

Thomas Finaske

# **Total Quality Management im Krankenhauswesen**

-

Eine theoretische Betrachtung unter besonderer  
Beachtung der Implementierung des TQM's.

eingereicht als

**DIPLOMARBEIT**

an der

**HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)**  
**UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**

**Fachbereich Wirtschaftswissenschaften**

Mittweida, 18.10. 2010

Erstprüfer:

Prof. Dr. rer. pol. K. Vollert

Zweitprüfer:

Prof. Dr. rer. oec. J. N. Stelling

---

## Bibliographische Beschreibung

Mittweida, Hochschule Mittweida, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften

Diplomarbeit

---

Titel:

**Total Quality Management – Inhalt und Umsetzung:** Eine theoretische Betrachtung unter besonderer Beachtung der Implementierung des TQM's.

---

**Verfasser:**

Name: **Finaske**      Vorname: **Thomas**      Matrikel:      11918

---

Erscheinungsjahr: 18.10.2010      Abbildungen:      8

Blattzahl:      112      Literaturangaben:      198

Anhang:      1      Tabellen:      1

---

## Referat

Qualitätsmanagementaufgaben gehören schon seit langem in vielen Organisationen zum täglichen Ablauf dazu. So auch in Einrichtungen des Gesundheitswesens, welche eine besondere Art von Dienstleistung an einer speziellen Form von Kunden vollziehen. Die Bedeutung von Qualität in Krankenhäusern sowie der Hygiene während des Behandlungsprozesses ist unumstritten. Eine so umfangreiche Institution wie es das Krankenhaus darstellt, benötigt ein allumfassendes Qualitätsmanagement.

Ziel dieser Diplomarbeit soll es demnach sein, zu klären, wie man ein so umfangreiches Qualitätsmanagementsystem, wie es das TQM darstellt, theoretisch in deutsche Krankenhäuser implementieren kann.

Nach der Betrachtung des aktuellen Standes unseres Gesundheitswesens sowie der Krankenhaussituation in Deutschland, werden Grundlagen zu Qualität und TQM erstellt. Anschließend erfolgt die theoretische Erörterung der Implementierung des Systems an Hand des EFQM-Modells in Krankenhäuser - damit der Hauptzweck - nämlich die ständige Verbesserung der Qualität in allen Ebenen erreicht werden kann. Zum Abschluss werden Kritikpunkte und Probleme bei der Implementierung des Modells aufgezeigt, sowie Lösungen zur Akzeptanzverbesserungen genannt.

---

## **Vorwort**

Mit dieser Arbeit geht für mich ein recht langer Studienweg zu Ende, der viel Zeit und Geduld kostete. Das Thema dieser Arbeit ergab sich aus einer Anregung durch Herrn Prof. Vollert und befasst sich mit dem Inhalt sowie Umsetzung des Total Quality Managements unter besonderer Beobachtung der Implementierung in den Krankenhaussektor.

Für die Begutachtung und Betreuung, möchte ich einen herzlichen Dank an Herrn Prof. Dr. Vollert, Studiendekan des Fachbereiches Wirtschaftswissenschaften der Fachhochschule Mittweida aussprechen, der mir so oft es möglich war, mit Rat und ehrlichen Worten zur Seite stand.

Ein weiteres Dankeschön geht an den Zweitgutachter dieser wissenschaftlichen Arbeit, Herrn Prof. Dr. Stelling, Vorsitzender des Prüfungsausschusses des Fachbereiches Wirtschaftswissenschaften der Fachhochschule Mittweida.

Einen aufrichtigen Dank an Peter Ehnold, der mir bei den Grundlagen sowie dem Aufbau der Arbeit eine gewaltige Stütze war.

Enorme Unterstützung fand ich auch in der Endphase meiner Schriften, mit Frau Leschkewitz, die mit viel Geduld meine Zeilen wieder und wieder kontrollierte.

Ein großes Dankeschön geht insbesondere an meine Familie, die mich zu jedem Zeitpunkt meiner Ausbildung in vielerlei Hinsicht unterstützt und angetrieben haben.

So auch meine Freundin Antje Firla, der ich schlussendlich einen großen Dank widmen möchte. Sie brachte mir viel Geduld und Motivation entgegen und war mir somit auch neben dem Schreiben in vielen Bereichen eine enorme Hilfe.

In der Hoffnung niemanden vergessen zu haben!

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>II</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>II</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>III</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
1.1 Problemdarstellung.....	1
1.2 Gang der Untersuchung und Fragestellung.....	4
<b>2 Rahmenbedingungen des Krankenhauswesens.....</b>	<b>5</b>
2.1 Überblick der Krankenhauswirtschaft.....	5
2.1.1 Charakteristika des Krankenhauswesens.....	5
2.1.2 Organisationsstruktur im Krankenhaus.....	6
2.1.3 Ökonomisierungswandel des Krankenhauswesens.....	7
2.2 Patienten als Kunden im Krankenhaus.....	10
<b>3 Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen.....</b>	<b>12</b>
3.1 Qualität im Gesundheitswesen.....	12
3.2 Grundlagen des Qualitätsmanagements.....	15
3.3 Qualitätsmanagement - Konzepte und Modelle.....	17
3.4 Qualitätsmanagement in Krankenhäusern.....	18
3.4.1 Notwendigkeit des Qualitätsmanagements im Klinikbereich.....	18
3.4.2 Krankenhausleistungen als Dienstleistungen.....	20
<b>4 Grundlagen des Total Quality Management.....</b>	<b>22</b>
4.1 Historische Entwicklung des QM mit Blick auf TQM.....	22
4.2 Definition von Total Quality Management.....	25
4.3 Merkmale des Total Quality Managements.....	26
4.4 Prinzipien des Total Quality Managements.....	28
4.5 Philosophie des Total Quality Managements.....	30
4.6 TQM Modelle und ihre Awards.....	32
4.6.1 Deming Prize – TQC Modell.....	32
4.6.2 Malcome Baldrige National Quality Award - MBNQA.....	33
4.6.3 EFQM Excellence Award.....	34
4.7 TQM Kundenbegriff im Krankenhauses.....	36
<b>5 Implementierung des TQM in Krankenhäuser.....</b>	<b>37</b>
5.1 Maßnahmen der Implementierung.....	37
5.1.1 Implementierung von Strategien.....	37

---

5.1.2	Elemente und Phasen der TQM Implementierung.....	40
5.1.3	Implementierung am Beispiel des EFQM-Modells .....	44
5.1.3.1	Führung .....	45
5.1.3.2	Mitarbeiter .....	46
5.1.3.3	Strategie .....	48
5.1.3.4	Partnerschaften und Ressourcen .....	50
5.1.3.5	Prozesse, Produkte und Dienstleistungen .....	52
5.1.3.6	Mitarbeiterbezogene Ergebnisse .....	53
5.1.3.7	Kundenbezogene Ergebnisse.....	55
5.1.3.8	Gesellschaftsbezogene Ergebnisse.....	56
5.1.3.9	Schlüsselergebnisse.....	58
5.2	Techniken und Instrumente zur Umsetzung .....	59
5.3	Operative Umsetzung der Implementierung .....	64
5.3.1	Informations-, Kommunikations- und Controllingsysteme.....	64
5.3.2	Schaffung von Akzeptanz bei den Mitarbeitern im TQM.....	66
5.3.2.1	Management.....	67
5.3.2.2	Personal.....	68
5.3.3	Effekte der Implementierung von TQM.....	70
5.4	Probleme bei der TQM Implementierung.....	71
5.4.1	Hindernisse und Fehler bei der Einführung .....	71
5.4.2	Kritik am Total Quality Management.....	73
<b>6</b>	<b>Fazit.....</b>	<b>75</b>
6.1	Schlussbetrachtung.....	75
6.2	Ausblick .....	78
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>79</b>
	<b>Anhangsverzeichnis .....</b>	<b>102</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>103</b>
	<b>Eidesstattliche Erklärung.....</b>	<b>104</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Aufbauorganisation im Krankenhaus .....	7
Abb. 2: Zusammenhang von Struktur-, Prozess, und Ergebnisqualität.....	14
Abb. 3: Der Qualitätsmanagementprozess .....	15
Abb. 4: Total Quality Management als integriertes Managementsystem .....	27
Abb. 5: Prozess der Strategieimplementierung.....	39
Abb. 6: Schritte der TQM-Implementierung .....	42
Abb. 7: Phasen der Einführung von TQM .....	43
Abb. 8: EFQM Modell.....	45

## **Tabellenverzeichnis**

Tab. 1: Qualitätskonzepte und -modelle .....	17
--	----

## Abkürzungsverzeichnis

<b>ASQ</b>	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für statistische Qualitätskontrolle
<b>Abb.</b>	Abbildung
<b>bzw.</b>	beziehungsweise
<b>ca.</b>	circa
<b>d.h.</b>	das heißt
<b>DGQ</b>	Deutsche Gesellschaft für Qualität
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Groups
<b>et. al.</b>	und andere, et alii (lateinisch)
<b>EEA</b>	EFQM Excellence Award
<b>EFQM</b>	European Foundation for Quality Management
<b>EQA</b>	European Quality Award
<b>GMDS</b>	Deutsche Gesellschaft für Med. Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V.
<b>i.w.S.</b>	im weiteren Sinne
<b>i.d.R.</b>	in der Regel
<b>JCAHO</b>	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations
<b>JCIA</b>	Joint Commission International Accreditation
<b>KTQ</b>	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
<b>lat.</b>	Lateinisch
<b>Mrd.</b>	Milliarden
<b>MBNQA</b>	Malcome Baldrige National Quality Award
<b>o. V.</b>	ohne Verfasser
<b>PR</b>	Public Relation
<b>QEP</b>	Qualität und Entwicklung in Praxen
<b>QM</b>	Qualitätsmanagement
<b>QMS</b>	Qualitätsmanagementsystem
<b>S.</b>	Seite
<b>TQM</b>	Total Quality Management
<b>Tab.</b>	Tabelle
<b>u. a.</b>	unter anderem
<b>u. U.</b>	unter Umständen
<b>u. v. m.</b>	und vieles mehr
<b>z.B.</b>	zum Beispiel

# 1 Einleitung

## 1.1 Problemdarstellung

Die Erwartungen in die derzeitige Gesundheitspflege wachsen stetig und nur ein gutes Krankenhaus zu sein reicht momentan niemandem mehr aus. Das Anspruchsniveau der Patienten steigt heutzutage analog mit der Verbesserung der Informationsgewinnung, d.h. es ist viel einfacher für den Kunden zu recherchieren, in welche Hände er sich begeben und welcher Einrichtung er Vertrauen schenken kann. Nicht allein der Fakt des „geheilt seins“ ist ausschlaggebend, sondern auch die Qualität der kompletten Behandlung und Betreuung, sozusagen der Weg zum Ziel, steht seit geraumer Zeit im Mittelpunkt. Heutzutage sind Krankenhäuser keine sozialen Einrichtungen mehr, sondern haben sich zu Dienstleistungsunternehmen entwickelt, welche wie reguläre Wirtschaftsbetriebe geführt werden müssen. Das bedeutet, über Gewinn und Verlust entscheidet Qualität des Managements, Motivation und Kompetenz der Mitarbeiter sowie der Zuspruch der „Kunden“.

Um in einer so komplexen Organisation des Gesundheitswesens in allen Ebenen Qualität walten zu lassen, kommt das Management einer Klinik an dem Thema Qualitätsmanagementsystem (QMS) heutzutage nicht vorbei. Besonders für private Einrichtungen im aktuellen Wettbewerb gilt es den Spagat zu meistern, Kosten zu senken und gewinnbringend zu agieren. Weiterhin stehen sie vor der Aufgabe in qualitätssteigernde Maßnahmen zu investieren, um Patientenwünsche auf höchstem Niveau erfüllen zu können, wobei im Gegenzug die Kosten für Fachpersonal und technische Ausstattung ständig steigen. Bedingt durch die finanziellen Schwierigkeiten vieler öffentlicher Einrichtungen, übergaben in den letzten Jahren immer mehr Städte, Landkreise und auch Bundesländer ihre Krankenhäuser an private Träger ab, denen es leichter fällt sich mit Kapital zu versorgen. Der daraus entstandene Wettbewerb, den Patienten als Kunden zu gewinnen und zufrieden zu stellen, entscheidet sich aufgrund der Qualität der gesamten Behandlung einschließlich der Vielfalt und Spezialisierungen der Angebote.

Schon seit Langem können sich Einrichtungen im Gesundheitsbereich nicht mehr den veränderten Marktbedingungen, Forderungen der öffentlichen und subventionierten Träger (z.B. Krankenkassen, Rentenversicherungsträger,

Deutscher Sportbund), Kundenwünschen und gesetzlichen Grundlagen entziehen. Denn genau wie in der Industrie, wo bereits Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts mit der Einführung von QMS begonnen wurde (siehe z.B. Automobilindustrie), müssen im Gesundheitsbereich vorherrschende Ressourcen und Mittel effizient eingesetzt und sich am Kunden orientiert werden. Qualitätsmanagementsysteme sollen eine Unterstützung für die kontinuierliche Anpassung an neue Gegebenheiten im Gesundheitswesen darstellen und durch die Identifizierung von Problemen bis hin zur Verbesserung von Prozessen soll es der lernenden Institutionen dienen.<sup>1</sup> An dieser Stelle werden die Verhältnisse und Aufgaben des Marketings sichtbar. Im Prozess des Qualitätsmanagements (QM) wird nach den Bedürfnissen der Kunden gestrebt, um die Entwicklung der Dienstleistung zur Erfüllung der Erfordernisse sicherzustellen.<sup>2</sup>

Der Aspekt der Qualitätssicherung und des QM im Krankenhaus gewinnt noch mehr an Bedeutung, wenn man sich die Aufnahme der Thematik in das Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 137 im Jahr 1988 betrachtet: welcher besagt, dass Einrichtungen der stationären medizinischen Versorgung, wie z.B. Krankenhäuser, während der Behandlung, der Versorgungsabläufe und hinsichtlich der Behandlungsergebnisse zur Qualitätssicherung verpflichtet sind. Zur Vervollständigung dieser Thematik wurden im Juni 1997 die §§ 137a (Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen im Krankenhaus) und 137b (Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin) verabschiedet.<sup>3</sup> Kliniken stehen immer mehr unter Druck und müssen sich ständig der Problematik gegenüberstellen, Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit<sup>4</sup> zu verbinden.

Es ist wichtig, dass sich Kliniken durch ein gezieltes Krankenhausmanagement zunehmend an einem wettbewerblich angelegten Krankenhausmarkt richtig positionieren, um sich zu etablieren.<sup>5</sup> Um unter diesen Gegebenheiten ein Klinikum erfolgreich zu leiten, sollen in dieser Arbeit Ansätze zur Implementierung eines Total Quality Managements (TQM) geschaffen werden.

---

<sup>1</sup> Vgl. Weibler, U./ Zieres, G. (2003), S.25ff

<sup>2</sup> Vgl. Vollert, K. (1998), S.3

<sup>3</sup> Vgl. SGB V, § 137 [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_137.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_137.html) (07.06.2010)

<sup>4</sup> Vgl. SGB V, § 70 [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_70.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_70.html) (07.06.2010)

<sup>5</sup> Vgl. Pinter, E./ Vitt, K. (1996), S.11

Der Kerngedanke ist dabei die kontinuierliche Verbesserung aller Geschäftsprozesse, welche es ermöglicht, sowohl das Leistungsspektrum als auch die Qualität der Erstellung an den Bedürfnissen und Erwartungen der Patienten anzupassen, zu erfüllen oder sogar zu übertreffen.<sup>1</sup>

Qualität war und wird in Zukunft noch sehr viel stärker das Hauptmerkmal jeglicher Institution sein. Durch kürzliche Vorfälle und Hygiene-Skandale, wie z.B. im Universitätsklinikum in Mainz oder München, als zwei Neugeborene an Bakterien in der Nährlösung starben<sup>2</sup>, wurde die Debatte über bundesweit einheitliche Hygienevorschriften in deutschen Krankenhäusern verstärkt auf den Plan gerufen und es unterstreicht die Wichtigkeit von Qualität in Kliniken sowie bei deren Lieferanten. Die Auswirkungen von Fehlern und die Effekte aus den negativen Berichterstattungen über die schlechte Qualität eines Krankenhauses lassen sich schlecht kalkulieren, doch erzeugt es bei der Bevölkerung nicht gerade Vertrauen in die Institution. Nicht nur ungenügende Hygiene scheint in deutschen Kliniken ein Problem zu sein, es ist wie in vielen anderen Fällen ein Resultat aus Personalmangel und der daraus resultierenden Zeitknappheit, sowie mangelndem Qualitätsbewusstsein der Angestellten. Laut einem Stern Artikel vom September 2010 stehen im „Krisengebiet deutsches Krankenhaus“ Überstunden an der Tagesordnung, Patienten und Medikamente werden verwechselt, ca. 90 Sekunden pro Patient bleiben den Ärzten bei der Morgenvisite, Qualität wird nur versprochen und Wirtschaftlichkeit regelrecht erzwungen.<sup>3</sup> Da das Personal einen sehr grossen Anteil der Gesamtkosten in einem Krankenhaus einnimmt, wird hier am häufigsten eingespart, doch erscheint es in der heutigen Zeit logischer in die Leistungserbringer zu investieren, um die Leistungsempfänger auf einem sich ständig verbessernden Qualitätsmaß zufrieden zu stellen, um das Überleben der Institution und mehr noch der Patienten zu sichern.

---

<sup>1</sup> Vgl. Gohde, J. (1997), S.377f

<sup>2</sup> Vgl. Apfel, P. (2010) Fokus-online: <http://www.focus.de/> (14.10.2010)

<sup>3</sup> Vgl. Geisler, A./ Olfen, I. (2010), S.34ff

## 1.2 Gang der Untersuchung und Fragestellung

Zur Erörterung der im vorherigen Kapitel genannten Sachverhalte beginnt diese theoretische Arbeit nach einer kurzen Einführung im zweiten Kapitel mit einem Einblick in das vorherrschende Gesundheitswesen und in die für die Arbeit wichtigen Institutionen. Weiterhin soll die Notwendigkeit von Qualitätsmanagement, speziell des TQM, im Krankenhaus aufgezeigt werden, bevor es zur Erläuterung und Definition grundlegender Qualitätsbegriffe kommt. Hier werden Qualitätsmanagementkonzepte sowie -methoden vorgestellt und die Krankenhausleistung als Dienstleistung definiert. Fortlaufend soll aufgezeigt werden, wo die Ursprünge des TQM zu suchen sind und welche Instrumente und Denkansätze sich dahinter verbergen. Mit diesem Wissen wird sich anschließend auf den Schwerpunkt der Arbeit konzentriert, welche die Implementierung eines TQM Systems in Krankenhäusern betrifft. Grundlegende Ausführungen von Strategieumsetzungen leiten die TQM Implementierung am Beispiel des EFQM Modells ein und in deren Anschluss werden weitere theoretische Effekte, Gefahren und Kritikpunkte aufgezeigt.

Im Fokus der Arbeit stehen folgende zentrale Fragen:

Welche konkreten Maßnahmen sind notwendig um das Total Quality Management in Krankenhäuser zu implementieren?

Welche Möglichkeit gibt es das Total Quality Management in Krankenhäuser zu implementieren und welche Effekte sowie Probleme bringt diese Philosophie mit sich?

Welche möglichen Effekte und Probleme könne sich bei der Implementierung des Total Quality Management in Krankenhäuser ergeben?

Ausgehend von der zentralen Bedeutung, der bei der Implementierung des Total Quality Management beteiligten Akteure wie beispielsweise Kunden, medizinisches oder nichtmedizinisches Personal, gilt es der Frage nach zugehen, wie eine möglichst hohe Akzeptanz dieser Anspruchsgruppen hinsichtlich der durchgeführten Maßnahmen erreicht werden kann?

## **2 Rahmenbedingungen des Krankenhauswesens**

Die Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems entwickelt sich immer mehr zu einem größeren Problem, da es einen permanent steigenden Anteil an den gesamtwirtschaftlichen Ressourcen des Landes einnimmt. Die Ursachen hierfür liegen in der demographischen Entwicklung, im technologischen und medizinischen Fortschritt und nicht zuletzt in den Kostensteigerungen, sowie dem gestiegenen Anspruchsniveau der Patienten, welcher auf dem verbesserten Informationsstand beruht. In diesem Teil der Arbeit soll die aktuelle Lage des Gesundheitssystems sowie das Krankenhauswesen näher erläutert werden. Anschließend sollen die vorherrschenden Probleme zur Notwendigkeit eines Qualitätsmanagements leiten und der Patient in der Rolle des Kunden als Mittelpunkt der Krankenhausleistung dargestellt werden.

### **2.1 Überblick der Krankenhauswirtschaft**

#### **2.1.1 Charakteristika des Krankenhauswesens**

Die Institution des Krankenhauses soll durch ärztliche und pflegerische Maßnahmen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden feststellen, lindern oder heilen.<sup>1</sup> Im Weiteren sollen sich die Einrichtungen an der medizinischen Ausbildung, an der Forschung und an der Weiterentwicklung von diagnostischen oder therapeutischen Standards beteiligen.<sup>2</sup> „Das Gesundheitswesen ist geprägt von Komplexität und Dynamik. Komplexität ergibt sich durch die zunehmende Verzahnung präventiver, kurativer und rehabilitativer sowie ambulanter und stationärer Versorgungsbereiche. Dynamik entsteht aus der rasanten Entwicklung medizinwissenschaftlicher und technischer Diagnose- und Therapiemethoden. Komplexität resultiert aus dem Zusammenspiel der zahlreichen Akteure und Anspruchsgruppen,“ in dem sich das Krankenhaus befindet.<sup>3</sup>

Die stationäre Krankenversorgung ist der Mittelpunkt des Produktionssystems einer Klinik, darunter sind die Diagnostik-, Therapie- und Hotelleistung als wichtigste Bereiche anzusehen.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. SGB V, § 107 [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_107.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_107.html) (16.06.2010)

<sup>2</sup> Vgl. Straub, S. (2002), S.15

<sup>3</sup> Lutz, J. (2004), S.206

<sup>4</sup> Vgl. Hofman, O. (2010), S.5

Die Kliniken, welche als Subsysteme des Gesundheitssystems zu verstehen sind, werden nach ihrer Abhängigkeit von Funktionen, Ausstattung der Technologie und Patientenklientel unterschieden. Eingeteilt werden somit Akutkrankenhäuser, Sonderkrankenhäuser (z.B. Reha- und Suchtkliniken), Belegkrankenhäuser oder Tages- und Nachtkliniken, letztere zählen zu ergänzenden Einrichtungen. Die allgemeinen Krankenhäuser können folgenderweise weiter untergliedert werden in „Krankenhäuser der Regelversorgung, Schwerpunktversorgung oder der Maximalversorgung,“<sup>1</sup> des Weiteren in Fachkliniken, Sonderkliniken, Unikliniken, etc.<sup>2</sup>

In Deutschland werden Kliniken grundlegend in drei verschiedene Krankenhausträgerarten, welche durch die verantwortliche juristische Person ausgedrückt werden, unterteilt. Die Träger können freigemeinnützig, öffentlich-rechtlich oder privat sein. Zu den freigemeinnützigen Häusern zählen z.B. kirchliche Organisationen oder Wohlfahrtsverbände, wie das Deutsche Rote Kreuz oder die Arbeiterwohlfahrt. Öffentlich-rechtliche Einrichtungen, wie städtische- oder Kreiskrankenhäuser und Universitätskliniken, werden vom Land, Kommunen oder der Stadt gelenkt. Durch Zusammenschlüsse oder Übernahmen haben die privaten Krankenhäuser in den letzten Jahren einen deutlichen Zuwachs erlebt, sie werden von privaten Gewerbebetrieben verwaltet. Beispiele dafür sind die Asklepios-, Helios-, Rhön- oder Sana-Kliniken.<sup>3</sup>

Natürlich finden sich noch andere Anspruchsgruppen im Gesundheitswesen, die eng mit den Kliniken zusammen arbeiten und durch ihr Handeln diese auch beeinflussen. Diese Einrichtungen positionieren sich als Kunden bzw. Lieferanten der Krankenhäuser und werden im Kapitel 4.7 näher erläutert.

### **2.1.2 Organisationsstruktur im Krankenhaus**

Die heute noch weit verbreitetste Krankenhausorganisation (Abbildung 1), ist durch die Aufgliederung der Gesamtaufgabe in viele Einzelaufgaben gekennzeichnet und traditionell streng hierarchisch gegliedert.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Volkening, T. (2004), S.31

<sup>2</sup> Vgl. Straub, S. (2002), S.15

<sup>3</sup> Vgl. Pies, S./Becker, A. (2009), S.11

<sup>4</sup> Vgl. Ziegenbein, R. (2001), S.106ff

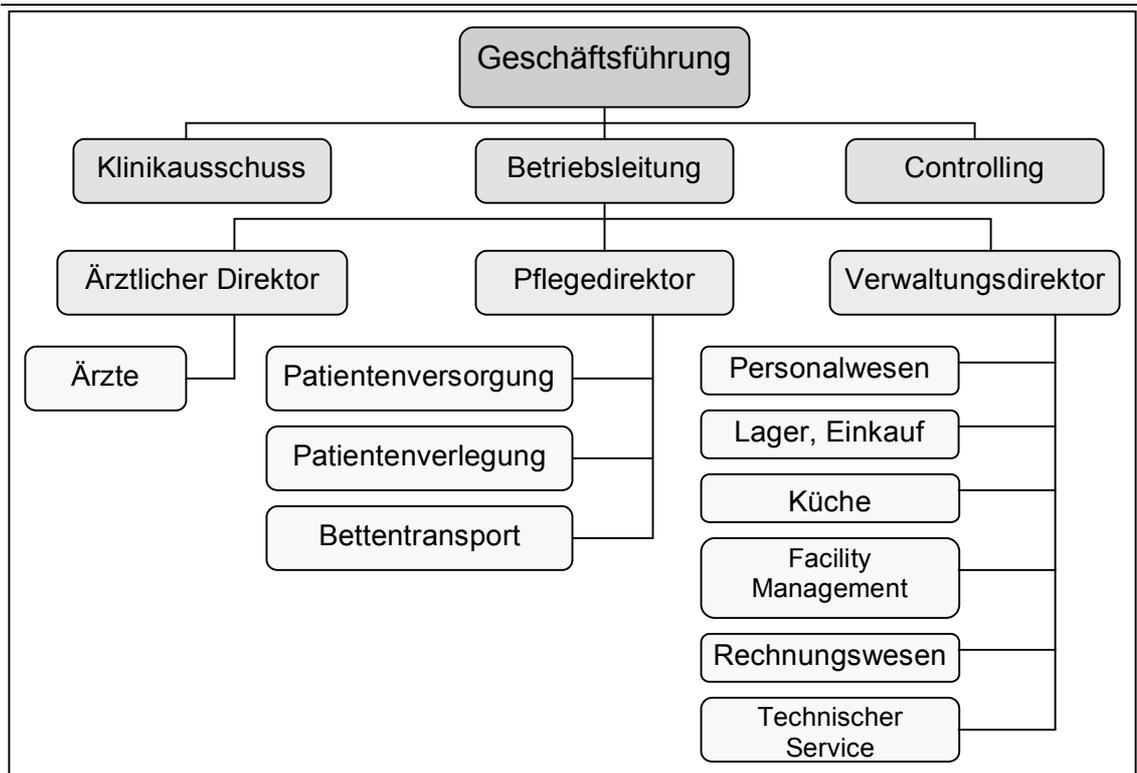


Abb. 1: Aufbauorganisation im Krankenhaus<sup>1</sup>

In der obersten Etage findet sich die Geschäftsleitung, ihr ist der Klinikausschuss, die Betriebsleitung und das Controlling unterstellt. Die Kliniken werden in der Betriebsleitung durch drei Einheiten: Ärztlicher Dienst, Pflegedienst und Wirtschafts- sowie Verwaltungsdienst von Leitern bzw. Direktoren gelenkt. Dem Ärztlichen Leiter unterliegen z.B. Klinikleiter, Chefärzte und Stationsärzte. Dem Pflegedienstleiter unterstellt sind z.B. Abteilungsschwestern, Stationsschwestern und Pflegehelfer, deren Aufgabe es ist, sich um die Patientenversorgung und -verlegung sowie dem Bettentransport zu kümmern. Der Verwaltungsleiter führt z.B. die Abteilungsleiter, Bereichsleiter Sachbearbeiter und Praktikanten. Die Krankenhausverwaltung trägt die Verantwortung für z.B. Personalwesen, Lager, Einkauf, Küche, Facility Management, Rechnungswesen und den Technischen Service.<sup>2</sup>

### **2.1.3 Ökonomisierungswandel des Krankenhauswesens**

Seit Beginn der 90er Jahre sind die Ausgaben im Gesundheitswesen stark gestiegen. In lediglich nur Zehn Jahren kletterten die Ausgaben 2003 auf 239,7 Mrd. Euro, das sind 46,5 Prozent mehr als im Vergleichsjahr 1993.<sup>3</sup> Bis zum

<sup>1</sup> Vgl. Krankenhauslogistics, <http://www.krankenhauslogistics.com> (25.08.2010)

<sup>2</sup> Vgl. Ziegenbein, R. (2001), S.106ff

<sup>3</sup> Statistisches Bundesamt, <http://www.destatis.de/.../property=file.pdf> (21.06.2010)

Jahr 2007 wuchsen die Aufwendungen auf 253 Mrd. Euro<sup>1</sup> für den Gesundheitsbereich an. Da der Krankenhaussektor in diesem Fall mit 27 Prozent<sup>2</sup> eine tragende Rolle einnimmt, versuchte man durch Rationalisierungen und Gesetzesänderungen der „Kostenexplosion“ entgegen zu steuern.

In Folge der Gesundheitsreform im Jahre 2000, mit der man eine Steuerbarkeit der Ausgaben im stationären Sektor erreichen wollte, wurde 2004 das DRG-Vergütungssystem eingeführt. Dieses diagnosebezogene pauschalisierte Entgeltsystem schuf den Anreiz zur betriebswirtschaftlichen Leistungserbringung und die Notwendigkeit für marktwirtschaftliche Steuerungselemente. Durch grundlegende Veränderungen der finanziellen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser löste es einen enormen Kosten-, Leistungs- und Wettbewerbsdruck aus,<sup>3</sup> der bis heute anhält und schon zu vielen Zusammenschlüssen, Übernahmen oder Schließungen führte. In Zahlen ausgedrückt, sank z.B. die Zahl der Krankenhäuser in 2006 auf 2104 auf 2087 und die Bettenanzahl verringerte sich damit von 510767 auf 506.954.<sup>4</sup> Ein Jahr später waren es nur noch 2067 Kliniken mit einer Anzahl von 503.000 Betten.<sup>5</sup> Tendenziell wird ebenso vorausgesagt, dass bis zum Jahr 2025 ein Viertel der Kliniken schließen wird, hierbei werden hauptsächlich die öffentlichen Trägerschaften betroffen sein. Ebenfalls ist mit einer Steigung der Krankenhausprivatisierung um bis zu 40% zu rechnen. Dies würde bedeuten, dass ca. 60% der Gewinne, welche im Krankenhaussektor erwirtschaftet werden, aus privaten Trägerschaften stammen werden.<sup>6</sup>

Sieht man aktuelle Studien, so prognostizieren verschiedene Gesellschaften, die im deutschen Krankenhauswesen forschen, ähnliche Aussagen. Die Unternehmensberatung McKinsey schätzt, dass auf mittelfristiger Sicht jedes dritte Krankenhaus vor einer Zusammenlegung steht oder gar geschlossen werden muss.<sup>7</sup> Der Wirtschaftsprüferbetrieb Ernst & Young estimiert bis zum

---

<sup>1</sup> Statistisches Bundesamt, <http://www.destatis.de/.../Jahresbericht2009...pdf> (21.06.2010)

<sup>2</sup> Vgl. Handelsblatt: <http://www.handelsblatt.com/.../kliniksterben> (21.06.2010)

<sup>3</sup> Vgl. med2day: <http://www.med2day.de/drg.htm> (21.06.2010)

<sup>4</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2008), S.32

<sup>5</sup> Vgl. RWI Krankenhaus Rating Report 2010: <http://idw-online.de> (21.06.2010)

<sup>6</sup> Vgl. Bundesärztekammer <http://www.bundesaerztekammer.de/Ergebnisbericht> (23.06.2010)

<sup>7</sup> Vgl. Handelsblatt: <http://www.handelsblatt.com/.../kliniksterben> (21.06.2010)

Jahr 2020 einen Klinikrückgang von derzeit 2.000 auf ca. 1.500<sup>1</sup> Kliniken und auch das Krankenhaus Rating Report 2008 empfiehlt allen Krankenhäusern ihre Effizienz zu steigern.<sup>2</sup>

Ursache dafür ist z.B., dass die Ausgaben im Gesundheitswesen in Bezug zu den Einnahmen zu hoch ausfallen. Die demografische Entwicklung der deutschen Bevölkerung spielt hier eine entscheidende Rolle und wird in Zukunft massive Auswirkungen auf das Gesundheitssystem haben. Ab dem 55. Lebensjahr sinkt der durchschnittliche Beitrag pro Person stetig, doch da die Bürger im Schnitt immer älter werden, nehmen die Behandlungskosten einer Person im Alter stark zu. Betrachtet man sich die Prognosen der Erwerbstätigkeit für 2050, so werden durch die abnehmenden Geburtenzahlen nur noch 1,7 Erwerbstätige auf einen Rentner kommen, im Jahr 2001 lag das Verhältnis noch bei 3,8 Erwerbstätige pro Rentner. Darüber hinaus führt auch die hohe Arbeitslosigkeit in Deutschland zu sinkenden Krankenkasseneinnahmen.<sup>3</sup> Die Finanzprobleme haben weiterhin Auswirkungen auf den medizinischen und medizin-technischen Fortschritt der Einrichtungen, welche auf innovative Behandlungsmöglichkeiten, moderne Geräte und Ausstattung angewiesen sind. Dieser Investitionsstau beläuft sich laut der EMNID-Umfrage von Spectaris heute schon auf bis zu 50 Milliarden Euro. Dies wirkt sich durch das Ausbleiben von neuesten Behandlungsmethoden, auf Mitarbeitern und Patienten der jeweiligen Klinik aus.<sup>4</sup> Dabei stellt der medizinische und technische Fortschritt ein enormes Wachstumspotential dar, auch der Anstieg des durchschnittlichen Lebensalters sollte den Dienstleistern in der Gesundheitswirtschaft nicht nur im Wege stehen.<sup>5</sup>

Durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, welches 2009 in Kraft trat, werden trotz der Wirtschaftskrise bessere Ergebnisse erwartet, doch schon für die kommenden Jahre prognostiziert man eine Verschlechterung der Finanzlage im Krankensektor, da durch sinkende Steuereinnahmen der Kommunen, finanzielle Zuschüsse für die kommunalen Krankenhäuser

---

<sup>1</sup> Vgl. Ernst & Young: [http://www.ey.com/Krankenhaus...im\\_Umbruch.pdf](http://www.ey.com/Krankenhaus...im_Umbruch.pdf) (21.06.2010)

<sup>2</sup> Vgl. RWI Krankenhaus Rating Report 2008: <http://idw-online.de> (21.06.2010)

<sup>3</sup> Vgl. BMGS (2005) [www.gesundheitspolitik.net/BpB](http://www.gesundheitspolitik.net/BpB) [www.bpb.de/](http://www.bpb.de/) (22.06.2010)

<sup>4</sup> Vgl. EMNID-Umfrage von Spectaris 2010 <http://www.spectaris.de> (29.06.2010)

<sup>5</sup> Vgl. Oberender P./Hebborn. A. (1994), S.9

wegfallen und somit die Privatisierung der Einrichtungen zunehmen wird. Es wird weiterhin damit gerechnet, dass der Personalbedarf weiterhin zunimmt, die Löhne des Personals überproportional steigen, die Verweildauer der Patienten fortschreitend verkürzt wird und dadurch die Bettenüberkapazitäten steigen.<sup>1</sup>

Der Wandel der Krankenhauswirtschaft zeigt sich auch im Gesundheitsverständnis der Bevölkerung, welche ihre Ansprüche durch die Fülle an Informationen in den Medien erhöht hat. Dies wird ersichtlich in der Bereitschaft von jungen wie auch älteren Menschen, neben den Angeboten der Gesetzlichen Krankenversicherung zusätzliche Gesundheitsleistungen wahrzunehmen.<sup>2</sup>

Diese Ausführungen zeigen deutlich, dass sich Krankenhäuser zu modernen Dienstleistungsbetrieben entwickeln müssen und in dem wettbewerblichen Umfeld unternehmerisch und unter Beachtung des Gesundheitssystem sowie des Krankenhauswesens wirtschaften müssen. Um den Herausforderungen in der Wachstumsbranche Gesundheitswirtschaft gerecht werden zu können, orientieren sich die Kliniken schon seit geraumer Zeit an Konzepten und Qualitätsmanagementsystemen, die sich bereits in der Wirtschaft bewährt haben, um die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität kontinuierlich auf einem hohen Stand zu halten. Derzeit kommen in Kliniken folgende Modelle am häufigsten zum Einsatz: DIN EN ISO 9001:2000, EFQM, PCC, QEP und KTQ.

## **2.2 Patienten als Kunden im Krankenhaus**

Als primäre Zielgruppe wird der Patient als Kunde angesehen und nimmt im Krankenhaus die wichtigste Rolle ein. Da sich diese Art von Dienstleistung hauptsächlich am Patienten vollzieht und „Gesundheit kein Gut wie jedes andere ist,“<sup>3</sup> soll die Stellung des Patienten als Kunde nachfolgend näher erläutert werden. Welche in dieser Arbeit als Patienten erwähnt sind, sollen grundlegend als bedürftige und akut Not leidende Menschen verstanden werden. Ihr Wunsch ist es in angemessener Zeit ihre Gesundheit möglichst wieder zu erlangen.<sup>4</sup> Die gut 70 Millionen gesetzlich und ca. 8,8 Millionen privat

---

<sup>1</sup> Vgl. RWI Krankenhaus Rating Report 2010: <http://idw-online.de> (21.06.2010)

<sup>2</sup> Vgl. Oberender P. et al. (2006), S.17

<sup>3</sup> Dr. P. Rößler - BMG Zukunftskongress 29.04.2010 in Das Krankenhaus (Heft 5/2010), S.406

<sup>4</sup> Vgl. Mühlbauer, B.H. (2004), S.66

Krankenversicherten<sup>1</sup> in Deutschland sind im Fall einer Erkrankung sowohl Produzent als auch Objekt des Behandlungsprozesses. Während dieser Dienstleistung, die der Patient in den meisten Fällen nicht freiwillig „erwerben“ will, wird er von Dritten z.B. Ärzten gelenkt und normalerweise von Kostenträgern unterstützt.<sup>2</sup> Weiterhin hat der Kunde wenig Einfluss auf die Art und den Umfang sowie die Qualität der Versorgung, dies obliegt dem einweisenden oder behandelnden Arzt bzw. dem Pflegepersonal des entsprechenden Krankenhauses.<sup>3</sup> Der größte Teil der Behandlung wird durch die jeweilige Krankenversicherung getragen, für die teilweise durch Beiträge des Versicherten erbracht werden müssen. Somit steht der Preis der Leistung, welcher in der Marktwirtschaft häufig als Kaufentscheidung gilt, oft nicht mehr im Vordergrund. Letzten Endes empfindet der Patient das Vertrauen in die Leistungsfähigkeit und den medizinischen Ruf der Klinik als wichtig.<sup>4</sup>

Nicht nur, dass der Patient den Erfolg bzw. das Ergebnis der medizinischen Leistung beurteilt, sondern, dass er diese Erfahrung auch an Dritte<sup>5</sup> weitergeben wird, sollte weiterhin ein Grund für eine hohe Dienstleistungsqualität sein. Bei der Einschätzung des Krankenhauses gegenüber Freunden oder Angehörigen überwiegen negative Informationen die positiven und der Patient beeinflusst somit aktiv den Entscheidungsprozess zukünftiger Klienten. Schätzt der Patient die empfundene Qualität gegenüber seinem einweisenden Mediziner ein, so beeinflusst er weiterhin dessen zukünftige Einweisungsentscheidung seines Patientenstammes.<sup>6</sup>

Wie in der Problemstellung aufgeführt, ist schon seit langem ein Wandel des Gesundheitsbewusstseins vieler Patienten zu erkennen. Eine genaue Kundenorientierung, die sich den Wünschen und Bedürfnissen des Leidenden zuwendet, sollte eine logische Schlussfolgerung aus dem veränderten Informations- und Anspruchsverhalten der Leistungsempfänger sein.

Der Patient handelt dabei wie als Konsument, der vor einer Kaufentscheidung steht und informiert sich über Produktgestaltung und -vielfalt. Der Erkrankte

---

<sup>1</sup> BMG Zukunftskongress 29.04.2010 in Das Krankenhaus (Heft 5/2010), S.408

<sup>2</sup> Vgl. Mühlbauer, B.H. (2004), S.66

<sup>3</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1997), S.131ff

<sup>4</sup> Vgl. Schupeta, E./ Hildebrandt, H. (1999), S.27ff

<sup>5</sup> Ein zufriedener Patient gibt seine Eindrücke an durchschnittlich vier bis fünf Personen weiter. Vgl. Thill, K.-D. (2007), S.2

<sup>6</sup> Vgl. Thill, K.-D. (1996), S.160ff

wird sich somit immer häufiger detailliertes Wissen beschaffen, um auch objektiv und rational den Behandlungsprozess bewerten zu können.<sup>1</sup>

Der Patientenzufriedenheit sollte also ein hohes Maß an Aufmerksamkeit zukommen, denn nur ein zufriedener Patient wird das Klinikum bei einem nochmaligen Krankenhausaufenthalt wählen bzw. seinem sozialen Umfeld weiterempfehlen. Auch unwesentliche Aspekte wie Freundlichkeit des Personals und Atmosphäre im Krankenhaus spielen zum Wohlbefinden des zu Behandelnden eine wichtige Rolle. Die Erfassung der subjektiven Meinung der Leistungsempfänger ist durch eine Patientenbefragung zu erlangen, die daraus entstehenden Daten sind wichtig zur Messung der gesundheitlichen Versorgung. Um die Patienten- bzw. Kundenzufriedenheit stets sicher zu stellen und Probleme in diesen Verhältnisfeldern zu vermeiden, finden QMS großen Anklang im Krankenmanagement.

### **3 Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen**

#### **3.1 Qualität im Gesundheitswesen**

Qualität entspricht dem Lateinischen „qualitas“, was „Beschaffenheit“ oder umgangssprachlich auch Wert<sup>2</sup> oder Güte eines Objektes<sup>3</sup> bedeutet. Ursprünglich beschränkte man sich nur auf die objektive Beschaffenheit von Produkten, d.h. hauptsächlich auf technische Eigenschaften, einwandfreie Funktion verbunden mit Fehlerfreiheit.<sup>4</sup> Der moderne Qualitätsbegriff beinhaltet nun auch subjektive Bedürfnisse und Anforderungen der Kunden<sup>5</sup> oder Patienten. Dieser Arbeit wird demzufolge die nachstehende Definition zugrunde gelegt: Qualität ist die „...Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur fehlerfreien Erfüllung subjektiver, sich im Zeitablauf verändernder (relativer) Bedürfnisse von Kunden und der Öffentlichkeit unter Berücksichtigung unternehmensbezogener Erfordernisse beziehen.“<sup>6</sup> Weiterhin wird die Qualität als eine

---

<sup>1</sup> Vgl. Rychlik, R. (1999), S.24

<sup>2</sup> Vgl. Scharrer, E. (1991), S.695

<sup>3</sup> Vgl. Arnold, U. (1998), S.280

<sup>4</sup> Vgl. Braun, G. (1999), S.647

<sup>5</sup> Vgl. Seghezzi, H.D. (1994), S.6

<sup>6</sup> Vollert, K. (2004), S.201

dynamische Eigenschaft angesehen: „Somit ist Qualität nicht eine absolute Eigenschaft eines Produktes oder einer Dienstleistung, (...) sondern bemisst sich an den jeweiligen Anforderungen des Kunden.“<sup>1</sup>

Die Herangehensweise an den Qualitätsbegriff ist vielseitig. Es ist indes von einer wesentlichen Kernanforderung von Qualität im Dienstleistungsbereich auszugehen und zwar, „dass die Dienstleistung nach der Vorstellung des Arztes und Patienten bzw. Kunden eine oder mehrere, gewisse oder bestimmte, also definierte und immer gleich bleibende, also reproduzierbare Eigenschaft(en) (Qualität) aufweisen soll.“<sup>2</sup> Die Arbeitsgruppe der GMDS definierte Qualität im Gesundheitswesen als „eine ausreichende und zweckmäßige, d.h. patienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche medizinische Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen.“<sup>3</sup>

Qualität untergliedert sich nach Donabedian (1966) in die Ebenen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.<sup>4</sup> In die erste Ebene zählen alle technischen, methodischen, materiellen und finanziellen Ausstattungen einer Einrichtung, die für die Qualität der Leistungserbringung erforderlich sind. Die Strukturqualität ist in Krankenhäusern z.B. in der Einrichtung und Ausstattung der Praxis, in der Qualifikation des Teams, in der Zulassung oder Betriebserlaubnis, in der Verfügbarkeit oder in Patientenparkplätzen wieder zu finden.<sup>5</sup>

In der darauf folgenden Ebene Prozessqualität, wird die Qualität der Leistungserbringung beleuchtet. Dies beinhaltet z.B. eine exakte Diagnostik, Therapiequalität, Effektivität der Arbeitsschritte, Organisationsablauf, Bestellwesen und Wartezeiten.<sup>6</sup>

Das Fazit aus Struktur- und Prozessqualität bildet die Ergebnisqualität. Diese beurteilt die Resultate der ersten beiden Ebenen wie z.B. Beschwerdemanagement, vermeidbare Komplikationen, Sicherheit der Diagnose,

---

<sup>1</sup> Deutscher Verband f. Facility Management (2000), S.3

<sup>2</sup> Nüllen, H./ Noppeney, T. (2003), S.7

<sup>3</sup> Ruprecht, T. (1993), S.964 in Arbeitsgruppe-GMDS (2007), S.5  
<http://www.egms.de/en/journals/mibe/2007-3/mibe000053.shtml> (01.06.2010)

<sup>4</sup> Vgl. Donabedian, A. (1996) in Schmeck-Lindenau, H.-J. (2003), S.3

<sup>5</sup> Vgl. Nüllen, H./ Noppeney, T. (2003), S.9

<sup>6</sup> Vgl. Gembrys, S./ Hermann, J. (2007), S.9

Heilungsdauer und Erfolg, Lebensqualität und Patientenzufriedenheit.<sup>1</sup> Hier wird ersichtlich, wie komplex die gesundheitliche Versorgung ist, deswegen sollten die oben genannten Kategorien im Zusammenhang betrachtet werden (siehe Abb. 2). Eine Beurteilung der Leistungsqualität ist durch die Gewinnung von Informationen über Struktur, Prozesse und Ergebnisse möglich.<sup>2</sup>

Im Gesundheitswesen sieht der Patient primär seinen verbesserten Gesundheitszustand als Ergebnis an, kommt es zur Beurteilung des Krankenhauses, bezieht er den gesamten Prozess mit ein. Darunter ist die Qualität der medizinisch-pflegerischen Versorgung während seines Krankenhausaufenthaltes zu verstehen. Da sich das Ergebnis des Patienten aus seiner Gesundung und der Qualität der Behandlung während seines Aufenthaltes im Krankenhaus zusammensetzt, sollte sich das Management auf die Qualität der Struktur und vor allem auf die Prozessqualität konzentrieren. Auf diese Weise erzielt das Krankenhaus eine kontinuierliche Veränderung der gesundheitlichen Versorgung und letzten Endes eine Erhöhung der Ergebnisqualität.<sup>3</sup> Es ist dabei davon auszugehen, dass eine gute Struktur ein guter Ausgangspunkt für gute Ergebnisse ist, sie führt aber nicht automatisch zu besseren Ergebnissen.<sup>4</sup>

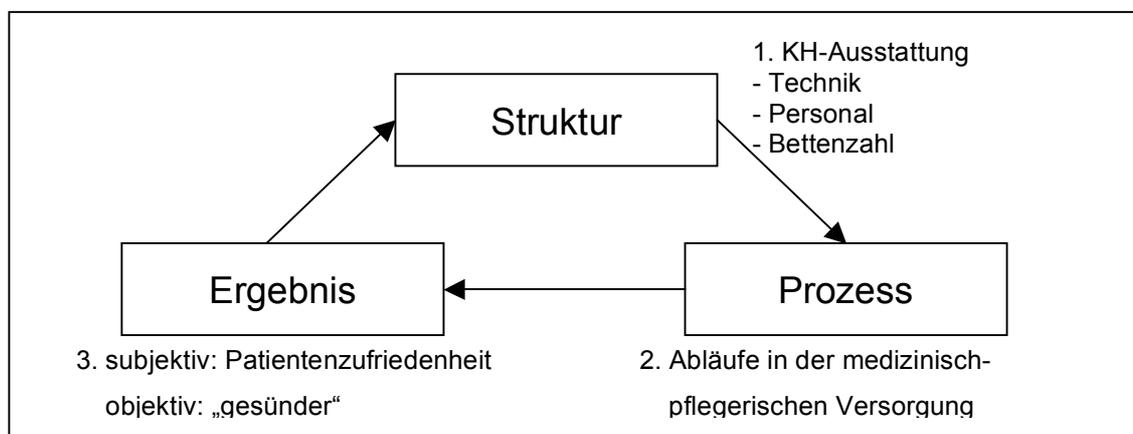


Abb. 2: Zusammenhang von Struktur-, Prozess, und Ergebnisqualität<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Wölker, T. (2007), S.17

<sup>2</sup> Vgl. Gerlach, F. (2001), S.6ff

<sup>3</sup> Vgl. ebenda

<sup>4</sup> Vgl. Kolkman, F. (1998), S.13f

<sup>5</sup> Vgl. Effenberg, G. (1999): <http://www.pflegenet.com> (26.05.2010)

### 3.2 Grundlagen des Qualitätsmanagements

In der Literatur wird das wissenschaftliche, wie auch praxisorientierte Fachgebiet Qualitätsmanagement oft auch als „Qualitätswesen“, „Qualitätslehre“ oder als „Qualitätswissenschaft“ bezeichnet. Um Unternehmensziele zu erreichen, beabsichtigt das Qualitätsmanagement den Wert eines Produktes oder einer Dienstleistung für den Kunden zu steigern.<sup>1</sup>

Qualitätsmanagement (früher Qualitätssicherung) umfasst nach ISO 8402 (1995) „alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, die im Rahmen des QMS die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortungen festlegen sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung/ Qualitätsmanagement-Darlegung und Qualitätsverbesserung verwirklichen.“<sup>2</sup>

Die Abbildung 3 schildert den Qualitätsmanagementprozess, der z.B. auch im „Demingkreis“<sup>3</sup> des operativen QM (Plan-Do-Check-Act) wieder zu finden ist.

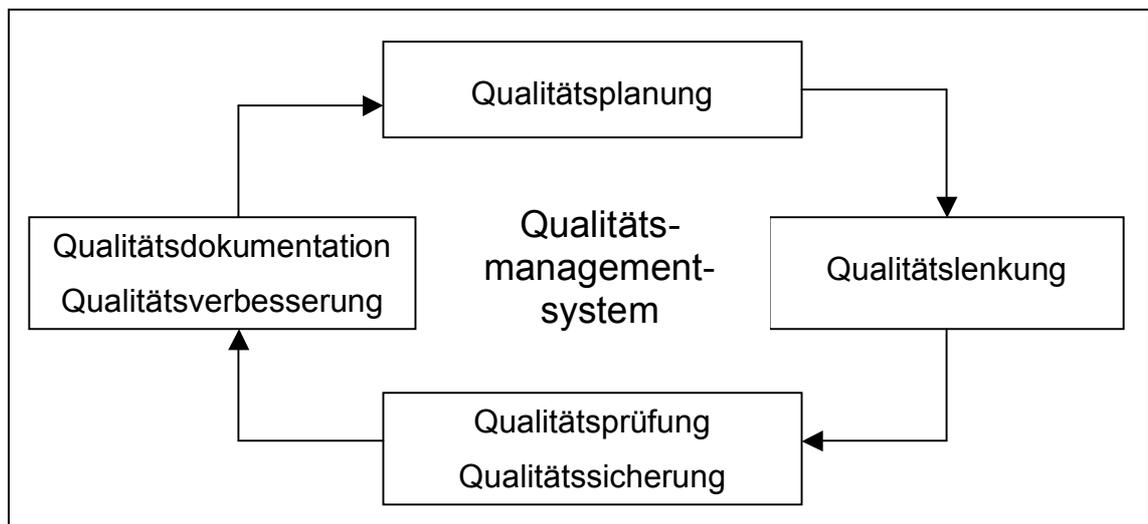


Abb. 3: Der Qualitätsmanagementprozess<sup>4</sup>

Qualitätsmanagement beinhaltet (entsprechend der DIN EN ISO 9000:2000) aufeinander abgestimmte Aktivitäten zum Leiten und Lenken einer Organisation im Hinblick auf Qualität.<sup>5</sup> Die notwendige Voraussetzung für ein systematisches QM ist eine Qualitätsplanung, welche die Qualitätspolitik umsetzt.<sup>6</sup> Die DGQ definiert die Qualitätsplanung wie folgt: „Auswählen, Klassifizieren und

<sup>1</sup> Vgl. Specht, G. / Schmelzer, H.J. (1991), S.1

<sup>2</sup> Haeske-Seeberg, H. (2008), S.13

<sup>3</sup> Seghezzi, H.D. et al. (2007), S.137

<sup>4</sup> Kaminske, G./ Brauer, J. (2003). S.206

<sup>5</sup> Brauer, J.P./ Horn. T. (2009) DIN EN ISO 9000: 2000 Abs. 3.2.8

<sup>6</sup> Bruhn, M. (1996), S.108

Gewichten der Qualitätsmerkmale sowie schrittweises Konkretisieren aller Einzelforderungen an die Beschaffenheit zu Realisierungsspezifikationen und zwar im Hinblick auf die durch den Zweck der Einheit gegebenen Erfordernisse, auf die Anspruchsklasse und unter Berücksichtigung der Realisierungsmöglichkeiten“.<sup>1</sup> Grundlegend versteht man demnach die Aufgaben der Qualitätsplanung in der Identifizierung, Klassifizierung und Festlegung der Qualitätsmerkmale der Leistungen (Teilqualitäten).<sup>2</sup> In Arnold (1998) werden anfangs einzelne Tätigkeiten geregelt, diese beinhalteten die Bestimmungen des IST – Zustandes, die Ausarbeitung von SOLL – Forderungen sowie die Ableitung von Prozessen zur Erreichung dieses SOLL – Zustandes.<sup>3</sup>

Als nachfolgende Aktivität baut die Qualitätslenkung auf den Ergebnissen der Qualitätsplanung auf.<sup>4</sup> In dieser Phase wird festgelegt, wie die einzelnen Vorgänge ablaufen sollen. Bei dem Prozess der Leistungserstellung sollen vorbeugende, überwachende und korrigierende Tätigkeiten im Mittelpunkt stehen, um die Qualitätsanforderungen zu erfüllen.<sup>5</sup> Um dies zu erreichen, dienen diese Tätigkeiten und Arbeitstechniken der Überwachung eines Prozesses, der einzusetzenden Verarbeitungstoffe sowie der Beseitigung von Fehlerquellen bei unzureichenden Leistungen.<sup>6</sup>

In der Qualitätsprüfung gilt es nun festzustellen, inwieweit eine Einheit die Qualitätsanforderungen einhält.<sup>7</sup> Dies beinhaltet, dass alle qualitätsbezogenen Elemente (Input, Prozesse, Tätigkeiten etc.) einer Organisation im Hinblick auf die Erreichung der geplanten Qualitätsziele getestet werden.<sup>8</sup> In so genannten Audit Verfahren werden bei der Qualitätsprüfung alle qualitätsbezogenen Aktivitäten und Elemente einer Organisation untersucht um damit anhand eines SOLL – IST Vergleichs festzustellen, ob die beabsichtigten Qualitätsmerkmale innerhalb eines abgrenzten Zeitraums erreicht wurden. Alle Maßnahmen dieser drei vorherigen Bereiche werden in der Qualitätsdokumentation schriftlich

---

<sup>1</sup> DGQ (1992), S.14

<sup>2</sup> Vgl. Pfannes, U. (1996), S.139

<sup>3</sup> Vgl. Arnold, U. (1998), S.284

<sup>4</sup> Vgl. Bruhn, M. (1996), S.124

<sup>5</sup> Vgl. DGQ (1992), S.15

<sup>6</sup> Vgl. Aldendorf, U./ Wassermann, T./ Strecker, B. (1997), S.23

<sup>7</sup> Vgl. DGQ (1992), S.15

<sup>8</sup> Vgl. Bruhn, M. (1996), S.140

niedergelegt und im Qualitätshandbuch zusammengefasst. Die Dokumentation spielt in der anschließenden Qualitätsverbesserung (auch Qualitätsförderung<sup>1</sup> genannt), die sämtliche Maßnahmen zur Steigerung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Prozesse beinhaltet, eine wichtige Rolle.<sup>2</sup>

Um ein konsequentes QM durchzuführen, sollte eine Organisation über eine umfassende Qualitätsphilosophie verfügen. Zink schreibt dazu: Qualität sollte als langfristig und dauerhaft angesehen werden und als wesentliches Organisationsziel verstanden werden. Qualität sollte sich nicht nur auf Produkte bzw. Dienstleistungen beziehen, weitere Dimensionen wie die Qualität von Prozessen, der Arbeitsbedingungen oder der Außenbeziehungen sollten in die Qualitätssichtweise integriert werden.<sup>3</sup>

### 3.3 Qualitätsmanagement - Konzepte und Modelle

Im Folgenden sollen verschiedene Konzepte und Modelle im Bereich des Qualitätsmanagements (Tabelle 1) aufgezeigt werden, die in den letzten 25 Jahren<sup>4</sup> eine große Verbreitung erfahren haben.

Tab. 1: Qualitätskonzepte und -modelle<sup>5</sup>

Konzepte	Modelle
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitätsprüfung / Inspektion</li> <li>- Qualitätslenkung</li> <li>- Qualitätsverbesserung</li> <li>- Qualitätssicherung i.w.S.</li> <li>- „Elektrizitätstypus“</li> <li>- „Kulturtypus“</li> <li>- Prozessorientiertes Qualitätsmanagement</li> <li>- Company-wide Quality Control</li> <li>- Total Quality Management (TQM)</li> <li>- Excellence (Business ..., Performance ..., Organisational ...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ursprüngliches Modell von Kaizen (Imai)</li> <li>- Lückenmodell (Gap Model)</li> <li>- ISO 9001:2000</li> <li>- Six Sigma</li> <li>- ISO 9004:2000 als Weg</li> <li>- Deming Prize</li> <li>- Malcolm Baldrige National Quality Award Model</li> <li>- EFQM Excellence Model</li> </ul>

---

<sup>1</sup> Vollert, K. (1998), S.5

<sup>2</sup> Vgl. Arnold, U. (1998), S.284f

<sup>3</sup> Vgl. Zink, K. (2001), S.84f

<sup>4</sup> Vgl. Seghezzi, H.D. et al. (2007), S.217

<sup>5</sup> ebenda S.218

Da sich die vorliegende Arbeit mit der Implementierung von TQM beschäftigt, würde eine nähere Erläuterung der anderen QM Konzepte und Modelle den Rahmen dieser Ausführung sprengen. Trotzdem soll hier auf grundlegende Unterscheidungsmerkmale zwischen den Modellen hingewiesen werden und weiterhin anwendbare Qualitätsmanagementinstrumente genannt werden. Modelle, die darauf abzielen, dass Unternehmen befähigt sind gleich bleibende Qualität zu erfüllen und somit Minimalanforderung an das Führungssystem stellen, nennt man „gut genug“-Modelle. Diese kann man bewerten und zertifizieren lassen, um sie z.B. in Verbindung mit Zulieferanten, Kunden und Behörden vorweisen zu können. Durch die Erteilung des Zertifikates ist der Aufbau des QMS und somit das Ziel der Unternehmensentwicklung erreicht. Unternehmen, die sich nach der „Immer besser“ Philosophie richten, erhalten von diesem Modell eine Richtung, ohne das ein allgemein anerkannter Endpunkt definiert wird. Der Weg ist hier das Ziel und dieses ist häufig TQM oder Excellence und es werden hier Anleitungen und Hinweise sowie Hilfestellungen für die Entwicklung des Unternehmens gegeben. Beispiele für „immer besser“ Modelle sind die Norm ISO 9004:2000 und das Excellence-Modell der EFQM.<sup>1</sup>

Um die genannten Konzepte bzw. Modelle umsetzen zu können, finden sich in der Literatur zahlreiche Qualitätsmanagementinstrumente, die im Kapitel 5.2 (Techniken und Instrumente zur Umsetzung) näher dargelegt werden.

### **3.4 Qualitätsmanagement in Krankenhäusern**

#### ***3.4.1 Notwendigkeit des Qualitätsmanagements im Klinikbereich***

In der Vergangenheit bestand speziell für die öffentlichen und gemeinnützigen Einrichtungen keine größere wirtschaftliche Gefahr, da strukturelle Veränderungen nur selten vorkamen und sich somit das Umfeld für die Mehrzahl der Kliniken relativ stabil verhielt. Da sich die Verhältnisse in den letzten Jahrzehnten verschärft haben, müssen sich die Kliniken von heute wettbewerbsorientiert und flexibel auf die Marktanforderungen, Veränderungen und Patientenbedürfnisse einstellen können.

---

<sup>1</sup> Seghezzi, H.D. et al. (2007), S.220f

Gesetzlich sind deutsche Krankenhäuser schon seit 1989 mit der in Krafttretung des Qualitätssicherungsgesetzes (SGB V §§ 135-139) zum QM verpflichtet. Um vergleichende Prüfungen der Krankenhäuser ausführen zu können, wurden Maßnahmen zur Sicherung der Behandlungsqualität, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse verbindlich. Speziellere Maßnahmen für QM im medizinischen Bereich werden auch in vielen weiteren Gesetzen, Empfehlungen oder Richtlinien festgelegt.<sup>1</sup> Beispiele dafür sind: die Richtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen; Vorschriften der Röntgenverordnung im Zusammenhang mit den Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung; die Eichordnung von Messgeräten; die Krankenhausgesetze der Länder sowie die Bundespflegegesetzverordnung u.v.m. Ein weiterer Grund sich mit der Implementierung eines QMS auseinanderzusetzen, ist die Tatsache, dass sich durch Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen, die finanziellen Missstände und den wachsenden Konkurrenzdruck die Qualität der Kliniken zu einem strategischen Erfolgsfaktor entwickelt hat<sup>2</sup>. Um als Krankenhaus wirtschaftlich zu arbeiten, sollte eine maximale Kapazitätsauslastung herrschen und trotzdem optimale Verweilzeiten für Patienten angestrebt werden. Durch die Realisierung eines QMS können folglich spezifische Versorgungsaufträge mit hoher ökonomischer Effizienz erfüllt werden.<sup>3</sup>

Betrachtet man die Kunden oder die Konkurrenz eines Krankenhauses, so kann man sich als Dienstleister in Gesundheitswesen gegenüber der Materie QM nicht passiv verhalten. Der Prozess der Leistungserbringung steht hier im Mittelpunkt und dieser sollte transparent dargestellt werden, um Kostenträger und Patienten von der Qualität zu überzeugen. Mit einem QMS strahlt jede Einrichtung auf seine Kunden ein Qualitätsimage aus. Vielen Patienten hilft dieses Ansehen, um sich für die jeweilige Klinik zu entscheiden oder diese weiter zu empfehlen, außerdem wird heutzutage von vielen Klienten oder Lieferanten ein QMS oder eine Zertifizierung vorausgesetzt, bevor eine Zusammenarbeit zustande kommen kann.

---

<sup>1</sup> Vgl. Rychlik, R. (1999), S.11f

<sup>2</sup> Vgl. Adam, D. (1996) in Wettlaufer et al. (1999), S.88

<sup>3</sup> Vgl. Rychlik, R. (1999), S.12

Die Notwendigkeit sowie der Nutzen von QMS sind unumstritten und bestehen aus Sicht der Mediziner vorherrschend darin, die Vermeidung von Behandlungsfehlern bei Patienten zu unterstützen, Kosten zu senken und das Vertrauen in die Arbeit der Ärzte zu stärken.<sup>1</sup> Die spezielle Dienstleistung, welche die Ärzte, Pfleger und Krankenschwestern am Patienten vollziehen, soll im folgenden Abschnitt erläutert werden.

### **3.4.2 Krankenhausleistungen als Dienstleistungen**

Dienstleistungen sind nach Meffert & Bruhn (2009) „selbständige, marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung [...] und/oder beim Einsatz von Leistungsfähigkeiten [...] verbunden sind. Interne [...] und externe Faktoren [...] werden im Rahmen des Erstellungsprozesses kombiniert. Die Faktorenkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den externen Faktoren, an Menschen [...] und deren Objekten [...] nutzenstiftende Wirkungen zu erzielen.“<sup>2</sup>

Die Leistungen der Krankenhäuser zählen zu den „beidseitig personenbezogenen“ Dienstleistungen, wobei sowohl die Präsenz des Kunden bei der Leistungserstellung (kundenpräsenzbedingte Leistungen)<sup>3</sup>, als auch die unmittelbare Zusammenarbeit mit dem Leistungserbringer (z.B. Arzt) erforderlich ist.<sup>4</sup>

Da die Leistungen des Krankenhauses sowie des Kunden durch die enge Zusammenarbeit schlussendlich schwer zu trennen sind, kann es bei geringer Beteiligung am Produktionsverfahren des einen zur schlechten, langsamen oder sogar zur erfolglosen Leistungsverrichtung des anderen führen.<sup>5</sup> Bei einer standardisiert ökonomischen Betrachtung dieses Verhältnisses muss bei der Just-In-Time-Produktion des Krankenhauses jeder Patient eine seiner Erkrankung angemessene und individuelle Einzelfertigung erfahren.<sup>6</sup>

Die Leistungen, die ein Krankenhaus laut § 2 der Bundespflegesatzverordnung erbringen muss, vollziehen sich insbesondere durch die ärztliche Behandlung, Krankenpflege sowie die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für

---

<sup>1</sup> Vgl. Eigler, F.W. (1995), S.665f

<sup>2</sup> Meffert, H./ Bruhn, M. (2009), S.19

<sup>3</sup> Vgl. Berekoven, L. (1985), S.28

<sup>4</sup> Vgl. Herder-Dorneich, P./ Wasem, J. (1986), S.112

<sup>5</sup> Vgl. Herder-Dorneich, P. (1985), S.25

<sup>6</sup> Vgl. Soßna, W. (1996), S.22 in Mayer, E./ Beowulf, W. (1996)

die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind. Dazu gehört auch die Bereitstellung der Unterkunft (Hotelleistung) und die Verpflegungsversorgung des Patienten sowie Wahlleistungen. Als Krankenhausleistungen zählen auch die stationär durchgeführten Früherkennungsmaßnahmen, in Ausnahmefällen die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter sowie die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson des Patienten.<sup>1</sup> Die Kosten für die allgemeinen Leistungen werden hierbei von der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung übernommen. Dazu zählen keine Wahlleistungen wie z.B. die Unterbringung im Einzelzimmer mit Fernsehen, Internet, Telefon oder Behandlung durch den Chefarzt. Die Qualität der aufgeführten Prozessleistungen ist eine für den Patienten direkt wahrnehmbare Größe und wirkt sich unmittelbar auf die Kundenzufriedenheit aus.

Wie bereits angeführt, bedeutet Qualität sinngemäß die bestmögliche Erfüllung aller Patientenanforderungen und wird zukünftig noch sehr viel stärker das Wesensmerkmal jeglicher Organisationen, nicht nur im Gesundheitswesen, sein. Infolge bedarf es geeigneter Strukturen und Prozesse, um flexibel auf Veränderungen im Marktgeschehen reagieren und sich auf die individuellen Patientenbedürfnisse einstellen zu können. Im Total Quality Management sind solche Grundlinien zu finden, sie werden bereits erfolgreich im Wettbewerb durchgesetzt. Aus diesem Grund befasst sich das anschließende Kapitel mit der grundlegenden Definition von TQM und es soll einen theoretischen Überblick über die Bedeutung dieser Strategie geben.

---

<sup>1</sup> Vgl. Bundesministerium der Justiz: <http://www.gesetze-im-internet.de> (11.08.2010)

## 4 Grundlagen des Total Quality Management

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die Stellung des Krankenhauses sowie deren Kunden bearbeitet wurde, soll im Folgenden speziell auf das allumfassende Total Quality Management (TQM) eingegangen werden.

### 4.1 Historische Entwicklung des QM mit Blick auf TQM

Der Ursprung des modernen Qualitätsmanagement ist das Scientific Management. Praktiken zur Überwachung der Produktion zur Einhaltung einer gewissen Qualität der Produkte wurden von Taylor (1911) entwickelt. Durch Schwankungen der Leistungsfähigkeit der mit diesen Aufgaben beauftragten Personen und durch Probleme bei der Kontrolle des Ausstoßes sowie der Auslese der mangelhaften Produkte erwiesen sich diese Methoden als umständlich und auch kostspielig.<sup>1</sup> Trotz der beachtlichen Effekte, welche mit dem Einsatz dieser Verfahren verbunden waren, setzten sie sich nur sehr zaghaft in der Unternehmenspraxis durch.<sup>2</sup> Ein heute als Klassiker bezeichnetes Werk der statistischen Qualitätskontrolle erschien im Jahre 1931 von Shewhart unter dem Titel „Economic Control of Quality of Manufactured Product“, in welchem die Fragestellungen angemessener Stichprobenpläne und ihre Ausbildung erörtert wurden. Als im Verlaufe der Jahre der erste systematische Zugang zu den statistischen Qualitätskontrollverfahren für die Industrie geschaffen war, wurden die Methoden zur Verarbeitung und Auswertung großer Datensätze graduell von den Betriebsökonomen der USA übernommen.<sup>3</sup> Auf diese Weise wurde es möglich, systematische und zufällige Störgrößen, welche auf den Produktionsprozess einwirken, voneinander zu unterscheiden und daraufhin rechtzeitige korrigierende Schritte einzuleiten.<sup>4</sup> Während der Kriegsjahre wurde die statistische Qualitätskontrolle in der US-amerikanischen Industrie erfolgreich verwendet, was daraufhin zur Etablierung der Arbeitsweisen in der Massenfertigung führte.<sup>5</sup>

Als Pionier bei der Erforschung des QM gilt der Amerikaner William E. Deming, dessen Forschungen nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges zuerst keine

---

<sup>1</sup> Lerner, F. (1988), S.23

<sup>2</sup> Tuckman, A. (1995), S.54

<sup>3</sup> Lerner, F. (1988), S.24f

<sup>4</sup> Masing, W. (1978), S.58

<sup>5</sup> Tuckman, A. (1995), S.54

Beachtung in den USA fanden, da die Maximierung des Produktionsvolumens noch im Vordergrund stand. Im nach dem Krieg zerstörten Japan wurden seine TQM Arbeiten erfolgreich und rasch zu einer viel beachteten Management-Philosophie. Mit qualitativ hohen und gleichwohl günstigen Produkten eroberten in den folgenden Jahrzehnten die Japaner Marktanteile auf der ganzen Welt und bereits 1950 wurde zum ersten Mal ein japanisches Unternehmen mit dem Deming-Preis für besonders hohe Qualitätsanforderungen ausgezeichnet.<sup>1</sup> Den japanischen Unternehmen war es bewusst, dass man Qualität nicht in ein Produkt hineinprüfen kann, sondern diese eigens erstellt werden muss. Des Weiteren erkannten sie als eine der Ersten, dass am Ende der Kunde über die Qualität beurteilt.<sup>2</sup> Ein weiterer Vorreiter des TQM Gedankens war Ishikawa, der sein Konzept „Company-wide Quality Control“ (CWQC) in Japan zum Erfolg führte.<sup>3</sup> In den siebziger und achtziger Jahren sollte man dann auch in Amerika und Anfang der neunziger Jahre in Europa mit der Einführung des TQM beginnen.<sup>4</sup>

Die Entwicklung des Managementansatzes TQM erfolgte in Deutschland Ende der 1940er Jahre mit der Ausbreitung der Qualitätssicherung.<sup>5</sup> Da den Mitarbeitern in den deutschen Unternehmen, analog wie in den USA, die erforderlichen Kenntnisse zum Einsatz der Methoden fehlten,<sup>6</sup> fanden hierzulande die Verfahren der statistischen Qualitätskontrolle erst ab Ende der 40er Jahre weite Verbreitung.<sup>7</sup> Um dieser Problematik Herr zu werden, wurden zu Beginn der 50er Jahre<sup>8</sup> bedeutende Veränderungen in der deutschen Industrie eingeleitet. Im Jahre 1952 wurde der Ausschuss „Technische Statistik“ gegründet, welcher die Erschließung erheblicher Rationalisierungspotenziale in der statistischen Qualitätskontrolle in den Vordergrund stellte. In Deutschland wurden in den kommenden Jahren Arbeitsgruppen gegründet, um die verschiedenen Erfahrungen auszutauschen.<sup>9</sup> Es folgten 1954 die ersten Broschüren sowie 1956 die Veröffentlichung der Zeitschrift „Qualitätskontrolle“

---

<sup>1</sup> Vgl. Steinbeck, H. (1995), S.15f

<sup>2</sup> Vgl. Oess, A. (1991), S.73

<sup>3</sup> Seghezzi, H.D. et al. (2007), S.220

<sup>4</sup> Vgl. Steinbeck, H. (1995), S.16

<sup>5</sup> Vgl. Masing, W. (1983), S.94

<sup>6</sup> Vgl. Mann, N. (1989) in Wächter, H. (2001), S.5

<sup>7</sup> Vgl. Daeves, K./Beckel, A. (1948) in Wächter, H. (2001), S.5

<sup>8</sup> Vgl. Altenkirch, F. (1972) in Wächter, H. (2001), S.5

<sup>9</sup> Vgl. Wächter, H. (2001), S.5

(ab dem Jahre 1969 unter dem Namen „Qualität und Zuverlässigkeit“), in denen die Ergebnisse aus den geformten Arbeits- und Fachgruppen dokumentiert wurden. In dem Jahr 1956 wurde der Ausschuss „Technische Statistik“ in die „Deutsche Arbeitsgemeinschaft für statistische Qualitätskontrolle“ (ASQ) umbenannt und bis in die 60er Jahre befassten sich die deutschen Fachleute der Qualitätskontrolle weitestgehend mit statistischen Verfahren.<sup>1</sup>

Auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und -förderung medizinischer Leistungen gab es 1951 auch im Gesundheitswesen einen wichtigen Durchbruch mit der Gründung der „Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations“ (JCAHO). Bis heute hat die Tochtergesellschaft „Joint Commission International Accreditation“ (JCIA) die Aufgabe, durch weltweite Akkreditierungen<sup>2</sup> die Qualität des Gesundheitswesens im internationalen Bereich zu verbessern.<sup>3</sup>

Als ab 1960 auch andere Diskussionspunkte in der ASQ aufgegriffen wurden, verbreiterte sich das Tätigkeitsfeld der Arbeitsgemeinschaft und die Resonanz auf diese Ausdehnung zeigte positive Auswirkungen. Da zu diesem Zeitpunkt auch Probleme der Organisation, der Lieferanten, des Kundendienstes sowie der Kosten und Wirtschaftlichkeit beleuchtet wurden, nahmen Leser, Auflagen und der Umfang der Fachzeitschriften beständig zu.<sup>4</sup>

Auf der Mitgliederversammlung 1968 wurde als Folge des veränderten Tätigkeitsfeldes zum vorerst letzten Mal eine Namenänderung und zwar in Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (DGQ) vollzogen. Die aus neun Personen gegründete Organisation zählte 1972 bereits 1200 Mitglieder<sup>5</sup> und Mitte der 90er Jahre mehr als 8500 Mitglieder.<sup>6</sup>

Zu Beginn der 70er Jahre weitete sich das Aufgabenfeld der Qualitätssicherung weiter aus. Man ging davon aus, dass durch die Einführung von umfangreichen Dokumentationspflichten<sup>7</sup> eine geschlossene Nachweiskette für jede Planungsvorgabe durch eine Kombination aus Qualitätsplanung und -kontrolle

---

<sup>1</sup> Vgl. Fuhr, H. (1993) und Orlemann, (1995) in Wächter, H. (2001), S.5

<sup>2</sup> Akkreditierung = ob medizinische Einrichtungen bestimmte Anforderungen erfüllen, die für die Qualitätsverbesserung der Krankenversorgung erforderlich sind, wird durch eine unabhängige Organisation untersucht und bewertet. Vgl.: JCIA (2002)

<sup>3</sup> Vgl. Gerlach, F. (2001), S. 134ff

<sup>4</sup> Vgl. Masing, W. (1995) in Wächter, H. (2001), S.6

<sup>5</sup> Vgl. Altenkirch, F. (1972) und Masing, W. (1978) in Wächter, H. (2001), S.6

<sup>6</sup> Vgl. DGQ <http://dgg.de/wid/wid-historie-90er.htm> (30.05.2010)

<sup>7</sup> Vgl. Masing, W. (1978) in Wächter, H. (2001), S.6

erreicht wird.<sup>1</sup> Das Ziel, dokumentierte Qualitätssicherungssysteme zu verwenden, wurde nun klar erkennbar.<sup>2</sup>

Als sich Ende der 80er Jahre die Akzeptanz der deutschen Industrie für die DIN ISO 9000er Normen steigerte, verbreiteten sich in Folge dessen die zertifizierten Qualitätssicherungssysteme in zunehmender Geschwindigkeit (Walgenbach 2000).<sup>3</sup> Die weltweiten Entwicklungen im Bereich des Total Quality Managements brachten nun auch die europäischen Unternehmen auf den Plan. Um in Europa ein Rahmenwerk für das QM zu entwickeln, wurde 1988 mit Unterstützung der Europäischen Kommission die „European Foundation for Quality Management“ (EFQM) ins Leben gerufen. Ähnlich wie beim Deming Prize in Japan und dem Malcolm Baldrige Award in den USA verleiht die Organisation seit 1992 bis heute den European Quality Award (EQA) an das europäische Unternehmen, welches das TQM am überzeugendsten umsetzt.<sup>4</sup>

Die Kliniken der Zukunft werden sich zu Gesundheitszentren entwickeln, die ein komplettes Leistungsangebot für die Produktion von Gesundheit auf dem Markt anbieten werden. Das TQM hat dafür die notwendigen Kapazitäten, um Anforderungen von Flexibilität und Vernetzung in Gesundheitsdienstleistungen zu kombinieren.<sup>5</sup>

### **4.2 Definition von Total Quality Management**

Der TQM-Ansatz gilt als das umfassendste Qualitätsmanagementmodell und wird nach der DGQ wie folgt definiert: es „ist eine auf der Mitwirkung aller ihrer Mitglieder beruhende Führungsmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch die Zufriedenstellung der Kunden auf den langfristigen Geschäftserfolg sowie auf den Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt“. <sup>6</sup> Oakland beschreibt TQM als einen Ansatz zur Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit, Effektivität und Flexibilität für die ganze Organisation. Er fügt weiterhin hinzu, dass jeder Teil der

---

<sup>1</sup> Vgl. Kilian, H.-J. (1984), S.74 und Stumpf, T. (1976) in Wächter, H. (2001), S.6

<sup>2</sup> Vgl. Wächter, H. (2001), S.7

<sup>3</sup> Vgl. Walgenbach, P. (2000) in Wächter, H. (2001), S.7

<sup>4</sup> Vgl. Wächter, H. (2001), S.7

<sup>5</sup> Vgl. Spörkel, H. et al. (1997), S.3

<sup>6</sup> DGQ (1995) in Meffert, H./ Bruhn, M. (2009), S.186

Organisation zielgerichtet zusammen arbeiten muss und sich über die Tatsache bewusst ist, dass jede Person und jede Aktivität den Prozess beeinflusst und gleichzeitig beeinflusst wird. Die Methoden und Techniken, die für das TQM gelten, können überall in der Unternehmung angewandt werden.<sup>1</sup>

Eine weitreichende Definition bieten auch Kanji und Asher (1996), sie beschreiben das TQM-Prozess wie folgt: "Sämtliche Arbeitsschritte werden als Prozesse gesehen und Total Quality Management ist ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess für Einzelne, Gruppen und gesamte Unternehmen. Total Quality Management unterscheidet sich von anderen Managementprozessen durch seine Fokussierung auf die kontinuierliche Verbesserung. TQM ist kein Schnellschuss - Management; es geht dabei darum, die Art, wie Dinge erledigt werden, während der gesamten Zeit des Unternehmens zu verändern."<sup>2</sup>

Als Gurus des QM Gedanken findet man z.B. W. Joseph Deming<sup>3</sup>, Phillip B. Crosby<sup>4</sup>, Kaoru Ishikawa<sup>5</sup>, Joseph Juran<sup>6</sup> und Armand Feigenbaum<sup>7</sup> in der Literatur. Sie erkannten und prägten schon früh den Einfluss dieses Qualitätskonzeptes.

### **4.3 Merkmale des Total Quality Managements**

Die nachfolgenden Darstellungen sollen dazu beitragen, das Konzept des TQM weiter zu konkretisieren und auf den Krankenhaussektor zu projizieren.

Die Besonderheit des anspruchsvollen TQM im Vergleich zu anderen QMS findet sich in der Weiterentwicklung zum ganzheitlichen, unternehmensweiten Managementsystem wieder, welches nachhaltig in alle Bereiche integriert wird d.h. auch konsequente Mitarbeiterorientierung, Umweltschutz, gesellschaftliche Verantwortung und Partnerschaften (vgl. EFQM-Modell).

Zu den Merkmalen des TQM zeigt die Abbildung 4, dass dieses Management die soziale sowie die technische Seite einer Organisation in das Konzept integriert. „Damit kann Total Quality Management als die umfassendste (Qualitäts-) Strategie angesehen werden, die für ein Unternehmen denkbar ist.

---

<sup>1</sup> Vgl. Oakland, J.S. (1989), S.14

<sup>2</sup> Kanji, A./ Asher, M. (1996). S.23

<sup>3</sup> Vgl. Deming, W.E. (1982)

<sup>4</sup> Vgl. Crosby, Ph.B. (1986a); (1986b)

<sup>5</sup> Vgl. Ishikawa, K. (1985)

<sup>6</sup> Vgl. Juran, J.M. (1979)

<sup>7</sup> Vgl. Feigenbaum, A.V. (1986)

Vom Kunden über die eigenen Mitarbeiter bis hin zum Zulieferanten werden alle Bereiche erfasst und integriert.“<sup>1</sup>

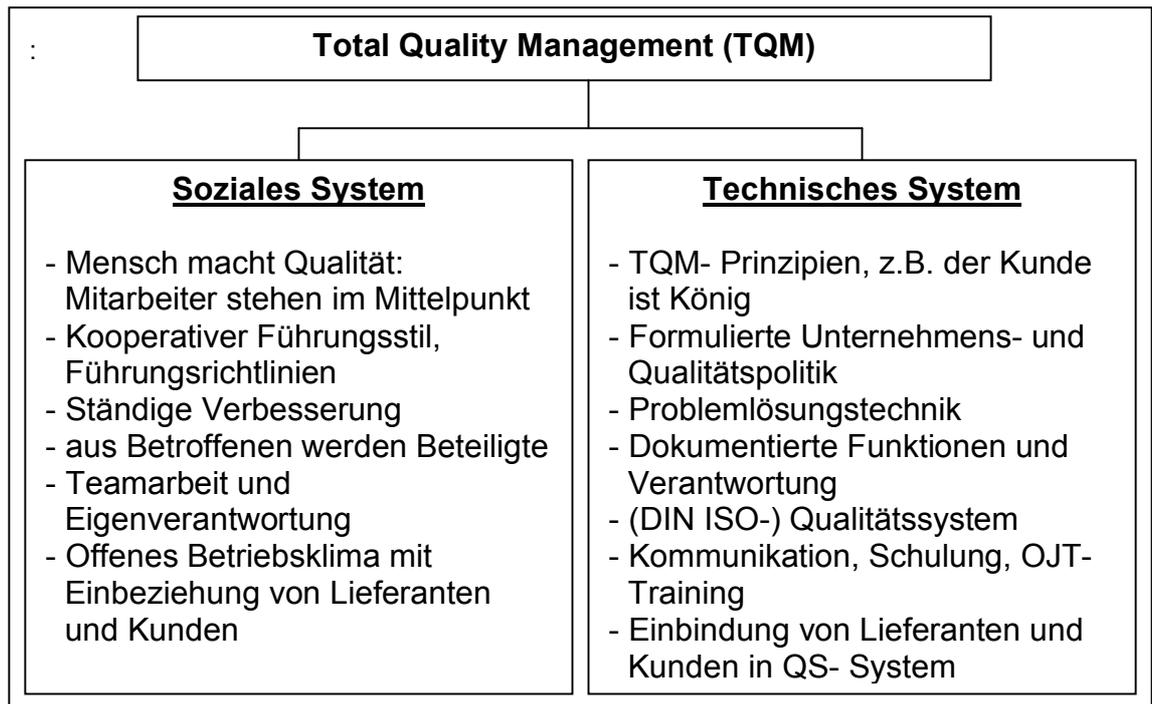


Abb. 4: Total Quality Management als integriertes Managementsystem<sup>2</sup>

Das Konzept ist somit fähig auf die Mitarbeiter einzuwirken und es beeinflusst damit den sozialen Bereich der Organisation. Dadurch setzt dieser Anspruch auch eine technische Herausforderung an Methoden und Verfahren. Diese bewirken, dass alle Teilnehmer in der Lage sind anfallende Probleme zu lösen und alle Aufgaben erledigen zu können. Ein weiteres Merkmal des Konzeptes ist der mehrdimensionale Qualitätsbegriff der im umfassenden Qualitätsmanagement begründet liegt. Er umfasst alle unternehmerischen Prozesse im weitesten Sinne sowie die Beziehungen der Organisation zur Umwelt.<sup>3</sup>

Bei den vorangehenden Aussagen wird wiederholt ersichtlich, dass Qualität eine unternehmensweite Aufgabe im TQM darstellt und in der Unternehmensphilosophie fest verankert sein muss.<sup>4</sup> Nur wenn die Vorgesetzten den Qualitätsgedanken als Vorbilder vorleben, um damit Mitarbeiter zu qualitätsorientiertem Denken und Handeln zu ermutigen, kann Qualität als eine unternehmensweite Aufgabe angesehen werden.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Kamiske, G. (2006), S.328ff und vgl. Mayrhofer, M. (1992), S.325f

<sup>2</sup> Vgl. Oess, A. (1994), S.202

<sup>3</sup> Vgl. Steinbach, R.F. (1996), S.240ff

<sup>4</sup> Vgl. Zink, K.J. (1992), S.29f dazu auch Adam, D. (1992), S.59

<sup>5</sup> Vgl. Steinbach, R.F. (1996), S.242

Eine weitere Eigenschaft des Konzeptes ist die grundlegende präventive Fehlervermeidung durch eine bewusste Anordnung unternehmerischer Prozesse sowie durch qualifiziertes Personal.<sup>1</sup> Die Orientierung auf die Kernprozesse wird damit zu einer wesentlichen zentralen Kostenreduzierungsstelle, wobei die Qualität der Prozesse parallel verbessert wird.<sup>2</sup>

### 4.4 Prinzipien des Total Quality Managements

Das TQM zeichnet sich nach Bungart et al. (2001) durch vier zentrale Elemente aus, die getrennt voneinander betrachtet werden können, aber immer wieder eng mit einander verknüpft sind.

Der Schwerpunkt dieses Konzeptes bezieht sich auf die **Kundenorientierung** der Organisation, weiterhin sollen Erwartungen sowohl von externen als auch von internen Kunden, quer durch alle Funktionsbereiche und alle Hierarchieebenen, erfüllt werden. „Zielsetzung des TQM ist es demnach, den Bedürfnissen der Kunden nach außen durch das Anbieten von Kundennutzen und nach innen durch das Fördern der Mitarbeiterzufriedenheit Rechnung zu tragen, d.h. jede Tätigkeit im Unternehmen wird auf die Schaffung von Kundennutzen und letztlich auf Kundenzufriedenheit ausgerichtet.“<sup>3</sup> Hier ist auch die Schnittstelle zum Marketing zu finden, welches seine Aktivitäten auf die Markt- und Kundenbedürfnisse ausrichtet. Für Dienstleister im Gesundheitssektor ist es wichtig zu identifizieren, wer die Leistungsempfänger sind, was deren Anforderungen darstellen und wie er sich gegenüber dem Patienten, der interner wie externer Kunde verhalten muss.<sup>4</sup>

Als zweites Element ist die **Mitarbeiterorientierung** zu nennen. Diese beinhaltet, dass die Mitarbeiter auf allen Ebenen der Unternehmung stetig für die Qualität des Produktes oder der Dienstleistung verantwortlich sind. Somit steigert sich die Mitarbeiterverantwortung und spezielle Kompetenzen oder Ressourcen einzelne Mitarbeiter werden einbezogen.<sup>5</sup> Aus diesem Grund sollen die Angestellten aktiv bei der Erfüllung von Kundenbedürfnissen mitwirken um ihr Leistungsvermögen und ihre Kreativität sinnvoll im

---

<sup>1</sup> Vgl. Schaerer, D. (1993), S.27f

<sup>2</sup> Vgl. Spörkel, H. et al. (1997), S.4

<sup>3</sup> Vgl. Schaerer, D. (1993), S.27 in Steinbach, R.F. (1996), S.244

<sup>4</sup> Vgl. Spörkel, H. et al. (1997), S.3

<sup>5</sup> Vgl. Bungart, J./ Super, V./ Willems, P. (2001), S.27

Unternehmen nutzen zu können.<sup>1</sup> Durch die Verschiebung der Qualitätsverantwortung auf den einzelnen Mitarbeiter erhalten die Angestellten die Möglichkeit für ihren Bereich, Planungs-, Ausführungs-, und Kontrollaufgaben selbst in die Hand zu nehmen<sup>2</sup> (Führungsstrategie des „Empowerment“).<sup>3</sup> Bei der Ausschöpfung der Human-Ressourcen lohnt es sich für das Management die Einrichtung von entsprechenden Rahmenbedingungen, um das Mitarbeiterengagement zu fördern wie. z.B. durch Team-Organisationen, Coaching-Modelle und Projektgruppenarbeiten.<sup>4</sup> Diese Mitarbeiterintegration und -motivation fördert weiterhin, dass die Qualitätsverbesserung ständig von allen Mitgliedern ausgeübt wird. Somit werden Verbesserungen für Prozesse oder Produkte ermittelt, Ausgangspunkte von Störungen untersucht und Lösungen entworfen und Qualität wird so zur Sache eines jeden Mitarbeiters.<sup>5</sup> In der **Managementorientierung** wird Qualität als oberstes Organisationsziel angesehen. In den leitenden Ebenen soll in Bezug auf Qualität mehr Verantwortung übernommen werden, um eine Qualitätskultur zu etablieren.<sup>6</sup> Das Manager- bzw. Mitarbeiterverhalten der Organisation nimmt mit dem TQM eine Wendung zum modernen Coaching ein. Damit soll bezweckt werden, dass sich Individualität zu Teamwork entwickelt, sich Fehlersuche zu Prävention verändert, Unterstützung anstatt Kontrolle zu finden ist und Misstrauen durch Vertrauen ersetzt wird. In Einrichtungen des Gesundheitswesens besteht in der Hinsicht noch ein beträchtlicher Lernbedarf, da noch immer bei hoher Fachbezogenheit ein Defizit an sozialen und Management-Kompetenzen ersichtlich ist.<sup>7</sup>

Das vierte Element, die **Prozessorientierung** hebt schließlich die kontinuierliche und dynamische Verbesserung des bestehenden Angebotes hervor. Demzufolge sollte im täglichen Arbeitsablauf auf Qualitätssicherung und –Entwicklung Wert gelegt werden. Die Reduzierung der Qualitätssicherung auf punktuelle Überprüfungen zu bestimmten Zeitpunkten sollte unterbunden

---

<sup>1</sup> Vgl. Schildknecht, R. (1992), S.121f

<sup>2</sup> Vgl. Metzger, R./ Gründler, H.-Ch. (1994), S.42

<sup>3</sup> Empowerment = Ermächtigung Vgl. Clutterbuck, D./ Kernaghan, S. (1995), S.23f

<sup>4</sup> Vgl. Schildknecht, R. (1992), S.121f

<sup>5</sup> Vgl. Oess, A. (1994), S.207ff

<sup>6</sup> Vgl. Bungart, J./ Super, V./ Willems, P. (2001), S.27

<sup>7</sup> Vgl. Spörkel, H. et al. (1997), S.6

werden.<sup>1</sup> In Krankenhäusern bedeutet ein prozessorientiertes Verhalten die Fokussierung auf den Kernprozess, nämlich die Patientenversorgung. Hier sollten alle Tätigkeiten, die mit der Behandlung des Patienten zu tun haben, analysiert und optimiert werden, weiterhin sind alle anderen Arbeitsprozesse in und um diesen Versorgungsprozess zu konzentrieren. Durch einen Wandel zum prozessorientierten Klinikum stehen die Krankenhäuser vor einem erheblichen Verbesserungspotential. Die Bereinigung der vorherrschenden kostenintensiven Schnittstellenprobleme in traditionell hierarchisch geführten Einrichtungen könnte wie in der Industrie zu Kosteneinsparungen um ca. 30% bei gleichzeitiger Qualitätsverbesserung führen.<sup>2</sup> Eine kontinuierliche Verbesserung im Sinne von TQM betrifft hauptsächlich die Beseitigung von Fehlleistungen aller Art, von unrationellen Arbeitsabläufen, Kommunikations- und Informationslücken sowie Führungsproblemen.<sup>3</sup> In diesem Zusammenhang ist hier das „Zero Defects Concept“ (Null-Fehler-Programm) von Crosby zu nennen, welches neben einer höheren Kundenbindung auch zur Vermeidung von Kosten führt, da z.B. Nacharbeiten, Reklamationen und Ausschuss verringert werden.<sup>4</sup> Die Vermeidung jeglicher Fehler im Prozess steigert damit die Qualität des Prozessergebnisses und somit die Kundenzufriedenheit<sup>5</sup> der externen als auch der internen Kunden<sup>6</sup>. Die Befriedigung der internen Kundenwünsche ist eine wichtige Basis zur prophylaxischen Fehlervermeidung und hat letztlich die Zufriedenstellung der externen Kunden zur Folge.<sup>7</sup>

### **4.5 Philosophie des Total Quality Managements**

Folgt man dem japanischen Erfolgskonzept von Ishikawa, so sind der Aufbau und die Pflege einer Qualitätskultur in deutschen Krankenhäusern mittel- und langfristig im Wettbewerb überlebensnotwendig. Hier werden die Grundlagen für eine Qualitätsphilosophie gelegt, die für eine feste Basis des TQM

---

<sup>1</sup> Vgl. Bungart, J./ Super, V./ Willems, P. (2001), S.27

<sup>2</sup> Vgl. Spörkel, H. et al. (1997), S.4f

<sup>3</sup> Vgl. Frehr, H.-U. (1994), S.46

<sup>4</sup> Vgl. Kamiske, G.F./ Brauer, J.(2007), S.158ff

<sup>5</sup> Vgl. Schaerer, D. (1993), S.27f und Zink, K.J. (1992), S.30

<sup>6</sup> Als interne Kunden werden alle im Unternehmen agierenden Mitarbeiter bezeichnet, die nach einem in der Wertschöpfung vorhergehenden Stelleinhabers stehen. Prinzip des internen Kunden/Lieferanten. Vgl. Seghezzi (1994), S.57

<sup>7</sup> Vgl. Homburg, Ch. (1994), S.105

Gedankens sorgen soll.<sup>1</sup> In dieser Philosophie finden sich „Qualität als wesentliches Unternehmensziel“, „Qualität als unternehmensweite Aufgabe“ und die Betonung der „Prävention“ als Elemente wieder. Somit erhält der mehrdimensionale Begriff „Qualität“ eine weitergehende Bedeutung als in anderen Qualitätskonzepten, welche die Eigenschaften aller ablaufenden Prozesse einer Unternehmung außen vorlassen.<sup>2</sup> Weiterhin findet man in vielen Qualitätssicherungssystemen die Konzentration auf die reaktive Beseitigung bereits entstandener Probleme. Durch die präventive Ausrichtung der betrieblichen Qualitätspolitik sollen Fehler schon im Ursprung vermieden werden.<sup>3</sup>

Total Quality Management eröffnet eine ganzheitliche Sichtweise des Unternehmens und deren Funktion. Um erfolgreich am Markt antreten zu können, müssen verschieden Faktoren berücksichtigt werden. Es ist zu betonen, dass die Führungskräfte der verschiedenen Berufsgruppen, wie z.B. im Krankenhaus, überzeugt sind von den Prinzipien der TQM Philosophie. Sie sorgen dafür, dass der Veränderungsprozess in Gang gesetzt und kontinuierlich vorangetrieben werden kann.<sup>4</sup>

Auf dem Weg zur Qualitätsführerschaft ist die TQM Philosophie nach Seghezzi (2007) durch folgende Punkte charakterisiert:

- „Schwergewichtige Ausrichtung auf die Kunden, jedoch angemessene Berücksichtigung der Bedürfnisse aller Anspruchsgruppen
- Das Wissen der Mitarbeiter besser nutzen, die verfügbaren Wissensquellen anzapfen und diese Anstrengungen verbinden mit individuellem und organisationalem Lernen
- Ständige Verbesserung sowohl kontinuierlich in kleinen Schritten als auch radikal in größeren Sprüngen
- Höhere Qualitätsverantwortung jedes Einzelnen, allein und im Team
- Arbeiten in Prozessen“<sup>5</sup>

Die Praxis zeigt, dass sich die fünf Regeln weltweit und unabhängig von der Kultur der Gesellschaft oder der Art der Organisation anwenden lassen. Um die

---

<sup>1</sup> Vgl. Spörkel, H. et al. (1997), S.1

<sup>2</sup> Vgl. Schildknecht, R. (1992), S.119

<sup>3</sup> Vgl. Spörkel, H. et al. (1997), S.172

<sup>4</sup> Vgl. Harms, K. (2003), S.10

<sup>5</sup> Seghezzi, H.D. et al. (2007), S.272

Besonderheiten des entsprechenden Landes und der Firma einzubeziehen, empfiehlt es sich, die traditionellen Stärken und deren Effekte in das Konzept zu integrieren.<sup>1</sup>

Dieser TQM Philosophiegedanke ist häufig nicht bei allen Beteiligten der Organisation zu finden, bei ihnen besteht der Eindruck, dass Qualität zur Arbeit hinzugefügt werden muss, nicht aber Inhalt jedes Handelns sein soll. Begeht man den Weg zum TQM, so wird aus dem anfänglichen Projekt TQM eine ganzheitliche Philosophie für das Krankenhaus.<sup>2</sup>

### **4.6 TQM Modelle und ihre Awards**

Im folgenden Abschnitt sollen die wichtigsten TQM Modelle aufgezeigt werden, die eine Vorreiterrolle in der Entwicklung der umfassenden Qualitätskonzepte einnehmen und die Basis für die meisten Qualitätsauszeichnungen darstellen. Dabei handelt es sich um den japanischen Deming Prize, der amerikanische Ansatz des Malcolm Baldrige National Award sowie den European Quality Award, auf den später detaillierter eingegangen wird.

#### **4.6.1 Deming Prize – TQC Modell**

In Zusammenarbeit mit der Japanese Union of Science and Engineers (Juse) wird in Japan seit 1951 unter der Leitung von Dr. Deming der Deming Prize (auch Total Quality Control Modell – TQC genannt) verliehen.<sup>3</sup>

Der wichtigste Aspekt des Deming Prize ist auf die umfassenden Qualitätstätigkeiten im gesamten Unternehmen ausgerichtet. Die Unternehmens- sowie Qualitätsziele sollen wirkungsvoll und wirtschaftlich erreicht werden, mit dem Hintergrund, Produkte und Dienstleistungen zu einem angemessenen Preis, zum vereinbarten Zeitpunkt und in der vom Kunden akzeptierten Qualität zu fertigen. Im Mittelpunkt des TQM Modells finden sich zusätzlich die Begriffe der ständigen Verbesserung, die Nutzung von Qualitätszirkeln und die Verwendung von statistischen Methoden in der gesamten Organisation.<sup>4</sup>

Bewirbt sich ein Unternehmen für die Auszeichnung, so wird es vom Deming Prize Committee auf folgende drei Hauptkriterien geprüft:

---

<sup>1</sup> Vgl. Seghezzi, H.D. (2007), S.272

<sup>2</sup> Vgl. Spörkel, H. et al. (1997), S.130

<sup>3</sup> Vgl. Pfeifer, T. (2001), S.24

<sup>4</sup> Vgl. Kamiske, G.F./ Brauer, J.P.(2007), S.182f

- auf die vom Management formulierten Unternehmensziele und -strategien mit Einbeziehung von Art, Struktur, Bedingungen und Größe des Betriebes
- auf die Umsetzung des TQM-Modells zur Erreichung der Ziele und Strategien
- auf die Erreichung von resultierenden Ergebnissen aus dem Einsatz des TQM-Modell, auf der Ebene von Ziel- und Strategieverwirklichung.

Es können sich alle Unternehmen dafür bewerben, sie stehen aber nicht im direkten Wettbewerb zueinander, daher erhalten alle diejenigen die Auszeichnung, die den hohen Anforderungen nachkommen. Werden Betriebe mit dem Deming Prize ausgezeichnet, garantiert dies keine finanziellen Vorteile oder gar Erfolg auf lange Dauer, die Preisträger (wie z.B. Mitsubishi Electric Corp. Und Toyota Motor Co. Ltd.) erlangen jedoch einen enormen Prestigezuwachs und damit einen Marktvorteil. Viel wichtiger sind die wirtschaftlichen Auswirkungen (Kostensenkung und Steigerung des Marktanteils) und Qualitätsverbesserungen, die mit der Einführung des Modells erreicht werden. Es wird darauf hingewiesen, dass Träger der ältesten TQM Auszeichnung deutlich bessere Ergebnisse erzielen als andere Wettbewerber.<sup>1</sup>

### **4.6.2 Malcome Baldrige National Quality Award - MBNQA**

Der Malcome Baldrige National Quality Improvement Act wurde 1987 als eine Qualitätsverbesserungsinitiative für amerikanische Produkte und Dienstleistungen zur gleichzeitigen Produktivitätssteigerung der Unternehmen ins Leben gerufen.<sup>2</sup> Die Firmen, die ein besonders hohes Maß an kundenorientiertem Qualitätsmanagement betreiben, werden seit 1988<sup>3</sup> und seit 2002 auch Betriebe des Gesundheitswesens<sup>4</sup> durch den Präsidenten der Vereinigten Staaten mit dem MBNQA geehrt.

Bedeutende Elemente des MBNQA sind die Kundenzufriedenheit und Benchmarking, durch welche die Konkurrenzfähigkeit des Unternehmens gesteigert werden soll. Fortführend stehen Schwerpunkte wie strategische Planung, Prozessmanagement, Führung und Geschäftsergebnisse im Mittelpunkt der amerikanischen Auszeichnung. Das Modell richtet sich sehr

---

<sup>1</sup> Vgl. Masing, W./ Schmitt, R. (2007), S.353f

<sup>2</sup> Vgl. Malorny, C. (1996), S.48

<sup>3</sup> Vgl. Mudie, P./ Cottam, A. (1993), S.92f

<sup>4</sup> Vgl. Baldrige National Quality Program - Preisträger  
[http://www.baldrige.nist.gov/Contacts\\_Profiles.htm](http://www.baldrige.nist.gov/Contacts_Profiles.htm) (10.08.2010)

intensiv an die allgemeine Unternehmensführung und unterstreicht somit die Idee von Wettbewerbsfähigkeit, ganzheitlicher Unternehmensqualität und ausgezeichneter Unternehmensführung.<sup>1</sup>

Die teilnehmenden Organisationen werden unter folgenden sieben Hauptkriterien bewertet: „Unternehmensführung, Information und Analyse, strategische Qualitätsplanung, Personalmanagement, Prozessqualitätsmanagement, Qualitäts- und Betriebsergebnisse sowie Kundenorientierung und -zufriedenheit.“<sup>2</sup>

Einen großen Vorteil bietet die Möglichkeit, sich mit anderen Baldrige Bewerbern zu vergleichen, in dem jeder Teilnehmer einen schriftlichen Feedbackbericht erhält. Inhaltlich werden dem Betrieb Stärken und Verbesserungspotentiale aufgezeigt und eine Einschätzung im Vergleich zu anderen Mitstreitern geliefert. Sollte man also nicht als Preisträger des Auszeichnungsprogramms hervor gehen, so erhält man eine recht preisgünstige Unternehmensberatung auf besondere Weise und ist durch das umfangreiche Feedback trotzdem als Gewinner von wichtigen Informationen anzusehen.<sup>3</sup> Untersuchungen ergaben, dass Unternehmen, die das MBNQA Modell einführten, hauptsächlich durch die Benchmarkingmöglichkeit die Bereiche der Mitarbeiterorganisation, der Produkt- und Prozessqualität, der Kunden- und Finanzausrichtung sowie allgemein Methoden und Ablaufprozesse verbesserten.<sup>4</sup>

### **4.6.3 EFQM Excellence Award**

Auf Grund der gewaltigen Fortschritte durch den Deming Prize in Japan sowie der amerikanischer Unternehmen mit dem MBNQA entschloss man sich 1988 in Europa zur Gründung der European Foundation for Quality Management (EFQM), um offensiver durch Qualitätsverbesserungen auf den Weltmärkten mithalten zu können.<sup>5</sup> Im Jahre 2006 erhielt die höchste europäische TQM Auszeichnung die Bezeichnung „EFQM Excellence Award (EEA)<sup>6</sup> und die

---

<sup>1</sup> Vgl. Kamiske, G.F./ Brauer, J.P.(2007), S.185ff

<sup>2</sup> Vgl. Bruhn, M. (1996), S.203

<sup>3</sup> Vgl. Kamiske, G.F./ Brauer, J.P.(2007), S.185ff

<sup>4</sup> Vgl. LexisNexis <http://www.steuerlex24.de> (25.07.2010)

<sup>5</sup> Vgl. Langnickel, H. (2003), S.39

<sup>6</sup> Vgl. Seghezzi, H.D. et al.(2007), S.271

neuste Fassung wurde im September 2009 präsentiert.<sup>1</sup> Das EEA wird von der DGQ als ein „Modell zur Entwicklung einer Organisation ausgehend von einem wirksamen Qualitätsmanagement über umfassendes Qualitätsmanagement hin zu Spitzenleistungen“ definiert<sup>2</sup> und unterliegt den TQM Prinzipien: Kontinuierliche Verbesserung, Kunden- und Mitarbeiterorientierung sowie Fehlerprävention.<sup>3</sup> Die Betonung des Modells liegt in der Ergebniskomponente, die auf Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit fußt, dabei bewertet sich das Krankenhaus mit Hilfe eines EEA-Assessors selbst.<sup>4</sup>

Das Modell besteht aus neun Kriterien, deren Inhalt in Prozent durch wirtschaftliche Befragungen festgelegt wurde.<sup>5</sup> Jedes Unternehmen sollte seine eigene Gewichtung der Kriterien prüfen, da nur für die Bewerbung um den Award eine einheitliche Gewichtung notwendig ist. Die Potentiale der Unternehmung werden auf der Befähigerseite thematisiert und beinhalten fünf Kriterien, wie Qualität erzielt wird. Diese sind: „Führung“, die Gestaltung von „Politik und Strategie“, die „Mitarbeiterorientierung“, die Bereitstellung von „Ressourcen“ sowie der Aufbau von „Prozessen, Produkten und Dienstleistungen“. Auf der Ergebnisseite findet sich die Zielstellung, nämlich die Verbesserung aller Geschäftsergebnisse wieder. Was an Qualität erzielt wurde, soll die Ergebnisprüfung in Bezug auf Kunden, Mitarbeiter, Gesellschaft und das Geschäftsergebnisses aufzeigen.<sup>6</sup> Jede der neun Kriterien ist mittels Teilkriterien weiter konkretisiert, die Übersicht ist im Anhang 1 einzusehen. Den Teilkriterien ist weiterhin eine Fülle von beispielhaften Ansatzpunkten zugeordnet.

Die Selbstbewertung mit dem Europäischen Excellence Modell ist in einem definierten Zeitabstand zu wiederholen und identifiziert somit Stärken und Verbesserungsbereiche, es ist dabei zu erwähnen, dass mit der Teilnahme keine anerkannte Zertifizierung erteilt wird und man folglich mit den Ergebnissen bzw. der Teilnahme am EEA werben kann.<sup>7</sup> Eine nähere

---

<sup>1</sup> Vgl. Begner.biz (2010) <http://www.bergner.biz/efqm-refresher/> (28.07.2010)

<sup>2</sup> Leonhard, K.W./Naumann, P. (2002), S.329

<sup>3</sup> Vgl. Langnickel, H. (2003), S.39

<sup>4</sup> Vgl. Spörkel, H. et al. (1997), S.11ff

<sup>5</sup> Vgl. Hahne, B. (1999), S.12

<sup>6</sup> Vgl. Seghezzi, H.D. et. al. (2007), S.274ff

<sup>7</sup> Vgl. Hahne, B. (1999), S.13

Erklärung findet sich im Abschnitt 5.1.3, in dem die Implementierung von TQM an Hand des EFQM Modells erläutert wird.

### **4.7 TQM Kundenbegriff im Krankenhauses**

Durch den sich schnell entwickelten Konkurrenzdruck für Krankenhäuser ist es für ein Gesundheitsunternehmen unabdingbar, seine Kundenorientierung zu überdenken sowie Wünsche und Bedürfnisse der jeweiligen Empfänger der Leistungen abzustimmen.

Kunden von Krankenhäusern werden in interne und externe Partner einer Leistungsbeziehung unterschieden, wobei es hier wie z.B. beim Patienten temporär zu Überlappungen kommen kann. Er zählt somit als externer als auch zeitweilig als interner Kunde. Im Mittelpunkt der internen Kundenorientierung sollten neben dem Patienten die Mitarbeiter (Ärzte, Teilzeitkräfte, Nachtwachen, etc.) und interne Leistungsstellen (Stationen, Abteilungen, Labore) stehen. In den externen Kundensektor fallen abgesehen vom Patienten der medizinische Dienst (Rehabilitationszentren, Bäder etc.), Belegärzte, Einweiser, Kostenträger, Servicedienste, Dienstleister und Lieferanten.<sup>1</sup> Weiterhin können Krankenkassen, Besucher und Angehörige, Taxifahrer, Pflegeversicherungen, Apotheken, Pharmafirmen, Optiker, Senioren- und Pflegeheime, Selbsthilfegruppen, Verbraucherzentralen, Sponsoren, öffentliche Institutionen und die Medien zum Kunden- und Lieferantenklientel der Krankenhäuser gezählt werden.<sup>2</sup>

Im TQM System ist der Kunde der jeweils nachstehende im Arbeits- und Dienstleistungsprozess als auch der Empfänger des Dienstes selbst.<sup>3</sup> Für jeden Mitarbeiter ist somit z.B. der nächste Kollege oder die nächste Leistungsstelle ein Kunde.<sup>4</sup> Da nicht nur die Patienten als Kunden zählen, sondern im TQM jeder Mitarbeiter ein Kunde darstellt, sollten z.B. regelmäßige Befragungen sowohl Patienten als auch Mitarbeiter der Klinik einbeziehen.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Mühlbauer, B.H. (2004), S. 65ff

<sup>2</sup> Vgl. Pies, S./Becker, A. (2009), S.10

<sup>3</sup> Vgl. Spörkel, H. et al. (1997), S.4

<sup>4</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1997), S.131ff

<sup>5</sup> Vgl. Rychlik, R. (1999), S.16

## **5 Implementierung des TQM in Krankenhäuser**

In der vorliegenden Arbeit gehen wir davon aus, dass die Vorarbeit und die Analyse der Grundlagen zum Implementieren eines QMS bereits vollzogen sind. Bei diesem Prozess erfolgt zunächst eine Ist-Analyse, um eine strategische Planung zu erreichen, in der gezielte Problemlösungen zu finden sind. Gefolgt wird sie von einer Situationsanalyse, die einen Vergleich der Leistungs-Kosten-Relation darstellt und weiterhin Klarheit über die Wettbewerbssituation und Marktpositionierung schafft.<sup>1</sup> Ein effizientes QMS kann nur erfolgreich umgesetzt werden, wenn die unternehmerische Führung sowie Leitung auf den Betrieb abgestimmt wurde und auf Kundenbedürfnissen und -zufriedenheit aufgebaut ist. Um eine gewisse Transparenz im Unternehmen zu schaffen, ist es zu Beginn notwendig, alle Abläufe und Prozesse im Unternehmen zu erkennen und genau zu beschreiben. Diese zeit- und arbeitsintensive Tätigkeit ist für die stetige Verbesserung der Abläufe und Prozesse von großer Bedeutung.<sup>2</sup> Bei einem Krankenhaus orientiert sich das Management weiterhin an den Bedürfnissen der Einrichtungen, um ein entsprechendes Qualitätskonzept zu erstellen. Dieses Konzept beinhaltet das geistige Konstrukt, welches die Qualitätspolitik des Betriebes ausdrücken soll.<sup>3</sup>

Bevor es zur speziellen Umsetzung von TQM am Beispiel des EFQM Modells in Krankenhäusern kommt, sollen Grundlagen zu Strategieimplementierungen aufgeführt werden. Anschließend werden operative Bausteine der Implementierung erläutert und Akzeptanzerreichungsmaßnahmen für das Personal aufgezeigt. Darauf aufbauend werden Probleme sowie Kritikpunkte am TQM ersichtlich gemacht.

### **5.1 Maßnahmen der Implementierung**

#### **5.1.1 Implementierung von Strategien**

Als Implementierung sind „alle Bemühungen um eine erfolgreiche Einpflanzung von neuen Konzepten jeder Art in alle Sektoren des jeweils umgebenden

---

<sup>1</sup> Vgl. Knon, D./ Goerig, R.-M.(2004), S.16

<sup>2</sup> Vgl. Wiesheu, / Spitzer, (2004), S.15, <http://www.stmwivt.bayern.de> (17.08.2010)

<sup>3</sup> Vgl. Seghezzi, H.D. (1992), S.42 in Meffert,H. (1993)

Kontextes“<sup>1</sup> zu verstehen. Im Prozess der Strategieimplementierung, die auch als Erfüllung der Strategie bezeichnet werden kann, sind zwei Hauptaufgaben zu verrichten. Zum einen müssen die Strategie sowie die damit verbundenen Folgemaßnahmen spezifiziert werden und zum anderen ist es von erheblicher Notwendigkeit, dass eine Strategieakzeptanz zur Förderung der Durchsetzung in allen betroffenen Bereichen geschaffen wird. Diese beiden Aufgaben werden auch als sachorientierte Umsetzung bzw. verhaltensorientierte Durchsetzung des strategischen Managements bezeichnet.<sup>2</sup> Es ist zunächst notwendig, dass in der sachorientierten Umsetzung einer Strategie alle Teilstrategien (auf Geschäfts- und Funktionsbereichsebene) präzise formuliert oder überarbeitet werden. Um die Erfüllung dieser Teilstrategien zu gewährleisten, folgt daraufhin eine taktisch/operative Maßnahmen-, Termin- und Budgetplanung, mit welcher man weitere Entscheidungen in den Funktionsbereichen vollziehen kann. Es findet somit durch eine schrittweise Überführung von taktischen in operative Pläne und Maßnahmen, eine Verknüpfung zwischen strategischer und operativer Planung statt.<sup>3</sup>

Bei der verhaltensorientierten Durchsetzung der Strategie kann es durch etablierte Verhaltensweisen, Denkstrukturen und Werthaltungen in den betroffenen Bereichen zu Widerständen und Abneigung gegenüber den nötigen Strategieveränderungen kommen. Hier sind laut Kolks (1990) folgende Durchsetzungsaufgaben zu erfüllen:

- Die Vermittlung der Strategie.  
Alle betroffenen Mitarbeiter müssen vollständig über Gründe, Ziele, Inhalte und Konsequenzen der Strategie aufgeklärt werden. Bei diesen Informationen ist auf die Dringlichkeit der Strategieanwendungen, möglicher Geheimhaltungsaspekte und auf die Nachvollziehbarkeit durch die Mitarbeiter zu achten.
- Die Einweisung und Schulung.  
Um die erforderlichen strategiebezogenen Qualifikationen zu erlangen, müssen Lern- und Fortbildungsprogramme absolviert werden.

---

<sup>1</sup> Reiß, M. (1995), S.292

<sup>2</sup> Vgl. Welge, M.K./ Al-Laham, A. (1992), S.387

<sup>3</sup> Vgl. Götze, U./ Mikus, B. (1999), S.255f

- Schaffung einer strategischen Anerkennung.

Hier gilt es die Konflikte, die während der Implementierung auftreten, zu bewältigen. Spannungen treten am meisten zwischen den Entwicklern der Strategie und den ausführenden Bereichen sowie zwischen den betroffenen hierarchischen Ebenen auf. Hier herrschen verschiedene Zielvorstellungen, personengebundene Konflikte, Ressourcenverteilungsprobleme oder differierende Auffassungen über die Wirkung der Strategie.<sup>1</sup>

Die Strategieimplementierung besteht aus mehreren Phasen, deren Aktivitäten sich als Prozess beschreiben lassen, siehe Abbildung 5. Dem Prozesskreislauf liegt hier die Strategieformulierung zugrunde, welche den Einstieg in die Implementierungsplanung gibt.<sup>2</sup>

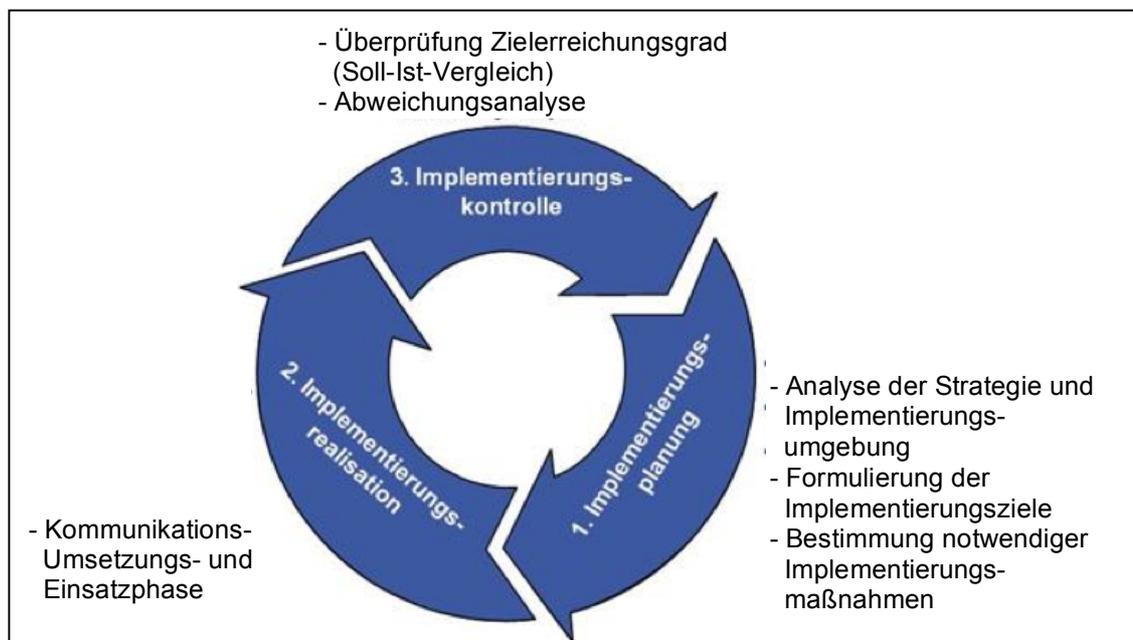


Abb. 5: Prozess der Strategieimplementierung<sup>3</sup>

Zur Implementierung stehen dem Betrieb Instrumente wie z.B. Balanced Scorecard oder Target Costing zur Verfügung, die im Kapitel 5.2 ausführlicher erläutert werden.

Ein weiterer beachtlicher Punkt ist die Auswahl der Wettbewerbsstrategie. Diese kann nach Porter in zwei grundsätzliche Orientierungen eingeteilt werden. Zum einen in die Kostenführerschaft und zum anderen in die

<sup>1</sup> Vgl. Kolks, U.(1990), S.114ff

<sup>2</sup> Vgl. ebenda S.262

<sup>3</sup> Vgl. in Anlehnung an Kolks, U. (1990), S.257 in [www.controlling-wiki.com](http://www.controlling-wiki.com) (17.08.2010)

Differenzierungsstrategie. Beide Strategien dienen der Erreichung von Wettbewerbsvorteilen und sind entweder auf dem Gesamtmarkt oder auch bei der Konzentration auf eine Nische realisierbar.

Bei der Kostenführerschaft wird versucht, diese Vorteile mittels niedriger Preise zu realisieren.<sup>1</sup> Einige Krankenhäuser (z.B. private Kliniken) können für diverse Behandlungen oder Methoden, vergleichsweise niedrige Gebühren verlangen und damit mehr Kunden anlocken.

Die Differenzierungsstrategie (Strategie der Qualitätsführerschaft) hat das Ziel, Vorteile über hochwertige, einzigartige Produkte zu erreichen.<sup>2</sup> Durch fachübergreifendes Know-how, neuste Medizintechnik, herausragende Serviceleistungen oder renommierte Ärzte könnten Krankenhäuser den differenzierten Ansprüchen der Patienten gerecht werden.

### **5.1.2 Elemente und Phasen der TQM Implementierung**

Da die Einführung von TQM ein umfangreiches Projekt darstellt, das oft zu einer völlig neuen Unternehmenskultur führt, sollte sich das Management über den Verlauf einiger Details im Klaren sein. Zuerst geht es darum eine Qualitätspolitik, die vom Management getragen und umgesetzt wird, zu formulieren, eine Qualitätsarbeit zu entwickeln und eine Kampagne zur Information und Einbindung der Mitarbeiter durchzusetzen. Das Projekt TQM zieht Aktivitäten in allen Bereichen nach sich, die zu erhöhter Kundenzufriedenheit, niedrigeren Ausschussraten, besserer Termineinhaltung und niedrigeren Kosten für Reparaturen, Nacharbeit und Prüfung führen sollen. Die neue Qualitätskultur entsteht durch die tägliche Arbeit und bei der Durchführung von neuen Konzepten, Methoden und Ideen. Es ist sozusagen ein nie endender Prozess, der nach Oess (1993) aus elf Schritten besteht:

- Verpflichtungen des Managements: Eine engagierte, vorbildliche und überzeugende Haltung der Führungsetage ist der Kernpunkt für die tatsächliche Umsetzung des QM.
- Bildung eines Qualitätsteams: Um zu garantieren, dass alle Unternehmensbereiche in den TQM-Prozess eingebunden sind, ist darauf zu achten, dass alle wichtigen Ämter oder Unternehmensfunktionen dem Team beisitzen.

---

<sup>1</sup> Vgl. Porter, M.E. (1999), S. 34 und S.70f

<sup>2</sup> Vgl. ebenda

- Formulierung von Qualitätsgrundsätzen, einer Qualitätspolitik und einer Vision: Nach genauer Festlegung von Zielen und Grundsätzen erschließen sich daraus die notwendigen Qualitätsgrundsätze. Die Ziele sollten mit der Betriebsphilosophie eine konforme Richtung bilden.
- Information und Verpflichtung der Funktionsgruppen und Mitarbeiter auf Politik und Grundsätze: Durch das Informieren aller Mitarbeiter in allen Abteilungen und Funktionen über die Grundsätze des Betriebes wird auf die speziellen Konsequenzen des QM in den jeweiligen Bereichen hingewiesen.
- Diagnose: In einem Diagnosebericht wird eine Bestandaufnahme folgender Bezugsquellen dargestellt: Organisation, System von Produkten, Dienstleistungen und von Prozessen.
- Ermittlung der Qualitätskosten (Prüf-, Beurteilungs-, Fehler- und Fehlerverhütungskosten)
- Aufstellen eines Ziel- und Maßnahmenkatalogs zur Behebung der festgestellten Schwachstellen und Durchführung von korrektiven Maßnahmen. Dies beinhaltet die Anpassung des Betriebes und des Qualitätssicherungssystems an die ausgearbeitete Strategie. Sollten nun Fehler oder Probleme auftreten, bestehen Gegenmaßnahmen für alle Prozesse oder Dienstleistungen.
- Training der Mitarbeiter: Um die Anforderungen und Zielerreichung an jeden Mitarbeiter in seinem Bereich zu konkretisieren, müssen Schulungen durchgeführt werden.
- Etablierung eines Qualitäts-Informationssystems mit Feedback: Bei diesem System soll die erstellte Qualität mit Hilfe eines Werkzeuges, mit der eines anderen Bereiches verglichen werden.
- Anerkennung der Mitarbeiter: Die Unternehmensleitung sollte die Ergebnisse, die aus dem TQM resultieren, veröffentlichen.
- Etablierung von Quality Circles: Ein Qualitätszirkel besteht aus freiwilligen Mitarbeitern des gleichen Arbeitsbereiches, die die Verantwortung für Qualitätsverbesserung und -sicherung in ihrem Bereich tragen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Oess, A. (1993), S.118f

Der Prozess der TQM Implementierung kann in sechs Schritten durchgeführt werden, siehe folgende Abbildung 6.

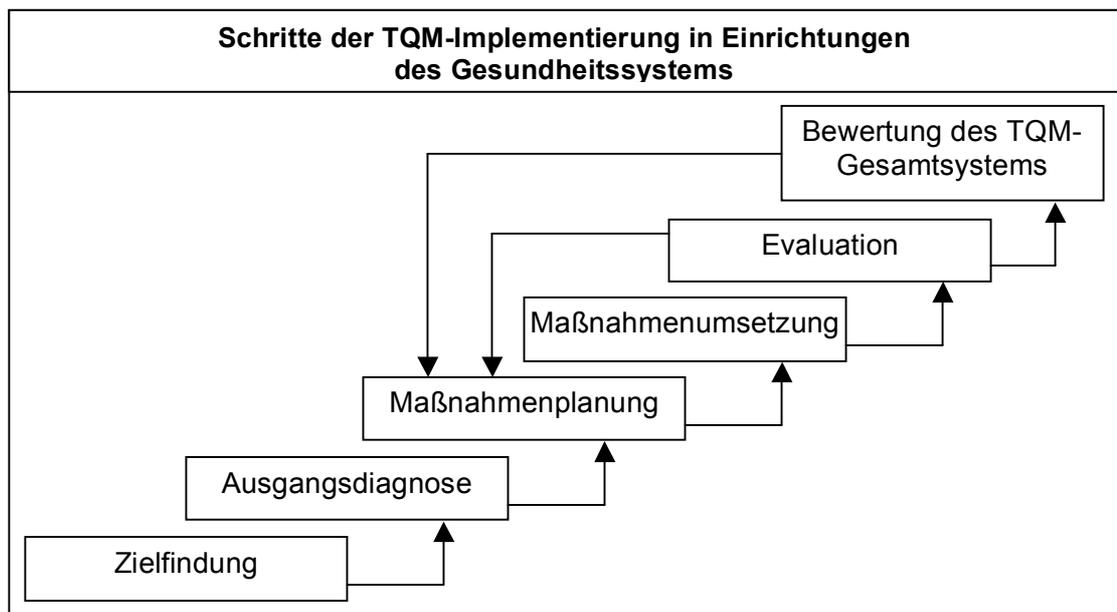


Abb. 6: Schritte der TQM-Implementierung

In der **Zielfindungsphase** wird ein auf die Bedürfnisse des Krankenhauses zugeschnittener Verlauf erstellt. Bei diesem Prozess ist der Input des Gremiums der Gesundheitseinrichtung sowie u. U. eines externen Prozessbegleiters gefragt. Es gilt die Motive, Interessenlagen und Erwartungen für alle Entscheidungsträger transparent darzustellen. Durch die **Ausgangsdiagnose** erhält das Krankenhaus mit Hilfe verschiedener Instrumente einen Überblick über Probleme in den unterschiedlichen Bereichen. Die daraus resultierenden Ergebnisse werden in der **Maßnahmenumsetzungsphase** von Teams und Gremien der Abteilungen interpretiert sowie geeignete Maßnahmen formuliert und geplant. Wie es der Name schon sagt, kommt es anschließend zur **Maßnahmenumsetzung**, die schrittweise in den Bereichen durchgeführt wird. Die jährlich durchgeführte **Evaluationsphase** unterstützt die Kultur der ständigen Verbesserung. In ihr werden der Erfolg der angewendeten Maßnahmen sowie der Stand des Entwicklungsprozesses aus Sicht der Mitarbeiter (Mitarbeiterzufriedenheit) bewertet und Informationen zu Kundenzufriedenheit, Geschäftsergebnissen und anderen Variablen der Ausgangsanalyse sichtbar. In der **Bewertungsphase** wird das gesamte TQM-System durch eine Bewertungsmethode des EFQM-Modells durchleuchtet. Diese Bewertung wird jährlich wiederholt und verspricht eine detaillierte Darstellung von Stärken und Verbesserungsmöglichkeiten. Betrachtet man sich

die Abbildung 6, so wird verdeutlicht, dass die letzten beiden Positionen zu einer Rückmeldeschleife führen, die zu einer ständigen Qualitätsverbesserung und zu neuen Maßnahmen beitragen sollen.<sup>1</sup>

Nach Malorny (1993) lässt sich die Einführung des TQM auch in vier Phasen darstellen, siehe folgende Abbildung 7:

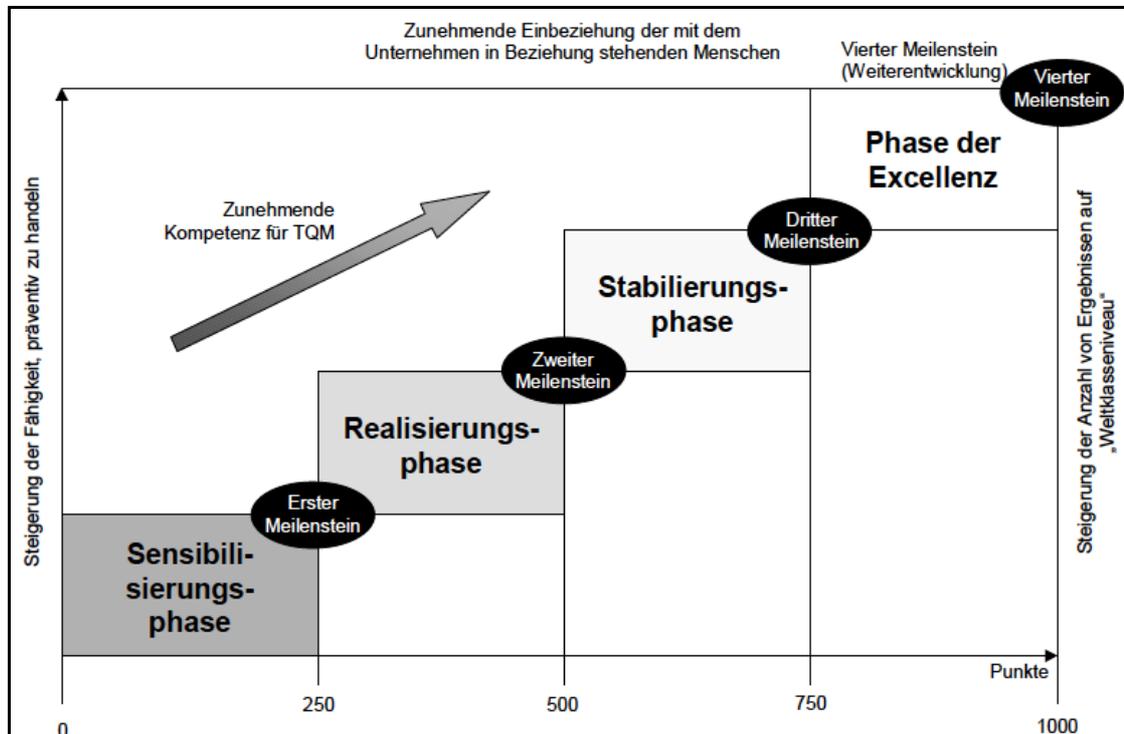


Abb. 7: Phasen der Einführung von TQM<sup>2</sup>

In der ersten Phase werden die Veränderungen eingeleitet um den Bewusstseinswandel voran zu treiben, sie wird als Sensibilisierungsphase bezeichnet. Sie beinhaltet weiterhin die Schaffung von Voraussetzungen und die Information über TQM sowie die Einrichtung von Qualifizierungsprozessen. Es gilt im Voraus, Führungskräfte intensiv zu schulen, denn nur Vorgesetzte, die von der Notwendigkeit des TQM überzeugt sind, können ihre Mitarbeiter für den Veränderungsprozess motivieren. Mit jeder weiteren Ebene der Implementierung wächst die Kompetenz des TQM's im Betrieb. Dies wird auch in der zweiten Phase, der so genannten Realisierungsphase sichtbar, in der ein Führungs- und Strukturwandel erzeugt werden soll. Das ganzheitliche und durch alle Funktionsbereiche abgestimmte TQM Vorgehen muss unternehmensweit vollstreckt werden. Dies beinhaltet die Umsetzung

<sup>1</sup> Vgl. Eichler, A. in Spörkel, H. et al. (1997), S.103ff

<sup>2</sup> Vgl. Malorny, C. (1999), S.361

horizontal, vertikal, in allen Prozessen als auch für jedes Produkt bzw. jede Dienstleistung. In der darauf folgenden Stabilisierungsphase wird die Vernetzung der Einzelmaßnahmen angestrebt um Verbesserungsprozesse zu beschleunigen. Das bedeutet eine vollständige Etablierung von Überprüfungszyklen, die Kommunikation und Standardisierung von erfolgreichen Methoden und Strategien, die Vernetzung von Einzelmaßnahmen, die Schaffung eines innovationsfreundlichen Klimas sowie die Harmonisierung der TQM Elemente. Die Verfeinerung des TQM Konzeptes findet in der letzten Phase der Exzellenz statt. Hier liegt das Augenmerk auf ständiger Weiterentwicklung der organisatorischen bzw. täglichen Arbeit. Weiterhin sollen Mitarbeiter bzw. Prozesse auf Ideengewinnung fokussiert werden und Verschwendungen aufgespürt und beseitigt werden.<sup>1</sup>

### **5.1.3 Implementierung am Beispiel des EFQM-Modells**

Die Umsetzung des TQM wird in dieser Arbeit an Hand des EFQM - Modells (Abbildung 8 bzw. siehe auch Kapitel 4.6.3) vollzogen, das branchen- und größenunabhängig und grundsätzlich von allen Unternehmen angewandt werden kann. „Dieses umfassende, europaweit gültige Managementmodell ist in idealer Weise als Vorgabemodell für Krankenhäuser anwendbar, weil es durch seine anpassbare Struktur auch Dienstleistungsprozesse flexibel abbildet und nicht eine Fremdbewertung, sondern den eigeninitiativen Selbstbewertungsgrundsatz vorzieht“<sup>2</sup> Nicht zu vergessen ist, dass das europäische Modell sehr viel mehr Wert auf die Ergebniskomponente legt als andere Qualitätsmodelle. Dieses betont die Verbesserung der Geschäftsergebnisse, nämlich der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit.

Nach Zink (1995) sollte die Herangehensweise an die Probleme einer Implementierung strukturelle, personelle und instrumentelle Gesichtspunkte umfassen.<sup>3</sup> Strukturelle Aspekte sind z.B. die Integration von Qualitätszielen in die Unternehmensziele, die Beurteilung von Vorgesetzten und Mitarbeitern, Belohnungssysteme und Qualitätinformationssysteme. Personelle Elemente bestehen im EFQM Modell z.B. in der Einführung von Informationsmedien, Schulungen oder eines TQM Manuals. Instrumentelle Aspekte zeigen sich in

---

<sup>1</sup> Vgl. Malorny, C. (1996), S.132

<sup>2</sup> Vgl. Knon, D./ Georig, R.-M. (2004), S.32

<sup>3</sup> Vgl. Zink, K.J. (1995), S.55

der Implementierung von definierten Qualitätsstandards, schriftlichen Fixierungen von Abläufen, Analyse- und Problemlösungstechniken, Teamkonzepten und Computer gestützten Qualitätssystemen.

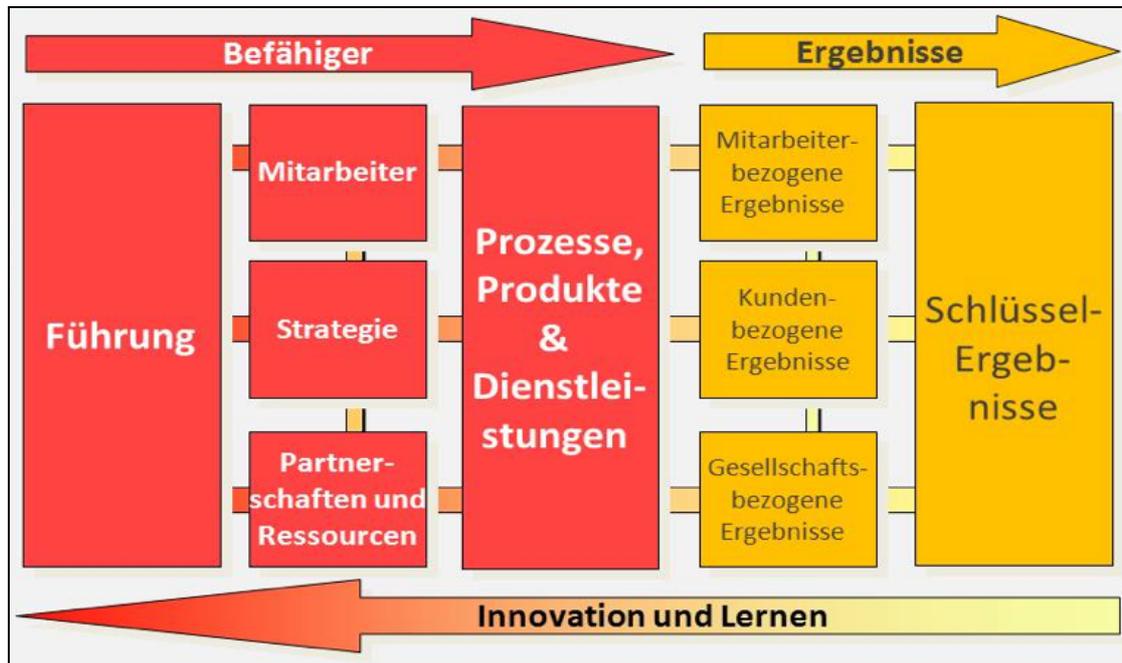


Abb. 8: EFQM Modell<sup>1</sup>

Auf den folgenden Seiten sollen die 9 Kriterien des EFQM-Modells einzeln erläutert und verschiedene Inhalte aufgeführt werden.

### 5.1.3.1 Führung

Auf der Befähigerseite, welche die Potentiale der Klinik abbildet, nimmt das Modul der Krankenhausführung im EFQM - Modell eine besondere Rolle ein. Die Verhaltensweisen der Führungsetage bzw. der leitenden Personen, im administrativen, pflegerischen und medizinischen Sinne, wirken sich wesentlich auf das Verhalten und Engagement der Mitarbeiter aus.

Es ist somit von großer Bedeutung, dass eine Führungskraft neben der eigenen Persönlichkeit über Sachkompetenz, Methodenkompetenz und Sozialkompetenz verfügt, um im Sinne des Krankenhauses die gestellten Aufgaben zu lösen und gleichzeitig die Mitarbeiter zu unterstützen und zu motivieren.<sup>2</sup> Ein vorbildliches Handeln und Engagement ist für die Führungskraft von hoher Bedeutung. Es beeinflusst seine Kundenorientierung, indem er z.B. mit Patienten, Ärzten, vor- und nachstehenden Einrichtungen,

<sup>1</sup> Vgl. Begner.biz (2010) <http://www.bergner.biz/efqm-refresher/> (28.07.2010)

<sup>2</sup> Vgl. Pfeiffer, T. (1996), S.522

Fachgesellschaften und bei externen Aktivitäten des Hauses in Kontakt mit der Gemeinde tritt. Fortführend müssen Anreizsysteme für Mitarbeiter geschaffen werden, die ihre Leistungen honorieren und sie zu weiteren Verbesserungen antreiben. Möglichkeiten bieten hier eine leistungsorientierte Bezahlung, verbales Lob bzw. Auszeichnungen vor den Kollegen, Erwähnung in der Mitarbeiterzeitschrift, Aufstiegsmöglichkeiten sowie Sach- und Geldprämien.<sup>1</sup> Es ist somit ratsam, Führungskräfte auf ihre Positionen und ihre Verantwortung vorzubereiten und sie bei der Weiterentwicklung ihrer Kompetenzen zu unterstützen.<sup>2</sup>

### 5.1.3.2 Mitarbeiter

Der Baustein der Mitarbeiter beschäftigt sich mit den Rahmenbedingungen der Angestellten. Das Personal soll sich als interner Kunde wahrnehmen und jeder nach seinen individuellen Kenntnissen und Fähigkeiten gefordert und gefördert fühlen.

Anhand von Analysen, Beobachtungen oder Befragungen sind die Grundlagen, nämlich die auszuführenden Arbeitsabläufe und Tätigkeiten des Personals, für eine Planung zu erforschen. Die Ergebnisse zeigen, ob sich die praktischen Abläufe und Arbeitsinhalte mit den Vorstellungen oder Anweisungen der Vorgesetzten gleichen. Die Arbeitsanforderungen werden danach aus diesen Arbeitsaufgaben abgeleitet. Wichtig erscheinen hier Fach- und Methodenkompetenz sowie Sozialkompetenz. Der Personalbedarf ermittelt sich somit aus den Arbeitsaufgaben mit den dazugehörigen Anforderungen, zuzüglich dem erforderlichen Arbeitszeitbedarf.

Bei der Personalauswahl entscheidet oft eine effektive Marketingstrategie, um qualifizierte Kandidaten für das Haus zu interessieren. Anregend sind hier z.B. das Nutzen von neuester Technologie und von Medien, von Kongress- und Tagungsergebnissen und Mentorenprogrammen, Fort- und Weiterbildungsprogramme, Teamarbeit, Kindergartenplätzen und Unterstützung bei der Wohnungssuche.<sup>3</sup> Um eine geeignete Auswahl an potentiellen Kandidaten zu treffen, bedarf es einer Definition des gewünschten Anforderungsprofils. Diese

---

<sup>1</sup> Vgl. Hahne, B. (1997), S.56f

<sup>2</sup> Vgl. Kostka, C. (1997), S.21

<sup>3</sup> Vgl. Hahne, B. (1997), S.64f

entsteht durch eine Stellenausschreibung, welche eine konsequente Personalplanung erfordert.<sup>1</sup>

Ist dies geschehen, schließt sich der Einsatz des Personals an, welcher auf der Ermittlung eines Arbeitsintensitätsprofils beruht.<sup>2</sup> Durch geeignete Arbeitszeitmodelle sind die vorhandenen Personalressourcen entsprechend den Anforderungen der Stationen und Funktionsbereiche einzusetzen. Hilfreich erscheinen hier z.B. Einsatz von Personalpools oder Springer-Pools sowie internen und externen Teilzeitkräften, Kernarbeitszeitmodellen und Personalshifting.<sup>3</sup> Um sicher zu stellen, dass eine überzeugende medizinische und pflegerische Betreuung der Patienten garantiert ist, sind die Mitarbeiter passend zu ihren Qualifikationen (Fach-, Methoden- und Sozialkompetenzen) in Teams zusammenzustellen. Es ist beim Aufbau von mitarbeiterorientierten Arbeitsbedingungen weiterhin darauf zu achten, dass die Angestellten nicht unter- bzw. überfordert werden d.h., dass ihre Arbeitsinhalte nicht nach ihren Qualifikationen ausgerichtet sind. Ist dies der Fall, kann es zu Demotivation und Unproduktivität am Arbeitsplatz führen sowie zu Krankheit von Beschäftigten. Hier sei auch die Verwirklichung von Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheitsmaßnahmen genannt, die zur Verminderung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten führen.<sup>4</sup> Um qualitativ hochwertige Bedingungen der Patientenbetreuung und -versorgung zu schaffen, gilt es eine offene und zeitnahe Informations- und Kommunikationskultur zu betreiben. Diese sieht z.B. vor, disziplinierte und interdisziplinäre Teammeetings durchzuführen um eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit zu verfolgen und das gemeinsame Engagement zum Wohle des Patienten zu sichern.<sup>5</sup>

Eine zukunftsorientierte Personalentwicklung ist durch die stets veränderten Anforderungen im Gesundheitswesen von hoher Bedeutung, dies bedeutet eine kontinuierliche Aktualisierung und Verbesserung der Mitarbeiterqualifikationen. Den Beginn muss eine strukturierte und am Markt orientierte Ausbildung darstellen. Ihr folgt eine standardisierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter mit dem Ziel, schnell eine hohe Selbstständigkeit der Beschäftigten zu erreichen und

---

<sup>1</sup> Vgl. Golombek, G./Rossbauer, W. (1998), S.30

<sup>2</sup> Vgl. Trill, R. (1996), S.191

<sup>3</sup> Vgl. Peil, F. (1992), S.46

<sup>4</sup> Vgl. Hahne, B. (1999), S.66

<sup>5</sup> Vgl. Kostka, C. (1997), S.65f

ihnen alle relevanten Informationen bereitzustellen. Begleitend in dieser Phase sollten kontinuierliche Analysen (Beurteilungsbogen, Mitarbeitergespräch, 360°-Feedback-Gespräch<sup>1</sup>) der Mitarbeiterressourcen durchgeführt werden.<sup>2</sup> In diesen Gesprächen sind auch zukunftsorientierte Leistungs- und Entwicklungsziele (Karriereplanung) durch interne oder externe Fort- und Weiterbildungen der betroffenen Person einzubringen. Interne Möglichkeiten sind kostengünstiger und halten den Mitarbeiter in Notfällen abrufbereit. Der Krankenhausführung stehen z.B. durch Seminare, job rotation (Arbeitsplatzwechsel), job enrichment (Arbeitserweiterung) und job enlargement (Arbeitsbereicherung) interne Mittel zur Verfügung. Kostengünstige Gestaltungsimpulse für die eigene Einrichtung finden sich auch in den externen Möglichkeiten wie Seminaren, Fachtagungen und Messen sowie Besuchen anderer Einrichtungen des Gesundheitswesens.<sup>3</sup>

### 5.1.3.3 Strategie

Da der Wettbewerb unter den Krankenhäusern ständig ansteigt, müssen sich auch öffentliche Häuser seit Jahren mit Strategie und Politik auseinandersetzen. Sie umfassen marktwirtschaftliche- als auch dienstleistungs-, qualitäts-, mitarbeiter- und gesellschaftsorientierte Zielstellungen. Es genügt nicht mehr aus, die Bevölkerung medizinisch und pflegerisch zu versorgen. Eine verstärkte inhaltliche und gestalterische Positionierung, die nach innen sowie nach außen hin kommuniziert wird, ist heute zutage wichtig. Dabei ist darauf zu achten, dass sich die Mitarbeiter mit den Werten und Zielstellungen des Hauses identifizieren um diese umzusetzen und zu verbreiten. Eine marktwirtschaftlich orientierte Krankenhauspolitik zielt auf Wettbewerbsfähigkeit ab und soll die Leistungen einer Klinik nach außen hin transparent darstellen um sich von Mitbewerbern abzusetzen. Durch eine Stärken- und Schwächenanalyse erkennt man diese Schwerpunkte und kann sie gegebenenfalls weiter ausbauen. Mit Hilfe von Benchmarking mit anderen Teilbereichen, Krankenhäusern oder Branchen, erörtert man Ansätze zur Verbesserung und betrachtet das eigene System in anderen Dimensionen. Analog wird eine Analyse der vorhandenen Ressourcen durchgeführt. Dies beinhaltet Gebäudekapazität, Ausstattung, Medizintechnik,

---

<sup>1</sup> Im 360°-Feedback-Gespräch beurteilen Kollegen die Leistung des Mitarbeiters.

<sup>2</sup> Vgl. Kamiske, G. (1998), S.66ff

<sup>3</sup> Vgl. Hahne, B. (1999), S.69f

Personalkapazität sowie finanzielle Mittel. Die Strategien und Konzepte können nun in Kombination mit den definierten Zielen entwickelt werden.<sup>1</sup>

Um eine dienstleistungsorientierte Politik anzustreben, gilt es die Bedürfnisse und Erwartungen des internen wie auch des externen Kunden zu identifizieren. Um diese Kundenzufriedenheit zu erreichen, helfen regelmäßige Befragungen (schriftlich oder mündlich), Beschwerdemanagementmodelle und Gespräche mit Patienten oder Angehörigen.<sup>2</sup>

Die qualitätsorientierte Krankenhauspolitik kennzeichnet sich sowohl durch das angebotene Leistungsspektrum als auch durch die Art und Weise, wie es angeboten wird. Qualitätsorientierte Strukturen halten für die Mitarbeiter, Lösungen definierter Problemstellungen bereit. Diese müssen in Form eines Qualitätszirkels zusammen erarbeitet und umgesetzt sowie von einem Steuerkreis<sup>3</sup> koordiniert, bewilligt und bewertet werden.<sup>4</sup>

Sind die Ärzte, Schwestern und Pfleger zufrieden, haben sie eine positive Wirkung auf Patienten. Um diese Einstellung bei den Angestellten zu schaffen, bedarf es einer mitarbeiterorientierten Krankenhauspolitik. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um den dauerhaften Erfolg und die Existenz einer Klinik zu sichern, sowie langfristig fachlich hochqualifizierte und motivierte Mitarbeiter zu beschäftigen. Die Bedeutung dieser Zielgruppe sollte nicht unterschätzt werden, denn sie prägen maßgeblich den Ruf und das Image des Hauses und sollten bei ihrer täglichen Arbeit auf ein Umfeld stoßen, in dem sie ihre Potentiale entfalten können. Es ist z.B. sicher zu stellen, dass neben den hohen Belastungen durch den Kontakt mit Krankheit und Leid der Patienten keine weiteren Defizite in den Arbeitsabläufen oder mangelnde Ressourcen auftreten. Die Mitarbeiter sollten Fort- und Weiterbildungen gestellt bekommen, damit ihr Wissen ständig wächst und mit ihr die Versorgung der Patienten an Qualität zunimmt.<sup>5</sup>

Bei der gesellschaftsorientierten Zielstellung gilt es die Gesellschaft bzw. die Gemeinde als Partner anzusehen und Verständnis und Vertrauen zwischen der Klinik und den Bürgern herzustellen. Durch einen Tag der offenen Tür, durch

---

<sup>1</sup> Vgl. Hahne, B. (1999), S.58f

<sup>2</sup> Vgl. ebenda S.59

<sup>3</sup> Steuerkreis setzt sich aus Betriebsrat, Klinikleitung, Qualitätsbeauftragter zusammen

<sup>4</sup> Vgl. Hahne, B. (1999), S.61

<sup>5</sup> Vgl. ebenda S.62

Seminare und Aufklärungsveranstaltungen, Gesundheitsvorsorgemaßnahmen, die Bereitstellung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen sowie durch Anstrengungen im Umweltschutz wie z.B. Abfallbeseitigung, Müllvermeidung oder Reduzierung von Emission beweist das Krankenhausmanagement, dass es seine gesellschaftliche Rolle ernst nimmt.<sup>1</sup>

### *5.1.3.4 Partnerschaften und Ressourcen*

Nicht nur die Mitarbeiter zählen zum zentralen Erfolgs- und Wettbewerbsfaktor, sondern auch Ressourcen wie Lieferanten, Finanzen, Sachgüter und Technologie. Dazu zählt das Informations- und Kommunikationsmanagement, welches im Kapitel 5.3.1 tiefgründiger betrachtet wird.

Im Lieferantenmanagement ist es wichtig für jedes Produkt die Beschaffungsstrategie zu überdenken.<sup>2</sup> Hier stehen der Verwaltung z.B. Ansätze zur Verfügung, die die Auswahl an Lieferanten erleichtert. Bei der Make or buy Variante könnte das Krankenhaus bei entsprechendem Know-how und vorhandenen Kapazitäten, Produkte oder Dienstleistungen selbst erstellen, wenn nötig, outsourcen. Zu nennen sind hier Bereiche wie Wäscherei, Katering, Reinigungsdienste, Gebäudemanagement und in letzter Zeit auch verstärkt das gesamte Management eines Hauses.<sup>3</sup> Jeder der ausgewählten Lieferanten sollte regelmäßig eine Lieferantenbeurteilung durchlaufen, bei der er an Hand von Qualitätskriterien der erbrachten Produkte oder Dienstleistungen, bewertet wird. Es besteht ebenso die Möglichkeit auf Grund der Globalisierung der Wirtschaftsräume, Produkte aus dem Ausland zu beziehen.<sup>4</sup> Allgemein sollte darauf geachtet werden, dass der Klinik wenige Lieferanten Zuarbeit leisten, diese aber durch langjährige Verträge in eine Partnerschaft gebunden sind. Der Grund dafür ist eine Reduzierung von Reibungsverlusten<sup>5</sup> sowie eine qualitätsreiche Zusammenarbeit, die sich zu einem gegenseitigen Vertrauen entwickeln soll. Der Lieferant erfährt im Laufe der Kooperation mehr und mehr über die Qualitätsziele des Krankenhauses und kann diese bei der Herstellung

---

<sup>1</sup> Vgl. ebenda S.62

<sup>2</sup> Vgl. Pfeifer, T. (1996), S.138ff

<sup>3</sup> Vgl. N.N. (1997), S.71f Externe Dienstleister für Management-Verträge sind z.B. die Asklepios-Kliniken oder die Kursamed.

<sup>4</sup> Vgl. Hahne, B. (1999), S.72

<sup>5</sup> Vgl. Reinhart, G./ Schnauber, H. (1997), S.479

bzw. Erbringungen frühzeitig berücksichtigen (Lieferantenförderprogramme).<sup>1</sup> Die Waren sollten weiterführend direkt an den Gebrauchs- oder Einsatzort geliefert werden (Just-in-time), damit Lagerflächen eingespart werden können. Es wird ein wirtschaftlicher Umgang mit den Ressourcen angestrebt, das heißt z.B. Reduzierung des Verbrauchs von Einzelprodukten. Bei der Auswahl der Lieferanten oder externen Dienstleister sollte die Krankenhausleitung auf Kriterien wie QM Zertifizierungen, Umweltmanagementsysteme sowie regelmäßige Gespräche achten.<sup>2</sup>

Im Finanzmanagement einer Klinik bedarf es einer verstärkten Sensibilisierung und der Etablierung einer betriebswirtschaftlichen Denkweise bei Führungskräften sowie Mitarbeitern. Speziell im Bereich der Medizin und der Pflege ist es wichtig, dass die Kosten dem Entstehungsort zuzuordnen sind und der Station bzw. der Abteilung transparent dargestellt werden. Ziel ist es, die Verantwortung zu dezentralisieren, sowie Budgetverantwortlichkeiten den Abteilungen zu übertragen. Dies motiviert die Mitarbeiter und unterstreicht ihre Notwendigkeit im Betrieb.<sup>3</sup> Weiterhin könnten Prämiengehälter auf Abteilungs- und Klinikebene zu einem zusätzlichen Anreiz führen.

Das Sachgütermanagement eines Krankenhauses kann man aus vier verschiedenen Sichtweisen betrachten. In der aufgabenorientierten Gestaltung ist auf eine logistische Anordnung der Räumlichkeiten und der dazugehörigen Medizintechnik zu achten. Abhilfe bietet hier eine Arbeitsablaufanalyse sowie bei der Ausstattung, eine Abstimmung mit der Zielstellung und Politik (Versorgungsauftrag) der Klinik. Aus Sicht der Patienten sollten folgende Kriterien beachtet werden: Verkehrsanbindung, Parkplätze, ansprechende Gestaltung von Empfangsbereich, Wartezonen und Krankenzimmer, Kiosk, Cafeteria, Blumengeschäfte, Bücherei, einfaches Patientenleitsystem, behinderten gerechte Ausstattung sowie Park- und Grünflächen.

Auch in den Augen der Mitarbeiter sollte bei der Ausstattung folgendes nicht fehlen: separate Besprechungsräume, Pausenräume, Umkleideräume, Kantine, ergonomische Gestaltung des Dienstzimmers, Hilfsmittel wie z.B. Rollstühle.<sup>4</sup> Die vierte Sichtweise stellt der Einsatz umweltorientierter Sachgüter dar. Hier

---

<sup>1</sup> Vgl. Pfeifer, T. (1996), S.163

<sup>2</sup> Vgl. Hahne, B. (1999), S.56

<sup>3</sup> Vgl. Graf, V. et. al. (1998), S.310f

<sup>4</sup> Vgl. Hahne, B. (1999), S.78ff

sollte die Krankenhausleitung grundlegend auf den Einkauf von recyclebaren, schadstoff- und abfallarmen Produkten achten. Mittels Einführung einer Entsorgungslogistik erscheinen die Stoff- und Materialströme transparent und durch konsequente Abfalltrennung werden Entsorgungskosten verringert. Grundlegend ist auch hier für eine Sensibilisierung der Mitarbeiter für die Abfallwirtschaft, Energie- und Wasserversorgung zu sorgen.<sup>1</sup>

Im Technologiemanagement vollziehen sich medizintechnische Neuerungen meist in Universitätskliniken oder Instituten. Auf dem pflegerischen Gebiet können die in Qualitätszirkeln oder in Arbeitsgruppen erarbeiteten Erkenntnisse innerhalb als auch außerhalb des Hauses veröffentlicht werden, um interdisziplinäre Technologieentwicklungen zu fördern.<sup>2</sup>

### *5.1.3.5 Prozesse, Produkte und Dienstleistungen*

Dieses Modul stellt die letzte Position der Befähigerseite im EFQM-Modell dar. Die Gestaltung der medizinischen, pflegerischen und administrativen Prozesse muss ausgeglichen zwischen Patienten-, Kunden- und Mitarbeiterorientierung verlaufen.<sup>3</sup> Um eine hohe Qualität von Prozessen, Produkten bzw. Dienstleistungen zu erlangen, ist auf den Abbau von Reibungsverlusten zu achten. Diese entstehen am häufigsten durch Informationsdefizite an Schnittstellen zwischen Abteilungen oder Professionen. Konsequenzen sind verlängerte Wartezeiten für Patienten, Behandlungsverschiebungen und folglich höhere Behandlungskosten.<sup>4</sup>

Die Schlüsselprozesse, wie z.B. die medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten sowie die Bereitstellung der Hotelleistung, gilt es bei der kontinuierlichen Verbesserung der Dienstleistungsqualität zu erforschen. Die Verbesserungspotentiale werden im Prozessmanagement identifiziert und umgesetzt. Dieser Durchführung verläuft nach den grundlegenden Prinzipien: eindeutige Prozessverantwortung zur Erzielung von Sicherheit bei den Mitarbeitern, Visualisierung des Prozessverlaufs an Hand von Flussdiagrammen zur Unterstützung und Sicherheit, Prozessbewertung durch Kennzahlen zur Erkennung von Stärken und Schwächen sowie ein internes

---

<sup>1</sup> Vgl. Richter, B. (1998), S.228

<sup>2</sup> Vgl. Hahne, B. (1999), S.82

<sup>3</sup> Vgl. ebenda S.90

<sup>4</sup> Vgl. Viethen, G. (1997), S.378f

Kunden-Lieferanten-Verhältnis zur gemeinsamen Orientierung an den definierten Qualitätsindikatoren.<sup>1</sup> Um schnell Veränderungen in Prozessen zu erzielen, stellt das Reengineering eine Methode dar, die das Führungspersonal ohne Beteiligung der Mitarbeiter in bestehende Projekte initiiert. Es bewirkt kurzfristige positive Veränderungen und Akzeptanz bei den Angestellten.<sup>2</sup>

Die im Verlauf der Dienstleistungserstellung entstandenen Gemeinkosten können mit Hilfe einer Prozesskostenrechnung den jeweiligen Verursachern zugeordnet werden. Somit lässt sich diese speziell in Krankenhäusern mit indirekten Leistungsbereichen anwenden.<sup>3</sup> Durch die Anwendung werden die Kosten- und Leistungsarten durchschaubar, es entstehen Steuerungsmöglichkeiten für die Versorgung der Patienten und Verbesserungspotentiale (Kapazitäten, Auslastung, Ressourcen) werden identifiziert.<sup>4</sup>

Um potenzielle Schadens- und Unfallrisiken, die das Image der Einrichtung schädigen könnten, aus dem Weg zu gehen bzw. sie zu vermindern, bedarf es eines Risk-Managements, welches diese Gefahren ermittelt, bewertet, beobachtet und reduziert.<sup>5</sup> Eine kontinuierliche Durchführung sowie das genaue Dokumentieren führt zur Senkung von Haftpflichtprämien und kann in Prozessen als Beweismittel dienen.<sup>6</sup>

### *5.1.3.6 Mitarbeiterbezogene Ergebnisse*

Die mitarbeiterbezogenen Ergebnisse verstehen sich als die erste Größe auf der Ergebnisseite, welche die Zielstellungen des Krankenhauses ausdrücken. Die Mitarbeiterzufriedenheit spiegelt die Wirkung von Strukturen, Prozessen und die Einstellung innerhalb der Klinik wider und ist ein bedeutender Indikator bei der Implementierung eines TQM-System. Sind die Angestellten zufrieden, transportiert sich dieser Zustand auf die Zufriedenheit des Patienten.

Um die Bedürfnisse der Leistungserbringer zu befriedigen, bedarf es weiterhin eines Motivationsmanagements, welches sich um die Mitarbeitermotivation kümmert.

---

<sup>1</sup> Vgl. Fűrermann, T./ Dammasch, C. (2002), S.24ff

<sup>2</sup> Vgl. Breilinger-O`Reilly, J. et.al. (1997), S.145

<sup>3</sup> Vgl. ebenda S.171f

<sup>4</sup> Vgl. Vgl. Hahne, B. (1999), S.87

<sup>5</sup> Vgl. Sedlaczek, A. (1996), o.S.

<sup>6</sup> Vgl. Staib, I. et.al. (1997), S.251

Die Motivation des Mitarbeiters teilt sich in innere und äußere Motivation auf, wobei sich die innere nach seiner persönlichen Motivation, den Zielen, Einstellungen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Werten richtet. Die Führungskraft muss diese Gegebenheiten in persönlichen Gesprächen und aus den Handlungen im Arbeitsalltag analysieren.<sup>1</sup> Die äußere Motivation bestimmen die Führungskräfte, indem sie die Angestellten als Individuum ernst nehmen, einbeziehen und sie anerkennen.<sup>2</sup> Ihnen obliegt es, die innere Motivation der Mitarbeiter durch ihren Führungsstil zu unterstützen und somit positiv zu entwickeln. Stehen innere und äußere Motivation nicht im Einklang, so führt dies zu inneren Konflikten sowie zur Unzufriedenheit beim Mitarbeiter und zu einem Gefühl, den Erwartungen nicht ausreichend zu genügen. Im Falle der Übereinstimmung von innerer und äußerer Motivation hat dies einen weit reichenden Nutzen für das Krankenhaus und kann somit zum Wettbewerbsvorteil ausgebaut werden. Indem sich die Angestellten mit ihrer Tätigkeit und dadurch mit dem Krankenhaus identifizieren, entsteht ein „Wirt-Bewusstsein“ (Corporate-Identity). Durch dieses einheitliche Verhalten und die einheitliche Kommunikation bildet sich ein Synergie-Effekt, der zu weiteren Motivationssteigerungen führt.<sup>3</sup>

Zur Kontrolle der Arbeitszufriedenheit benötigt die Krankenhausleitung ein Zufriedenheitsmanagement, um den Vergleich zwischen erlebter Arbeitssituation und den subjektiven Arbeitserwartungen der Mitarbeiter zu untersuchen.<sup>4</sup> Ein hilfreiches Instrument ist hier die Mitarbeiterbefragungen in mündlicher oder in Fragebogen-Form mit Themen wie Führung und Organisation, Arbeitsbedingungen, Arbeitstätigkeiten, Team, Arbeitszeiten, Aufstiegsmöglichkeiten und Bezahlung. Sind der Führungsebene die Motivation und die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter bekannt, kann durch Informationen aus den Befragungen gezielt auf Mitarbeiter eingewirkt und so Verbesserungen erreicht werden.<sup>5</sup>

Nicht nur durch Fragen von Seiten der Führungsetage können wichtige Informationen eruiert werden, sondern auch durch ein aktives bzw. passives

---

<sup>1</sup> Vgl. Crostack, H.-A. (1997), S.168f

<sup>2</sup> Vgl. Ament-Rambow, Chr. (1998), S.64

<sup>3</sup> Vgl. Trill, R. (1996), S.217

<sup>4</sup> Vgl. Luczak, H. (1993), S.458ff

<sup>5</sup> Vgl. Raasch, C. (1998), S.164f

Beschwerdemanagement für Mitarbeiter. Bei der passiven Variante, welche primär in Krankenhäusern herrscht, reagiert man situativ auf konkrete Fälle, hingegen man beim aktiven Beschwerdemanagement auf die Zuarbeit der Mitarbeiter hofft. Es besteht die Aufforderung, Beschwerden und somit Verbesserungsvorschläge zu äußern, um somit durch geringen personellen sowie finanziellen Aufwand kontinuierlich Fortschritte zu erreichen.<sup>1</sup>

### *5.1.3.7 Kundenbezogene Ergebnisse*

Die Kundenzufriedenheit ist eines der wichtigsten Kriterien, die es im TQM zu erfüllen gibt, dabei gilt es die Basis-, Leistungs- und Begeisterungsanforderung der verschiedenen Kundengruppen zu identifizieren sowie sie zur vollsten Befriedigung des Kunden zu erfüllen. Die Implementierung eines Kundenmanagements hilft dabei, die aktuellen Leistungsempfänger (Patienten und Geschäftskunden) näher an die Klinik zu binden sowie ältere und neue Kunden zu gewinnen. Die Leistungserwartungen der aktuellen Kunden sind von hoher Gewichtung und werden mittels Befragungen und Beobachtungen erforscht. Aus diesen Daten müssen kurz-, mittel- und langfristige Kundenbindungsstrategien entwickelt werden, bei denen die verschiedenen Anforderungen berücksichtigt werden. Durch die aktive Kontaktaufnahme mit abgewanderten Kunden gelingt es dem Management, sich Hinweise über Verbesserungen und Erweiterungsmöglichkeiten des Leistungsangebotes zu beschaffen. Bei der Umsetzung kann die Zufriedenheit der älteren Kunden wiederhergestellt werden sowie durch die Veränderung und Abstimmung der Neuerungen mit der Politik der Einrichtung neues Kundeninteresse geschaffen werden. Um unterschiedliche Zielgruppen ansprechen zu können, sollten entsprechende Informationskanäle wie z.B. Informationsbroschüren, Ärzteblätter oder Internet verwendet werden. Durch Offenheit und Vertrauen in der Partnerschaft „Krankenhaus-Kunde“ wird es ermöglicht, kontinuierliche Qualitätsverbesserungsmöglichkeiten zu erkennen und frühzeitig umzusetzen, um die Zufriedenheit der Kunden sicher zu stellen. Zur Kontrolle der Kundenzufriedenheit ist die Meinung des Kunden über das Leistungsangebot und die Leistungserstellung zu erfragen. Im Zufriedenheitsmanagement sind demnach regelmäßige mündliche sowie schriftliche Befragungen

---

<sup>1</sup> Vgl. Hahne, B. (1999), S.107f

durchzuführen. Die mündlichen Erhebungen können bei Patientengesprächen während der täglichen Visite bzw. während der pflegerischen, medizinischen, therapeutischen und diagnostischen Behandlung erfolgen. In Team- und Leitungssitzungen werden die aufgenommenen Daten analysiert und ausgewertet. Ähnlich verläuft es bei den Geschäftskunden wie z.B. einweisenden Ärzten oder vor- und nachgelagerten Einrichtungen, bei denen man durch gezielte Gespräche Bereiche mit Handlungsbedarf identifizieren muss. Mit Hilfe der schriftlichen Variante mit standardisierten oder offenen Fragen und Antworten erhält das Krankenhaus eine persönliche Einschätzung über die Qualität der angebotenen Dienstleistung. Die Ergebnisse der Fragebögen sorgen dafür, dass Stärken und Schwächen der Klinik aufgedeckt werden und schlussfolgernd Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten sind.<sup>1</sup>

Wie bei den Mitarbeitern muss es auch im Kundenbereich ein Beschwerdemanagement geben. Auch hier reagiert die passive Variante ausschließlich auf unzufriedene Kunden und nimmt die mündlichen sowie schriftlichen Beschwerden auf und versucht die Zufriedenheit des Kunden wieder herzustellen. Im aktiven Beschwerdemanagement (indirekt und direkt) drängt die Krankenhausleitung auf die Maximierung von Beschwerden. Anfänglich müssen die Patienten und Angehörigen für die möglichen Beschwerdekanaäle sensibilisiert werden, damit man sie auffordern kann, Beschwerden und Probleme an die Klinik zu richten. Ein Beispiel dafür ist die Etablierung einer „Patienten-Service-Stelle“, an die sich Kunden im Bedarfsfall schriftlich oder mündlich wenden können.<sup>2</sup> Es ist darauf zu achten, dass Kunden bei Beschwerden von folgenden Faktoren beeinflusst werden: Beschwerdekosten und –nutzen, Produkt- und Problemmerkmale sowie personen- und situationsspezifische Merkmale.<sup>3</sup>

### *5.1.3.8 Gesellschaftsbezogene Ergebnisse*

Ein Krankenhaus hat grundlegend der gesetzlich geregelten Verantwortung nach zu kommen, nämlich die medizinische und pflegerische Versorgung sicher zu stellen. Darüber hinaus hat eine Einrichtung verschiedene Möglichkeiten wie z.B. Partnerschaften zu schließen oder erweiterte Öffentlichkeitsarbeit zu

---

<sup>1</sup> Vgl. ebenda S.91ff

<sup>2</sup> Vgl. Hahne, B. (1999), S.95ff

<sup>3</sup> Vgl. Stauss, B./ Seidel, W. (1996), S.47ff

leisten, um das Image des Hauses zu erhöhen. Durch die Öffentlichkeitsarbeit eines Krankenhauses lässt sich sowohl die Politik des Hauses als auch dessen Leistungsangebot und Mitarbeiterqualifikationen gesellschaftsorientiert und transparent darstellen. Diese Aktivitäten müssen mit einer Corporate Communication sowie durch ein Corporate Design ausgestrahlt werden d.h., dass z.B. bei öffentlichen Veranstaltungen alle Mitarbeiter in verschiedensten Kundengruppen speziell informieren können. Diese einheitliche Meinung sollte sich auch in den verschiedenen Informationsmedien wieder finden, die da wären: Krankenhauszeitschriften, Pressemappen, Qualitätsberichte, Fernsehen und Rundfunk sowie Internetauftritt. Um diese Betrachtung zu unterstreichen und zu verstärken, helfen ein aussagekräftiges Logo sowie einheitliche Farben und Kleidungen, die zusammen mit dem Corporate Design der Einrichtung unverwechselbar auffallen.

Die angesprochenen Veranstaltungen, um das Leistungsangebot zu präsentieren, sind z.B. die Durchführung von einem „Tag der offenen Tür“, Informationsveranstaltungen, Kongresse, Tagungen sowie Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Um verstärkt Verbundenheit und Verantwortung für die Gesellschaft auszudrücken, empfiehlt es sich gezielt Partnerschaften einzugehen. Hier bieten sich Veranstaltungen und Kooperationen mit ansässigen Unternehmen und Bildungseinrichtungen an. Bei dem Bereitstellen von z.B. Ausbildungs-, Praktikanten-, Studien- und Examensplätzen findet zur Verbesserung des Images auch noch ein Informationsaustausch statt, der für die Weiterentwicklung wichtig sein könnte. Weiterhin kann das Krankenhaus durch materielle oder personelle Unterstützung von sozialen Einrichtungen, Aktivitäten für Randgruppen oder Einsätzen in Krisengebieten demonstrieren, wie das Haus zur Humanität und zur Gesellschaft steht. Um herauszufinden was die Gesellschaft oder die Bewohner der Region von der Öffentlichkeitsarbeit der Klinik halten, helfen wieder Zufriedenheitsermittlungen in Form von mündlichen oder schriftlichen Befragungen z.B. im Verlauf eines „Tages der offenen Tür“. Auch hier ist ein Beschwerdemanagement vorzustellen, indem man den Bürgern signalisiert, dass das Krankenhaus ein Interesse an den Problemen und Beschwerden hat.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Hahne, B. (1999), S.111ff

### 5.1.3.9 Schlüsselergebnisse

Um das Modell abzuschließen, bedarf es Betrachtungen, die den monetären sowie den nicht-monetären Kenngrößenbereich beleuchten und Aussagen über die Qualität der medizinischen, pflegerischen und administrativen Leistung treffen können. Ein Instrument ist hier die Grenzplankostenrechnung, die es ermöglicht die Ist- und Sollkostenrechnung gegenüberzustellen. So wird es in den Bereichen der Kosten- und Plankostenrechnung sowie in der Abweichungsanalyse zuordenbar, welche Stärken und Schwächen vorherrschend sind, welche Kosten in welcher Abteilung entstehen und welche Station Gewinn oder Verlust erarbeitet.<sup>1</sup>

Zur Krankenhausplanung, -analyse, -kontrolle und -steuerung dient das Controlling, welches auf der Kosten- und Leistungsrechnung fußt. Mit ihm lassen sich durch ein ausgeprägtes Berichtswesen Stärken und Schwächen identifizieren, um somit Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

Mit der Grundlage eines definierten Zielsystems kann unternehmens- bzw. krankenhausspezifisch ein Führungskennzahlensystem entwickelt werden, welches die ständige Qualitätsverbesserung des Betriebes anstrebt. Die daraus resultierenden Kennzahlen sind z.B. Kapitalrentabilität, CashFlow, Shareholder Value und Innovationsquote. Nicht-monetäre Ergebnisse können z.B. sein Reklamationsquote (Kundenperspektive), Umweltqualitätsindex (Umwelt- und Imageperspektive), sowie Personaleffizienz (Mitarbeiterperspektive).<sup>2</sup>

Am Ende jedes Ergebnismoduls stehen der Krankenhausleitung verschiedene Indikatorensysteme zur Verfügung, um die jeweiligen Ergebnisse zu ergänzen und zu konkretisieren. Für jedes dieser Fakten sieht das EFQM-Modell eine Punktzahl vor, die es zu dokumentieren gilt. Diese Ergebnisse der Selbstbewertung können nun mit vorangegangenen Jahresergebnissen oder gegebenenfalls mit anderen Krankenhäusern, die sich auf der Basis des EFQM-Modells bewerten, verglichen werden, um weitere Verbesserungsstrategien zu entwickeln.

Bei der Bewertung der Klinik ist auf Kontinuität zu achten d.h., wird die Bewertung nicht periodisch durchgeführt, so erhält das Krankenhaus lediglich

---

<sup>1</sup> Vgl. Breilinger-O'Reilly, J. et.al. (1997), S.171f

<sup>2</sup> Vgl. Hahne, B. (1999), S.115ff

seinen aktuellen Zustand, der aber keinen vergleichbaren Zeitraum hat. Erst nach mehrjähriger Wiederholung werden Veränderungen sichtbar und das EFQM zu einem wertvollen Instrument. Zu Umsetzung der einzelnen Aufgaben werden im folgenden Kapitel Techniken vorgestellt die zur Implementierung der TQM-Philosophie helfen sollen.

### 5.2 Techniken und Instrumente zur Umsetzung

Für die praktische Umsetzung eines umfassenden QM findet man in der Literatur einige Werkzeuge und Methoden, die unter dem Oberbegriff Qualitätstechniken zusammengefasst werden. Viele davon haben ihren Ursprung im industriellen Bereich und können sowohl in der Fertigung als auch im Dienstleistungsbereich eingesetzt werden. Einige der wichtigsten Methoden sollen hier kurz erläutert werden.

- **Self-Assessment – Selbstbewertung:**

Die Selbstbewertung der eigenen Organisation hat vor allem durch die zunehmende Nutzung von internationalen Qualitätspreisen an Bedeutung gewonnen<sup>1</sup>, siehe EFQM-Modell. Es dient zur Bewertung des Ist-Zustandes der Unternehmung im Vergleich zu älteren Ist-Situationen und kann als Voraussetzung zum Benchmarking mit anderen Unternehmen oder internen Bereichen angesehen werden. Im Rahmen der Datenerfassung erhält man durch eine systematische Auflistung reichlich Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten. Bei der Umsetzung der Verbesserungsvorschläge dient das Assessment durch die Teilnahme vieler Mitarbeiter als Träger des angestrebten Wandels im Unternehmen. Durch die Vergleichsmöglichkeit zu früheren Assessments, wird die Kontrolle der Zielerreichung abgedeckt und ältere Ziele können überprüft werden.<sup>2</sup>

- **Benchmarking**

Diese Methode stellt einen Lernvorgang dar, bei dem das Unternehmen die eigenen Prozesse oder Dienstleistungen unter Hilfestellung von Kenngrößen mit vorbildlichen Organisationen vergleicht. Die Unternehmung ist damit auf dem Weg zu „Best Practices“ und versteht, entwickelt und implementiert damit verbesserte Vorgänge in die eigene Firma. Das Ziel des

---

<sup>1</sup> Vgl. Zink, K.J. (1995), S.225ff

<sup>2</sup> Vgl. Seghezzi, H.D. et. al. (2007), S.320f

Leistungsvergleiches ist es, die Praktiken, Produkte oder Funktionen von andere Konkurrenten oder Abteilungen zu analysieren, die zu Kundenzufriedenheit sowie zur Maximierung des Geschäftserfolges führen. Dabei werden nach Seghezzi (2007) vier Arten von Benchmarkings unterschieden:

- internes Benchmarking (Vergleich von internen Bereichen oder Tochtergesellschaften)
- Wettbewerbsbenchmarking (Vergleich von Produkten, Funktionen oder Prozessen von direkten Konkurrenten)
- Funktionales Benchmarking (Vergleich analoger Funktionen innerhalb der Branche)
- Generisches Benchmarking (Vergleich der analogen Funktionen oder Prozessen mit den Weltbesten, branchenunabhängig)<sup>1</sup>

Der Prozess der Gegenüberstellung beginnt mit der prinzipiellen Frage, was ist zu benchmarken? Hier sollte eine grundsätzliche Stärken-Schwächen-Analyse der Organisation durchgeführt werden, um zu analysieren, welche Prozesse oder Dienstleistungen verbesserungswürdig auftreten. Nach der Festlegung des Vergleichsobjektes gilt es mit Hilfe von Marktforschungsinstituten, Fallstudien, Betriebsbesichtigungen, Datenbanken, Berufsverbänden oder Unternehmensberatern einen Benchmarkingpartner zu finden. Danach sind die Prozesse oder die „Best Practices“ des ausgewählten Partners zu identifizieren und mit den eigenen Leistungen und Daten zu vergleichen. Mit diesem Wissen sollen nun Prozesse umgestaltet und neue Ziele aus den Benchmarkingergebnissen entworfen werden. Nach geraumer Zeit ist dieser Prozess zu wiederholen, um eine Verbesserung erkennen zu können.<sup>2</sup>

- **Balanced Scorecard**

Ein bekanntes Instrument ist das Kennzahlensystem Balanced Scorecard, welches zur Erfolgsmessung und -steuerung zu Beginn der 90er Jahre von Robert S. Kaplan und David P. Norton entwickelt wurde. Grundidee der Balanced Scorecard (BSC) ist, die Zielsetzungen einer Organisation mit den Leistungserwartungen der Kunden, den internen Prozessen sowie den

---

<sup>1</sup> Vgl. Seghezzi, H.D. et. al. (2007), S.325f

<sup>2</sup> Vgl. Zink, K.J. (1995), S.262f

Lernerfordernissen strategie- und visionsfokussiert zu verbinden. Dazu werden die Leistungen einer Organisation als Ganzes und damit als Gleichgewicht („Balance“) zwischen den vier Perspektiven auf einer übersichtlichen Anzeigetafel („Scorecard“) abgebildet.<sup>1</sup> „Die Ausgewogenheit bezieht sich des Weiteren auf die gleichzeitige Berücksichtigung von kurz- und langfristigen Zielen, auf die koordinierte Erfassung von Zielen und ihren Einflussgrößen und auf die Einbeziehung von objektiven und subjektiven Indikatoren sowie monetäre und nicht-monetäre Kennzahlen.“<sup>2</sup>

- **Qualitätszirkel**

Der Qualitätszirkel hilft zur Entwicklung von Qualitätsfördernden Initiativen und ist schon seit vielen Jahren in Europa etabliert. Als wesentliches Instrument der Organisationsentwicklung fördert der Qualitätszirkel durch die eigenständige Arbeitsgestaltung wie bereichs- und berufsübergreifende Problembearbeitung und verbessert dadurch grundlegend die Partizipationschancen aller Berufsgruppen, was für den Krankenseinsatz sehr nützlich sein kann.<sup>3</sup>

- **Poka-Yoke**

In der in Japan entwickelten Poka-Yoke Methode geht es um die Gestaltung von Prozessen und Produkten in einer Art und Weise, dass während der Leistungserstellung, Irrtümer und Unachtsamkeiten des Menschen vermieden werden. Die Gestaltung soll so vollstreckt werden, dass ein Auftreten von Fehlern unmöglich werden soll bzw. entstandene Fehler unmittelbar entdeckt werden. Bei der Einbeziehung von Poka (Irrtümer) – Yoke (vermeiden) in die Arbeitsprozesse, Arbeitsplätze oder Hilfsmittel werden Mitarbeiter von Aufgaben entlastet, die eine besonderen Bewachung oder Erinnerung bedürfen und zu Fehlhandlungen führen könnten.<sup>4</sup> Ein medizinischer Nutzen fällt hier auf den Zusammenbau von Komponenten wie z.B. eines Beatmungsgerätes, dessen unterschiedliche Anschlüsse eine Verwechslung am anderen Ende ausschließt.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Friedag, H.R./ Schmidt, W. (2007), S.10ff

<sup>2</sup> Horvath, P./ Kaufmann, L. (1998), S.41f

<sup>3</sup> Vgl. Bahrs, O. et al. (2001), S.19ff

<sup>4</sup> Vgl. Seghezzi, H.D. et. al. (2007), S.371f

<sup>5</sup> Vgl. Gaba (2000), S.786 in Middendorf, C. (2005), S.165

- **Quality Funktion Deployment – QFD**

QFD wurde 1966 in Japan erstmals bekannt und stellt aus Sicht der Kundenorientierung die wichtigste Methode dar, um eine Beziehung zwischen Kundenwünschen und Produkthanforderung herzustellen, damit diese systematisch erfasst und in die einzelnen Qualitätsmerkmale umgesetzt werden können. Gleichzeitig legt die Methode Wert auf die prozessorientierte Seite, indem sie den Entwicklungsprozess von der Produktidee bis zur Produktherstellung sehr methodisch nachvollzieht. Durch diese Technik wird der Kundennutzen gesteigert, die Wettbewerbsposition verbessert und zufriedene Kunden dazu gewonnen, um den Marktanteil zu steigern. Diese Zielsetzungen werden durch eine methodische und qualitätsgerechte Produkt- und Prozessentwicklung verfolgt. Zu berücksichtigen sind alle Kundenwünsche und -forderungen sowie die funktionsübergreifende Teilnahme aller Mitarbeiter, um sie zur ständigen Verbesserung von Abläufen zu motivieren.<sup>1</sup>

- **Das Pareto-Diagramm (ABC-Analyse)**

Es ist meistens ein Folgeinstrument, nach dem man mit Hilfe des Brainstormings oder durch ein Ursache-Wirkungs-Diagramm eine Fehlerursache ausgewählt hat. Es zielt darauf ab, grafisch die 20% der Ursachen darzustellen, die 80% der Fehler z.B. Fehlerkosten verursachen. Durch eine einfach interpretierbare Weise werden mit der Pareto-Methode Ursachen sichtbar, deren Beseitigung eine große Wirkung hat. Weiterhin soll es verhindern, dass Probleme verlagert werden und der Fortschritt durch Lösungen und Verbesserungen verfolgt wird.<sup>2</sup>

- **Failure Mode and Effects Analysis**

Die Fehlermöglichkeits- und -einflussanalyse (FMEA - Failure Mode and Effects Analysis) zielt während der Entwicklung oder Herstellung eines Produktes auf potentiell auftretende Fehler bzw. Probleme ab. Diese sollen frühzeitig erkannt und abgestellt werden.<sup>3</sup> Dabei lässt sich die FMEA auch auf Konstruktionen, Prozesse oder Systeme anwenden.<sup>4</sup> Vergleiche zur

---

<sup>1</sup> Vgl. Binner, H.F. (2002), S.194

<sup>2</sup> Vgl. Haeske-Seeberg, H. (2007), S.174f

<sup>3</sup> Vgl. Middendorf, C. (2005), S.123f

<sup>4</sup> Vgl. Eiff, H. (2007), S.38f

Nutzung in Krankenhäusern kann man hier z.B. bei der Einführung von neuen oder der Veränderung von alten Leistungsangeboten ziehen.<sup>1</sup>

- **SERVQUAL - Ansatz**

Er steht für die Abkürzung aus Service und Qualität und ist eine quantitative Methode, die das Kundenurteil über die Qualität einer Dienstleistung misst.<sup>2</sup> Ziel ist es, eine Differenz zwischen erwarteter und wahrgenommener Leistung aus Kundensicht zu ermitteln, um darauf folgend auf Basis dieser Abweichung Aussagen über die Kundenzufriedenheit treffen zu können. Die Messung der wahrgenommenen Dienstleistungsqualität aus Kundensicht erfolgt mittels standardisiertem branchenübergreifenden Fragebogen. Dabei werden die 22 Qualitätsindikatoren der SERVQUAL - Skala durch die fünf zentralen Qualitätsdimensionen – entwickelt von Parasuraman et al. (1988) - repräsentiert. Zu diesen fünf Dimensionen werden das Erscheinungsbild des Umfeldes („tangibles“), die Zuverlässigkeit („reliability“), die Reaktionsfähigkeit („responsiveness“), die Leistungskompetenz („assurance“) und das Einfühlungsvermögen („empathy“) gezählt.<sup>3</sup> Das Besondere bei diesem Ansatz liegt in den zwei Fragereihen, die es gestatten, Erwartung und Wahrnehmung des Kunden getrennt von einander zu erfassen.<sup>4</sup>

Weitere Instrumente des TQM sind z.B. People Empowerment<sup>5</sup>, Policy Deployment<sup>6</sup>, Kundenbefragung<sup>7</sup>, Target Costing<sup>8</sup>, Simultaneous Engineering<sup>9</sup> und Plan-Do-Check-Act.

Dies soll nur ein kleiner Abriss von QM-Instrumenten darstellen, zur Überwindung der Einführungsproblematik finden sich in der Literatur zudem folgende Werkzeuge zur Umsetzung von Qualitätsmanagement: 5-S Methodik, Aktionsliste, Brainstorming, Brainwriting, Fehlersammelliste, Netzplan, Gantt-Diagramm, Korrelationsdiagramm, Nutzwertanalyse, Quality Gates, SWOT-Analyse, Kreativitätstechniken, Kundenzufriedenheitsmessung, Management-

---

<sup>1</sup> Vgl. Middendorf, C. (2005), S.126

<sup>2</sup> Vgl. Quartapelle, A.Q./ Larsen, G. (1996), S.152

<sup>3</sup> Vgl. Homburg, C. (2008), S.550ff

<sup>4</sup> Vgl. Bauer, H./ Falk, T. (2003), S.548ff

<sup>5</sup> Empowerment = Ermächtigung Vgl. Clutterbuck, D./Kernaghan (1995), S.23f

<sup>6</sup> Soll-Ist-Vergleich aller Bereichsziele Vgl. Völker, R. et.al (2007) S.191

<sup>7</sup> Vgl. Kamiske, G.F. (2008), S.213f

<sup>8</sup> = Gewährleistung marktorientiertes Kostenmanagement Vgl. Schwarze, J. (2003), S.68

<sup>9</sup> zur Verbesserung der Prozessqualität Vgl. Schwarze, J. (2003), S.68

bewertung, Management by Objectives (MbO), Mindmapping, Pivottabelle, Präferenzmatrix, Prozessmanagement, Prozessregelkarten, Prozess- und Maschinenfähigkeit, Prüfmittelmanagement.

### **5.3 Operative Umsetzung der Implementierung**

#### **5.3.1 Informations-, Kommunikations- und Controllingsysteme**

Anhand der Fülle von Informationen und Daten, die es in einem Krankenhaus zu organisieren gilt, erscheint es logisch die Erfassung und Verbreitung der Informationen nicht auf einzelne Personen zu übergeben, sondern ausgewählte Informations-, Kommunikations- und Controllingsysteme zu nutzen. Hierbei stellt die Information ein bedeutendes Mittel der Interaktion zwischen Individuen, aber auch zwischen einzelnen Bereichen des Klinikums dar.

Die Mitarbeiter sind auf eine umfassende Versorgung mit Informationen und Daten d.h. die Gewinnung, Verarbeitung und Verfügbarkeit angewiesen, um eine zielgerichtete Behandlung der Patienten sicher zu stellen. Es wird bei der Gewinnung und Verarbeitung auf die Trennung von Informationen und Daten geachtet. Informationen stellen z.B. Nachrichten oder Auskünfte da und sind meistens zweckbezogenes Wissen, während unbearbeitete Fakten als Daten und nicht zweckbezogene Rohstoffe angesehen werden.<sup>1</sup>

Die Datenerfassung versteht sich also als Vorbereiter der Gewinnung von Informationen. Erfasst werden Daten zum Zustand oder Veränderungen von Prozessen, dies beinhaltet einen Informationsbedarf an Art, Menge und Häufigkeit der zu erfassenden Daten. Die gewonnen Informationen gilt es anschließend für alle Mitarbeiter vor allem den Entscheidungsträgern übertragbar und verfügbar werden.<sup>2</sup>

Inhaltlich bedeutet dies für Ärzte, Pfleger oder sogar Apotheker, dass ihnen Übersichten über die Patientenhistorie, elektronische Anforderungen und Darstellungen von Untersuchungen, automatisierte Vorinformationen für Berichte, eine durchgehend elektronische Unterstützung medizinischer Arbeitsprozesse und problemorientiertes Expertenwissen durch ein KIS zur Verfügung gestellt werden kann.<sup>3</sup> Um die Behandlungszeit zu verkürzen sowie

---

<sup>1</sup> Vgl. Bleicher, K. (1999), S.350f

<sup>2</sup> Vgl. Middendorf, C. (2005), S.167

<sup>3</sup> Vgl. Behrendt, I. et.al. (2009), S.185f

die Verfahrenssicherheit der Patienten zu erhöhen ist ein hoher Informations- und Kommunikationsfaktor anzupeilen. Die Suche nach Dokumenten bzw. aufwendigen sowie zeitraubenden Anfragen von Patienten- oder Verwaltungsinformationen an andere Abteilungen führen zu Problemen, Zeitverlust und Kosten. Informationen sollen transparent gestaltet und zeitnah an die betroffenen Mitarbeiter weitergegeben werden. Spezifische Prozessinformationen können durch Teamsitzungen der Station, Stationsleitungssitzungen und Morgenbesprechungen bekannt gegeben werden. Informationen, die das Haus betreffen, wie beispielsweise die Politik der Klinik oder Aktivitäten für Angestellte, sollten mittels Zeitschriften oder Intranet publiziert werden.<sup>1</sup>

Eine Unterstützung zur elektronischen Datenverarbeitung (EDV) bietet sich hier mit der Implementierung eines Kommunikationssystem (KIS) an. Jedes Krankenhaus sollte sich eine eigene Anforderungsliste an das KIS stellen, doch können mit dem System verfolgte Ziele verfolgt werden:

- Durch zeitnahe Informationen innerhalb der Klinik sind Diagnosewerte leicht zu erhalten, medizinische Dokumente (z.B. Pflegeplan) einfacher zu erstellen und der Abruf von Informationen durch ein Intranet wird von überall ermöglicht.
- Die computerunterstützte Planung und Steuerung innerhalb des Hauses hilft der Personaleinsatzplanung und -abrechnung, der Identifikation von Kostenstellen, der Ressourcenplanung sowie der Verbesserung von Entscheidungsprozessen.
- Die Qualitätssicherung wird ebenso gestützt und auf medizinische Fachgesellschaften acht gegeben sowie auf das Kosten-, Leistungs- und Qualitätscontrolling.
- Die Vernetzung zu externen Kunden vereinfacht sich durch das KIS indem Datenübermittlungen zur Abrechnung mit Krankenkassen oder Versicherungsträgern unproblematisch abläuft, die Kommunikation und Information mit Patienten, Lieferanten und Arztpraxen schematisiert wird und das Leistungsangebot im Internet aufgeführt werden kann.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Reinhart, G./ Schnauber, H. (1997), S.43

<sup>2</sup> Vgl. Friesdorf, W./ Claßen, B. (1997), S.365ff

Weiterhin finden sich EDV Lösungen die Rechnungswesen, Personalwesen, Patientenverwaltung, medizinische Bereichssysteme (Labor, Radiologie, OP, etc.) und Stationsmanagement verfügbar machen.<sup>1</sup> Ein praktisches Beispiel ist die Verordnung von Medikamenten, welche durch computerbasierte Entscheidungsunterstützung als auch durch Prozessautomation im Hinblick auf Sicherheit verbessert werden kann.

Durch den krankenhausweiten Einsatz eines KIS werden weiterhin die Einhaltung von Übergabefristen, die Übergabe von vollständigen und fehlerfreien Datensätzen und die Eingliederung der EDV in den Routineablauf der Klinik ermöglicht.<sup>2</sup>

Grundlegend besteht die Zielsetzung, dass Informations- und Kommunikationsmanagement als eine ganzheitliche Unternehmensaufgabe zu verstehen ist.<sup>3</sup> Diese soll „von allen Führungskräften sowie von allen Mitarbeitern, auch jener auf der unteren Hierarchieebene, gleichermaßen getragen werden, um so das gesamte Unternehmen sowie dessen externe Bezugsgruppen umspannendes, von Feedbackschleifen geprägtes Informationsnetz aufzubauen, das einen schnellen, aktuellen, umfassenden und zugleich auch entscheidungsrelevanten Informations- und Kommunikationsfluss ermöglicht.“<sup>4</sup> Bei der Implementierung des Systems ist auf eine zügige Einführung der Software zu achten, damit schnell sichtbare Erfolge des Projektes zu erkennen sind und der Nutzen des Systems frühzeitig wahrnehmbar wird.<sup>5</sup>

### **5.3.2 Schaffung von Akzeptanz bei den Mitarbeitern im TQM**

Der Zentrale Baustein bei der Umsetzung von TQM ist der Mensch und seine Qualifikation. Die Notwendigkeit eines starken Willens, die Motivation und die Erkenntnis, dass sich Verhaltensmuster und Menschen ändern müssen, wird hier als eines der größten Probleme ersichtlich.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Trill, R. (1996), S.270

<sup>2</sup> Vgl. Cappius, H.-J. (1997), S.57

<sup>3</sup> Vgl. Hoss, H.J. (1991), S.213

<sup>4</sup> Macharzina, K. (1995), S.691

<sup>5</sup> Vgl. Behrendt, I. et.al. (2009), S.209f

<sup>6</sup> Vgl. Steinbeck, H. (1995), S.25f

### 5.3.2.1 Management

Unter Management wird i.d.R. die Leitung bzw. Geschäftsführung in einem größeren Unternehmen bezeichnet. Dieser Personenkreis trifft die für das Unternehmen richtungweisenden Entscheidungen, welche zur Systemerhaltung dienen. Meist wird zwischen oberem, mittlerem und unterem Management unterschieden<sup>1</sup> Die Managementverpflichtung wird als Haupteinflussfaktor für die Implementierung des TQM betrachtet. Die Geschäftsleitung trägt hier die Verantwortlichkeit, dass sie von ihrem Vorhaben und der Philosophie überzeugt ist und den Betrieb von oben herab (Top-down) mit der Qualitätsphilosophie durchdringt.<sup>2</sup> Daraus entwickelt sich auch eines der wichtigsten Ziele, nämlich die Schaffung einer Akzeptanz, besser noch Begeisterung für die TQM-Philosophie bei jedem einzelnen Teammitglied, da bei einer konsequenten Implementierung die Mitarbeiter in allen Ebenen auf Veränderung stoßen<sup>3</sup> und der Begriff Qualität in jedem Bereich unterschiedlich interpretiert wird. Führungskräfte müssen mit hoher persönlicher Qualität handeln, um ihren Betrieb auf Dauer den Ansprüchen des Marktes aussetzen zu können<sup>4</sup> Es erfordert eine Formulierung von Qualitätszielen und -grundsätzen mit Hilfe einer umfassenden Qualitätspolitik, die jeweilige spezifische Eigenschaften und Fähigkeiten einer Unternehmung zum Ausdruck bringt.<sup>5</sup>

„Qualität ist Chefsache“<sup>6</sup> und da die Qualitätstechniken i.d.R. vom Top-Management beauftragt bzw. eingesetzt werden, ist ein besonderes Augenmerk auf die Aufklärung und Schulung der Fachleute für Qualitätssicherung zu legen. Weiterhin sollten Qualitätsschulungen in allen Ebenen stattfinden, damit der konsequente Einsatz der Qualitätstechniken zum Erfolg führen kann.<sup>7</sup> Verschiedene Coaching-Techniken sind hier genauso gefragt und versprechen Abhilfe bei verschiedensten Problemen. Dazu zählen zum Beispiel die Systemtechnik zur Identifikation von Problemen und Verbesserungspotentialen, die Moderationstechnik für eine erfolgreiche Gruppenarbeit, die Konfliktmanagementtechnik sowie die Gesprächsführungstechnik, die Feed-

---

<sup>1</sup> Vgl. Hillmann, K.-H. (2007), S.520

<sup>2</sup> Vgl. Frehr, H.-U. (1994), S.10

<sup>3</sup> Vgl. Steinbeck, H. (1995), S.25f und S.144

<sup>4</sup> Vgl. Linnert, P. (1992), S.141

<sup>5</sup> Vgl. Oess, A. (1991), S.96

<sup>6</sup> Vgl. Kamiske, G.F. (1994), S.8

<sup>7</sup> Vgl. VDI-Richtlinie 5500 (1996), S.9

backtechnik und die Reflexionstechnik zur Selbstbeobachtung der eigenen Handlungen.<sup>1</sup> Die Krankenhausleitung muss ein Klima entwickeln, in dem Mitarbeiter bereit sind, sich in den Qualitätsverbesserungsprozess voll einzubringen.<sup>2</sup>

### 5.3.2.2 Personal

Nicht nur Führungskräfte, sondern das gesamte Personal in einem Krankenhaus muss Anforderungen für ihre Dienstleistung erfüllen. Dabei werden externe Anforderungen vom Kunden und interne Anforderungen von Mitarbeitern und Abteilungen an sich selbst und aneinander gestellt. Viele Leitungsetagen unterschätzen die Bedeutung des menschlichen Faktors und somit deren Wirkung auf die Qualität des Erstellungsprozesses.<sup>3</sup> Um Akzeptanz für den TQM-Prozess bei der Implementierung in die Mitarbeiterebene eines Krankenhauses zu erreichen, sollten nach Rychlik (1999) folgende Maßnahmen vollzogen werden:

- Delegation der Verantwortungs- und Entscheidungskompetenzen an den Ort der Leistungserbringung,
- Einführung flacher Strukturen und Vorgabe von realisierbaren Zielen,
- Bereitstellung der notwendigen materiellen und personellen Ressourcen,
- Installation von Qualitäts- bzw. Themenzirkeln unter Einbeziehung möglichst vieler Mitarbeiter aller Ebenen,
- Durchführung von Mitarbeiterschulungen und Qualifizierungsmaßnahmen und Schaffung interdisziplinärer Organisationsprozesse,
- Sicherung der Transparenz der durchgeführten Maßnahmen, Information aller Beteiligten über die erreichten Ergebnisse,
- Gewährleistung einer umfassenden Kommunikation zwischen den einzelnen Bereichen des Krankenhauses unter Nutzung elektronischer Datennetze,
- Konsequente Orientierung an den Wünschen der externen und internen Kunden,
- Feedback über die Wirksamkeit der Maßnahmen, z.B. durch Mitarbeiter- und Patientenbefragung.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Kostka, C. (1997), S.21ff

<sup>2</sup> Vgl. Adam, D. (1998), S.65

<sup>3</sup> Vgl. Linnert, P. (1992), S.142

<sup>4</sup> Rychlik, R. (1999), S.16f

Ein Krankenhaus wird in der Regel von den Fachbereichen Medizin, Pflege und Verwaltung geleitet, welche unabhängig aber als Krankenhausleitung eng zusammen arbeiten.<sup>1</sup> Bei der Umsetzung von TQM empfiehlt sich die Schaffung eines „Hospital Quality Assurance Council“<sup>2</sup> (Qualitätslenkungsrat) oder „TQM Steering Committee“<sup>3</sup>, dem das für TQM zuständige Mitglied der Krankenhausleitung sowie Vertreter aus dem Mittelmanagement aller Abteilungen angehören. Dieses Komitee wird dazu berufen, das Qualitätsprogramm geschickt zu führen und alle Aktivitäten zu koordinieren.<sup>4</sup> Somit soll es eine Ansprechstelle für alle Qualitätsgruppenaktivitäten darstellen, weiterhin hat es durch seinen Schnittstellenauftrag die Aufgabe, das Management über den Stand des Programms zu informieren sowie die Beteiligten mit Managementfeedbacks und Erfolgskontrollergebnissen zu versorgen.<sup>5</sup>

Die wohl anspruchvollste Herausforderung stellt laut Berwick et. al., die spezielle Integrierung der Ärzte in den TQM-Prozess dar.<sup>6</sup> Die Schwierigkeiten liegen hier in den traditionellen Krankenhausstrukturen begründet. Geschichtlich gesehen waren Ärzte, welche einer alten und anerkannten Berufsgruppe zugehören, früher eher autonom und mussten höchstens anderen Ärzten Rechenschaft ablegen. Doch dann holte sie die Komplexität des Medizinsektors ein und Regulierungen und Entscheidungen, die vorher in ihrer Hand lagen, wurden über ihren Kopf hinweg beschlossen und getroffen. Manche empfinden daher TQM als störend, da ihnen die Macht, der Einfluss und ihre Unabhängigkeit entzogen werde, sie sind nicht mehr der wichtigste Part im Krankenhaus. Um die Ärzte zu einem Teil des Prozesses zu machen, muss die TQM Philosophie auf einem unbedrohlichen Weg vorgestellt werden mit glaubhaften und nützlichen Methoden<sup>7</sup>, wie z.B. die Nutzung der zusätzlichen Daten, die den Ärzten durch das TQM bereit gestellt wird, um ihre Tätigkeiten verbessern zu können.

---

<sup>1</sup> Vgl. Pies, S./ Becker, A. (2009), S.12

<sup>2</sup> Wilson, C.R.M. (1987), S.18

<sup>3</sup> Oakland, J.S.(1990), S.44

<sup>4</sup> Vgl. Oess, A. (1989), S.202

<sup>5</sup> Vgl. Oakland, J.S.(1990), S.47

<sup>6</sup> Vgl. Berwick, D.M. et.al. (1990), S.158

<sup>7</sup> Vgl. Ettinger, et. al. (1993) S.158ff

Weiterhin kann es durch ihre gering praktizierten Führungsqualitäten und -kenntnisse zu Komplikationen in modern geführten Systemen kommen.<sup>1</sup> Verharren einige Ärzte in ihrer Sonderstellung, wird es schwierig Verbesserungen zu erreichen, es bedarf daher einer besonderen Sorgfalt sowie interdisziplinärer Methoden um diese Berufsgruppe in alle Veränderungen einzubeziehen.

### **5.3.3 Effekte der Implementierung von TQM**

Implementiert man das TQM-Konzept, hat dies verschiedene positive Auswirkungen auf die Organisation. Grundsätzlich spricht es die ganze Organisation an und verbessert sogar das Verhältnis zu Lieferanten und Kunden. Es hilft dem Betrieb bei der Findung und Vollstreckung von Qualitätsaktivitäten und versorgt die Beteiligten mit einem besseren Wissen über die Auswirkungen der Qualität ihrer Arbeit.<sup>2</sup>

Mittels der Verbesserung der Bedürfnisbefriedigung des Kunden wird ein höherer Kundennutzen erreicht. Weiterhin werden durch die Optimierung der Prozessqualität und -beherrschung Durchlaufzeiten<sup>3</sup>, gebundenes Kapital sowie Kosten verringert und Infolge des erheblichen Personalanteils in Krankenhäusern (60% der Gesamtkosten) ist es mit dem TQM Konzept möglich, allmähliche Umgestaltungen hauptsächlich durch die Verbesserung der Prozessorganisation zu verwirklichen.<sup>4</sup> Dies hat zur Folge, dass das Krankenhaus flexibler und wirtschaftlicher arbeiten kann und somit seine Wettbewerbsposition verbessern wird.

Kundenzufriedenheit ist wohl eines der wichtigsten Ziele eines Krankenhauses und durch TQM wird dies mittels einer ständigen Kundenorientierung erreicht. Erlangt man die Befriedigung der Patienten, so führt dies zu wiederholter Nutzung der Dienstleistung bzw. zu Mund zu Mund Propaganda und damit zu höheren Erträgen, einem besseren Image und sichert den Fortbestand der Klinik. Im Personalbereich ist persönliche Qualität der Grundstein für eine Qualitätsentwicklung, denn ist die persönliche Qualität eines Pflegers gut, so

---

<sup>1</sup> Vgl. Hildebrand, R. (1979), S.96

<sup>2</sup> Vgl. Mann, R. (2008), S.760

<sup>3</sup> Die Durchlaufzeit der Industrie ist mit der Verweildauer von Patienten gleichzusetzen.

<sup>4</sup> Vgl. Eichhorn, P. (2000), S.28

schafft das eine höhere Qualität seiner Abteilung. Abteilungen mit hohem Qualitätsniveau heilen und pflegen die Patienten nach deren Erwartungen besser. Ein Klinikum, welches auf Qualität setzt, hinterlässt zufriedene Kunden und bewirkt Zufriedenheit in seinem Marktsegment. Diese positiven Ergebnisse haben weiterhin zur Folge, dass die Angestellten stolz auf ihre Leistungen sein können, was zu einem leistungsorientierten Klima, zu einem kreativen Umfeld und zur weiteren Steigerung der persönlichen Qualität führt.<sup>1</sup>

Die Probleme, die sich in den Weg der TQM Umsetzung legen könnten, werden im folgenden Kapitel aufgeführt.

### **5.4 Probleme bei der TQM Implementierung**

#### ***5.4.1 Hindernisse und Fehler bei der Einführung***

Die folgenden Ursachen haben bei ca. 70% von nordamerikanischen und europäischen Unternehmen zum Misserfolg der Einführung des TQM's geführt.<sup>2</sup> Eines der Hauptgründe ist das geringe Engagement der Führungsverantwortlichen. Die Begeisterung ist anfänglich sehr hoch und finanzielle wie auch zeitliche Ressourcen werden aufgebracht, um Workshops und Qualitätsseminare zu besuchen mit dem Ausgang, später die Verantwortung an eine untere Hierarchie abgeben zu können. Ohne den Einfluss der Management Ebene verliert das TQM seine Wirkung, das Interesse sowie das Engagement der Mitarbeiter gehen verloren und macht eine Implementierung zur Unmöglichkeit oder verzögert sie erheblich. Die Umsetzung von Qualität oder der TQM Philosophie kann nicht von der Basis der Unternehmung gefordert werden, wenn die Unternehmensleitung es nicht von oben nach unten vorlebt. Weiterhin besteht oftmals die Illusion, dass TQM auf bestimmten Personen lastet oder es z.B. dem Qualitätszirkel überlassen wird. TQM muss von jedem und in allen Bereichen, Abteilungen und Ebenen der Organisation erbracht werden. TQM ist ein abteilungs- und bereichsübergreifendes Konzept, das erreichen will, dass interne und externe Kundenanforderungen optimal erfüllt werden können. Zu betonen ist hier auch, dass eine Wende des Steuerungsteams angestrebt wird, d.h. dass sich die

---

<sup>1</sup> Vgl. Linnert, P. (1992), S.142f

<sup>2</sup> Vgl. Koska, M.T. (1992), S.50 und Gaucher, J.G./ Coffey, J.C. (1993)

Sichtweise der Kontrolleure, Befehlsgeber oder Kritiker von Maßnahmen zu Helfern, Unterstützern und Ratgebern ändert.<sup>1</sup>

Neben der fehlenden Unterstützung durch „Top-down“ stellt sich auch die Transformation der Qualitätspolitik in Qualitätsziele als Hindernis in den Weg. So wird beobachtet, dass die Verwirklichung des theoretischen Konstrukts des Qualitätskonzeptes häufiger zu höheren Problemen führt als die Erstellung des eigentlichen Konzeptes.<sup>2</sup> Das Ausbleiben von eindeutigen Zielsetzungen oder die Forderung nach vagen bzw. zu allgemeinen Endergebnissen führt eher zu Unordnung als zu Qualität. Im Anschluss an eine umfassende Bedarfsaufnahme sollen im Hinblick auf Qualität, nachvollziehbare Ziele für jeden Einzelnen klar definiert werden, damit auch verstanden und akzeptiert wird, wo die Notwendigkeit einer Person im Prozess besteht, um Verantwortungen zu erkennen.<sup>3</sup> Hier setzt auch ein weiteres Defizit mancher Unternehmen an, welches sich um die regelmäßige Überprüfung von gesetzten Zielen dreht. An dieser Stelle ist es für die leitenden Ebenen wichtig einen geradlinigen Weg der Zielsetzung, Umsetzung und Überprüfung der Ergebnisse zu gehen, um das QM wirkungsvoll einzuführen.<sup>4</sup> Zugleich mangelt es an klaren Konzepten, die ein deutliches Vorgehen, welches Schritt für Schritt aufgebaut ist, aufzeigen. Diese Aussagen lassen vermuten, dass einige Unternehmen die Reichweite und den Umfang dieses Organisationsentwicklungsprozesses unterschätzen. Gleichzeitig wird die Zeitspanne, die zwischen Planung, Einführung und sichtbaren Ergebnissen des TQM liegt, verkannt. Viele gehen davon aus, dass sich Auswirkungen des Prozesses schon nach einigen Monaten zeigen, vielmehr ist mit sichtbaren Ergebnissen nach ein bis zwei Jahren zu rechnen<sup>5</sup>, gemäß internationalen Erfahrungen nach fünf bis zehn Jahren. Oftmals gehen die Qualitätsaktivitäten auch in den täglichen organisatorischen Aufgaben unter, da die zeitlichen Ressourcen sehr knapp sind. Es dauert eine gewisse Zeit, bis sich dieses Qualitätsdenken in das Daily

---

<sup>1</sup> Vgl. Oess, A. (1993), S.120f

<sup>2</sup> Vgl. Zink, K.J. (1995), S.94f

<sup>3</sup> Vgl. Oess, A. (1993), S.121

<sup>4</sup> Vgl. Zink, K.J. (1995), S.95

<sup>5</sup> Vgl. Oess, A. (1993), S.122

Business eingearbeitet hat, darum ist auch von einer hohen Personalfuktuation im Managementbereich abzuraten.<sup>1</sup>

Wurden vor der Einführung von TQM schon verschiedene Aktionen gestartet oder laufen nebenher möglich noch Parallelaktivitäten, die das Qualitätsmanagement betreffen, kann es dazu führen, dass das TQM einen Programm- oder Projektcharakter erhält und somit auf Abneigung stößt. Damit es nicht an Bedeutung verliert, ist das Top Management dafür verantwortlich die Hochwertigkeit der Veränderungen zu unterstreichen und die Bedeutung gegenüber der Vergangenheit hervorzuheben.<sup>2</sup>

Wie jedoch erwähnt lassen sich viele dieser Schwierigkeiten lösen, indem die Implementierung geplant, schrittweise umgesetzt und vom ganzen Unternehmen getragen wird. Die unbedingte Vorreiterrolle des Managements ist hier hervorzuheben, ohne dessen absolute Vorbildfunktion ein Erfolg der TQM-Einführung unmöglich ist. Außerdem ist zu beachten, dass die Umsetzung des Konzeptes kein kurzfristiges Unterfangen ist, da die notwendigen Verhaltensänderungen auf allen Ebenen ein langwieriger Prozess sind.

### **5.4.2 Kritik am Total Quality Management**

Aus diesen genannten Problemen wird das TQM aus verschiedenen Gründen kritisiert. Es wird beanstandet, dass TQM zu umfangreich und zu abstrakt ist oder es zu viel verspricht. Es fehlen machbare und konkrete Zielvorgaben für die Mitarbeiter sowie Priorisierungen des Managements bei der Aufgabenverteilung. Weiterhin kann es verunsichern und dadurch Widerstände aus den Reihen der Angestellten hervorrufen, da die extra TQM-Arbeit für sie Hindernisse darstellen. Dieser Zusammenhang beruht meistens auf Überbelastung von Personen oder aufgrund von Unterlassung der Weiterbildung von Mitarbeitern durch Schulungen oder Fortbildungsmaßnahmen. Eine weitere Problematik entsteht bei der Konfrontation der Unternehmenskultur mit dem TQM Gedanken. Fehlt hier das Verständnis des umfassenden Qualitätsmanagements und sind die Mitarbeiter nicht zur Änderung der eigenen Kultur zum TQM bereit, kommt es zur Überforderung der Kooperationskultur im Unternehmen. Diese Überlastung

---

<sup>1</sup> Vgl. Zink, K.J. (1995), S.97

<sup>2</sup> Vgl. Oess, A. (1993), S.123

kann z.B. durch flache Hierarchien und Teamarbeit gefördert werden, was Zeit und Geduld benötigt. Demnach ist das TQM nicht von heute auf morgen einzuführen und ohne die Anstrengung unterschiedlichster Charaktere in kleinen Verbesserungsschritten unmöglich umzusetzen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Jaekelmann, R. (2008), S.44ff

## 6 Fazit

### 6.1 Schlussbetrachtung

Wie aus den Einführungskapiteln ersichtlich wurde, erscheint Qualitätssicherung in Bezug auf die Patientenzufriedenheit unverzichtbar und durch den Bedeutungswandel der Qualität werden in Zukunft immer stärker jegliche Institutionen durch sie beurteilt. Deshalb ist die Führungsebene eines Krankenhauses gut beraten, in ihrem Haus ein eigenes Qualitätsmanagement aufzubauen, um Prozesse zu optimieren, sich von der Konkurrenz abzusetzen und primär Patienten durch Steigerung der Versorgungsqualität zufrieden zu stellen. Qualitätsmanagement und Marketing sind im Krankenhaus sehr eng miteinander verflochten, nicht nur weil der Kunde während der Leistungserstellung vor Ort ist und selbst aktiv daran teilnehmen muss, sondern immer dann wo über die Kundenwünsche oder über neue Dienstleistungen gesprochen wird, beginnt bereits das Thema Marketing im Qualitätsmanagement oder umgekehrt.

Die dargestellten Ausführungen im Kapitel fünf beziehen sich hauptsächlich auf die erste Fragestellung der Diplomarbeit. Hier wird deutlich gemacht, dass die speziellen Rahmenbedingungen und Strukturen die in Krankenhäusern vorherrschend sind, durch die Implementierung eines TQM-Systems bzw. eines EFQM-Modells berücksichtigt werden können und es somit einen umfassenden Handlungsrahmen für Kliniken zur Verfügung stellen kann. Einige Anforderungen an das TQM werden bereits erfüllt (siehe Qualitätssicherung) und müssen in Zukunft weiter ausgebaut werden. Andere Ansätze, wie das Controlling in Kliniken oder die Übernahme einiger Managementaufgaben von Ärzten sind nur in Grundzügen vorhanden. Eine wohl überlegte Vorbereitungsphase sollte der TQM Implementierung zu Grunde liegen, damit unerwarteten Problemen und Hindernissen effektiv und schnell entgegen gewirkt werden kann. Der wichtigste Erfolgsfaktor besteht in der Planung und Steuerung der Implementierung. „Denn die Erfahrungen haben offenbart, dass die fehlende Akzeptanz der Idee, die Unfähigkeit zu lernen, die Angst, das eigene Verhalten zu ändern die Haupthindernisse sind.“<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Spörkel, H. et.al. (1997), S.81

Auf die zweite Fragestellung, die der Erforschung von Effekten und Problemen der Implementierung von TQM galt, wird in den Kapiteln 5.3.3 und 5.4 eingegangen. Gründe für Probleme oder des Scheiterns einer Einführung von TQM sind hauptsächlich beim Menschen zu suchen. In der Literatur erscheinen das geringe Engagement der Führungsverantwortlichen für den TQM-Gedanken, sowie die ungenügende Schulung des Personals auf Basis von TQM-Kriterien als Hauptkriterium für Misserfolge. Die starke Dezentralisierung von Entscheidungsstrukturen und das vorherrschende Bereichsdenken ist ein oft kritizierter Fehler mancher Einrichtungen. Weiterhin gehen durch Zeitknappheit die Qualitätsaktivitäten im täglichen Stress unter und werden vernachlässigt. Bekommt man die Schwierigkeiten eines so komplexen Qualitätsmanagements in den Griff, so hat dies verschiedene positive Auswirkungen auf die Einrichtung. Die Verbesserungen sind vorwiegend in den Hauptkriterien des TQM's zu finden, so erfahren Kunden, Mitarbeiter, Management und Prozesse eine ständige Qualitätsverbesserung. Die Einrichtung wird flexibler und arbeitet wirtschaftlicher um das Hauptziel, die Kundenzufriedenheit auf einem hohen Qualitätsniveau zu erreichen.

Die dritte Problematik der Akzeptanzsteigerung für die TQM-Philosophie bei allen Anspruchsgruppen in einem Klinikum wird hauptsächlich im Abschnitt 5.3.2 diskutiert, findet sich aber in vielen Kapiteln der Ausarbeitung wieder um die Bedeutung der Leistungserbringer zu verdeutlichen. Ziele die es zur Weiterentwicklung des Hauses benötigt, belaufen sich auf die Erfüllung der Patientenwünsche durch Verpflichtung aller Mitarbeiter und Führungskräfte zur Qualität, Transparenz nach innen und außen sowie zu systematischem Vorgehen in allen Bereichen. Das Krankenhausmanagement sowie den Mitarbeitern sollten sich im Klaren sein, dass die Implementierung der TQM-Philosophie Zeit benötigt, um die Umsetzung der Visionen und Ideen wirken zu lassen sowie den Wandel des Projektcharakter zu einer Philosophie zu erreichen. Sie kann als eine Art Abbruch der alten Gewohnheiten angesehen werden und pflegt durch die Veränderung mit dem Fokus auf den Kundennutzen, die Rückbesinnung auf medizinische Prinzipien und Werte. Nicht das Finanzielle steht im Mittelpunkt sondern die Befriedigung der Patientenwünsche und entsprechend der TQM-Philosophie auch des Leistungserbringers und dessen Prozesse.

Auf Basis der gewonnenen theoretischen Erkenntnisse erscheint die Bereitstellung von Ressourcen, was im deutschen Gesundheitssystem ein Problem darstellt, neben aktuellen Methoden und Instrumenten, einer der wichtigsten Kriterien, um neuen Herausforderungen im steigenden Wettbewerb entgegen zu treten. Ein Ende des Finanzstaus im deutschen Gesundheitssystem ist noch nicht in Sicht und somit stehen qualitätssteigernde Investitionen oder die Etablierung neuer Angebote auf der Warteliste vieler Krankenhäuser, speziell öffentlichen Kliniken. Da sich private Kliniken besser mit Kapital versorgen können wird die Privatisierung von Kliniken weiter zunehmen.

Die einheitliche und hierarchieunabhängige Einstellung der Mitarbeiter sowie des Managements zu Qualität ist der andere wesentliche Erfolgsfaktor einer TQM-Implementierung, um den Erfolg und das Bestehen des Krankenhauses langfristig zu sichern. Das Personal trägt auf der einen Seite das größte Potential in sich und wirft auf der anderen Seite am meisten Probleme bei der Implementierung auf. Der Unternehmensgeist muss im Bereich des Qualitätsmanagements durch Schulungen, Fortbildungen und Mitarbeiterförderungen jeglicher Art, auf die Kriterien des TQM eingestellt werden. Gelingt dies nicht und verschließen sich Kliniken der eigenen Dienstleistungsqualität werden sie in geraumer Zeit merkliche Einbußen und Rückgänge ihrer Geschäftsaktivitäten verspüren.

Weiterhin ist anzumerken, dass TQM kein Programm mit begrenzter Lebensdauer darstellt und es nach der Ausarbeitung aller Komponenten nicht einfach abgeschlossen ist. Das Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung ist vielmehr als langfristige und dauerhafte Aufgabe für die Krankenhäuser aufzufassen.

Abschließend ist zu erwähnen, dass die Einführung durch die Komplexität der drei Faktoren TQM und Krankenhaus sowie der umfangreichen Dienstleistung mit dem Patienten ein erheblicher Aufwand betrieben werden muss. Es erscheint zur derzeitigen Krankenhaussituation, wo Ärzte schon wenig Zeit für Patienten finden, kaum vorstellbar eine so intensive Veränderung in ein so angespanntes und stressbetontes Verhältnis zu implementieren.

## 6.2 Ausblick

Die vorliegende Arbeit zeigt eine theoretische sowie allgemeine Sicht der Implementierung eines TQM-Modells in Krankenhäuser. Durch die Ausarbeitungen ergeben sich weitere Fragen, die Möglichkeiten für weitere Forschungsansätze in dem Gebiet des Total Quality Managements in Krankenhäusern bilden, wie z.B.:

- Eine praktische Umsetzung des EFQM in ein Beispielkrankenhaus
- Die Erstellung eines Qualitätshandbuches im Sinne des EFQM für ein Klinikum
- Ein theoretischer oder praktischer Vergleich von anderen TQM-Modellen für den Krankenhausesektor z.B. des EFQM zum KTQ Modell
- Die Betrachtung auf Implementierungsunterschiede des TQM, auf der Basis der verschiedenen Krankenhausträgerschaften (öffentlich, gemeinnützig, privat)
- Eine Zufriedenheitsanalyse durch Krankenhausumfragen im Sinne des TQM-Gedanken, über Kundenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit
- Die praktische Einführung von computergestützten Kommunikations- und Informationssystemen in eine Einrichtung des Gesundheitswesens.

„Do the right things, right the first time, every time“<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Krajewski, L./ Ritzman, L. (2005); Stevenson, W. (2007); Slack, N. et al. (2007)

## Literaturverzeichnis

- Adam, D.** (1992): Thesen zum Total Quality Management, in Meffert, H./ Wagner, H./ Backhaus, K. (Hrsg.): Kosten, Qualität und Zeit als Wettbewerbsvorteil – Was bringt Total Quality Management, Wissenschaftliche Gesellschaft für Marketing und Unternehmensführung e.V., Dokumentationspapier Nr.75, 1992.
- Adam, D.** (1996): Krankenhausmanagement : auf dem Weg zum modernen Dienstleistungsunternehmen Wiesbaden 1996, Gabler Verlag.
- Adam, D.** (1998): Krankenhausmanagement im Wandel. In: Hentze, J./ Huch, B./ Kehres, E. (Hrsg.): Krankenhaus-Controlling, Stuttgart 1998.
- Aldendorf, U./ Wassmann, T./ Strecker, B.** (1997): Qualität und Qualitätsmanagement, in: Bottler, J./ Nöding, B./ Strecker, B. (Hrsg.) (1997): Qualitätsmanagement: Schwerpunkt Ressourcen in vollstationären Altenhilfeeinrichtungen. Niederkleen 1997, Fleck Verlag.
- Altenkirch, F.** (1972): 20 Jahre ASQ – Rückblick und Ausblick, in: Qualität und Zuverlässigkeit 17, S. 180-182.
- Ament-Rambow, Chr.** (1998): Mitarbeiterorientierung – Qualitätsmanagement, Mitarbeiterzufriedenheit, Beurteilung der Organisation durch Mitarbeiter, Messgrößen zur Zufriedenheit der Mitarbeiter. In: Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, hrsg. von Hindinger, B./ Rohtballer, W./ Thomann, J. 1995, Verlag TÜV.
- Arnold, U.** (1998): Qualitätsmanagement in sozialwissenschaftlichen Organisationen. 277-315 in Arnold, U.; Maelicke B.: Lehrbuch der Sozialwirtschaft. 1. Auflage. Baden-Baden 1998, Nomos Verlag.
- Bahrs, O./ Andres, E./ Szecsenyi, J./ Gerlach, F.M.** (2001): Ärztliche Qualitätszirkel: Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik. 4.Auflage, 2001, Deutscher Ärzteverlag.

- Bauer, H./ Falke, T.** (2003): Management von Kundenzufriedenheit in der Hotelbranche. in Homburg, C. (Hrsg.): Kundenzufriedenheit: Konzepte-Methoden- Erfahrungen, Wiesbaden, GWV Fachverlage GmbH.
- Behrendt, I./ König, H.-J./ Krystek, U.** (2009): Zukunftsorientierter Wandel im Krankenhausmanagement. Berlin 2009, Springer Verlag.
- Berekoven, L.** (1985): Der Dienstleistungsmarkt – Sachliche und empirische Befunde, in Pestel, E. (1985): Perspektiven der Dienstleistungswirtschaft, Göttingen 1985, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Berwick, D.M./ Godfrey, A.B./ Roessner, J.** (1990): Curing Health Care. San Francisco 1990, Jossey-Bass: in Short, P.J./ Rahim, M-A. (1995): Total Quality Management in hospitals. Vol.6, Nr.3. Fredericton 1995, Faculty of Administration – University of New Brunswick.
- Binner, H.F.** (2002): Prozessorientierte TQM-Umsetzung. 2. Auflage, München 2002, Hanser Verlag.
- Bleicher, K.** (1999): Das Konzept Integriertes Management – Vision – Missionen – Programme. 5. Auflage, Frankfurt 1999, Campus Verlag.
- Brauer, J.-P./ Horn, T.** (2009): DIN EN ISO 9000: 2000ff umsetzen. Gestaltungshilfen zum Aufbau Ihres Qualitätsmanagementsystems. 5. Auflage, München 2009, Reihe Hanser Pocket Power.
- Braun, G.** (1999): Handbuch Krankenhausmanagement – Bausteine für eine moderne Krankenhausführung. 1.Auflage. Stuttgart 1999, Schäffer-Poeschel.
- Breilinger-O`Reilly, J./ Maess, Th./ Trill,R.** (Hrsg.) (1997): Das Krankenhausbuch. Neuwied 1997, Luchterhand Verlag.

**Bruhn, M.** (1996): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen; Grundlagen, Konzepte, Methoden. Berlin 1996, Springer-Verlag.

**Bruhn, M./ Strauss, B.** (1991): Dienstleistungsqualität: Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Wiesbaden 1991, Gabler Verlag.

**Bungart, J./ Supe, V./ Willems, P.** (2001): Handbuch zum Qualitätsmanagement in Integrationsfachdiensten – Ergebnisse eines Modellprojektes zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in Fachdiensten zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung. Nordrhein Westfalen, herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie Nordrhein Westfalen, Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen – Lippe (Hrsg.), Münster 2001, 1 Auflage.

**Cappius, H.-J.** (1997): Qualitätsmanagement im Krankenhaus – Ermittlung der Qualitätskriterien an der Nahtstelle zwischen Krankenhaus und Krankenkasse; Diplomarbeit am Institut für Werkzeugmaschinen und Fabrikbetrieb, Fachgebiet Qualitätswissenschaft, an der TU-Berlin, 1997.

**Clutterbuck, D./ Kernaghan, S.** (1995): Empowerment. So entfesseln Sie die Talente Ihrer Mitarbeiter. Landsberg/Lech 1995, Verlag Moderner Industrie.

**Conrad, H.-J.** (1997): Qualitätsmanagement und Controlling im Krankenhaus. Frankfurt am Main 1997, pmi Verlagsgruppe.

**Crosby, Ph.B.** (1979), Quality Is Free. New York 1979, McGraw-Hill Verlag.

**Crosby, Ph. B.** (1986a): Qualität ist machbar. Hamburg 1986, McGraw-Hill Verlag.

**Crosby, Ph. B.** (1986b): Qualität bringt Gewinn. Hamburg 1986, McGraw-Hill Verlag.

**Crostack, H.-A.** (1997): Maß für Motivation; in: Qualität und Zuverlässigkeit, 42. Jg., 1997, Heft 2.

**Deming, W.E.** (1982): Quality, Productivity and Competivity Position. Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge 1982.

**Deutscher Verband für Facility Management e.V.** (Hrsg.) (2000): GEFMA 700 – Qualitätsorientiertes Facility Management FM QM. Berlin 2000, Beuth Verlag.

**DGQ e. V.** (Hrsg.) (1992): Qualitätssicherung von Lebensmitteln. Erläuterung zu den Elementen der Qualitätssicherung nach DIN ISO 9004, 1. Aufl., Berlin 1992.

**Deutsche Krankenhaus Gesellschaft e.V.** (DKG)(2008): Geschäftsbericht. Berlin 2009, Konrad Tritsch Print und digitale Medien GmbH.

**EFQM** (Hrsg.) (2003): Das EFQM-Modell für Excellence. Brüssel 2003, EFQM Publications.

**Eichhorn, S.** (1997): Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus – Konzeption und Methoden eines qualitäts- und kostenintegrierten Krankenhausmanagements. 1.Auflage, Stuttgart 1997, Kohlhammer.

**Eiff, H.** (2007): Ermittlung von Ausfallwahrscheinlichkeitsverteilungen auf Basis von FMEA-Bewertungen und Verifikation mit Felddaten. Stuttgart 2007, TTZ.

**Eigler, F.W.** (1995): Qualitätssicherung aus der Sicht des Chirurgen“, in Chirurg. 1995, Heft 66.

**Engelhardt, W.H.** (1992): Herausforderungen des Total Quality Management aus wettbewerbsorientierter Sicht, in: Meffert, H./Wagner, H./Backhaus,

K. (Hrsg.): Kosten, Qualität und Zeit als Wettbewerbsvorteile – Was bringt Total Quality Management, Wissenschaftliche Gesellschaft für Marketing und Unternehmensführung e.V., Dokumentationspapier Nr. 75, Okt. 1992, S.21-32.

**Ettinger, J./ Spalding, D./ Fritz Gerald, D./ Goldstein, G./ Jones, D.** (1993): Panel discussion: the role of quality management in health care today and tomorrow, Health Review Bulletin, May pp. 158-164, in: Short, P.J./ Rahim, M-A. (1995): Total Quality Management in hospitals. Vol. 6, Nr.3. Fredericton 1995, Faculty of Administration – University of New Brunswick.

**Feigenbaum, A.V.** (1986): Total Quality Control. 3. Auflage, New York 1986, McGraw-Hill.

**Frehr, H.-U.** (1994): Total Quality Management, unternehmensweite Qualitätsverbesserung : ein Praxis-Leitfaden für Führungskräfte. München 1994, Hanser Verlag.

**Friedag, H.R./ Schmidt, W.** (2007): Balance Scorecard. 3.Aufl, München 2007, Haufe Verlag.

**Friesdorf, W./Claßen, B.** (1997): Patientendatenmanagementsysteme (PDMS) - Werkzeuge zum Qualitätsmanagement in der Intensivmedizin? in: Anästhesio.Intensivmed.Notfallmed.Schmerzther., 32. Jg., 1997, Heft 6.

**Fuhr, H.** (1993): Der Einfluss der Normen der Reihe ISO 9000 auf Qualitätssicherungssysteme bei der Aus- und Weiterbildung. In: DIN-Mitteilungen 72, S.327-331.

**Füermann, T./ Dammasch, C.** (2002): Prozessmanagement, Anleitung zur Steigerung der Wertschöpfung. 2. Auflage, München 2002, Carl Hanser Verlag.

- Gaucher, J.G./ Coffey, J.C.** (1993): Total Quality in Health Care. San Francisco, Jossey-Bass; in: Short P.J./ Rahim, M.A. (1995): Total Quality Management in Hospitals. Faculty of Administration, University of New Brunswick. p.257.
- Geisler, A./ Olfen, I.** (2010): Krisengebiet Krankenhaus. Stern - Das Magazin. 2.09.2010. Nr.36., S.34ff.
- Gembrys, S./ Hermann, J.** (2007): Taschenbuch Guides – alles, was Sie wissen müssen. Qualitätsmanagement. München 2007, Haufe Verlag.
- Gerlach, F.** (2001): Qualitätsförderung in Praxis und Klinik – Eine Chance für die Medizin.1.Auflage. Stuttgart 2001, Georg Thieme Verlag.
- Gohde, J.** (1997): Perspektiven der Patientenversorgung unter den aktuellen Rahmenbedingungen, In: das Krankenhaus, 89.Jg. Heft 7.
- Golombek, G./ Rossbauer, W.** (1998): Stellenbeschreibung für den Pflegedienst - Anforderungsprofile in Krankenhäusern und Reha-Kliniken. Stuttgart 1998, Kohlhammer Verlag.
- Götze, U./ Mikus, B.** (1999): Strategisches Management. Chemnitz 1999, Verlag der Gesellschaft für Unternehmensrechnung und Controlling m.b.H.
- Graf, V./ Haldimann, Chr. U./ Schellhammer, Th.** (1998): Reorganisationsmöglichkeiten logistischer Kernprozesse im Krankenhaus; In TQM – Ein Krankenhaus im Reformprozess – Total Quality Management in der Praxis. Hrsg. Graf, V. et.al., Melsungen 1998, Bibliomed Verlag.
- Hahne, B.** (1999): Beitrag zur Entwicklung eines modularen TQM-Modells für das Krankenhauswesen. Berlin 1999, IPK Berlin.

- Heaske-Seeberg, H.** (2007): Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Strategien, Analysen, Konzepte. Stuttgart 2007, Kohlhammer Verlag.
- Haeske-Seeberg, H.** (2008): Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Strategie, Analyse, Konzept. 2. überarb. Auflage, Stuttgart 2008, Kohlhammer Verlag.
- Hahne, B.** (1999): Beitrag zur Entwicklung eines modularen TQM-Modell für das Krankenhauswesen. Fraunhofer - Institut für Produktionsanlagen und Konstruktionstechnik, Berlin 1999, IPK.
- Harms, K.** (2003): Handbuch für die Stations- und Funktionsleitung: Neue Herausforderungen als Chance für die Praxis. Berlin 2003, Georg Thieme Verlag.
- Herder-Dorneich, P.** (1985): Wettbewerb und Rationalitätenfalle im System der Gesetzlichen Krankenversicherungen, in: Hamm, W./ Neubauer, G. (Hrsg.) (1985): Wettbewerb im deutschen und US-amerikanischen Gesundheitswesen, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 7, Bleicher Verlag.
- Herder-Dorneich, P./ Wasem, J.** (1986): Krankenhausökonomik zwischen Humanität und Wirtschaftlichkeit, Baden-Baden 1986, Nomos Verlag.
- Hildebrand, R.** (1978): Einführung. in: Eiff, W. Handbuch Krankenhaus-Management. Landberg/Lech 1978.
- Hillmann, K.-H.** (2007): Wörterbuch der Soziologie. 2007, Kröner Verlag.
- Hoffmann, H.** (1988): Qualitätssicherung im Krankenhaus. 1988.
- Hofmann, O.** (2010): Strategisches Krankenhausmanagement. Analyse externer Einflussfaktoren als Grundlage zur Entwicklung von Krankenhausstrategien. Hamburg 2010, Diplomica Verlag GmbH.

**Homburg, Ch.** (1994): Die Botschaft der Sieger, in Absatzwirtschaft, 37.  
Jg. 1994, Heft 5, S. 102-108.

**Homburg, Ch.** (2008): Kundenzufriedenheit - Konzepte- Methoden-  
Erfahrungen. 7. Auflage. Wiesbaden 2008, GWV Fachverlage GmbH.

**Horvath, P./ Kaufmann, L.** (1998): Scorecard – ein Werkzeug zur Umsetzung  
von Strategien, in Harvard Business Manager, 5/1998, S.39-48.

**Hoss, H.J.** (1991): Informationsmanagement und Unternehmensorganisation –  
Ein Betrag aus der Sicht eines Versicherungsunternehmens, in: Müller-  
Bölling, D./ Seibt, D./ Wienand, U. (Hrsg.): Innovations- und  
Technologiemanagement, Stuttgart 1991.

**Ishikawa, K.** (1985): What is Total Quality Control?, New York 1985, Prentice-  
Hall.

**Jaekelmann, R.** (2008): Total Quality Management- Darstellung,  
Voraussetzungen und Kritik. 2008, Akademische Schriftenreihe, GRIN  
Verlag.

**Joint Commission International Accreditation (JCIA) / EPOS Health**

**Consultant** (2002): Standards der Joint Commission International  
Accreditation. Version 2002.1, Bad Homburg 2002.

**Juran, J.M.** (1979): Basic Concepts, in Juran, J.M./Gryna, F.M. Bingham, R.S.  
(Eds): Quality Control Handbook, 3rd. ed., New York 1979.

**Kanji, G./ Asher, M.** (1996): 100 methods for Total Quality Management.  
London/New Dehli 1996, Sage Publications.

**Kamiske, G. F.** (1994): Die hohe Schule des Total Quality Managements.  
Heidelberg 1994, Springer - Verlage.

- Kamiske, G. F./ Brauer, J.** (2003): Qualitätsmanagement von A-Z.  
Erläuterungen moderner Begriffes des Qualitätsmanagements. 4.  
aktualisierte und ergänzte Aufl., München 2003, Carl Hanser Verlag.
- Kamiske, G. F./ Brauer, J.** (2006): Qualitätsmanagement von A bis Z.  
Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. 5. Auflage,  
München 2006, Carl Hanser Verlag.
- Kamiske, G. F./ Brauer, J.** (2007): Qualitätsmanagement von A bis Z.  
Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. 6. Auflage,  
München 2007, Carl Hanser Verlag.
- Kamiske, G. F.** (Hrsg.) (2008): Managementsysteme: Begutachtung,  
Auditierung, Zertifizierung. Düsseldorf 2008, Symposion Publishing  
GmbH.
- Kilian, H.-J.** (1984): Das Prüfwesen als Teil der Qualitätssicherung im  
Internationalen Maschinenbau, DIN-Mitteilung 64, Heft 2. Berlin 1994.
- Knorr, D./ Goerig, R.-M.** (2004): Qualitätsmanagement in Krankenhäusern.  
München 2004, Carl Hanser Verlag, Pocket Power.
- Kolkman, F.-W./ Seyfarth-Metzger, I./ Stobrawa, F.** (1998): Leitfaden:  
Qualitätsmanagement im Krankenhaus. 2.Auflage. München 1998,  
Zuckschwerdt.
- Kolks, U.** (1990): Strategieimplementierung, Ein anwenderorientiertes Konzept.  
Wiesbaden 1990, Deutscher Universitäts Verlag.
- Koska, C.** (1997): Techniken zur Entwicklung von Führungsqualitäten im Total  
Quality Management, Dissertation an der TU-Berlin., Berichte aus dem  
Produktionstechnischen Zentrum Berlin hrsg. Von E.Uhlmann 1997.

**Koska, M.T.** (1992): Surveying customers need, not satisfaction, is crucial to CQI, Hospitals, 5 November, pp.50-52. in: Short P.J./ Rahim, M.A. (1995): Total Quality Management in Hospitals. Faculty of Administration, University of New Brunswick. p.257.

**Krajewski, L./ Ritzman, L.** (2005): Operations management, International Edition, Prentice Hall, New Jersey 2005.

**Langnickel, H.** (2003): Das EFQM-Modell für Excellence – Der Europäische Qualitätspreis. In: Boeßenecker, K.-H.: Qualitätskonzepte in der sozialen Arbeit – Eine Orientierung für Ausbildung, Studium und Praxis. Weinheim Beltz 2004, Juventa Verlag.

**Leonhard, K.-W./ Naumann, P.** (2002): Managementsysteme – Begriffe. 7.Auflage. Berlin 2002, Beuth Verlag.

**Lerner, F.** (1988): Geschichte der Qualitätssicherung, in: Masing, W. (Hrsg.): Handbuch der Qualitätssicherung, 2. völlig neubearbeitete Aufl., München 1988, S. 19-32.

**Linnert, P.** (1992): Größere Markterfolge durch Total Quality Management. Wien 1992, Service Fachverlag.

**Luczak, H.** (1993): Arbeitswissenschaft. Berlin 1993, Springer Verlag.

**Lutz, J.** (2004): Zusammenschlüssen öffentlicher Unternehmen- Kooperationen und Fusionen im Spitalsektor: Berner Betriebswirtschaftliche Schriften Band 34 (Hrsg.): Kühn, R./ Thom, N.; Bern 2004.

**Macharzina, K.** (1995): Unternehmensführung – Das internationale Managementwissen. Konzepte, Methoden, Praxis. 2. Auflage. Wiesbaden 1995.

**Malorny, C.** (1996): Einführen und Umsetzen von Total Quality Management. Berlin 1996, Technischen Universität Berlin.

- Malorny, C.** (1999): TQM umsetzen: Weltklasse neu definieren, Leistungsoffensive einleiten, Business Excellence erreichen. 2. überarb. und aktualisierte Auflage, Stuttgart 1999, Schäffer-Pöschel Verlag.
- Mann, R.** (2008): Revisiting a TQM research projekt: The quality improvement activities of TQM. Vol.19, Palmsten North 2008, Centre of Organisational Excellence Research, School of Engineering and Advanced Technology, Massey University New Zealand, p. 751-761.
- Masing, W./ Schmitt, R.** (2007): Handbuch Qualitätsmanagement. München 2007, Hanser Verlag.
- Masing, W.** (1995): Planung und Durchsetzung der Qualitätspolitik im Unternehmen. Zentrale Prinzipien und Problembereiche, in: Bruhn, M./Strauss, B. (Hrsg.): Dienstleistungsqualität. Grundlagen, Konzepte, Methoden, 2. Auflage. Wiesbaden.
- Masing, W.** (1994 a): Einführung in die Qualitätslehre. Berlin 1994, Beuth Verlag.
- Masing, W./ Bruhn, M.** (1994 b): Handbuch Qualitätsmanagement. München 1994, Hanser Verlag.
- Masing, W.** (1983): Qualität und Qualitätsmanagement in Europa und den USA. Aus: Probst, G. J. (1983) (Hrsg.): Qualitätsmanagement als Erfolgspotential. Bern 1983, Paul Herbst.
- Masing, W.** (1978): Die Entwicklung der Qualitätssicherung seit Ende der zwanziger Jahre, in Qualität und Zuverlässigkeit, Jg. 23, Heft 3.
- Mayer, E./ Beowulf, W.** (Hrsg.) (1996): Management und Controlling im Krankenhaus. Stuttgart 1996, Schäffer-Poeschel.
- Mayrhofer, M.** (1992): Der neue QS-Begriff – Umdenken ist gefordert, In: Qualität und Zuverlässigkeit, 37. Jg, 1992, Heft 6.

- Meffert, H./ Bruhn, M.** (2009): Dienstleistungsmarketing – Grundlagen, Konzepte, Methoden. 6. Auflage, Wiesbaden 2009, Gabler.
- Merschbächer, G.** (1999): Instrumente der strategischen Planung. In: Braun, G.E. (Hrsg.) Handbuch Krankenhausmanagement. Stuttgart 1999, Schäffer-Poeschel.
- Metzger, R./ Gründler, H.-Ch.** (1994): Zurück auf Spitzenniveau – Ein integratives Modell zur Unternehmensführung. Frankfurt/Main 1994, Campus Verlag.
- Middendorf, C.** (2005): Klinisches Risikomanagement: Implikationen, Methoden und Gestaltungsempfehlungen für das Management klinischer Risiken in Krankenhäusern. Münster 2005, LIT Verlag.
- Mudie, P./ Cutton, P.** (1993): The Management and Marketing of Services. Oxford 1993, Butterworth-Heinemann.
- Mühlbauer, B. H.** (2004): Prozessorganisation im DRG - geführten Krankenhaus. Weinheim 2004, Wiley-VCH Verlag.
- N.N.** (1997): Outsourcing der Krankenhausverwaltung; in *Arzt + Krankenhaus*, 70 Jg. 1997, Heft 9.
- Nüllen, H./ Noppeney, T.** (2003): Lehrbuch Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Entwicklung und Einführung eines QMS. Köln 2003, Deutscher Ärzte-Verlag.
- Oakland, J.S.** (1989): Total Quality Management – The route to improving performance. Oxford 1989, Butterworth-Heinemann Ltd.
- Oakland, J.S.** (1990): Total Quality Management, proceedings of the 3rd International Conference, 5-6 June 1990 London 1990, IFS.

- Oberender, P./ Hebborn, A./ Zerth, J.** (2006): Wachstumsmarkt Gesundheit. 2. überarb. Auflage, Stuttgart 2006, Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH.
- Oberender, P./ Hebborn, A.** (1994): Wachstumsmarkt Gesundheit – Therapie des Kosteninfarkts. 1.Auflage, Frankfurt/M. 1994, Fischer Taschenbuch Verlag.
- Oess, A.** (1989): Total Quality Management – Die Praxis des Qualitätsmanagements. Wiesbaden 1989, Gabler Verlag.
- Oess, A.** (1991): Total Quality Management, Die ganzheitliche Qualitätsstrategie. Wiesbaden 1991, Gabler Verlag.
- Oess, A.** (1993): Total Quality Management, Die ganzheitliche Qualitätsstrategie. 3. Auflage, Wiesbaden 1993, Gabler Verlag.
- Oess, A.** (1994): Total Quality Management: Eine ganzheitliche Unternehmensphilosophie, in: Straus, B. (Hrsg.): Qualitätsmanagement und Zertifizierung. Von DIN ISO 9000 zum Total Quality Management. Wiesbaden 1994.
- Orlemann, J.** (1995): DIN ISO 9000ff. in der Wirtschaft – eine Untersuchung in der Technologieregion Karlsruhe. Karlsruhe 1995, IHK-UTB.
- Pfannes, U.** (1996): Management des Qualitätsaspektes in Gemeinschaftsverpflegungs-Betrieben, in Hauswirtschaft und Wissenschaft, 44. Jg., Nr. 3.
- Pfeifer, T.** (1996): Qualitätsmanagement. München 1996, Hanser Verlag.
- Pfeifer, T.** (2001): Qualitätsmanagement: Strategien, Methoden, Techniken. Aachen 2001, Hanser Verlag.

- Pfitzinger, E.** (2001): Die Weiterentwicklung zur DIN EN ISO 9000:2000. Berlin 2001, Beuth Verlag.
- Pies, S./ Becker, A.** (2009): Staatsbürger-, Berufs- und Gesetzeskunde. 8.Auflage. München 2009, Urban & Fischer Verlag.
- Pinter, E./ Vitt, K.** (1996): Umfassendes Qualitätsmanagement für das Krankenhaus – Perspektiven und Beispiele. 1.Auflage. Frankfurt 1996, pmi Verlagsgruppe.
- Porter, M.E.** (1999): Wettbewerbsstrategie – Methoden zur Analyse von Branchen und Konkurrenten. 10 Auflage, Frankfurt am Main 1999, Campus Verlag.
- Quartapelle, A.Q./ Larsen, Q.** (1996): Kundenzufriedenheit - Wie Kundentreue im Dienstleistungsbereich die Rentabilität steigert. Berlin 1996, Springer-Verlag.
- Raasch, C.** (1998): Befragung zur Mitarbeiterzufriedenheit; in: Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen; Hrsg. Hindringer, B./ Rohrballer, W./ Thomann, J., 1995, Verlag TÜV Rheinland.
- Raasch, C./ Coy, P.** (1997): Mitarbeiterbefragungen steigern die Arbeitsqualität; in: führen & wirtschaften, 14.Jg. 1997, Heft 4.
- Reinhart, G./ Schnauber, H.** (Hrsg.)(1997): Qualität durch Kooperation – Interne und externe Kunden-Lieferanten-Beziehungen, Berlin 1997, Springer-Verlag.
- Reiß, M.** (1995): Implementierung. In Corsten & Reiß (Hrsg.) Handbuch Unternehmensführung. Berlin 1995, Gabler Verlag.
- Richter, B.** (1998): TQM in der Krankenhaustechnik – das Konzept der integrierten Instandhaltung, in: Ein Krankenhaus im Reformprozess – Total Quality Management in der Praxis. Hrsg. Graf, V. et.al., Melsungen 1998, Bibliomed Verlag.

- RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung** (Hrsg.):  
Krankenhaus Rating Report 2010. Licht und Schatten, Heft 59. Essen  
2010.
- Rychlik, R.** (1999): Gesundheitsökonomie und Krankenhausmanagement.  
Grundlagen und Praxis. Stuttgart 1999, Kohlhammer.
- Schaerer, D.** (1993): Total Quality Management in der Praxis, in io  
Management Zeitschrift, 62. Jg. 1993, Heft 7/8, S.27.-29.
- Scharrer, E.** (1991): Qualität - ein betriebswirtschaftlicher Faktor ?, in:  
Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 61. Jg., Heft 7, S. 695-720, S. 696.
- Schildknecht, R.** (1992): Total Quality Management – Konzeption und State of  
Art. 1. Auflage, Frankfurt/Main 1992, Campus Verlag.
- Schmeck-Lindenau, H.-J.** (2003): Qualitätshandbuch der gastrointestinalen  
Endoskopie. Für Klinik und Praxis. Köln 2003, Deutscher Ärzteverlag.
- Schupeta, E./ Hildebrandt, H.** (1999): Patientenzufriedenheit messen und  
steigern – was Krankenhäuser von Patienten lernen können;  
Erfahrungen und Folgerungen aus einem Vergleich von 45  
Krankenhäusern durch Versicherte der DAK. 1. Auflage, St. Augustin  
1999, Asgard Verlag Hippe.
- Schwarze, J.** (2003): Kundenorientiertes Qualitätsmanagement in der  
Automobilindustrie. Wiesbaden 2003, DUV.
- Sedlaczek, A.** (1996): Risk-Management, ein Baustein eines umfassenden  
Qualitätsmanagement im Krankenhaus, in: Umfassendes  
Qualitätsmanagement für das Krankenhaus – Perspektiven und Beispiele  
hrsg. Pinter, E./ Vitt, K.D., Frankfurt am Main 1996, pmi Verlagsgruppe.
- Seghezzi, H.D.** (1992): Herausforderung des Qualitätsmanagements aus  
führungs- und organisationsorientierter Sicht, in Meffert, H./ Wagner, H./

Backhaus, K. (Hrsg.): Kosten, Qualität und Zeit als Wettbewerbsvorteile – Was bringt Total Quality Management, Wissenschaftliche Gesellschaft für Marketing und Unternehmensführung e.V., Dokumentenpapier Nr. 75, Oktober 1993, S.33-55.

**Seghezzi, H.D.** (1994): Qualitätsmanagement – Ansatz eines St. Galler Konzepts, Integriertes Qualitätsmanagement. 1. Auflage. Zürich 1994, Verlag Neue Züricher Zeitung.

**Seghezzi, H.D./ Fahrni, F./ Herrmann, F.** (2007): Integriertes Qualitätsmanagement – Der St. Galler Ansatz. 3.Auflage. München 2007, Hanser Verlag.

**Slack, N./ Chambers, S./ Johnson, R.** (2007): Operations management, 5th. Edition, Prentice Hall, London 2007.

**Specht, G./ Schmelzer, H. J.** (1991): Qualitätsmanagement in der Produktentwicklung. Stuttgart 1991, C.E. Poeschel.

**Spörkel, H./ Ruckriegel, B./ Janssen, H./ Eichler, A.** (1997): Total Quality Management im Gesundheitswesen: Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für Gesundheitseinrichtungen. Weinheim 1997, Psychologie Verlags Union.

**Stauss, B./ Seidel, W.** (1996): Beschwerdemanagement, München 1996, Hanser Verlag.

**Steib, I./ Ulsenheimer, K. / Martin, K.** (1997): Risk-Management im medizinischen Bereich, in: führen & wirtschaften, 14. Jg., 1997, Heft 3.

**Steinbach, R. F.** (1996): Integratives Qualitäts-, Zeit- und Kostenmanagement: Entwicklung und Implementierung eines ganzheitlichen Management-Konzepts. Frankfurt/Main 1996, Europäischer Verlag der Wissenschaften- Peter Lang GmbH.

- Steinbeck, H.** (1995): Das neue Total Quality Management, Qualität aus Kundensicht, Landsberg 1995, Verlag Moderne Industrie.
- Stevensen, W.** (2007): Operations management, 9th. Edition, Mc Graw Hill, Bosten 2007.
- Straub, S.** (2002): Gesundheitsökonomie und Gesundheitssysteme – Das Krankenhaus verstehen. Stuttgart 2002.
- Stumpf, T.** (1976): Planung des Qualitätssicherungssystems. In: Qualität und Zuverlässigkeit 21, S. 65-67.
- Thill, K.-D.** (2007): Patientenzufriedenheit in der Arztpraxis. Die Voraussetzung für eine erfolgreiche unternehmerische Praxisführung. Köln 2007, Deutscher Ärzteverlag.
- Thill, K.-D.** (1996): Ideenhandbuch für erfolgreiches Krankenhaus-Marketing. 1. Auflage, Kulmbach 1996, Baumann Verlag.
- Trill, R.** (1996): Qualitätssicherung in der Krankenpflege; In das Krankenhaus, 78. Jg., 1998, Heft 9.
- Tuckman, A.** (1995): Ideology, quality and TQM. In: Wilkinson, A./Willmott, H. (Hrsg.): Making Quality Critical - New Perspectives an Organizational Change. London 1995, S. 54-81 Walgenbach.
- VDI/DGQ-Richtlinie 5500** (1999): Umsetzung von TQM, Berlin 1999, Beuth Verlag GmbH.
- Viethen, G.** (1997): Standards in der Medizin sind keine Konstanten, sondern Variable, in: Krankenhausumschau, 66. Jg. 1997, Heft 5.
- Volkening, T.** (2004): Ansätze zu organisatorischen Reformstrategien in einem Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft, (Hrsg.) Ehler, W./Szell, G.: Arbeit-Technik-Organisation-Soziales, Band 16, Frankfurt am Main 2004.

**Vollert, K.** (2004): Grundlagen des strategischen Marketing. 3. Auflage. Bayreuth 2004, Verlag PCO.

**Vollert, K.** (1998): Qualität lohnt sich. Psychographische und ökonomische Konsequenzen eines Qualitätsmanagements. Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Hochschule Mittweida (FH) University of Applied Science, Diskussionspapier 1998/4, 1998.

**Wächter, H.** (2001): Qualitätsmanagement in Organisationen: DIN ISO 9000 und TQM auf dem Prüfstand. Wiesbaden 2001, Gabler Verlag.

**Völker, R./ Sauer, S./ Simon, M.** (2007): Wissensmanagement im Innovationsprozess. 2007, Physica Verlag.

**Walgenbach, P.** (2000): Die normgerechte Organisation. Eine Studie über die Entstehung, Verbreitung und Nutzung der DIN EN ISO 9000er Normenreihe. (Betriebswirtschaftliche Abhandlungen). Stuttgart 2000, Schäffer-Poeschel.

**Weibler, U./ Zieres, G.** (2003): Qualitätsmanagementsysteme als Führungsinstrument für Unternehmen des Gesundheitswesens, Grundlagen -Anwendung - Optimierung. Nierstein 2003, IATROS Verlag & Services GmbH.

**Welge, M.K./ Al-Laham, A.** (1992): Prozesse – Strategien – Maßnahmen. Wiesbaden 1992, Gabler Verlag.

**Wettlaufer, I./ Schimmelpfeng, L./ Pfaff-Schley, H.** (1999): Krankenhaus Management für Qualität und Umwelt: Umsetzung von Normen, Modell und Verordnung in der Praxis. Taunusstein, 1999, Blottner Verlag.

**Wilson, C.R.M.** (1987): Hospital-wide Quality Assurance, Models for Implementation and Development Toronto 1987, W. B. Saunders.

- Wölker, T.** (2007): Qualitätsmanagement in der Arztpraxis, 5. überarb. Auflage. Neu-Isenburg 2007, Ärzte-Zeitung Verlagsgesellschaft mbH.
- Ziegenbein, R.** (2001): Klinisches Prozessmanagement – Implikationen, Konzepte und Instrumente einer ablauforientierten Krankenhausführung. 1.Auflage, Gütersloh 2001, Bertelsmann-Stiftung Verlag.
- Zink, K. J.** (1992): Qualität als Managementaufgabe. Total Quality Management. 2. überarb. Auflage, Landsberg/Lech 1992, Verlag Moderne Industrie.
- Zink, K. J.** (1995): TQM als integratives Managementkonzept. Das Europäische Qualitätsmodell und seine Umsetzung. München 1995, Carl Hanser Verlag.
- Zink, K. J.** (2001): Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen. 2. Auflage. Neuwied, 2001, Luchterhand Verlag.

**Onlinequellen:**

**Apfel, P. – Fokus Online: Tatort Krankenhaus (23.08.2010)**

Im Internet: [http://www.focus.de/gesundheit/arzt-klinik/news/tid-19589/hygieneskandal-tatort-krankenhaus\\_aid\\_544364.html](http://www.focus.de/gesundheit/arzt-klinik/news/tid-19589/hygieneskandal-tatort-krankenhaus_aid_544364.html)

(Abfrage: 14.10.2010)

**Begner.biz – neues EFQM-Modell 2010**

Im Internet: <http://www.bergner.biz/efqm-refresher/>

(Abfrage: 28.07.2010)

**Bundesärztekammer:** Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland. Berlin Stand 2007

Im Internet: [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Ergebnisbericht\\_final.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Ergebnisbericht_final.pdf)

(Abfrage: 23.08.2010)

**BMGS** - Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

„Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung“ Stand Januar 2005

Im Internet: [http://www.gesundheitspolitik.net/01\\_gesundheitssystem/krankenversicherung/gkv/Ratgeber-GKV\\_200501.pdf](http://www.gesundheitspolitik.net/01_gesundheitssystem/krankenversicherung/gkv/Ratgeber-GKV_200501.pdf)

(Abfrage: 22.07.2010)

**BpB** - Bundeszentrale für politische Bildung

Die soziale Situation in Deutschland

[http://www.bpb.de/wissen/4VT5K8,0,Krankheitsarten\\_und\\_%20ihre\\_Kosten.html](http://www.bpb.de/wissen/4VT5K8,0,Krankheitsarten_und_%20ihre_Kosten.html)

Aus Politik und Zeitgeschichte - B 33-34\_2003 (August 2003)

[http://www.bpb.de/publikationen/MPPBS3,0,Gesundheit\\_kein\\_Produnkt\\_wie\\_jedes\\_andere.html](http://www.bpb.de/publikationen/MPPBS3,0,Gesundheit_kein_Produnkt_wie_jedes_andere.html)

(Abfrage: 22.07.2010)

**Bundesministerium der Justiz:** §2 Bundespflegesatzverordnung

Im Internet: [http://www.gesetze-im-internet.de/bpflv\\_1994/BJNR275010994.html](http://www.gesetze-im-internet.de/bpflv_1994/BJNR275010994.html)

(Abfrage: 11.08.2010)

**Controlling-Wiki.com** – Prozess der Strategieimplementierung

Im Internet: <http://www.controlling-wiki.com/de/index.php/Strategieimplementierung>  
(Abfrage: 17.08.2010)

**DGQ** - Deutsche Gesellschaft für Qualität

Im Internet: <http://dgg.de/wid/wid-historie-90er.htm>  
(Abfrage: 30.08.2010)

**Deutsche Gesellschaft für Med. Informatik, Biometrie und Epidemiologie**

**e.V.** (2007): Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. 3. Auflage.

Im Internet: <http://www.egms.de/en/journals/mibe/2007-3/mibe000053.shtml>  
(Abfrage: 01.08.2010)

**Effenberg, Georg** [\\_pflegenet@pflegenet.com](mailto:_pflegenet@pflegenet.com)- (1999)

Qualitätsmanagement im Krankenhaus.

Im Internet: <http://www.pflegenet.com/praxis/konzepte/qualitaetsmanagement.html>  
(Abfrage: 26.07.2010)

**Ernst & Young** – Krankenhauslandschaft im Umbruch

Im Internet: [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Krankenhauslandschaft\\_im\\_Umbruch\\_2010/\\$FILE/Krankenhauslandschaft%20im%20Umbruch%202010.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Krankenhauslandschaft_im_Umbruch_2010/$FILE/Krankenhauslandschaft%20im%20Umbruch%202010.pdf)  
(Abfrage: 21.07.2010)

**Handelsblatt** - McKinsey-Studie befürchtet Kliniksterben

Im Internet: <http://www.handelsblatt.com/unternehmen/handel-dienstleister/mckinsey-studie-befuerchtet-kliniksterben;1072051>  
(Abfrage: 21.07.2010)

**IWD** - Informationsdienst Wissenschaft – Krankenhaus Rating Report 2008

Im Internet: <http://idw-online.de/pages/de/news251380>

Krankenhaus Rating Report 2010

Im Internet: <http://idw-online.de/pages/de/news368100>  
(Abfrage: 21.07.2010)

**Das Krankenhaus** (Heft 5, 2010)

BMG-Zukunftskongress: Eine florierende Gesundheitswirtschaft ist ein Stück Zukunftssicherung.

Im Internet: [http://www.dkgev.de/media/file/7660.DasKrankenhaus-05-10\\_Politik.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/7660.DasKrankenhaus-05-10_Politik.pdf)

(Abfrage: 17.07.2010)

**Krankenhauslogistics** - Aufbauorganisation

Im Internet: <http://www.krankenhauslogistics.com/index.php?thema1=30>

(Abfrage: 25.08.2010)

**LexiNexis** - MBNQA Modell

Im Internet: <http://www.steuerlex24.de/content-beispiele/controlling-Lexikon/index/xid/239355/>

(Abfrage: 25.07.2010)

**MBNQA** - National Baldrige Quality Program: Preisträger

Im Internet: [http://www.baldrige.nist.gov/Contacts\\_Profiles.htm](http://www.baldrige.nist.gov/Contacts_Profiles.htm)

(Abfrage: 10.08.2010)

**Med2day** - DRG-Vergütungssystem

Im Internet: <http://www.med2day.de/drg.htm>

(Abfrage: 21.07.2010)

**QM-Infocenter** - EFQM Teilkriterien

Im Internet: [http://www.qm-infocenter.de/qm/bs/download\\_bplic.asp?pic=639](http://www.qm-infocenter.de/qm/bs/download_bplic.asp?pic=639)

(Abfrage: 28.07.2010)

**SPECTARIS** - Fachverband Medizintechnik - EMNID Umfrage: Investitionsstau in öffentlichen Kliniken verhindert zeitgemäße Patientenversorgung

Im Internet: <http://www.spectaris.de/medizintechnik/presse/artikel/seite/investitionsstau-in-oeffentlichen-kliniken-verhindert-zeitgemaesse-patientenversorgung/verband.html>

(Abfrage: 29.07.2010)

**Statistisches Bundesamt**

Im Internet: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/Datenreport/Downloads/1Gesundheit,property=file.pdf>

Im Internet: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Service/UeberUns/Jahresbericht2009,property=file.pdf>

(Abfrage: 21.07.2010)

**Sozialgesetzbuch** (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung  
- (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl.)

Im Internet: [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/ 70.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ 70.html)

Im Internet: [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/ 137.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ 137.html)

Im Internet: [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/ 107.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ 107.html)

(Abfrage: 07.07.2010)

**Wiesheu, O./ Spitzner, H.** (2004): Qualitätsmanagement für kleine und mittlere Unternehmen – Leitfaden zur Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems nach der Normreihe DIN EN ISO 9000:2000. Bayerisches Staatsministerium für Wirtschaft, Infrastruktur, Verkehr und Technologie (Hrsg.), 5. Auflage.

Im Internet: [http://www.stmwivt.bayern.de/fileadmin/Web-Dateien/Dokumente/wirtschaft/Qualitaetsmanagement\\_KMU.pdf](http://www.stmwivt.bayern.de/fileadmin/Web-Dateien/Dokumente/wirtschaft/Qualitaetsmanagement_KMU.pdf)

(Abfrage: 17.08.2010).

## **Anhangsverzeichnis**

### **Anhang 1:**

Unterkriterien des EFQM-Modells

## Anhang

### Anhang 1: Unterkriterien des EFQM-Modells

Nr.	Kriterium	Unterkriterien/Spezifikation	max. Punkte
1.	Führung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Führungskräfte entwickeln die Vision, Mission, Werte und ethischen Grundsätze und sind Vorbilder für die Kultur der Excellence</li> <li>Führungskräfte sichern durch ihre persönliche Mitwirkung die Entwicklung, Umsetzung und kontinuierliche Verbesserung des Managementsystems der Organisation</li> <li>Führungskräfte arbeiten mit Kunden, Partnern und Vertretern der Gesellschaft zusammen</li> <li>Führungskräfte verankern in der Organisation zusammen mit den Mitarbeitern eine Kultur der Excellence</li> <li>Führungskräfte erkennen und meistern den Wandel der Organisation</li> </ul>	100
2.	Politik und Strategie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Politik und Strategie beruhen auf den gegenwärtigen und zukünftigen Bedürfnissen und Erwartungen der Interessengruppen</li> <li>Politik und Strategie beruhen auf Informationen aus Leistungsmessung, Untersuchungen, lernorientierten und nach außen gerichteten Aktivitäten</li> <li>Politik und Strategie werden entwickelt, bewertet und aktualisiert</li> <li>Politik und Strategie werden kommuniziert und durch ein Netzwerk von Schlüsselprozessen umgesetzt</li> </ul>	80
3.	Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Personalpolitik, -strategien und -pläne entwickeln</li> <li>Das Wissen und die Kompetenz der Mitarbeiter werden ermittelt, ausgebaut und aufrechterhalten</li> <li>Mitarbeiter werden beteiligt und zu selbstständigem Handeln ermächtigt</li> <li>Die Mitarbeiter und die Organisation führen einen Dialog</li> <li>Mitarbeiter werden belohnt, anerkannt und betreut</li> </ul>	90
4.	Partnerschaften und Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Externe Partnerschaften werden gemanagt</li> <li>Finanzen werden gemanagt</li> <li>Gebäude, Einrichtungen und Material werden gemanagt</li> <li>Technologie wird gemanagt</li> <li>Informationen und Wissen werden gemanagt</li> </ul>	90
5.	Prozesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prozesse werden systematisch gestaltet und gemanagt</li> <li>Prozesse werden nach Bedarf und unter Nutzung von Innovationen verbessert, um Kunden und andere Interessengruppen voll zufriedenzustellen und die Wertschöpfung für sie zu steigern</li> <li>Produkte und Dienstleistungen werden auf Basis der Bedürfnisse und Erwartungen der Kunden entworfen und entwickelt</li> <li>Produkte und Dienstleistungen werden hergestellt, vermarktet und betreut</li> <li>Kundenbeziehungen werden gemanagt und vertieft</li> </ul>	140
6.	Kundenbezogene Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Messergebnisse über die Wahrnehmung</li> <li>Leistungsindikatoren</li> </ul>	200
7.	Mitarbeiterbezogene Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Messung der Wahrnehmung</li> <li>Leistungsindikatoren</li> </ul>	90
8.	Gesellschaftsbezogene Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Messergebnisse über die Wahrnehmung</li> <li>Leistungsindikatoren</li> </ul>	60
9.	Schlüsselergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Folgeergebnisse der Schlüsselleistungen</li> <li>Schlüsselleistungsindikatoren</li> </ul>	150

(Quelle: [www.qm-infocenter.de](http://www.qm-infocenter.de))

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die Arbeit

### **Total Quality Management im Krankenhauswesen**

-

Eine theoretische Betrachtung unter besonderer Beachtung der  
Implementierung des TQM's

selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und  
Hilfsmittel angefertigt habe.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

