

Deutsche Gesellschaft für
Qualitätsmanagement in der
Suchttherapie e. V.

deQus

Konzept
zur Einführung eines
Qualitätsmanagement-Systems
in der Suchttherapie

Impressum

Konzept zur Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems in der
Suchttherapie

Alle Rechte vorbehalten

© 2000 **deQus**

Vorstand:

Dr. Martin Beutel, Vorsitzender

Hildegard Gerber

Wolfram Schuler

Geschäftsstelle:

Kurt-Schumacher-Str. 2, 34117 Kassel

Tel. 0561/108441

Internet: www.dequs.de

1. September 2000

Inhalt

5	Vorwort
7	Präambel
9	A. Rahmenbedingungen und Auftrag
9	1. Qualität in der Suchttherapie
12	2. Gesetzliche und vertragliche Vorgaben
14	3. Qualitätsmanagement-Systeme
16	4. Ziele
16	4.1 Einrichtungsbezug
17	4.2 Qualitätsanforderungen
18	4.3 Zertifizierung
19	5. Qualitätspolitik
21	B. Verfahren
21	1. Gesellschaft
22	2. Organisation

Inhalt

24	3. Partner
25	4. Vorgehensweise
27	5. Ziel des Beratungs- und Kurskonzeptes
27	6. Struktur des Beratungs- und Kurskonzeptes
30	7. Grundlage, Anerkennung und Inhalte des Weiterbildungskurses
31	8. Qualifizierung
31	9. Zeitrahmen
32	10. Kosten
33	C. Qualitätsentwicklung
35	Kurzfassung
39	D. Literatur

Vorwort

Die Qualität der Suchtkrankenbehandlung in Deutschland hat auch im internationalen Vergleich ein sehr hohes Niveau. Dieses Niveau ist Ergebnis jahrzehntelanger Bemühungen der Fachkliniken, der Leistungsträger und der Verbände um kontinuierliche Verbesserung.

Gute Qualität der eigenen Leistungen darf nie Anlass sein, mit den Bemühungen um weitere Verbesserung nachzulassen. Gute Qualität muss Ansporn sein, es noch besser zu machen. Qualitätsentwicklung lebt davon, dass man sich immer neue Ziele setzt. Qualitätsentwicklung ist eine niemals endende Aufgabe.

Voraussetzung für gute Qualität ist, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre Verantwortung für die Qualität der gemeinsamen Arbeit sehen, dass sie sich gemeinsam Ziele setzen und dass sie sich gemeinsam um die weitere Verbesserung ihrer Arbeit bemühen. Qualitätsentwicklung ist mitarbeiterorientiert.

Gute Qualität entsteht immer wieder zufällig. Damit systematisch und jederzeit gute Qualität produziert wird, muss sie gesteuert werden – durch ein Qualitäts-Management-System. Qualitätsentwicklung ist eine Leitungsaufgabe.



Alle Patientinnen und Patienten, die sich unserer Behandlung anvertrauen, haben Anspruch auf beste Qualität. Sie dürfen darauf vertrauen, dass sie jederzeit mit ihren Sorgen und Problemen ernst genommen werden, dass ihre somatischen und psychischen Krankheiten fachgerecht behandelt werden und dass ihre Entwicklungschancen unterstützt werden. Qualitätsentwicklung ist patientenorientiert.

In einer Zeit, in der das quantitative Wachstum des medizinischen Versorgungssystems an

die Grenzen des wirtschaftlich Möglichen stößt, wird weiteres Wachstum eher im qualitativen Bereich stattfinden.

Die Qualitätsinitiative der deQus will hierzu einen Beitrag leisten.

Dr. Martin Beutel
Vorsitzender der deQus



Konzept des Qualitätsmanagement-Systems in der Suchttherapie

Präambel

Das Qualitätsmanagement-System in der Suchttherapie (QM-System) ist eine **Initiative des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe („buss“) e. V.** zur Weiterentwicklung und kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Behandlung suchtkranker Menschen.

Das System wird getragen von der eigens hierfür geschaffenen **Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie (deQus) e. V.**



A.

Rahmenbedingungen und Auftrag

1.

Qualität in
der Suchttherapie

Im Mittelpunkt steht der Mensch

Achtung, Respekt und Nächstenliebe sind die Grundlage professioneller Hilfe für Menschen, die – aus welchen Gründen auch immer – in eine krankhafte Abhängigkeit von psychotropen Substanzen geraten sind.

Gesundheit und soziale Integration der Menschen sind Güter, deren Erhaltung bzw. Wiederherstellung ohne Ansehung von Herkunft, Geschlecht, Rang, Alter und ethnischer Zugehörigkeit des Einzelnen Geltung beanspruchen.

Dabei gehören Selbstverantwortlichkeit und Entscheidungsfreiheit ebenso zum Wesen des Menschen wie Schwäche und Hilfsbedürftigkeit.

Grundlage professioneller Hilfeleistung für Suchtkranke ist ein ganzheitliches christlich-humanistisches Menschenbild.

Dieser an der Würde des Menschen ausgerichtete Werte-Hintergrund bestimmt Art, Umfang und Intensität jeder Behandlung, der sich ein suchtkranker Mensch aus Not und Bedürftigkeit unterzieht.



Die Werthaltung der Arbeit mit Suchtkranken ist von einem Bild des Menschen als lernfähig, sinn-suchend, beziehungsfähig und selbstbestimmt geprägt.

Daraus folgt, dass der betroffene Mensch einen Anspruch auf eine Behandlung hat, die nach dem aktuellen und anerkannten Stand der medizinischen, psychologischen und sozialtherapeutischen Wissenschaft erfolgt.

Eine an der Würde, der Not und den Bedürfnissen des einzelnen suchtkranken Menschen orientierte Behandlung muss von optimaler professioneller Qualität sein. Alle Leistungen müssen durch bestens qualifiziertes Personal (Ärzte, Therapeuten, Verwaltung) erbracht und verantwortet werden.

Unter Beachtung der gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen haben die profes-

sionellen Helfer alle Anstrengungen zu unternehmen, den ihnen anvertrauten Patienten zu einem möglichst hohen Maß an seelischer, körperlicher und sozialer Integrität zu verhelfen.

Sucht und ihre Therapie

Sucht ist nach internationaler Klassifikation (ICD 10, ICDH) und ständiger Rechtsprechung eine behandlungsbedürftige Krankheit und Behinderung mit psychiatrischer und psychosozialer Relevanz.

Gemäß einer zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger abgeschlossenen Zuständigkeitsvereinbarung (Empfehlungsvereinbarung Sucht von 1978) ist für die akutmedizinische



Phase (Entgiftung, Entzug) der Gesamtbehandlung die gesetzliche Krankenkasse, für die Entwöhnungsphase (in der Form medizinischer Rehabilitation) vorrangig die Rentenversicherung zuständig.

Diese Aufteilung der Leistungs- und Kostenzuständigkeit hat zur Herausbildung eines differenzierten und effektiven Behandlungssystems für Suchtkranke in Deutschland geführt. – Diesen mittlerweile erreichten Qualitätsstandard heißt es zu sichern und weiter zu entwickeln.

Qualität in der Suchtkrankenbehandlung

Qualität in der akutmedizinischen und rehabilitativen Behandlung erfordert spezifische Aufmerksamkeit in den Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnis-

qualität. Keine dieser Ebenen darf bei der Betrachtung, Messung und Verbesserung der Qualität außer Acht bleiben. Die Qualität der Suchtkrankenbehandlung muss im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ständig überprüft und weiter entwickelt werden.

Qualität in der Suchtkrankenbehandlung heißt aber auch, dass neben der Patientenorientierung die Anforderungen und Bedürfnisse der Mitarbeiter, der kooperierenden Verbundpartner (Beratungs- und Behandlungsstellen, niedergelassene Ärzte etc.) sowie der Leistungs- und Kostenträger optimal Berücksichtigung finden.

Schließlich hat Qualität eine ökonomische Relevanz, d. h., die Behandlung Suchtkranker muss wirtschaftlich sowie kunden- und marktorientiert sein.



Im Spannungsverhältnis zwischen optimaler Leistung und verantwortungsvoller Kostengestaltung ist Qualität ein Orientierungsfaktor, der zu seinem Bestand und zu seiner Weiterentwicklung der kontinuierlichen Überprüfung und Gestaltung durch die verantwortlichen Ebenen bedarf. Das professionelle und systematische Anleiten, Prüfen und Umsetzen in der Arbeitspraxis (Funktionseinheit, Einrichtung etc.) nennen wir Qualitätsmanagement.

2.

Gesetzliche und vertragliche Vorgaben

Aussagen zur Qualität der Behandlung finden sich in vielen Gesetzen und Vereinbarungen im Gesundheitsbereich. Basisauftrag und „letzte Norm“ ist das Grundrecht auf Menschenwürde (Artikel 1 GG). Der Anspruch des

Einzelnen auf Hilfe in Not und Krankheit ergibt sich aus dem grundrechtlich gesicherten Sozialstaatsgebot (Art. 20 GG).

Explizite Aussagen zur Qualität bzw. ihrer Sicherung und Förderung enthält das Sozialgesetzbuch V sowohl für die akutmedizinische als auch die rehabilitative Behandlungsphase:

So heißt es in § 70 Abs. 1 Satz 2 unter der Überschrift: **„Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“**:

„Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.“

In §§ 135 ff. sind die Anforderungen dergestalt konkretisiert, dass Maßnahmen *„zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität“*

seitens der Leistungserbringer vorgeschrieben sind. Dabei sind auch stationäre Rehabilitations-einrichtungen verpflichtet, „einrichtungintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiter zu entwickeln“ (§ 135 a SGB V). Obwohl im VI. Sozialgesetzbuch (medizinische Rehabilitation zu Lasten der Rentenversicherung) solche ausdrücklichen Regelungen fehlen, ist davon auszugehen, dass die oben zitierten Anforderungen als **allgemein gültige Versorgungs- und Qualitätsprinzipien** mit Wirkung auch für das SGB VI anzusehen sind. Es ist zu erwarten, dass diese Prinzipien auch in das neu kodifizierte Rehabilitationsrecht (SGB IX) aufgenommen werden.

Ausdruck dieser Leitgedanken ist das „Reha-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung“ von 1994 ebenso wie entsprechende Regelungen in der „gemeinsamen Rah-

menempfehlung“ nach § 111 a SGB V. Wenngleich sich sowohl das o. g. Programm als auch die Vereinbarungen auf die Sicherung der Qualität beschränken, ergibt sich implizit hieraus auch ein Auftrag zur Einführung einrichtungsbezogener Qualitätsmanagement-Systeme, da die Instrumente und Maßnahmen der Qualitätssicherung nur Sinn machen, wenn sie auf qualitätsorientierte Managementstrukturen in den Einrichtungen stoßen.

Anforderungsprofile zur Durchführung ambulanter und stationärer Rehabilitation für Suchtkranke finden sich in den sog. Empfehlungsvereinbarungen, die derzeit überarbeitet werden. Verbindliche Leitlinien für den Gesamtbehandlungsprozess (akut, rehabilitativ, komplementär) sind noch nicht entwickelt worden.



3. Qualitätsmanagement- Systeme

Unter **Qualitätsmanagement** verstehen wir alle Maßnahmen des Gesamtmanagements einer Organisation bzw. einer Einrichtung, mit denen systematisch die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortungen festgelegt, sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung und -verbesserung verwirklicht werden (nach ISO Norm 8402). Ebenso ist darunter im Sinne des „Total Quality Management“ die Art und Weise gemeint, wie eine Organisation oder Einrichtung geführt wird, um unternehmerische Spitzenleistungen („Business Excellence“) zu erreichen, die auf grundlegenden Prinzipien wie z. B. Kundenorientierung, Beziehung mit wichtigen Partnern, Förderung und Einbezug der Mitarbeiter usw. beruhen

(nach EFQM). Die Initiative eines „suchtspezifischen Qualitätsmanagement-Systems“ versteht sich als ein wesentlicher Teilbereich der umfassenden Qualitätsanstrengungen im Gesundheitswesen.

Ein wichtiges Ergebnis der „Konferenz der Gesundheitsminister der Bundesländer zur Entwicklung einer einheitlichen Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“ (Juni 1999) war das Votum für eine Stärkung des Qualitätsmanagements in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens und für seine flächendeckende Einführung bis Anfang 2005. Dabei sollte „auf vorhandene, international bewährte Modelle zurückgegriffen werden“.

Als „bewährt“ können nur solche QM-Systeme bezeichnet werden, die auf europäischer Ebene und international anerkannt sind. Grundlage des deQus-Projektes ist DIN / ISO 9000 : 2000 in der



revidierten Fassung des Normenentwurfes DIN EN ISO 9001. Da die revidierte Fassung der DIN ISO weitgehend kompatibel mit dem EFQM-Modell ist, wird es möglich sein, in der Praxis vorhandene EFQM-orientierte Programme in das deQus-System zu integrieren bzw. das deQus-System als „prozessorientierten Baustein“ eines umfassenden Qualitätsentwicklungskonzeptes zu nutzen.

Den **Nutzen von Qualitätsmanagement** sehen wir in folgenden Aspekten:

- Förderung des Qualitätsgedankens auf allen Ebenen.
- Schaffung einer Technik, die gesetzten Ziele zu erreichen und dabei einen systematischen Verbesserungsprozess einzuleiten zum Nutzen von Patienten, Mitarbeitern und Einrichtung.
- Transparenz für alle (internen und externen) Funktionsstellen und Entscheidungsträger.
- Verbesserung der Kommunikation untereinander.
- Optimierung der festgelegten Verfahren und Beherrschung der Prozesse. Redundante Arbeiten werden vermieden.
- Sicherung und systematische Verbesserung der Abläufe. Erhalt des Erfahrungswissens bei Personalwechsel.
- Festlegung und Abgrenzung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.
- Verringerung der Reaktionszeiten (und der Kosten) bei der Entwicklung neuer Leistungen und bei Veränderungen im Markt.



- Verbesserung der Konkurrenzfähigkeit.
- Erleichterung des Nachweises bei Haftungsfragen.

Im Vordergrund des „Qualitätsmanagements in der Suchttherapie“ steht der strikt prozessorientierte Ansatz sowie die Marktorientierung zu Gunsten der Anwender. Hieraus folgt die Notwendigkeit, das einrichtungsbezogene QM-System nach international anerkannten Verfahren durch unabhängige Institutionen überprüfen und zertifizieren zu lassen. Neben der Bewertung der fachspezifischen Qualitätsmerkmale sind auch die ethischen Implikationen der Behandlung Suchtkranker auf den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität besonders zu beachten.

4. Ziele

4.1 Einrichtungsbezug

Ziel der Initiative ist die Entwicklung eines suchtspezifischen Qualitätsmanagement-Systems für alle Formen professioneller Suchtkrankenhilfe, die im Zusammenhang stehen mit stationärer Suchthilfe (Entgiftung, Entwöhnung, Nachsorge). Im Zentrum der Qualitätsanstrengungen stehen die Entzugsabteilungen der psychiatrischen Krankenhäuser, die Fachkliniken für Suchtkranke (medizinische Rehabilitation) sowie stationäre sozialtherapeutische Einrichtungen. Der deQus-Ansatz betrachtet und bewertet Qualität in der jeweiligen Funktionseinheit, die Qualität liefert. Er ist insofern institutionszentriert. Dabei ist allerdings die Betrachtung der Schnittstellen zwischen den einzelnen Funktionsbereichen



unter Qualitätsgesichtspunkten unerlässlich.

Die stationären Entwöhnungseinrichtungen (Fachkliniken für medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker) stehen im Gesamtbehandlungsverbund – die Entwöhnungsbehandlung ist als eine Phase in einem integrierten Gesamtbehandlungsprozess zu verstehen. Diese Sichtweise ist für die Einrichtung eines QM-Systems von entscheidender Bedeutung.

Längerfristiges Ziel eines umfassenden QM-Systems ist freilich die Erfassung und Bewertung des Gesamthilfekomplexes mit allen Schnittstellen und Vernetzungen.

4.2 Qualitätsanforderungen

Leitend für alle qualitätsorientierten Standardbildungen, Analysen, Bewertungen und Zertifizierungen sind die **Qualitätsgrundsätze** der deQus. Abgeleitet aus diesen, sind die suchtspezifischen Qualitätsanforderungen in Form von Leitlinien und Standards zu erarbeiten.

Die Qualitäts-Initiative der deQus wird den teilnehmenden Organisationen und Einrichtungen ein **Musterhandbuch** zur Verfügung stellen. Dieses ist Grundlage des in der jeweiligen Organisation bzw. Einrichtung zu erarbeitenden individuellen Qualitätshandbuchs (siehe unten).

Wertespezifische Qualitätsanforderungen, wie sie z. B. im Rahmen der Qualitätsoffensive der konfessionellen Trägerverbände sowie der AWO erarbeitet wer-



den, sind bei der Formulierung der Qualitätsgrundsätze und des Musterhandbuchs mit zu berücksichtigen.

4.3 Zertifizierung

Ziel der deQus-Initiative ist es, die beteiligten Organisationen bzw. Einrichtungen nach international anerkannten Verfahrensstandards dabei zu unterstützen, ein einrichtungsbezogenes Qualitätsmanagement-System zu entwickeln und einzurichten, das – eingebettet in einen längerfristigen Prozess der Qualitätsoptimierung – von einer international anerkannten und unabhängigen Zertifizierungsgesellschaft zertifiziert werden kann.

Gründe für eine Zertifizierung sind:

- a) Neutrale und unabhängige Bestätigung der Anwendung nach den Vorgaben des QM-Systems,
- b) objektive Beurteilung der Wirksamkeit des Qualitäts-Systems durch fachkundige Experten,
- c) kontinuierliche Verbesserung des Systems durch begleitende Kontrolle der Korrekturmaßnahmen sowie
- d) externe Verpflichtung zur Fortschreibung des Systems und der Qualitätsentwicklung insgesamt.



5. Qualitätspolitik

Die Einrichtungen der professionellen Suchtkrankenhilfe sind dem Wohl der ihnen von den Trägern des Sozialversicherungs- und -hilfesystems in Deutschland anvertrauten Patienten verpflichtet. Sie stehen somit in einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung (siehe oben unter A. 1).

Die humanitäre und versorgungspolitische Zielsetzung prägt auch das Verständnis von Qualität und deren Entwicklung.

Das deQus-Projekt versteht sich aber auch als integraler und dabei selbständiger **Beitrag zur Qualitätsoffensive der Trägerverbände** der freien und öffentlichen Wohlfahrtspflege. Dies folgt nicht zuletzt aus der heterogenen Mitgliedsstruktur des „buss“. Die Verbände der freien und öffentli-

chen Wohlfahrtspflege folgen unterschiedlichen humanitären bzw. konfessionellen Leitbildern und legen der professionellen Arbeit unterschiedliche Wertesysteme zu Grunde.

Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, soweit sie in frei gemeinnütziger oder öffentlich-rechtlicher Trägerschaft sind, stehen einerseits mit gewerblichen Leistungserbringern, andererseits aber auch untereinander im Wettbewerb. Die zunehmende Marktorientierung des Gesundheitssektors und der sozialen Arbeit erfordert Leistungstransparenz, Qualitätsentwicklung und Kostenorientierung gleichermaßen.

Die „buss“-Initiative unterstützt die Qualitätspolitik der kirchlichen Trägerverbände ebenso wie die der Arbeiterwohlfahrt und des DPWV. Mit der Einführung eines suchtspezifischen Qualitätsmanagement-Systems werden für



die Einrichtungen vergleichbare fachspezifische Qualitätsanforderungen definiert. Mit der Implementierung eines entsprechenden einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagements in den teilnehmenden Einrichtungen unterliegen diese in jedem Fall einer fachspezifischen Selbst- und Fremdbewertung sowie letzten Endes einer fachlichen Zertifizierung auf der Grundlage der deQus-Standards.

In Einrichtungen, die in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege stehen, lassen sich Strukturen und fachspezifische Leistungen der Suchtkrankenhilfe nicht isoliert von dem **Wertebezug** (Leitbild) der jeweiligen Trägerschaft sehen. So erscheint es sinnvoll, dass im Rahmen entsprechender Gremien (z. B. Fachbeirat von ProCum Cert, Interessengemeinschaft „AWO-QM“) der Versuch unternommen wird, fachspezifische Qualitätsstrukturen und

Qualitätskriterien bei der Leistungserbringung mit spezifisch konfessionellen Profilen bzw. ethischen Implikationen therapeutischen Handelns zu verknüpfen.

Zur Erreichung dieses Ziels arbeitet die Gesellschaft eng mit den in Frage kommenden Partner-Verbänden bzw. deren spezifischen Organisationen zusammen. Entsprechende Kooperationsformen bedürfen der gegenseitigen Absprache.



B.

Verfahren

1. Gesellschaft

Träger der „buss“-Initiative „Qualitätsmanagement in der Suchttherapie“ ist die **„Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie“ (deQus)** in der Form eines gemeinnützigen eingetragenen Vereins.

Aufgabe der Gesellschaft ist im Besonderen die Entwicklung, Errichtung und Durchführung eines suchtspezifischen einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagement-Systems in der Suchthilfe nach internationalen, europäischen und nationalen Standards für die Mitglieder. Der Verein stellt die Organisationsgrundlage zur Umset-

zung des suchtspezifischen Qualitätsmanagement-Systems in den einzelnen Organisationen und Einrichtungen zur Verfügung.

Die Gesellschaft ist offen für Träger von Einrichtungen, die sich mit der stationären Behandlung und Rehabilitation von Suchtkranken befassen und die sich bereiterklären, das einrichtungsbezogene Qualitätsmanagement-System der Gesellschaft in der Einrichtung umzusetzen. Darüber hinaus können auch natürliche Personen als Mitglieder aufgenommen werden, sofern sie dem Vorstand bzw. der Geschäftsstelle des „buss“ oder einem Träger- bzw. Fachverband der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege oder einem Leistungsträger in ver-

gleichbar verantwortlicher Funktion angehören.

Die Gesellschaft wird vertreten durch ihren Vorstand, der auch die Geschäfte führt.

Die Gesellschaft arbeitet eng zusammen mit dem Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe „buss“ e. V.; ihre Geschäftsstelle ist der des „buss“ angegliedert.

2.

Organisation

Die Organisation des suchtspezifischen Qualitätsmanagementsystems liegt bei der o. g. Gesellschaft. Die entsprechenden Aufgabenfelder sind:

- Information und Abstimmung mit Leistungsträgern (§ 12 SGB I) und politischen Instanzen,
- Information und Abstimmung mit Träger- und Fachverbänden der Suchtkrankenhilfe,
- Integration der hierfür geeigneten Maßnahmen und Instrumente des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherungsträger in das QM-System,
- Abschluss eines Vertrages über wissenschaftliche Begleitung,
- Formulierung eines Regelwerkes zur Gewährleistung eines transparenten und ordnungsgemäßen Informations- und Verwaltungsablaufs,
- Erstellung und Fortschreibung des Qualitätskonzeptes,



- Kontinuierliche Steuerung und Weiterentwicklung des Verfahrens,
- Präsentation des Projektes in der Fachöffentlichkeit, insbesondere den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe,
- Abschluss von (Rahmen-)Verträgen mit einem Träger für berufliche Qualifikation und Qualitätsentwicklung,
- Integration des Dokumentationssystems EBIS/SEDOS in das QM-System,
- Entwicklung eines Musterhandbuches und eines Auditkataloges (Checkliste) unter Heranziehung auch externen Sachverständes,
- Erarbeitung und Herausgabe von Broschüren, Artikeln etc. zur Öffentlichkeitsarbeit,
- Einrichtung und Aufrechterhaltung einer Geschäftsstelle,
- Annahme und Verwaltung von Anträgen zur Aufnahme in den Verein bzw. zur Beteiligung an dem suchtspezifischen Qualitätsmanagement-System,
- Information der Vereinsmitglieder,
- Organisation regionaler und überregionaler Arbeitsgruppen (peer-groups und Workshops) in Abstimmung mit dem Träger für berufliche Qualifikation und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen,
- Kontakt und Abstimmung mit dem Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe „buss“ e. V. Kassel,



- Kontakt und Vertragsabschluss mit externen Experten,
- Koordinierung eines Auditorenmanagements (Selbstbewertungsverfahren),
- Sammlung, Sichtung und Bewertung spezifischer Leitlinien, Standards und Qualitätskriterien im gesamten Bereich der Suchtkrankenhilfe,
- Kontakt und Vertragsabschluss mit einer oder mehreren Zertifizierungsgesellschaften,
- Fort- und Weiterbildung sowie Supervision der Vereinsmitglieder.

Diese Auflistung der Organisationsaufgaben der Gesellschaft ist nicht abschließend und unabänderlich. Sie ist anhand der Erfahrungen während des QM-Prozesses fortzuschreiben.

3. Partner

Die Gesellschaft als Träger des suchtspezifischen QM-Systems ist nicht in der Lage, alle zur Einrichtung des Projektes erforderlichen Maßnahmen selbst und alleine zu unternehmen. Sie bedarf der partnerschaftlichen Unterstützung durch externe Organisationen und Personen. Dies ergibt sich aus der Integration des Systems in die Qualitätsoffensive der Wohlfahrtsverbände (siehe oben unter A.5) ebenso wie aus der systemimmanenten Verpflichtung zur Kooperation.

Als Partner des deQus-Projektes hervorzuheben sind:

- ein Träger für berufliche Qualifikation und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen (Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden Württemberg e. V. / SAMA).
- eine oder mehrere Zertifizierungsgesellschaften; eine solche muss international oder auf europäischer Ebene anerkannt bzw. akkreditiert sein.
- die Fach- und Trägerverbände der freien und öffentlichen Wohlfahrt sowie auch sonstige Fachverbände und Fachgesellschaften.
- die Leistungsträger im Sinne von § 12 SGB I, insbesondere Rentenversicherungsträger und Krankenkassen.

4.

Vorgehensweise

Die Vorgehensweise zur Einrichtung eines suchtspezifischen Qualitätsmanagement-Systems für die Mitglieder unterliegt der Willensbildung der Mitgliedschaft des Vereins (deQus), ist in der Verantwortung des geschäftsführenden Vorstandes und hat folgenden geplanten Ablauf:

1. Nach Erstellung des Konzeptes für ein Qualitätsmanagement in der Suchttherapie („Qualitätskonzept“) unterrichtet der Vorstand gezielt die in Frage kommenden Organisationen und Einrichtungen von der Gründung der Gesellschaft, ihren Zielen (Satzung und Qualitätskonzept) und dem geplanten Ablauf mit einem ersten Zeitplan. Auf Grund dieser Informationen und Unterlagen



- (Antragsformular) sind bereits Anmeldungen zur Teilnahme und zur Mitgliedschaft möglich.
2. In der Verantwortung des Vorstandes der Gesellschaft wird ein Muster-Qualitätshandbuch erstellt, das an der DIN ISO-Norm orientiert ist.
 3. Die teilnehmenden Mitglieds-einrichtungen benennen Qualitätsbeauftragte (QB) und organisieren sich bei Bedarf in (regionalen) Arbeitskreisen (Qualitätszirkel, Peergroups) zur eigenständigen Begleitung, Fortentwicklung und Supervision des QM-Prozesses. Die Qualitätsbeauftragten erhalten ein Exemplar des Muster-Qualitätshandbuchs.
 4. Vorstand und Geschäftsstelle der Gesellschaft definieren „Meilensteine“ zur Ablaufsteuerung und Ergebniskontrolle.
 5. Beratung und Schulung der Qualitätsbeauftragten der beteiligten Einrichtungen durch die Bildungs- und Beratungsakademie (SAMA) analog zu den Implementationsschritten des QM-Systems (siehe unten).
 6. Die Gesellschaft sorgt für eine kontinuierliche wissenschaftliche Begleitung und Evaluation während des gesamten Projektverlaufs.
 7. Die Fachöffentlichkeit wird während des gesamten Projektverlaufs über Ziele, Ablauf und (erste) Ergebnisse des QM-Prozesses unterrichtet.



8. Erstes Selbstbewertungsverfahren (internes Audit), ggf. mit Unterstützung externen Sachverstandes.
 - die einzelnen Schritte der Einführung und Umsetzung in den Kliniken vorzubereiten,
 - die dazu notwendigen Methoden und Techniken zu vermitteln sowie
 - auftretende Schwierigkeiten aufzugreifen und zeitnah Lösungsstrategien zu entwickeln.
9. Externes Audit und Zertifikat.
10. Ständige Fortentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse, praktischer Erfordernisse und gesundheitspolitischer Vorgaben.

Zur Erreichung dieses Ziels werden die Dienste des Trägers für berufliche Qualifikation und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen (SAMA) sowie internen und externen Sachverstandes in Anspruch genommen.

5.

Ziel des Beratungs- und Kurskonzeptes

Das Kurskonzept hat das Ziel,

- (mindestens) einen/eine Mitarbeiter/in je Einrichtung (QB) mit den Grundlagen und der Philosophie des QM vertraut zu machen,

6.

Struktur des Beratungs- und Kurskonzeptes

Die Vermittlung des Qualitätsmanagement-Wissens erfolgt in



fünf fünftägigen Kursphasen (Kurs 1: 4 Tage). Die Anwendung des Wissens findet in den Praxisphasen zwischen den Kursen statt und wird durch entsprechende Arbeitsmaterialien und Arbeitsaufgaben vorbereitet. Der Aufbau des Kurs- und Beratungskonzeptes orientiert sich an dem zeitlichen Ablauf der Einführung des Qualitätsmanagement-Systems und ermöglicht den Teilnehmern, das QM-System parallel zu der Ausbildung in ihrer Einrichtung eigenverantwortlich einzuführen.

Die Anpassung der Kursinhalte an die jeweilige Situation der beteiligten Kliniken geschieht über zwei Beratungsinstrumente:

Fachcoaching

Das Fachcoaching hat die Aufgabe, die Umsetzungserfahrungen in den Praxisphasen in Bezug auf das Verständnis der Methoden

und Werkzeuge des Qualitätsmanagements zu reflektieren. Es findet ab dem zweiten Kurs während der Kursphasen statt und wird von den Kernreferenten des Kurses in der Regel als themenorientiertes Kleingruppencoaching durchgeführt.

Prozesscoaching

Das Prozesscoaching hat das Ziel, den Umsetzungsprozess vor Ort zu qualifizieren. Es wird von erfahrenen QualitätsmanagerInnen durchgeführt, die beruflich im Qualitätsmanagement in Kliniken tätig sind und über die Zusatzqualifikation „ärztliches/interdisziplinäres Qualitätsmanagement“ verfügen.



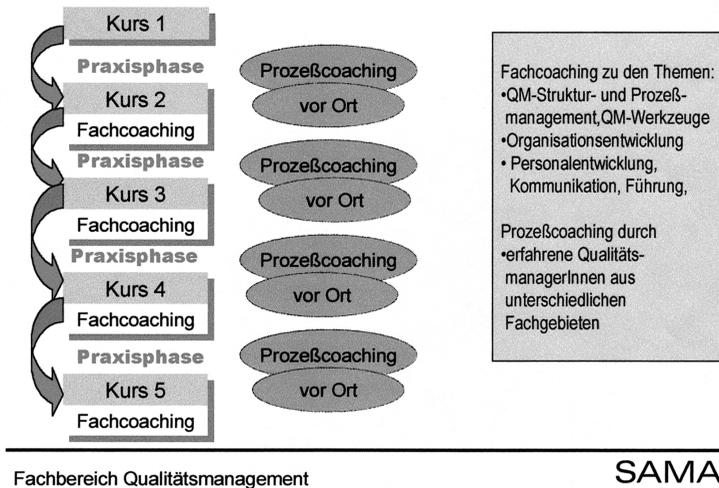
Im Rahmen des vorliegenden Gesamtkonzeptes werden vier eintägige Prozesscoaching-Sitzungen vor Ort angeboten.

Die Ablaufstruktur geht aus der folgenden Abbildung hervor:

chings anfallen und maximal 32 Stunden für das Prozesscoaching vorgesehen sind.

Das Kurs- und Beratungsangebot wird von der SAMA auf der Teilnehmer-, Referenten- und Kli-
nikebene evaluiert.

deQus-Kurs- und Beratungsstruktur



Insgesamt hat das Kurs- und Beratungskonzept einen zeitlichen Umfang von 272 Stunden, wovon 240 Stunden für die Kursphasen einschließlich des Fachcoa-

Für alle Vermittlungs- und Beratungsformen werden hochqualifizierte Referenten angeboten.

7. Grundlage, Anerkennung und Inhalte des Weiterbildungskurses

Das verwendete Curriculum umfasst 200 Stunden (20 Tage) und deckt das Gebiet des QM umfassend ab. Es wurde von der Bundesärztekammer verabschiedet. Für teilnehmende Ärzte besteht bei Vorliegen der beruflichen Voraussetzungen in einigen Bundesländern die Möglichkeit, die Zusatzbezeichnung „ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem ärztlichen Weiterbildungsrecht zu führen. Das Curriculum entspricht

dem europaweit harmonisierten Ausbildungsschema (EOQ). Die entsprechenden Kurse der SAMA werden von der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ) für die Ausbildung zum Qualitätsmanager anerkannt. Absolventen werden direkt zur Prüfung Qualitätsmanager (DGQ) zugelassen. Für Ärzte ist das Curriculum zudem eine Voraussetzung, um im Rahmen des Zertifizierungsmodells der Selbstverwaltung „KTQ“ als Visitor mitzuarbeiten.

Die Kerninhalte des Curriculums werden wie folgt auf die Kursphasen aufgeteilt:

Ausbildung: Kerninhalte

Kurs 1	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau der QM-organisation • Analysetechniken: Aufbau-/Ablauforganisation • ISO 9001:2000
Kurs 2	<ul style="list-style-type: none"> • Projektmanagement/Qualitätstechniken • Prozessmanagement: Kernprozesse • Kommunikation: Qualitätsteam, -zirkel..
Kurs 3	<ul style="list-style-type: none"> • Analysetechniken: Stärken/Verbesserungspotentiale • Prozessmanagement: Prozessgestaltung • Messung und Evaluation: Zwischenevaluation • Problemlösungstechniken
Kurs 4	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzliche und rechtliche Aspekte • Riskmanagement • Qualitätscontrolling • Handbuch
Kurs 5	<ul style="list-style-type: none"> • Interne Audits • interne Schulungen • Kontinuierliche Messung; Analyse und Verbesserung



8. Qualifizierung

Voraussetzung, Chance und Gewinn des suchtspezifischen QM-Systems ist die Berufung und Qualifikation von Qualitätsbeauftragten (Qualitätsmanagementbeauftragten) jeder teilnehmenden Einrichtungen. Zeitliche Kapazität (Freistellung), Ausstattung mit den notwendigen Ressourcen und Rang der Stelle hängt maßgeblich von der Größe und dem Entwicklungsstand der Einrichtung ab. Weitere Anforderungen an Grundqualifikation, Funktion und Kompetenz der/des Qualitätsbeauftragten werden vom Vorstand der Gesellschaft in einem eigenen Anforderungsprofil definiert.

Die QB nehmen an den von dem Träger für berufliche Qualifikation und Qualitätsentwicklung im

Gesundheitswesen (SAMA) veranstalteten Schulungs- und Beratungsgruppen teil (vgl. oben unter Ziff. 6 und 7) und sind fachliche Ansprechpartner für die Gesellschaft.

Mit der Teilnahme an den QM-Kursphasen der Träger für berufliche Qualifikation und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen (SAMA) erwerben die QB eine spezifische Qualitätsmanagement-Qualifikation. Infolge der Anerkennung der Kurse durch maßgebliche Fachgesellschaften (vgl. oben unter Ziff. 7) ist eine Weiterqualifikation im Bereich Qualitätsmanagement möglich.

9. Zeitrahmen

Nach Erstellung des Musterhandbuchs und Schaffung der organisatorischen Voraussetzun-



gen kann mit dem eigentlichen Einführungsprozess des QM-Systems Anfang 2001 begonnen werden. Bis März 2002 sollten die Voraussetzungen für interne Audits geschaffen sein – bis Ende September 2002 die für ein Zertifizierungsverfahren. – Näheres ist einem eigenen Zeitplan der deQus zu entnehmen.

menvereinbarung ausgehandelten Kostensatz

- die Kosten für interne und externe Audits
- die Kosten für wissenschaftliche Begleitung
- die Kosten für Öffentlichkeitsarbeit
- Verwaltungskosten (Geschäftsstelle etc.).

10. Kosten

Kalkulationsgrundlage sind

- die Kosten für Entwicklung und Steuerung des Systems
- die Kosten für die von dem Träger für berufliche Qualifikation und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen (SAMA) erbrachten Dienstleistungen nach dem per Rah-

Der deQus-Vorstand legt den in Frage kommenden Organisationen und Einrichtungen eine detaillierte Kostenkalkulation vor, die nach der Größe der Einrichtungen differenziert ist und einen „Leistungsplan“ über den Projektzeitraum (zwei Jahre) vorsieht.

C. Qualitätsentwicklung

Das suchtspezifische Qualitätsmanagement-System ist mit einer Zertifizierung in der jeweiligen Einrichtung nicht abgeschlossen. Nach der Beurteilung der Wirksamkeit des Qualitätssystems durch fachkundige Experten ist zwar ein aktueller Qualitätsstandard dokumentiert, jedoch muss das System durch begleitende Kontrolle der Korrekturmaßnahmen und Fortschreibung des Qualitätshandbuchs weiter kontinuierlich verbessert werden. Kern des hier gewählten Qualitätsmanagementverfahrens ist der **kontinuierliche Verbesserungsprozess**, der wiederum voraussetzt, dass das QM-System in der jeweiligen Einrichtung tatsächlich gelebt wird. Nur so ist das Ziel der Qualitätsentwicklung im Sinne der

„Business Excellence“ zu erreichen und die Marktposition der einzelnen Einrichtung zu behaupten.

Auf Grund der durch die Einführung des suchtspezifischen Qualitätsmanagements bedingten Qualifizierung und Fortbildung der Mitarbeiter ist externer Sachverstand nur noch punktuell heranzuziehen. Kollegiale Kooperation, Selbstbewertung und Abruf vereinsinternen Sachverständes stehen nun im Vordergrund der Managementmaßnahmen.

Ein Ziel weiterer qualitätsorientierter Maßnahmen kann in der Bewerbung um den europäischen Qualitätspreis (European Quality Award/EQA) gesehen werden.

deQus- Qualitätskonzept

Kurzfassung

1. Die Notwendigkeit zur Einführung eines **suchtspezifischen Qualitätsmanagement-Systems** (QM-System) ergibt sich aus einer ethischen und gesellschaftlichen Verantwortung für die betroffenen Menschen, aus einem gesetzlichen Auftrag sowie aus den Erfordernissen eines wettbewerbsorientierten „Gesundheitsmarktes“ (A Ziff. 1 und 2).
2. Die Einrichtung des Qualitätsmanagements in der Suchttherapie ist eine Initiative des *Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V., „buss“*. – Träger dieser Initiative ist die **Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanage-**
- ment in der Suchttherapie e. V. (deQus)**, die insbesondere die Organisationsgrundlage zur Umsetzung des einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagements in den teilnehmenden Häusern bereitstellt (B Ziff. 1 und 2).
3. Im Kontext einer komplexen Versorgungs- und Qualitätspolitik im Gesundheitswesen verwirklicht das deQus-Projekt ein **suchtspezifisches QM-System**, das an den Strukturen, Vorgaben und Begrifflichkeiten der **international anerkannten QM-Modelle** (ISO 9000 und EFQM) orientiert ist (A Ziff. 3).



4. Das suchtspezifische QM-System ist langfristig auf **Qualitätsentwicklung** im Sinne eines „Total Quality Management“ (TQM) und der „Business Excellence“ in allen beteiligten Einrichtungen angelegt.
- Diesem Ziel dient die Erarbeitung eines Qualitätshandbuchs (Musterhandbuch unter Berücksichtigung suchtspezifischer Leitlinien, Standards und Anforderungsprofile) ebenso wie die praxisnahe Schulung und Beratung sowie die Einleitung eines Zertifizierungsprozesses.
- Die Anforderungen und Erkenntnisse des Qualitätssicherungsprogrammes der Leistungsträger sowie der Dokumentationssysteme der Verbände, werden in das QM-System integriert (A Ziff. 3 und 4).
5. Einrichtungen der stationären Suchthilfe sind – zumal wenn sie in frei gemeinnütziger und öffentlich-rechtlicher Trägerschaft sind –, von spezifischen **Leitbildern** geprägt. Deshalb sind fachspezifische Qualitätsstrukturen und -kriterien auch unter ethischem Blickwinkel zu definieren und bewerten. Dies ist auch bei der Zertifizierung des jeweiligen QM-Systems zu berücksichtigen (A Ziff. 4).
6. **Kooperation** und **Vernetzung** sind unverzichtbare Bedingungen für ein erfolgreiches QM-Projekt. Die Gesellschaft arbeitet deshalb eng und partnerschaftlich mit externen Organisationen und Personen zusammen, die das Projekt-Ziel unterstützen. Wichtige Kooperationspartner sind die Fach- und Trägerverbände sowie die Leistungsträger (B Ziff. 3).



7. Zentrale Bedeutung bei der Einrichtung eines suchtspezifischen QM-Systems haben die eigens benannten **Qualitätsbeauftragten** der teilnehmenden Häuser.
Sie nehmen teil an einem Kurssystem, dessen Curriculum im Gesundheitswesen Deutschlands anerkannt ist (B Ziff. 4, 5, 6 und 7).
8. **Qualifizierung** der Mitarbeiter sowie **Kooperation** der teilnehmenden Einrichtungen untereinander sind Voraussetzung und Gewinn des QM-Systems (B Ziff. 6, 7 und 8).
Besonderes Augenmerk wird der Akzeptanz des Systems durch Einrichtungsleitung und Mitarbeiterschaft geschenkt.
9. Die **zeitliche und ökonomische Belastung** der teilnehmenden Einrichtungen ist möglichst gering zu halten.
Bei der Bemessung des Beitragssatzes ist die Größe der Einrichtung zu berücksichtigen.
10. Mit der **Zertifizierung** der einrichtungsbezogenen QM-Systeme in den Häusern soll die erste Phase der Qualitätsentwicklung abgeschlossen sein.

Der kontinuierliche Verbesserungsprozess im Sinne des „TQM“ und der „Business Excellence“ ist damit in Gang gesetzt, wobei vornehmlich einrichtungsinterne Ressourcen zum Einsatz kommen.
Das QM-System trägt sich selbst.



D.

Literatur

- Adam, D.* (1972). Krankenhausmanagement im Konflikt zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Zielen, Wiesbaden
- Badura, B. / Strodtholz, P.* (1998). Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen, in: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.). Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen, München
- Beutel, M.* (1996). DIN EN ISO 9000 ff. Ein Modell zur Qualitätssicherung in der Suchtkrankenhilfe? in: Sucht 42 (1) S. 55–61
- Blumenthal, D. / Laffel, G.* (1989). The case for using industrial quality management science in health care organisations, in: JAMA, Vol. 262, nr. 20, pp 2869–2873
- Bruhn, M.* (1997). Qualitätsmanagement für Dienstleistungen: Grundlagen, Konzepte, Methoden. Berlin, Heidelberg: Springer
- Brunner, F. J. / Wagner, K.* (1999). Taschenbuch Qualitätsmanagement. München: Carl Hanser
- Camp, R. C.* (1994). Benchmarking. München: Carl Hanser
- Cochrane, A. L.* (1972). Effectiveness and Efficiency: Random reflections on health services. London
- Crosby, P. B.* (1986). Qualität ist machbar. Hamburg / New York / London
- Deming, W. E.* (1986). Out of the crisis. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology
- Dietrich, E.* (1998). Statistische Verfahren zur Maschinen- und Prozessqualifikation. München: Carl Hanser
- Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V.* (Hrsg.) (1995). Begriffe zum Qualitätsmanagement, DGQ-Schrift 11-04. Berlin, Wien, Zürich: Beuth
- Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V.* (Hrsg.) (1996). Anleitung zur prozessorientierten Betrachtung von QM-Systemen nach DIN EN ISO 9001 bis 9003. DGQ-Schrift 11-10. Berlin, Wien, Zürich: Beuth
- DIN – Deutsches Institut für Normung* (Hrsg.) (1992). DIN ISO 9004-2 – Qualitätsmanagement und Elemente eines Qualitätssicherungssystems: Leitfaden für Dienstleistungen. Berlin: Beuth

- DIN – Deutsches Institut für Normung* (Hrsg.) (1994). DIN ISO 9000 – Qualitätsmanagement und Qualitätssicherungs-normen: Leitfaden zur Auswahl und Anwendung. Berlin: Beuth
- DIN – Deutsches Institut für Normung* (Hrsg.) (1994). DIN ISO 8402 – Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung: Begriffe. Berlin: Beuth
- Entwurf DIN EN ISO 9000* (1999-05). Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe. (ISO/CD 9000 : 1999)
- Entwurf DIN EN ISO 9001* (1999-05). Qualitätsmanagementsysteme – Forderungen (ISO/CD 9001 : 1999)
- Donabedian, A.* (1980). The Definition of Quality and Approaches to its Assessment and Monitoring. Vol. 1. Ann Arbor
- Donabedian, A.* (1986). Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring, in: Quality Review Bulletin, Vol. 12, pp. 99-108
- Donabedian, A.* (1992). Quality Assurance in Health Care: Consumers' Role, in: Quality in Health Care 1, pp. 247–251
- Dorenburg, U.* (1994). Positionspapier der Rentenversicherung zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation
- EFQM (1996). Selbstbewertung, Richtlinien für den Öffentlichen Sektor. Brüssel
- Feigenbaum, A. V.* (1983). Total Quality Control. New York: McGraw Hill Book Company
- Glaap, W.* (1996). ISO 9000 leichtgemacht. München: Carl Hanser
- Gläbe, R. / Thomann, H. J.* (Hrsg.) Qualitätsmanagement in Dienstleistungsunternehmen. Loseblattwerk. Köln: TÜV-Verlag
- Hildebrand, R.* (1995). Total Quality Management, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Nr. 1, S. 31–42
- Imai, M.* (1994). Management Kaizen: der Schlüssel zum Erfolg der Japaner im Wettbewerb. Berlin, Frankfurt/M.: Ullstein
- Ishikawa, K.* (1985). What is Total Quality Control? The Japanese Way. Prentice Hall: Englewood Cliffs
- Juran, J. M.* (1991). Handbuch der Qualitätsplanung. Landsberg/Lech: verlag moderne industrie
- Kaltenbach, T.* (1991). Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Melsungen: Bibliothek
- Kamiske, G. F. / Brauer, J.-P.* (1999). Qualitätsmanagement von A bis Z. München: Carl Hanser
- Kamiske, G. F.* (1990). Qualität = Technik + Geisteshaltung, in: Qualität und Zuverlässigkeit, Vol. 35, Nr. 5, S. 251–252
- Kamiske, G. F. / Malorny, C.* (1992). Total Quality Management – ein bestechendes Führungsmodell mit hohen Anforderungen und großen Chancen, in: Zeitschrift Führung und Organisation, Vol. 61 Nr. 5, S. 274–278
- Kamiske, G. F.* (Hrsg.) (1996). ABC des Qualitätsmanagements. München: Carl Hanser

- Köck, C. M.* (1996). Das Gesundheitssystem in der Krise, in: Wagner-Heimerl, P./Köck, C. M., Management im Gesundheitswesen. Wien: Ueberreuther
- Kolb, M. / Bergmann, G.* (1997). Qualitätsmanagement im Personalbereich. Konzepte für Personalwirtschaft, Personalführung und Personalentwicklung. Landsberg/Lech: verlag moderne industrie
- Kotler, P. / Clarke, R. N.* (1987). Marketing for Health Care Organisations. Englewood Cliffs
- Krug, A. C. / Thun, J. W.* (1999). Der neue Weg zu Business Excellence. Thun Consult & Training GmbH: Frankfurt/M.
- Leist, R. / Kühlmeyer, M.* (Hrsg.) (1999). Qualitätsmanagementmethoden. WEKA Verlagsgruppe
- Malorny, C. / Kassebohm, K.* (1994). Brennpunkt TQM. Stuttgart: Schäffer-Poeschel
- Malorny, C.* (1996 a). TQM umsetzen. Stuttgart: Schäffer-Poeschel
- Malorny, C.* (1996 b). TQM erfolgreich umsetzen, in: Qualität und Zuverlässigkeit, Vol. 41 Nr. 7, S. 781–787
- Malorny, C.* (1999). Qualitätsmanagement vor neuen Herausforderungen, in: Qualität und Zuverlässigkeit, Vol. 44, Nr. 3, S. 256–257
- Masing, W.* (1994). Handbuch Qualitätsmanagement. München: Carl Hanser
- Metzger, R. / Gründler, H. C.* (1994). Zurück auf Spitzenniveau – Ein integratives Modell zur Unternehmensführung. Frankfurt/M.: Campus
- Mühlbauer, B. M. et al.* (1994). Patientenorientierung und Arbeitszufriedenheit im Krankenhaus. Ministerium für Arbeit und Soziales. Düsseldorf
- Murphy, J. A.* (1994). Dienstleistungsqualität in der Praxis. München: Carl Hanser
- Myska, M.* (Hrsg.) (1994). TÜV-Umweltmanagement-Berater, Loseblattwerk. Köln: TÜV-Verlag
- Nabitz, U. W. / Walburg, J. A.* (1998). Der Weg des Amsterdamer Jellinek-Zentrums zur Niederländischen Qualitätsauszeichnung, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 3 (6) S. 182–186
- Nieschlag, R.* (1998). Marketing. Berlin: Duncker & Humblot
- Oess, A.* (1989). Total Quality Management, Wiesbaden: Gabler
- Paeger, A.* (Hrsg.) (1998). Die Gesundheitsversorgung von Morgen, Asklepios Kliniken. Kronberg
- Pfeifer, T.* (1996). Qualitätsmanagement. München: Carl Hanser
- Pinter, E. et al.* (1995). DIN ISO 9004 Teil 2 als Leitlinie für ein zeitgemäßes Qualitätsmanagement im Krankenhaus, in: Krankenhausumschau-Spezial, Vol. 64, Nr. 2 suppl., S. 22–32

- QM-Dokumentation*: Richtlinie zum prozessorientierten Aufbau. DGQ 12-22. DGQ-Schriftenreihe. Frankfurt/M.: Deutsche Gesellschaft für Qualität e. V.
- Rothery, B.* (1994). Der Leitfaden zur ISO 9000. München: Carl Hanser
- Schreiber, K.* (1998). ISO 9000. Die große Revision. Interpretation, Analyse, Umsetzung, Audit. Wegweiser zur Umsetzung der neuen Norm. Köln: TÜV-Verlag
- Schillinger, H. / Egner, U. / Schäfer, A.* (2000). Die Rehabilitationsleistungen der BfA im Jahr 1999. DAngVers 5/6/2000. 190–204
- Seghezzi, H. D.* (1994). Qualitätsmanagement, Ansatz eines St. Galler Konzepts Integriertes Qualitätsmanagement, Entwicklungstendenzen im Management Bd.10. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, Zürich: Verlag Neue Züricher Zeitung
- Seghezzi, H. D.* (1996). Integriertes Qualitätsmanagement: Das St. Galler Konzept, München: Carl Hanser
- Seghezzi, H. D.* (1998). Keine Zukunft ohne Qualitätsmanagement, in: Qualität und Zuverlässigkeit, Vol. 43, Nr. 11, S. 1292–1293
- Spörkel, H. et al.* (Hrsg.) (1995). Total Quality Management, Forderungen an Gesundheitseinrichtungen. Berlin, München: Quintessenz
- Servatius, H.-G. / Palass, B.* (1998). WissensWert Unternehmenswachstum durch intellektuelle Wertschöpfung. Stuttgart: Schäffer-Poeschel
- Spyra, K. / Müller-Fahrnow, W.* (1997). Qualitätssicherung und Marktorientierung: Empirische Ergebnisse zur Outcome-Messung in der Suchtrehabilitation, in: Fachverband Sucht (Hrsg.) Das Beste für den Suchtkranken. Geesthacht: Neuland
- Thomann, H. J.* (Hrsg.) (2000). Der Qualitätssicherungs-Berater. Loseblattwerk. Köln: TÜV-Verlag
- Veit, Chr.* (1996). Leitlinien für Curricula zur Ausbildung von Qualitätskoordinatoren und Qualitätsmanagern Nr. 3. Tübingen: Schriften der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung
- Watzka, K. / Watzka, C.* (1992). Verankerung einer Qualitätskultur im Krankenhaus, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus. Nr. 1 (Teil 1) S. 39–47 und Nr. 2 (Teil 2) S. 138–141
- Zeithaml, V. A. / Parasuraman, A. / Berry, L. L.* (1992). Qualitätsservice. Was Ihre Kunden erwarten – Was Sie leisten müssen. Frankfurt/M.: Campus
- Zink, K. J.* (1990) Qualität als Managementaufgabe. Landsberg/Lech: verlag moderne industrie
- Zink, K. J.* (1995). TQM als integratives Managementkonzept. Das Europäische Qualitätsmodell und seine Umsetzung. München: Carl Hanser