.
Stock, S. Ärztebl. 98 (30), 2001,S.1935-7
- 353 Lauterbach, Ein Modell zur methodischen Entwicklung
K.W.; Redaelli, evidenzbasierter Leitlinien. Der Kassenarzt
M. 41(10), 2001, S.32-4
- 275 Lauterbach Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und
,K.W.; Schrappe, Evidence based Medicine, Schattauer, Stuttgart,
M. 2004
- 43 Lehmacher ,W. Klinische Epidemiologie In: Lauterbach, K.W.;
Schrappe, M.: Gesundheitsökonomie , Qualitäts -
management und Evidence-based Medicine,
Schattauer, Stuttgart, 2004, S.523-532
- 94 Lehr,U. Psychologie des Alterns. Wiebelsheim:
Quelle&Meyer Verlag; 10. korrigierte Auflage
,2003
- 181 Lehrer, K. Theory of Knowledge, Boulder 2, o.O.,2000
- 354 Leitliniengruppe Leitlinienreport - Allgemeiner Leitlinienreport,
Hessen Version 2.01, 2004
- 457 Liebelt, Qualitätsmanagement Systeme und
J.;Schrappe, G. Zertifizierung nach der DIN EN ISO 9000:2000-
Reihe In: Lauterbach, K.W.; Schrappe M. :
Gesundheitsökonomie , Qualitätsmanagement
und Evidence-based Medicine, Schattauer,
Stuttgart, 2004, S. 468-482
- 167 Linden,M.und Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation
Weig,W. Deutscher Ärzte-Verlag, 2009,S.17-29
- 494 Lindert, R. Ausgewählte Instrumente des Total Quality Mana-
-gement in Non Profit Organisationen, Berlin,
2005
- 295 Lohr, K.N. Medicare – A strategy for quality assurance.
Washington DC : Insititute of Medicine, 1990
- 355 Lomas, J.; Do practice guidelines guide Practice ? The effect
Anderson, G.M.; of a consensus statement on the practice of
Dominick-Pierre, physici- ians. N Engl J Med , 19, 1998, pp.1306-
K.; Vayada, E.; 11
Enkin M.W.;
Hannah, W.J.
- 356 Lorenz, W.; Das Leitlinien Manual. Entwicklung und
Ollenschläger, G.; Implementierung von Leitlinien in der Medizin.

- Geraeds, M.;Gerlach, F.M.; Gandjour, A.;Helou, A.;Kirchner, H.;Koller, M.;Lauterbach, K.W.;Reinauer, H.;Sitter, H.;Themeczek ,C. ZaeFQ 95, Suppl I., 2001
- 468 Lüthy,A. KTQ für Praxen und MVZ, Dt. Krankenhaus-Verl.-Ges., 2006
- M**
- 186 Malik, F. Führen, Leben, Leisten, 4. Auflage ,Wilhelm Heyne Verlag, München, 2001
- 213 Malik, F. Management Handwerk , Band 1, Das A und O des Handwerks, Frankfurter Allgemein. Buch, Frankfurt, 2005
- 481 Malorny, Ch.; Hummel, Th. Total Quality Management, Tipps für die Einführung Carl Hanser Verlag , München, 2002
- 276 Mansky, T. Der klinische Erkenntnisgewinn einer Qualitäts -sicherung mit Rouinedaten, German Medical Science GMS Publishing House, Doc. C6, 100, 2008
- 78 Martin, G.M.;Austad, S.N.; Johnson, T.E. Genetic analysis of aging: Role of oxidative damage and environmental stresses. Nature Genetics 13,1996, pp.25-34
- 277 Masing ,W. (Hrsg.) Handbuch Qualitätsmanagement.4.überarb. u. erw. Auflage, Carl Hanser Verlag ,München, 1999
- 139 Meinert, G. Prädiktoren des Einsatzes individueller Gesund -heitsleistungen (Igel) in primärärztlichen Praxen in Deutschland, Master Thesis: HAW Hamburg und Technische Universität Dresden, 2004
- 278 Michel,St. Qualitätsmanagement in der stationären Suchtbehandlung als Prozess organisationalen Lernens, Hartung-Gorre, Konstanz, 2002
- 152 Mieleck ,A.M.P.H.; Janßen ,Ch. Ein Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit, Elsevier, 2008

- 341 Möller , J.; Seghezzi,H.D. The relevance of standards in healthcare. Europea Quality 8, 2001
- 180 Müller, H.P.;Schmid, K.;Conen, D. Qualitätsmanagement: Interne Leitlinien und Patientenpfade, Med Klinik 96, 2001, S.6922-27
- N**
- 108 Naidoo J., Wills J. Lehrbuch der Gesundheitsförderung, Herausgeber: Bundeszentrale für Gesundheit, Köln, Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, 2003
- 48 Nationales Aktionsforum Diabetes Positionspapier des Nationalen Aktionsforums Diabetes mellitus, 2005
- 15 Neofiodow, L.A. Die globalen Chancen der Gesundheitswirtschaft. Dokumentation des Bundeskongresses „ Markt - macht Gesundheit“ 13.-14. Juni , Bad Segeberg, 2002
- 10 NHI National Institute of Health A Vision for the Future, 2008
- 239 Noack, B. Total Quality Management Der Weg zur Buisness Excellence, Prof. Dr. Broda St, TFH Wildau,, 2006
- 330 Normenausschuss Qualitätsmanagement, Statistik und Zertifizierungsgrundlagen (NQSZ) im Deutschen Institut für Normung DIN e.V. DIN EN ISO 9000 : 2000 Qualitätsmanagementsysteme, Grundlagen und Begriffe. Beuth Verlag , Berlin ,2000
- O**
- 54 O`Carroll, P.W. Public Health Informatics and Information Systems, Springer Berlin, 2003
- 456 Oberender,P.; Hacker, J.; Da Cruz,P. Medizincontroller sind unverzichtbar, doch rar und gesucht. F&W Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, 19, 2002, S. 356-8
- 55 OECD OECD Health Data www.oecd.org/EN/document/0,EN-document-20-nodirectorate-no-1-29041-20,00.html, 2002
- 131 Ohmann, C. Was ist Qualitätsmanagement ? In: Eckkernkamp, A.; Scheibe ,O. Qualitätsmanagement in der Medizin Handbuch für Klinik und Praxis. Ecomed , Landberg ,1997

- 365 Ollenschläger, G.;Bucher, H.C.; Donner-Banzhoff, N.; Forster,J.;Gaebel, W.;Kunz, R.;Müller, O.A.; Neugebauer, E.A.M.; Steurer, J. Kompendium evidenzbasierte Medizin, Verlag Hans Huber, Bern, Toronto, 2004
- 199 Ollenschläger,G.; Kirchner,H.;Berenbeck,C.;Thole, H.;Weingart,O., Sonntag,D.,Fiene, H.;Thomeczek,C. Aktuelle Initiativen zur Realisierung nationaler Leitlinien in Deutschland-eine Übersicht, Gesundheitswesen, 2002, 64 (10): 513-520, Georg Thieme, Stuttgart
- 357 Ollenschläger, G.;Marschall,C.; Qureshi, S.; Rosenbrand ,K. et al. Improving the quality of health care:,using international collaboration to inform guideline programmes by founding the Guidelines International Network (G-I-N) Qual Saf Health Care , 13, 2004, pp .455-460
- 6 Olshansky,S.J.. Pursuing Longevity: Delay vs Elimination of Degenerative Diseases. American Journal of Public Health 75 (7),1985, pp.754-757
- 82 Olshansky,S.J.;Carnes,B.A.;Desesquelles,A. Prospects for Human Longevity in an Aging World. Science,(Feb.23), 2001
- 398 Ossola-Haring, C. Handbuch Kennzahlen zur Unternehmensführung. Kennzahlen richtig verstehen, verknüpfen und interpretieren, mit Wirtschaftsbuch , 2006
- 372 Ovreteit, J. Evaluation gesundheitsbezogener Evaluationen, Hans Huber Verlag , Bern , 2002
- P**
- 574 Paccaud ,F. Prävention von Krankheiten und öffentliche Gesundheit In : Gesundheitswesen Schweiz , Hans Huber Verlag, Bern, 2007
- 538 Palm, S.; Cardeneo, M.; Halber, M.;Schrappe, M. Risk Management: Konzepte und Chancen für das Gesundheitswesen. Medizinische Klinik 98 Sondernummer 1, 2003, S.41-46
- 279 Pasche, S., Schrappe, M. Qualitätsmanagement: Begriffe und Konzept. Medizinische Klinik 98, Sondernummer 1, 2003, S.9-14

- 67 Paul, N.W. Die Auswirkungen der molekularen Medizin auf Gesundheit und Gesellschaft, Friedrich Ebert Stiftung, Bonn, 2003
- 24 Pearson, C.E.; Rockefeller D; Foege, W.H.; Black, R. Global Health Leadership and Management, San Francisco , Jossey-Bass, 2005
- 200 Pfaff,H.;Schrapppe ,M.;Lauterbach,K W.;Engelmann,U. Halber,M. Gesundheitversorgung und Disease management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung, Verlag Huber, Bern,2003
- 280 Pfeifer, T. Praxishandbuch Qualitätsmanagement, Aufgaben, Lösungswege, Ergebnisse,Carl Hanser Verlag, München, 2001
- 281 Pietsch-Breitfeld, B.; Sens, B; Rais, S. Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. Informatik, Biometrie Epidemiol. 27,1996, S.200-30
- 426 Preißner, A. Balance Scorecard anwenden, Carl Hanser Verlag München , 2008
- 282 Ptak, H. Controlling im Krankenhauswesen, Verlag Dr. Kovac, Hamburg, 2009
- R**
- 539 Rall M., Manser T., Guggenberger H., Gaba D.M., Unertl K. Patientensicherheit und Fehler in der Medizin, Entstehung, Prävention und Analyse von Zwischenfällen. Anästhesiol. Intensivmed. Notfallmed. Schmerzther 36, 2001, S.321-30
- 308 Reason, J.T. Human Error , Cambridge University Press, 1990,Cambridge
- 309 Reason, J.T. Managing the Risks of Organizational Accidents,1997, Aldershot:Ashgate
- 310 Reason, J.T. Human Error : models and management. British Medical Journal, 2000,320.pp.768-770
- 358 Redaelli, M.;Stock ,St. Evidence-basierte Leitlinien In: Lauterbach, K.W.; Schrappe, M. : Gesundheitsökonomie, Qualitäts- management und Evidence-based Medicine, Schattauer, Stuttgart, 2004, S. 486-492
- 495 Rehbehn, R.;Yurdakul, Z. B. Mit Six Sigma zu Buisness Excellence. Strategien und Methoden, Praxisbeispiele, 2. Aufl. Publicis , MCD Verlag, 2005

- 158 Reichelt, H. Gesagt, getan: So gelingt Adherence, Gesundheit und Gesellschaft G+G, Spezial 5, 12. Jahrgang, 2009
- 238 Richter, Ch. Der authentische Manager, Redline Wirtschaft Literaturagentur Ch.M. Huber, Frankfurt/M , 2004
- 467 Rier,A. Qualität durch Werte: pro cum Cert inklusive KTQ, Baumann,Kulmbach, 2003
- 18 Robert- Koch Institut , Statistisches Bundesamt Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichter- stattung des Bundes.Datentabellen zum Bericht, Berlin, 2006
- 427 Rödler, E.;Rödler, R.; Müller, St. Balanced Scorecard und MIS., Leitfaden zur Implementierung, Reihe : Key-Competence. mtp Verlag 2003
- 80 Roizen, M.F.; M.D. REAL AGE Are you as young as you can be ? Cliff Street Books, Harper Collins Publishers,1999
- 137 Römmler, A.; Wolf, A.S. Anti-Aging Sprechstunde, Teil 1: Leitfaden für Einsteiger, congress compact verlag, Berlin, 2003
- 30 Rosenbrock, R. Qualitätssicherungen für Leistungen der primären Prävention durch die gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen des § 20 SGBV n.F. In: AOK- Bundes verband et. al.: Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention bei der Umsetzung von § 20 SGBV (n. F.) Dokumentation einer Tagung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Bergisch Gladbach, 1999
- 297 Rosenbrock, R. a Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der gesundheitsbezogenen Primärprävention, Zeitschrift für Evaluation , Heft 1, 2004, S.71-80
- 146 Rosenbrock, R. b Primäre Prävention zur Vermeidung von sozialbedingter Ungleichheit von Gesundheits - chancen- Problemskizze und ein Umsetzungs - vorschlag des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV; in : Ders. , Bellwinkel M., Schröder A. Prävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK- Programm, „Mehr Gesundheit für alle“, Essen, 2004, S.7-150
- 145 Rosenbrock Primärprävention im Kontext sozialer

- R.;Bellwinkel
M.&Schröder A. Ungleichheit. Wirtschaftsverlag NW,
Bremerhaven, 2004, S.7-149
- 576 Rosenbrock, R.;
Gerlinger, Th. Gesundheitspolitik. Eine systematische
Einführung, Lehrbuch Gesundheitswissen-
schaften. Hans Huber Verlag , Bern , 2004
- 394 Rost, J. Testtheorie-Testkonstruktion,Hans Huber Verlag
Bern, 1996
- 377 Rossi,P.H.;Freem
an H.E. Evaluation: systemic approach, 1985 ,Beverly
Hills
- 321 Rothery, B. Der Leitfaden zur ISO 9000. Mit QM-
Musterhand buch und Erläuterungen. Carl Hanser
Verlag, München, 1994
- 27 Rothgang, H. Präventionsgesetz: Schwächen in der Umsetzung.
In: Wirtschaftsdienst Zeitschrift für Wirtschafts-
politik, Heft 1 / 2008
- 359 Royal, H.;
Pierson ,R.;
Fletcher, J.;
Dillehay, G.
S Guidelines for guidelines development. J Nucl
Med, 37, 1996, pp.878-81
- 368 Sackett, D.L;
Rosenberg,
W.M.C.;Gray,
J..A.; Haynes,
R.B.; Richardson
W.S. Evidence based medicine: What it is and what it
isn`t. Br Med J, 312, 1996, S. 71-2
- 534 Satzinger,W. Informationen für das Qualitätsmanagement im
Krankenhaus : Zur Funktion und Methodik von
Patienten-und Personalbefragungen.
Medizinische Klinik 98, Sondernummer 1, 2003,
S. 47-53
- 375 Satzinger W.,
Seyfarth-Metzger
I., Kraus R.,Hanel
E., John J. QM-Projekte planen, überwachen, bewerten,
berichten: ProMon- ein Dokumentationssystem.
Newsletter der GQMG 3,1999, S17-9
- 177 Schäfer, R.D.;
David, D.M. Ärztliches Qualitätsmanagement als
berufspolitische Aufgabe In: Lauterbach, K.W.;
Schrappe M. : Gesundheitsökonomie ,
Qualitätsmanagement und Evidence-based
Medicine, Schattauer, Stuttgart, 2004, S. 303-310
- 2 Schauder, P.;
Berthold, H.; Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch
Kranker, Verwirklichung einer realistischen

- 1 Eckel, H.; Ollenschläger, G. Schauder, P.; Koch, H. Utopie, Deutscher Ärzteverlag Köln, 2006
Facetten und Ziele der Präventionsmedizin In: Schauder, P.; Berthold, H.; Eckel, H. Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2006, S.30-38
- 165 Scheibler, F. Shared Decision Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung, Verlag Hans Huber, Bern, 2004
- 157 Scherenberg, V. Patientenorientierung - Compliance und Disease-Management Programme, Verlag für Wissenschaft und Kultur Dr. Stein & Brokamp KG, 2003
- 135 Scherkenbach, W. The Deming Route to Quality, Verlag Management Books, 2000
- 89 Schirmacher, F. Das Methusalem Komplott. Karl Blessing Verlag; München; 2004
- 90 Schlaffer, H. Das Alter- Traum der Jugend, , Suhrkamp Verlag, Frankfurt, 2003
- 564 Schlander, M. Was ist genau eigentlich ein Qaly? Der Kassenarzt 7, 2006, S.24-25
- 159 Schmacke, N. Adherence: THERAPIETREUE NEU GEDACHT Das Ende der Folgsamkeit, Gesundheit und Gesellschaft G+G, Spezial 5, 12. Jahrgang, 2009
- 461 Schmidt, K.J. Zertifizierte Qualität. Führen & Wirtschaften 1996, S.224-7
- 402 Schmidt, R.; Junker J. Earned Value Analyse, Professionelles Projektmanagement in der Praxis, 2003
- 283 Schrappe, M. Qualitätsmanagement unter den Bedingungen der aktuellen gesundheitspolitischen Situation: Einführung. Politische Sicht und institutionelle Perspektive. Medizinische Klinik 98, Sondernummer1, 2003, S.2-8
- 28 Schrappe, M.a Qualität in der Gesundheitsversorgung In: Lauterbach, K.W.; Schrappe, M. : Gesundheitsökonomie , Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, Schattauer, Stuttgart, 2004, S. 267-276

- 381 Schrappe, M.b Indikatoren – Definition, Entwicklung, Validierung In: Lauterbach,K.W.; Schrappe, M.: Gesundheits -ökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, Schattauer, Stuttgart, 2004, S.408-419
- 382 Schrappe, M.c Indikatorsysteme In: Lauterbach ,K.W.; Schrappe, M. : Gesundheitsökonomie Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, Schattauer, Stuttgart, 2004, S. 420-425
- 366 Schrappe, M.; Lauterbach ,K.W. Evidence-based Medicine. Einführung und Begrün dung In: Lauterbach, K.W.; Schrappe, M.: Gesund- heitsökonomie , Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, Schattauer, Stuttgart, 2004,S.60-69
- 284 Schrappe, M.; Wolf - Ostermann ,K.; Schlichtherle, S.; Lauterbach, K.W. Das interne Qualitätsmanagement nimmt zu. Führen und Wirtschaften 5, 2000, S.478-480
- 474 Schubert, H.J. Selbstbewertung auf der Basis umfassender Qualitätsmanagementansätze. Gesundheitsöko- nomie & Qualitätsmanagement, 3 ,1998, S.177-81
- 437 Schubert, H.J. Entwicklung eines Leitbildes: Chancen und Gefahren In: Lauterbach, K.W.; Schrappe, M.: Gesundheitsöko- nomie Qualitätsmanagement und Evidence-based Medi- cine, Schattauer, Stuttgart, 2004, S. 371-374
- 369 Schubert, H.J.;Ebner, H. Evaluierung - Zertifizierung - Akkreditierung von Qualitätsmanagement-Aktivitäten in Gesundheits -einrichtungen In: Lauterbach, K.W.; Schrappe,M.: Gesundheitsökonomie , Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, [gekürzte Fassung der GQMG], Schattauer, Stuttgart, 2004, S. 462-468
- 317 Schubert, M. DGQ-Schrift 13-11: FMEA – Fehlermöglichkeits- und Einflußanalyse. 2. Aufl., Beuth Verlag, Berlin, 2001
- 417 Schuh, G. Change Management – Prozesse strategiekonform gestalten, Springer ,Berlin,2005
- 451 Schurig, M. Qualitätsmanagement I- Strategische Aufgaben der QM-Abteilung- Managementhandbuch,

- Zertifi -zierung, Qualitätszirkel, Schulung, Interne Audits, Fachhochschule Aalen, 2004
- 482 Seeger, Ch. Motivation, Harvard Buisnessmanager, Wirt - schaftsverlag Carl Ueberreuter, Frankfurt, 2004
- 285 Seghezzi, H.D. Integriertes Qualitätsmanagement. Carl Hanser Verlag, München, 2003
- 299 Selbmann, H.K. Externe Qualitätssicherung in Deutschland. Der aktuelle Stand. Medizinische Klinik 98 – Sondernummer 1,S. 35-40, 2003
- 300 Selbmann, H.K. Qualitätssicherung, Definition und Systematik In: Lauterbach K.W.; Schrappe M.: Gesundheitsöko - nomie , Qualitätsmanagement und Evidence- based Medicine, Schattauer, Stuttgart, 2004, S. 277-286
- 452 Selbmann, H.K. Ein Zertifikat allein schafft kein Vertrauen. Vom Sinn und Unsinn der Zertifizierung im Krankenhaus. Arzt und Krankenhaus 80, Heft 10: 3-4, 2007
- 286 Sens, B.; Fischer,B.; Bastek, A.,Eckardt,J.; Kaczmarek, D.;Paschen, U.; Pietsch, B.;Rath,S.; Ruprecht, T.;Thomeczek, C.;Veit, C.;Wenzlaff,P. Grundbegriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements,3. Auflage. GMS , Med Inform Biom Epidemiol. 2007.
- 287 Sens,B. Patientensicherheit und Riskmanagement im gesundheitswesen-Aktuelle Entwicklungen und Perspektiven, Ärzteblatt Sachsen-Anhalt, 21/ 2, 2010
- 304 Seyfarth-Metzger, I.; Liebich,B.; Volz,A. Qualitätsprojekte, Erfolgsfaktoren, methodische Vorgehensweise, Werkzeuge In: Lauterbach, K.W., Schrappe M.: Gesundheitsökonomie Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, Schattauer, Stuttgart, 2004, S.397-408
- 545 Seyfarth-Metzger, I.; Höcherl, E. Orientierung am Patientenwunsch, Berliner Ärzte 4, 1999, S. 15-16
- 376 Seyfarth-Metzger, Methoden der Prozessanalyse, Instrumente des

- I.; Liebich ,B.;
Volz, A. Qualitätsmanagements, Medizinische Klinik 96,
Nummer 9, 2001, S.567-574
- 443 Seyfarth-Metzger,
I.; Liebich ,B.;
Volz, A. Methoden der Prozessanalyse, Instrumente des
Qualitätsmanagements. Qualitätsprojekte
erfolgreich durchführen. Medizinische Klinik 98
– Sondernummer 1, 2003, S. 15-22
- 360 Shaneyfelt,T.M.;
Mayo-Smith,
M.F.; Rothwangl,
J. Are guidelines following guidelines ?JAMA ,
281,1999, pp.1900-5
- 387 Sheldon, T. Promoting health care quality: What role perfor-
mance indicators ? Qual Health Care 7, 1998,
pp.45-50
- 21 Sigrist ,St. Zukunftsperspetiven des Gesundheitsmarkts-
Kosten faktors und Wachstumschance, Gottlieb
Duttweiler Institut GDI, 2006
- 227 Simon, H.;von
der Gathen, A. Das große Handbuch der Strategieinstrumente:
Alle Werkzeuge für eine erfolgreiche
Unternehmens- führung, Campus, Frankfurt a.M.,
2002
- 31 Sleeboom E. Prävention:Prävention durch die gesetzlichen
Krankenkassen-Status quo der Aktivitäten und
Perspektiven.Die Krankenversicherung
KrV,07,2004,S.181-182
- 570 Spilker B. Quality of Life and Pharmacoeconomics in
Clinical Trials. PharmacoEconomics 10
(4),pp336-355, 1996
- 32 Spitzenverbände
der
Krankenkassen
Sprenger, R.K. Gemeinsame und einheitliche Evaluations -
verfahren,SGB V,Bergisch Gladbach,2008
- 96 Das Prinzip Selbstverantwortung, Campus Verlag
, Frankfurt, New York, 2000
- 540 Ständer, S. „Incident Reporting“ als Instrument zur
Fehleranalyse in der Medizin. Z. Ärzt. Fortbild
Qualitätssicht 95,2001, S.479-84
- 19 Statistisches
Bundesamt Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum
Jahr 2050. Ergebnisse der 9. koordinierten
Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden,
2000
- 306 Stauss,B.;Seidel,
W. Beschwerdemanagement : Fehler vermeiden-
Leistung verbessern-Kunden binden, 2. überarb.

- Aufl.; Carl Hanser Verlag , München,1998
- 224 Steinbicker,J. Zur Theorie der Informationsgesellschaft, Vs Verlag, 2001
- 166 Stewart,M.A. et al. The Impact of Patient –Centred Care on Outcome ,The Journal of Family Practice 49, 2000, S.796-804
- 178 Stiftung
Gesundheit GfK Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit, 2006
- 294 Stock, St.;
Redaelli, M. Kosteneffektivität und Qualitätsmanagement In: Lauterbach,K.W.; Schrappe, M.: Gesundheits-ökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, Schattauer, Stuttgart, 2004, S.541-550
- 319 Stratmann ,W. Die neue ISO 9000:2000. Interpretation des Normenentwurfs. 2. Aufl., Köln: TÜV-Verlag, 2000
- 306 Strauss,B.; Seidel, W. Beschwerdemanagement: Fehler vermeiden - Leistung verbessern - Kunden binden, Carl Hanser Verlag München, 1998
- 466 Strobrawa, F.F. KTQ^R ein umfassendes Zertifizierungskonzept für Krankenhäuser In: Lauterbach, K.W.; Schrappe M. : Gesundheitsökonomie , Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, Schattauer, Stuttgart, 2004, S. 486-492
- 33 Stuppardt, R. Perspektiven von Prävention und Gesundheitsförderung aus Sicht der GKV, Bundesvertretung IKK, Krankenversicherung, KrV,2005
- 293 SVR
Sachverständigen
rat zur
Entwicklung im
Gesundheitswe
sen Koordination und Qualität im Gesundheitswesen (Gutachten 2005)- Stuttgart, 2006
- T**
- 475 Thaller, G.E. Von ISO 9001 zu TQM, VDE-Verlag, 2002
- 302 Theden,
Ph.;Colsman, H. Qualitätstechniken Werkzeuge zur Problemlösung und ständigen Verbesserung, Carl Hanser Verlag, München, 2002
- 121 Thiele G. Praxishandbuch: Einführung der DRGs in

- Deutschland. R.v. Decker`s Verlag, Hüthig GmbH&CoKg, Heidelberg ,2001, S.137-58
- 183 Thombansen,U.;
Laske, M.;
Possler, C.;
Rasmussen, B.
- 542 Thomeczek, C.
- 571 Thompson,D.
- 496 Töpfer, A.
- 497 Toutenburg,H.;
Knöpfel, Ph.
- 120 Trill,R.
- U**
- 483 Ullrich, Ph.P.
- 361 Ulsenheimer,K.
- V**
- 94 van Swieten ,G.
- 484 Verbeck,A.
- 288 Viethen, G.
- 399 Vollmuth, H.
- 577 von der Oelsnitz,
D.
- 187 von Eiff, W.
- Vertrauen durch Qualität – Qualitätsmanagement im Weiterbildungsunternehmen München , Verlag Neuer Merkur, München, 1994
- Fehlerquelle „Mensch“. Berliner Ärzte 38, 2001, S.12-6
- The Challenge of Conflict of Interest in Medicine, ZEFQ,2009, Heft 3
- Six Sigma- Konzeption und Erfolgsbeispiele für praktizierende Null-Fehler-Qualität, Springer, Berlin, 2007
- Six Sigma –Methoden und Statistik für die Praxis, Springer, Berlin, 2007
- Krankenhaus-Management: Aktionsfelder und Erfolgs- potentiale, Neuwied, 2000
- Vom Qualitätsmanagement zum Total Quality Management, Ullrich Präzisionstechnik, 2009, p.paul@ullrich.info,
- Medikolegale Aspekte der Leitlinienerstellung. Vortrag auf dem„Workshop für Klinikleitlinien“, Köln, 1999
- Rede über die Erhaltung der Gesundheit der Greise. Übers. Von H. Glaser. Leipzig, 1964, (zuerst Wien, 1787)
- TQM versus QM: Wie Unternehmen richtig entscheiden, Zürich, vdf. 1998
- Qualität im Krankenhaus Grundbegriffe und Modelle des Qualitätsmangements , Schattauer, Stuttgart ,1995
- Kennzahlen, Haufe Verlag , München, 2008
- Die innovative Organisation, 2. Auflage, Kohlhammer Stuttgart, 2009
- Führung und Motivation in Krankenhäusern : Perspektiven und Empfehlungen für Personal-

- management und Organisation ,Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2000
- 194 von Eiff,W. IINTERNATIONAL HOSPITAL BENCHMARKING FORUM, Volume 6,Gütersloh, 2004
- 313 von Eiff ,W.a Risikomanagement Kosten-/ Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus. Schriftenreihe: Gesundheits- wirtschaft, Band 2, 2. erw. Auflage, kma Reader, WIKOM , Wegscheid, 2007
- 230 von Eiff,W.b Management sektorenübergreifender Kooperationen,Schriftenreihe: Gesundheitswirtschaft, Band 5, kma Reader, WIKOM , Wegscheid, 2007
- 289 von der Schulenburg, J.M.; Kielhorn A.; Greiner ,W. Praktisches Lexikon der Gesundheitsökonomie, Asgard -Verlag ,Sankt Augustin , 2005
- 307 Vorbach ,St. Ishikawa-Diagramm , Referat : Ralph Huber, Universität Graz , 2006
- W**
- 485 Wagner, K.W. TQM – Prozessorientiertes Qualitätsmanagement . 3.Auflage, Carl Hanser Verlag, München, 2006
- 74 Wahl, H.W.; Heyl,V. Gerontologie- Einführung und Geschichte, Grundriss Gerontologie, Band 1, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2004
- 39 Waller, H. Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis, 4. Auflage. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2006
- 40 Walter, U. Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht, Medizinische Hochschule Hannover, Abt. für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, 2002
- 298 Walter,U.; Schwartz, F.W.; Hoepner-Stamos, F. Empfehlungen für die Zukunft – Zusammenfassen- der Leitfaden für die Umsetzung eines Qualitätsmanagements in Gesundheitsförderung und Prävention In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung : Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Köln, BZgA, 2002, S.315-320

- 492 Wappis J. Null-Fehler-Management, Carl Hanser Verlag, München, 2006
- 416 Weber,J.; Schäffer, U. Balance Scorecard & Controlling, Gabler Verlag, Wiesbaden, 2000
- 362 Weissauer, W. Leitlinien wissenschaftlicher Fachgesellschaften aus rechtlicher Sicht. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie-Mitteilungen 5, 1997, 393-4
- 228 Welge, M.K.; Al-Laham, A. Strategisches Management, 5. Aufl., Gabler Verlag, Wiesbaden, 2008
- 153 Whitehead, M.; Dahlgren G.; Gilson L. Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective. In: Challenging inequities in health care: from ethics to action. New York, Oxford University Press, 2001, pp.309-322
- 102 World Health Organisation Targets for Health for All. Copenhagen, 1985
- 11 World Health Organisation The Ottawa Charter for Health Promotion, 1986
- 12 World Health Organisation Health for All in the 21st Century, Geneve : 1998
- 13 World Health Organisation Word Health Report, Geneve, 1999
- 103 Word Health Organisation b Definition of Health, 1999, [http:// www.int/about/who /en/definition.html](http://www.int/about/who/en/definition.html)
- 64 Williams,G.C. Pleiotropy, natural selection and the evolution of senescence. Evolution 11, 1957, pp.398-411
- 16 Wilmoth JR. The future of human longevity: A demographer` s perspective. Science 280. 1998, pp395-397
- 363 Woolf, S.H.; Grol,R.; Hutchinson, A.; Eccles, M.; Grimshaw,J. Potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines. Br Med J 318,1999, pp .527-30
- 370 Wottawa, H.; Thierau, H. Lehrbuch Evaluation, 3. Auflage, Hans Huber, Bern, 2003
- Y**
- 171 Young, J.O. A Defence of the Coherence Theory of Truth, in: The Journal of Philosophical Research 26, 2001, pp.89-101
- 172 Young, J.O. The Coherence Theory of Truth , in Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2001

Z

- 442 Zapp, W. Prozessgestaltung im Krankenhaus, Economica-Verlag, Heidelberg, 2002
- 235 Zaugg, R.J. Handbuch Kompetenzmanagement Durch Kompe- tenz nachhaltig Werte schaffen , Haupt Verlag, Bern, Stuttgart, 2006
- 79 Zglinicki, T.v.; Saretzki, G.;Docke, W.;Lotze, C. Mild hypoxia shortens telomeres and inhibits pro- liferation of fibroblasts: A model for senescence? Experimental Cell Research 220,1995,pp.186-193.
- 290 Ziebe ,Ch. Qualität von Dienstleistungen erlebbar machen m. CD-ROM, Projekte Verlag, 2007
- 334 Ziebe, Ch. Qualitätsmanagement nach ISO 9001: 2008, Shaker media, 2008
- 336 Ziebe, Ch. Qualitätsmanagement nach ISO 9001: 2008, Qualitäts-Praxiswissen kompakt, Shaker media, 2009
- 510 Zink, K.J. TQM als integratives Managementkonzept- Das EFQM Excellence Modell und seine Umsetzung, Carl Hanser Verlag, München, 2004
- 462 Zink, K.J.; Voß,W. Wettbewerbsvorsprung durch Qualität. Qualitätsmanagementkonzepte für kleinere und mittlere Betriebe. RKW , Eschborn,1997
- 35 Zok,K.;Schuldzinski, W. Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis- Ergeb- nisse aus Patientenbefragungen, Wissenschaftliches Institut der AOK(Hrsg.) gemeinsam mit der Ver- braucherzentrale NRW Bonn, 2005
- 291 Zollondz,H.D. Grundlagen Qualitätsmanagement, Einführung in Geschichte, Begriffe, System und Konzepte Oldenbourg Verlag, München, 2006
- 292 Zollondz,H.D. Lexikon Qualitätsmanagement, Oldenbourg Verlag, München,2008