

**Roman Jost**

## Qualitätsmanagement in der Bewegungstherapie

Entwicklung und Bewertung eines Methodenmanuals zur  
Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems nach  
DIN EN ISO 9001:2000 am Beispiel einer orthopädischen  
stationären Rehabilitationseinrichtung

**Doktorarbeit / Dissertation**

## **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:**

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

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

Copyright © 2002 Diplomica Verlag GmbH  
ISBN: 9783832468668

**Roman Jost**

## **Qualitätsmanagement in der Bewegungstherapie**

**Entwicklung und Bewertung eines Methodenmanuals zur Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9001:2000 am Beispiel einer orthopädischen stationären Rehabilitationseinrichtung**



---

Roman Jost

# Qualitätsmanagement in der Bewegungstherapie

*Entwicklung und Bewertung eines Methodenmanuals zur  
Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems  
nach DIN EN ISO 9001:2000 am Beispiel einer  
orthopädischen stationären Rehabilitationseinrichtung*

**Dissertation / Doktorarbeit  
an der Deutschen Sporthochschule Köln  
Fachbereich Sportwissenschaften  
Institut für Rehabilitation und Behindertensport  
Juni 2002 Abgabe**



**Diplom.de**

Diplomica GmbH \_\_\_\_\_  
Hermannstal 119k \_\_\_\_\_  
22119 Hamburg \_\_\_\_\_

Fon: 040 / 655 99 20 \_\_\_\_\_  
Fax: 040 / 655 99 222 \_\_\_\_\_

agentur@diplom.de \_\_\_\_\_  
www.diplom.de \_\_\_\_\_

ID 6866

Jost, Roman: Qualitätsmanagement in der Bewegungstherapie - Entwicklung und Bewertung eines Methodenmanuals zur Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9001:2000 am Beispiel einer orthopädischen stationären Rehabilitationseinrichtung  
Hamburg: Diplomica GmbH, 2003  
Zugl.: Köln, Sporthochschule, Dissertation / Doktorarbeit, 2002

---

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

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

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

Diplomica GmbH  
<http://www.diplom.de>, Hamburg 2003  
Printed in Germany

## INHALTSVERZEICHNIS

|            |  |    |
|------------|--|----|
| Einleitung |  | 1  |
| Gliederung |  | 2  |
| 1.         | Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements in der Sport- und Bewegungstherapie                               | 3  |
| 1.1        | Zum Begriff „Qualität“   | 8  |
| 1.2        | Einteilungsmöglichkeiten von Qualität  | 8  |
| 1.3        | Qualitätsmanagement  | 11 |
| 1.3.1      | Historische Entwicklung  | 11 |
| 1.3.2      | Zum Begriff „Qualitätsmanagement“  | 12 |
| 1.3.3      | Aufgaben eines Qualitätsmanagements  | 13 |
| 1.3.4      | Ziele des Qualitätsmanagements in der Sport- und Bewegungstherapie   | 14 |
| 1.4        | Das Qualitätsmanagementsystem  | 15 |
| 1.4.1      | Begriffsbestimmung und Zielsetzung   | 15 |
| 1.4.2      | Die internationale Norm DIN EN ISO 9001:2000   | 16 |
| 1.4.2.1    | Inhalt der Norm DIN EN ISO 9001:2000   | 16 |
| 1.4.2.1.1  | Kapitel 0 – 4 der Norm DIN EN ISO 9001:2000  | 16 |
| 1.4.2.1.2  | Kapitel 5 – 8 der Norm DIN EN ISO 9001:2000 und die Adaption für die ambulante und stationäre Rehabilitation | 26 |
| 1.5        | Zusammenfassung  | 63 |
| 2.         | Die Kommunikation und ihre Bedeutung für das bewegungstherapeutische Qualitätsmanagement                     | 64 |
| 2.1        | Zum Begriff „Kommunikation“  | 65 |
| 2.2        | Darstellung verschiedener Kommunikationsebenen   | 66 |
| 2.2.1      | Die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient – Analyse   | 67 |
| 2.2.1.1    | Die Gesprächsrichtung vom Therapeuten zum Patienten  | 68 |
| 2.2.1.2    | Das Gespräch zwischen Therapeut und Patient  | 70 |
| 2.2.2      | Die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient – Methodenmanual  | 70 |
| 2.2.2.1    | Die Gesprächsrichtung vom Therapeuten zum Patienten  | 70 |
| 2.2.2.1.1  | Die Vorbereitung   | 71 |

|           |   |     |
|-----------|---|-----|
| 2.2.2.1.2 | Die Durchführung  | 75  |
| 2.2.2.1.3 | Die Nachbereitung   | 76  |
| 2.2.2.2   | Das Gespräch zwischen Therapeut und Patient   | 77  |
| 2.2.2.2.1 | Echtheit (Kongruenz / Wahrhaftigkeit / Transparenz)                                     | 77  |
| 2.2.2.2.2 | Positive Wertschätzung (Akzeptanz / Bejahung)   | 78  |
| 2.2.2.2.3 | Einführendes Verstehen (Empathie)   | 78  |
| 2.2.3     | Die Kommunikation zwischen Vorgesetzten<br>(Abteilungsleitung) und Mitarbeiter = Führen | 79  |
| 2.2.3.1   | Zum Begriff „Führen“  | 81  |
| 2.2.3.2   | Unterschiedliche Führungsarten  | 81  |
| 2.2.3.3   | Unterschiedliche Führungstypen  | 82  |
| 2.2.3.4   | Unterschiedliche Führungsstile und ihre Einflussmöglichkeiten                           | 82  |
| 2.2.3.5   | Der Situationsbezogene Führungsstil   | 84  |
| 2.2.3.6   | Geforderte Führungsqualitäten   | 87  |
| 2.3       | Die Dokumentation   | 87  |
| 2.3.1     | Zum Begriff „Dokumentation“   | 88  |
| 2.3.2     | Verfahrensanweisungen   | 88  |
| 2.3.3     | Arbeitsanweisungen  | 90  |
| 2.3.4     | Formblätter   | 90  |
| 2.3.5     | Aufzeichnungen  | 91  |
| 2.4       | Zusammenfassung   | 91  |
| 3         | Methodenmanual zur Implementierung eines<br>Qualitätsmanagementsystems                  | 93  |
| 3.1       | Problemdarstellung  | 93  |
| 3.2       | Darstellung der Methoden zur Implementierung eines<br>Qualitätsmanagementsystems        | 97  |
| 3.2.1     | Die Strategiemethode „Plan-Do-Check-Act“  | 97  |
| 3.2.2     | Die Umsetzungsmethoden - Kreativitätstechniken  | 98  |
| 3.2.2.1   | Brainstorming   | 99  |
| 3.2.2.1.1 | Der Nutzen von Brainstorming  | 100 |
| 3.2.2.1.2 | Die Regeln des Brainstormings   | 100 |
| 3.2.2.2   | Brainwriting  | 101 |
| 3.2.2.3   | Mind-Mapping  | 102 |
| 3.2.2.3.1 | Der Nutzen von Mind-Mapping   | 102 |



|           |  |     |
|-----------|--|-----|
| 3.2.2.3.2 | Die Vorgehensweise von Mind-Mapping  | 102 |
| 3.3       | Vorbereitung zur Einführung eines Qualitätsmanagement-systems                            | 103 |
| 3.3.1     | Analyse der eigenen organisatorischen und kommunikativen Fähigkeiten - Selbstmanagement  | 103 |
| 3.3.2     | Analyse der eigenen organisatorischen und kommunikativen Fähigkeiten - Fremdeinschätzung | 107 |
| 3.4       | Die Prozessqualität - Therapieprozesse   | 108 |
| 3.4.1     | Analyse und Strukturierung der Einzelkomponenten des Kernprozesses „Therapie“            | 110 |
| 3.4.2     | Relevanz erfassung der Einzelkomponenten des Kernprozesses „Therapie“                    | 114 |
| 3.4.3     | Beispiel einer Verfahrensanweisung   | 116 |
| 3.4.4     | Arbeitsanweisungen   | 120 |
| 3.4.4.1   | Arbeitsanweisung für die Verordnung einer Einzelaktion                                   | 121 |
| 3.4.4.2   | Arbeitsanweisung für die Verordnung eines Aktionsbündels                                 | 133 |
| 3.4.4.3   | Beispiel einer Arbeitsanweisung – überwiegend in Textform                                | 139 |
| 3.4.4.4   | Beispiel einer Arbeitsanweisung – überwiegend in Bildform                                | 143 |
| 3.4.4.5   | Beispiel einer Arbeitsanweisung – in Mischform   | 144 |
| 3.4.4.6   | Beispiel einer Arbeitsanweisung – in Tabellenform  | 163 |
| 3.4.4.7   | Beispiel eines Formblattes / einer Aufzeichnung  | 164 |
| 3.4.4.8   | Das qualifizierte Arbeitszeugnis   | 165 |
| 3.5       | Die Strukturqualität   | 170 |
| 3.5.1     | Aufbauorganisation   | 170 |
| 3.5.1.1   | Zum Begriff „Aufbauorganisation“   | 170 |
| 3.5.1.2   | Die Einbindung der Abteilung Bewegungstherapie in die Gesamtorganisation                 | 171 |
| 3.5.1.3   | Beschreibung und Darstellung der Aufbauorganisation der Abteilung Bewegungstherapie      | 172 |
| 3.5.2     | Strukturierung der Therapie- und Schulungsräume  | 175 |
| 3.5.3     | Die Ausstattung der Therapieräume  | 176 |
| 3.5.3.1   | Der Behandlungsplatz   | 176 |
| 3.5.3.2   | Der Behandlungsraum  | 178 |
| 3.5.3.3   | Die Behandlungsebene   | 179 |

|           |  |     |
|-----------|--|-----|
| 3.5.5     | Personalmanagement   | 180 |
| 3.5.5.1   | Qualifikationsfilter   | 180 |
| 3.5.5.1.1 | Die Stellenausschreibung   | 180 |
| 3.5.5.1.2 | Die Bewerbungsunterlagen   | 181 |
| 3.5.5.1.3 | Das Bewerbungs- / Vorstellungsgespräch   | 182 |
| 3.5.5.2   | Die institutionsspezifische Qualitätsbildung   | 183 |
| 3.5.5.2.1 | Die Einarbeitungsphase – Stufe 1   | 183 |
| 3.5.5.2.2 | Die Konsolidierungsphase – Stufe 1   | 183 |
| 3.5.5.2.3 | Die Einarbeitungsphase – Stufe 2   | 184 |
| 3.5.5.2.4 | Die Konsolidierungsphase – Stufe 2   | 184 |
| 3.5.5.3   | Die Qualitätskontrolle   | 186 |
| 3.5.5.3.1 | Der Verlauf der Qualitätskontrolle   | 186 |
| 3.5.5.3.2 | Die Beurteilungskriterien  | 187 |
| 3.5.5.3.3 | Die Beurteilungsmöglichkeiten  | 193 |
| 3.5.5.4   | Die Weiterbildungsmaßnahmen  | 197 |
| 3.5.5.4.1 | Die Teambesprechung  | 197 |
| 3.5.5.4.2 | Die abteilungsinterne Weiterbildung  | 197 |
| 3.5.5.4.3 | Die abteilungsübergreifende Weiterbildung  | 198 |
| 3.5.5.4.4 | Die externe Weiterbildung  | 198 |
| 3.5.5.4.5 | Die hausinterne Weiterbildung durch externe Referenten<br>(Inhouse-Schulung)                               | 199 |
| 3.5.6     | Die Dienstplangestaltung   | 201 |
| 3.5.6.1   | Die Kapazitätsberechnung   | 202 |
| 3.5.6.1.1 | Die Berechnung der Fehlzeiten  | 202 |
| 3.5.6.1.2 | Die Berechnung der Arbeitskapazität  | 203 |
| 3.5.6.2   | Die Dienstplanmatrix   | 205 |
| 3.6       | Ergebnisqualität   | 207 |
| 3.6.1     | Die Ergebnisqualität bezogen auf die Therapieform  | 207 |
| 3.6.2     | Die Ergebnisqualität bezogen auf die Patientenzufriedenheit  | 209 |
| 3.7       | Leitfaden zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems<br>in der Bewegungstherapie und dessen Bewertung | 213 |
| 4.        | Zusammenfassung und Ausblick   | 216 |
|           | Literaturverzeichnis   | 219 |

- Aktives Kniegelenktraining als Beispiel einer Arbeitsanweisung  
überwiegend in Bildform -
- Aktives Hüftgelenktraining als Beispiel einer Arbeitsanweisung  
überwiegend in Bildform -
- Aktives Rückentraining als Beispiel einer Arbeitsanweisung  
überwiegend in Bildform -
- Stundenverlaufsplan als Beispiel einer Arbeitsanweisung in  
Tabellenform -
- Verordnungsmöglichkeiten für WS-HV-Patienten nach medizinischer  
Basisdiagnostik bzgl. Gruppentauglichkeit für / Arbeitsanweisung für  
eine Verordnung eines Aktionsbündels -
- Lebenslauf -

## EINLEITUNG

Mit der Leitung der Abteilung „Bewegungstherapie“ einer stationären Rehabilitationseinrichtung<sup>1</sup> ist für den Verfasser die Aufgabe verbunden, unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, qualitativ hochwertige indikationsbezogene bewegungstherapeutische Interventionsmaßnahmen im Sinne der Gesundheitsförderung zu konzipieren (planen und organisieren) und diese zur optimalen Durchführbarkeit mit den institutionellen Infrastrukturen (personelle, räumliche und apparative Gegebenheiten) zu korrelieren um die Mitarbeiter- und v.a. die Kundenzufriedenheit sicherzustellen.

Der Markt „Gesundheit und Rehabilitation“ ist durch immer knapper werdende Ressourcen geprägt. Demgegenüber stehen die steigenden Ansprüche der Kunden und Lieferanten nach Faktoren wie z.B. Qualität, Nachkonzepte etc. Um die Kosten<sup>2</sup> zu reduzieren, sollen ab 2003 als Steuerungsinstrumentarium zur Grundlage für das deutsche Vergütungssystem die DRG's<sup>3</sup> eingeführt werden (vgl. RAMBOW-BERTRAM 2000; BLATT 2001), wobei die Auswirkungen dieser DRG's auf die Rehabilitation noch diskutiert werden. Unumstritten ist jedoch die Forderung nach qualitätssichernden Maßnahmen (vgl. BLATT 2001; EGNER 2001; EVERMANN 2001).

Des weiteren gilt es auch, sowohl die Erwartungen bzw. Anforderungen der Gesellschafter, der Geschäftsführung und der medizinischen Leitung als auch die gesetzlichen und behördlichen Vorgaben zu erfüllen.

Intention dieser Arbeit ist somit die Entwicklung eines Methodenmanuals zur Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems (QMS) im Bereich der Bewegungstherapie einer stationären Rehabilitationsklinik. Es soll als Werkzeug dienen, die vielfältigen Anforderungen, die an ein QMS gestellt werden, umzusetzen.

Der Transfer dieses Methodenmanuals auf andere Abteilungen, unter Einbeziehung der abteilungsinternen Gegebenheiten und jeweiligen Schnittstellen, ist grundsätzlich möglich, jedoch nicht Gegenstand dieser Arbeit.

---

<sup>1</sup> Orthopädische Fachklinik Kurköln, Landgrafenstraße 32 – 38, 53474 Bad Neuenahr.

<sup>2</sup> Die Kosten der Bundesanstalt für Angestellte (BfA) für die Medizinische Rehabilitation betrug im Jahr 2000 ca. 2,5 Mrd. DM (vgl. EGNER 2001).

<sup>3</sup> DRG = Diagnosis Related Groups in Anlehnung an die AR-DRG = Australian Refined Diagnosis Related Groups.

## GLIEDERUNG

Zur systematischen Entwicklung und Einführung eines Organisationssystems zur Erfüllung oben genannter Forderungen und Erwartungen bedarf es neben fachlichen Kenntnissen (Sport- und Bewegungstherapie, Qualitätsmanagement) auch kommunikativer Fähigkeiten, um eine positive Einstellung der Mitarbeiter in Bezug auf „Qualitätsmanagement“ zu wecken bzw. zu fördern. Daraus ergibt sich folgender Aufbau:

**Kapitel 1:**

Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements in der Sport- und Bewegungstherapie (vor dem Hintergrund der Begriffsbestimmung von „Qualität“, „Qualitätsmanagement“ und „Qualitätsmanagementsystem“), die Darstellung der DIN EN ISO 9001:2000 und die Adaption für die ambulante und stationäre Rehabilitation.

**Kapitel 2:**

Die Bedeutung von Kommunikation für die Implementierung eines Qualitätsmanagements in der stationären Bewegungstherapie.

**Kapitel 3:**

Darstellung der Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems (Methodenmanual) und ihre Bewertung.

## 1. ENTWICKLUNGSSTAND DES QUALITÄTSMANAGEMENTS IN DER SPORT- UND BEWEGUNGSTHERAPIE

Bedingt durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG - 2000) sind die Erbringer medizinischer Leistungen unter dem Druck knapper werdender Ressourcen gefordert, mit qualitativen Gesundheitsleistungen<sup>4</sup> sowohl den vielfältigen Anforderungen, als auch der Notwendigkeit wirtschaftlichen Handelns zu entsprechen (vgl. TIEFENSEE / KOCH 1997; ADAM / HENKE 1998; VON EIFF 1998).

Hierbei wird „Gesundheitsförderung zunehmend als wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsentwicklung anerkannt. Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern“ (THE JAKARTA DECLARATION 1997).

(Das Gesundheitsprogramm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ der Weltgesundheitsorganisation WHO, das im Anschluss an die WHO/UNICEF-Konferenz in Alma Ata 1987 ausgearbeitet wurde und auf die Verbesserung der medizinischen

---

<sup>4</sup> Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation) WHO „Gesundheit ist ein vorübergehender Zustand körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ - rückt erstmals den Aspekt des Wohlbefindens in den Vordergrund (vgl. STEINBACH 1987; WYDRA 1992/1). Die Komplexität des Begriffes Gesundheit wird durch ihre statistische Erhebung deutlich. Alle relevanten Daten, beginnend mit allgemeinen demographischen Angaben sowie Mortalitäts- und Morbiditätsraten, über Angaben zu Verhaltensrisiken, stationärer Versorgung und Berufen\* im Gesundheitswesen, bis hin zu volkswirtschaftlichen Daten werden u.a. vom Bundesministerium für Gesundheit erhoben (vgl. BLUM / FACK-ASMUTH 1998; OLBRICH 1998; BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2000) (\* Hierzu sei erwähnt, dass unter 7.11 „Ausgewählte Bereiche und Berufe in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen“ Berufsgruppen wie Krankengymnast, Med. Bademeister und Ergotherapeut Beachtung finden, jedoch nicht die des Diplom-Sportlehrers.)

Ein weiteres Indiz für die oben angesprochene Komplexität sind die unterschiedlichsten Veranstaltungen/Veröffentlichungen wie z.B. „Internationaler Kongress Public Health“ (vgl. JEHN, P. / VOIGT-RADLOFF 2000), „Eckpunktepapier des Bündnis Gesundheit 2000“ (vgl. (VERBAND PHYSIKALISCHE THERAPIE 2000) und „Positionspapier“ (vgl. BUNDESARBEITS-GEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION 1999) etc., in denen sich die „Bearbeitung“ von Gesundheit i.w.S. widerspiegelt.

Neben der o. g. Definition verdeutlichen auch BÖS et al. (1992) die Mehrschichtigkeit des Gesundheitsbegriffs. Sie betrachten Gesundheit sowohl aus medizinischer als auch aus sozialer Sicht (hier sind v.a. die Bemühungen der Krankenkassen (vgl. DEUTSCHE KRANKENVERSICHERUNG AG 1994; TECHNIKER KRANKENKASSE 1995), pharmazeutischer Unternehmen (vgl. OPFERMANN o.J. [Video]; PFLEGER o.J. [Video]; diverser Organisationen (vgl. DEUTSCHE KREBSHILFE o.J.; BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR BEHINDERTE o.J.; DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR REHABILITATION BEHINDERTER, BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION); verschiedener Berufsdachverbände (vgl. DEUTSCHER VERBAND FÜR PHYSIOTHERAPIE; DEUTSCHER VERBAND FÜR GESUNDHEITSSPORT UND SPORTTHERAPIE). u.v.m. (vgl. STIFTUNG WARENTEST 1993) zu nennen, die das Thema Gesundheit der Öffentlichkeit bzw. ihren Versicherten oder Mitgliedern nahe bringen.) und anthropologischer Sicht (vgl. BÖS et al. 1992) und zeigen gleichzeitig eine Palette von möglichen Interventionsmaßnahmen. Einer dieser gesundheitsbeeinflussenden Faktoren ist der Sport.

Versorgung abzielt, ist ein Beispiel für Gesundheitsförderung (vgl. WYDRA 1992/2.) )

BRÖSSKAMP-STONE et al. (1998) ergänzen diese Zielsetzung der Gesundheitsförderung<sup>5</sup> durch die Aussage, dass sie die bestehenden erheblichen Ungleichheiten in

---

<sup>5</sup> Betrachtet man die Entwicklung der letzten Jahre – besonders seit der Gesundheitsreform 1996 – so zeigt sich durch die Einsparungen v.a. im orthopädisch-therapeutischen Bereich, dass z.Zt. der Trend der Gesundheitsförderung in der stationären Rehabilitation mehr und mehr in der Aufklärung, also in der Gesundheitserziehung /-bildung liegt (vgl. SAURBIER 1985; BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE o.J.; BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE 1995; VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER 2000).

Bedingt ist dies durch den Panoramawechsel in der Krankheitsgenese. Heutzutage stehen nicht mehr die durch Krankheitserreger verursachten Akuterkrankungen im Vordergrund, sondern die durch die Lebensbedingungen mitbedingten chronischen Erkrankungen, deren Genese oftmals jahrzehntelang zurückverfolgt werden kann (vgl. BÖS et al. 1992; SCHÜLE 2000). Ein typisches Beispiel hierfür sind die chronischen Rückenschmerzen.

Sowohl die Gesetzgebung als auch die umfangreichen Bemühungen v.a. im Arbeitsbereich – selbst durch Initiativen der Europäischen Union, die aktive Gesundheitsförderung zu etablieren, belegen die Notwendigkeit, arbeitsmedizinische und arbeitswissenschaftliche Ansätze zu unterstützen. (vgl. BALDUS 1988; DIEBSCHLAG 1998; GEHRING 1998; GLÄSER 1998/1 u. 1998/2); WALERIUS 1998;). HUBER und SCHÜLE (2000) beschreiben die sporttherapeutischen Einsatzfelder von der klinischen / ambulanten Sporttherapie über den Rehabilitationssport und Gesundheitssport bis hin zur betrieblichen Gesundheitsförderung. (Themenrelevant ist hierbei nur die stationäre Rehabilitation.)

Bei der Betrachtung der hierfür bedeutsamen Literatur ist auf Grund der Vielfalt der verschiedensten Themen, eine geradezu unüberschaubare Fülle von Quellennachweisen zu finden.

Zahlreiche Veröffentlichungen (neben diesen folgend aufgeführten zahlreichen Veröffentlichungen gibt es u.a. auch Fachzeitschriften, die mit den Begriffen „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ etc. werben, indem sich diese Begriffe in deren Titel wiederfinden wie z.B. GESUNDHEITSSPORT UND SPORTTHERAPIE, HERZ SPORT & GESUNDHEIT, TZ GESUNDHEITSMAGAZIN, GESUNDES LEBEN u. v. m.) zu sporttherapeutischen Maßnahmen (hierzu zählen auch Veröffentlichungen zu verschiedenen Testverfahren (BUCKUP 1995; JANDA 2000; KENDALL / KENDALL 1988)) basieren auf der direkten Ursache-Wirkung-Beziehung zwischen sportlicher Betätigung und physiologischen Parametern (vgl. COOPER 1970; STEGEMANN 1971; FINDEISEN et al. 1976; HOLLMANN / HETTINGER 1976; MARKWORTH 1986; LETZELTER 1987; JONATH 1988). Auch die späteren Veröffentlichungen zur Darstellung „allgemeiner sportbezogener“ (vgl. SÖLVEBORN 1983; LAGERSTRØM et al. 1993; LAGERSTRØM / BJAMASON 1985; LETZELTER / LETZELTER 1986; SPRING et al. 1986; MENDE 1988; BALK 1994), „therapieorientierter“ (vgl. KOSEL 1981; EINSINGBACH 1990; EVJENTH 1990; EVJENTH / HAMBERG 1993; GOLLNER et al. 1991; PREIBSCH / REICHARDT 1991; REICHHARD 1992; KUCERA 1988; RÖSSLER 1988; BINKOWSKI / HUBER 1989,1993; BUCK 1993; KONSELLEK / KONSELLEK 1993; KLEIN-VOGELBACH 1994; DVORAK et al. 1997; KLEIN-VOGELBACH 2000; DEUTSCHER VERBAND FÜR PHYSIOTHERAPIE o.J. ;BSA LEHRZENTRUM o.J.) und „indikationsorientierter“ (hierunter sind auch Publikationen wie z.B. Forschungsberichte (vgl. DER BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG 1988, 1990) oder auch die diverser pharmazeutischer Unternehmen wie z.B. der Firma Schwarz Pharma – Monheim (vgl. LAGERSTRØM / SCHMAGOLD 1988; KRAUSE / RÖSCH 1989; VÖLKER 1989; SCHMAGOLD 1990; LAGERSTRØM / BJARNASON 1992) zu nennen (vgl. GOSSNER 1983; BRUSIS / WEBER-FALKENSAMMER 1986; DORDEL 1987; FREIWALD 1989; BINKOWSKI / HUBER 1990; COTTA et al. 1990; JOST 1990; KAISER / HÖFLING 1990; ROST 1991; ANTON 1992; ERNST 1993; MATULA et al. 1993; JOST 1993; STEININGER / BUCHBAUER 1994; FRISCH 1995; KELLER 1995; WINKEL et al. 1995; FROBÖSE / NELLESSEN 1998; GISLER 1998; SCHÜLE / SCHNIEDERS 2000; UNGERER-RÖHRICH / HÖLTER 2000; ROST et al. o.J.) Bewegungsformen beschreiben vornehmlich die Einflüsse der körperlichen Adaptionsmechanismen in ihrem Kausalzusammenhang zur Reizsetzung und somit zur Gesundheitsförderung (Themenverwandte Bewegungsformen wie z.B. die Feldenkrais Methode (vgl. RYWERANT 1985), YOGA (vgl. SIVANADA YOGA ZENTRUM 1988), Atemtherapie (vgl. MIDDENDORF 1990) oder auch Taiji Quan und Qi Gong (vgl. SCHMITTMANN 1992) sollten hierbei Erwähnung finden.

(Weiter nächster Seite)

der Gesundheits- und Lebenserwartung unterschiedlicher sozialer Gruppen reduzieren sollen (BRÖSSKAMP-STONE et al. 1998).

Weitere Begriffe, die mit Gesundheitsförderung eng im Zusammenhang stehen, sind z.B. Gesundheitserziehung, Gesundheitssport, Gesundheitstraining (vgl. SAURBIER 1985; BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE o.J.; WYDRA 1992/3; BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE 1995; VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER 2000)).

Vor dem Hintergrund dieser vermeintlich gegensätzlichen Ziele der Qualitätssteigerung bei gleichzeitiger Kostenreduzierung bedarf es der Installation intelligenter Organisations- und Führungskonzepte, um diese miteinander in Einklang zu bringen.

Das BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT erklärte am 16. Dezember 1999 in seiner Pressemitteilung:

„So wird z.B. auch für ... sowie stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen – wie in der Industrie – Qualitätsmanagement eine dauerhafte Aufgabe.“  
(vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 1999).

---

Die zunehmende Spezifizierung biomechanischer Arbeitsbereiche und ihre Erkenntnisse (vgl. VAN DEURSEN et al. 1999/1, 1999/2, 1999/3, 1999/4) erhalten im Zusammenhang mit bewegungstherapeutischen Arbeitsfeldern, (wie z.B. das Thema „wirbelsäulengerechtes Sitzen“ bei der Rückenschule) eine immer größere Bedeutung.

Darüber hinaus sind auch die Einflüsse sportbezogener Aktivitäten auf die Psyche nicht nur umfangreich bekannt sondern auch in ihrer vielfältigen Wirksamkeit veröffentlicht (vgl. ALLMER 1983; DETER 1986; KREUZHUBER 1986; MRAZEK 1986; INNENMOSE 1988; HÖLTER, G. 1989; HUBER, G. 1989; SCHMEDT, G. 1989; HOFFMANN / KLEINE 1990; REINER et al. 1990; ERNST / LACKINGER 1991; RÜMMELE 1991; HÖFLING 1993; KOSELLEK / KOSELLEK 1993; HEUPEL 1995; KUNKEL 1995; FISCHER, R. 2000; GEIGER, W. 2000; HUBER 2000; JAMON 2000; SCHIRMER 2000).

Daraus ergibt sich zwangsläufig die Feststellung, dass durch Sport und Bewegung die Gesundheit gefördert werden kann (Auf die verschiedenen zusätzlichen Möglichkeiten der Gesundheitsförderung wie z.B. Fußreflexzonentherapie (vgl. LEIBOLD 1987), Aromatherapie (vgl. KRAUS 1991), Reiki (vgl. BAGINSKI / SHARAMON 1994) oder auch Ayurveda (vgl. HEINKE 1995) wird hierbei nicht näher eingegangen.) und dem Sporttherapeuten umfangreiche Möglichkeiten verschiedenster Interventionsmaßnahmen (die dafür vorgesehenen Ausbildungsmöglichkeiten im Bereich sportwissenschaftlicher Studiengänge werden u.a. von PFEIFER dargestellt (vgl. PFEIFER 1999) zur Verfügung stehen, was wiederum neuste Veröffentlichungen bestätigen (vgl. HASKEL 2000; HOLLMANN / STÜDER 2000; NOAKES 2000; SALTIN / HELGE 2000).



Der Gesetzgeber fordert die Implementierung solcher qualitätssichernder Organisationsstrukturen (Qualitätsmanagement) im Sozialgesetzbuch V:

„§ 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung.

(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(2) Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sind nach Maßgabe der §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern. Zugelassene Krankenhäuser, stationäre Vorsorgereinrichtungen und stationäre Rehabilitationseinrichtungen sind nach Maßgabe der §§ 137 und 137d verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.“ (BECK 2001)

Die Relevanz dieser Thematik wird sowohl durch die Menge etablierter Institutionen (wie z.B.: Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald, Forschungsstelle Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemerforschung der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung Gesundheitsökonomie der Universität Ulm, Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Freiburg und Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung Bad Säckingen, Institut für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Berlin und Deutsche Gesellschaft der Ärzte für Qualitätsmanagement (vgl. DGÄQ 2001), Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (vgl. AQS 2001)) als auch durch die Anzahl der themenbezogenen Veröffentlichungen (vgl. z.B. BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLE 1995, 1997; DEUTSCHER VERBAND FÜR GESUNDHEITSSPORT UND SPORTTHERAPIE 1997; TIEFENSEE / KOCH 1997; ADAM / HENKE 1998; BADURA / STRODTHOLZ 1998; RIENHOFF 1998; SCHWARTZ et al 1998; SWART / ROBRA 1999; VON EIFF 1998; DEUTSCHER VERBAND DER ERGOTHERAPEUTEN 1999; KOKOTT-KARRENBERG et al. 1999; BECKMANN et al. 2000; DIETSCHKE et al. 2000; HARTMANN / OPPER 2000; KAINZ et al. 2000; KRAUTH et al. 2000; LÜDTKE 2000; REHBERG 2000; ROBERTZ-GROSSMANN / PRÜMEL-PHILIPPSEN 2000; WASERN et al. 2000; BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE 2001; GÜTERGEMEINSCHAFT GESUNDHEITSSPORT-ZENTRUM e.V. 2001; MEIER / EWALD 2001; KORSUKÉWITZ 2001; RISCHE

MEIER / EWALD 2001; KORSUKÉWITZ 2001; RISCHE 2001; SCHILLINGER 2001; WELSINK 2001) verdeutlicht.

Die seit Jahren bestehenden Bemühungen dieser o.g. Zielharmonisierung der Kunden-, Qualitäts- und Kostenorientierung im Bereich der Sport- und Bewegungstherapie zeigen sich einerseits durch die Publikationen v.a. von HUBER / BALDUS (vgl. HUBER / BALDUS 1997, 1998, 1999, 2000/1, 2000/2, 2001) und andererseits durch das seit Mitte 2001 bestehende Lehrgangsangebot des TÜV Saarland / DVGS Waldenburg zum „Qualitätsbeauftragten im Gesundheitswesen“. Auch das im Dezember 2000 gegründete „Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation“ an der Deutschen Sporthochschule Köln (vgl. SCHÜLE 2001) und die an der Humboldt Universität zu Berlin - Institut für Sportwissenschaft - angebotene Veranstaltung „Verwaltung: Qualitätsmanagement in der Rehabilitation“ (vgl. HUMBOLDT UNIVERSITÄT ZU BERLIN 2001) können nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich im Vergleich zum Akutkrankenhaus und dem Pflegebereich (vgl. WEH / SIEBER 1995; KATZ / GREEN 1996; VIETHEN / MAIER 1996; ARNOLD et al. 1997; ZWIERLEIN 1997; WALTHER 1998; BACHNER 1999; LIEBELT 1999; EICHHORN / SCHMIDT-RETTING 2001; STANJEK 2001) eher um eine „neue Disziplin“ handelt, wobei jede empirische wissenschaftliche Arbeit durch die Erfüllung der geforderten Bestimmungsmerkmale von Messungen und Statistiken (z.B. Gütekriterien wie Objektivität, Validität, Reliabilität) (vgl. BÖS 1986; RADKE 1999; KOOL / DE BIE 2001) zur Qualitätssicherung beiträgt und Qualitätssicherung wiederum Bestandteil des Qualitätsmanagements ist.

Auch vergleichbare Weiterbildungsangebote wie z.B. „Qualitätsbeauftragte/r (TÜV) (Dienstleistung)“ der TÜV-Akademie Rheinland GmbH Köln und „Sozialmanagement“ der Gemeinnützigen Gesellschaft für soziale Dienste – DAA-mbH Nürnberg / Fern-Fachhochschule Hamburg beinhalten immer neben der Vermittlung grundlegender Kenntnisse des Qualitätsmanagements auch Kommunikations- und Kreativitätstechniken und verdeutlichen somit den untrennbaren Zusammenhang von prozessorientierten Organisationssystemen und der zur Umsetzung notwendigen Kommunikationsfähigkeit.

## 1.1 ZUM BEGRIFF „QUALITÄT“

Der aus dem Lateinischen stammende Begriff „Qualität“ bedeutet übersetzt Beschaffenheit, Eigenschaft bzw. die Gesamtheit von charakteristischen Eigenschaften (vgl. SCHILDKNECHT 1992; BRUHN 1997; DER BROCKHAUS 1998/1; KAMISKE / BRAUER 1999) und wird in der internationalen Norm DIN EN ISO<sup>6</sup> 9000:2000 als „Grad, indem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“<sup>7</sup> (DIN EN ISO 9000:2000, 2000) definiert. Vereinfacht lässt sich Qualität als die Erfüllung von Anforderungen und Erwartungen oder auch als Gebrauchstauglichkeit beschreiben (vgl. FREHR 1994; ROTHERY 1994; SCHNAUBER et al. 1997; DAS BILDUNGSUNTERNEHMEN FÜR BERUFLICHE UND PRIVATE FORT- UND WEITERBILDUNG 2000; TÜV AKADEMIE RHEINLAND 2001).

## 1.2 EINTEILUNGSMÖGLICHKEITEN VON QUALITÄT

WEINERT unterteilt Qualität hinsichtlich der Organisationslehre in:

- Qualität der Arbeitsergebnisse (z.B. Dienstleistung)
- Qualität der Verfahren (z.B. Methoden, Abläufe, Kontrollen)
- Qualität der technischen Geräte und Materialien (z.B. Therapiegeräte)
- Qualität des Sozialverhaltens (Teamfähigkeit, Führungsverhalten)

(vgl. WEINERT 1998), wobei die qualitätsrelevanten Faktoren wie z.B. personelle und räumliche Ressourcen hierbei unberücksichtigt bleiben.

GARVIN betrachtet Qualität aus fünf unterschiedlichen Blickrichtungen:

- Die transzendente Sichtweise – Qualität ist absolut und universell erkennbar, d.h. sie ist ein Zeichen von kompromisslos hohen Ansprüchen und Leistungen

---

<sup>6</sup> Die Bezeichnung DIN (= Deutsches Institut für Normierung) EN (= Europa-Norm) ISO (= International Organization for Standardization) besagt, dass die Normenreihe (Norm: lat. „norma“ Richtschnur, Regel) in Deutschland und Europa anerkannt ist und internationale Gültigkeit hat.

<sup>7</sup> Anmerkung 1: Die Benennung „Qualität“ kann zusammen mit Adjektiven wie „schlecht“, „gut“, oder „ausgezeichnet“ verwendet werden. Anmerkung 2: „Inhärent“ bedeutet im Gegensatz zu „zugeordnet“ „einer Einheit innewohnend“, insbesondere als ständiges Merkmal (DIN EN ISO 9000:2000, 2000)

gen. Außerdem ist sie nicht präzise zu definieren und wird nur durch Erfahrung empfunden.

- Die produktbezogene Sichtweise – Qualität ist präzise und messbar; d.h., dass Qualitätsunterschiede durch bestimmte Eigenschaften oder Bestandteile eines Produktes sich auch quantitativ widerspiegeln.
- Die anwenderbezogene Sichtweise – Qualität liegt im Auge des Betrachters und weniger im Produkt. Damit wird ausgedrückt, dass individuelle Konsumenten auch individuelle Wünsche haben, wobei die Produkte als qualitativ hochwertig bezeichnet werden, die den Bedürfnissen am meisten entsprechen.
- Die produktbezogene Sichtweise – Qualität ist das Einhalten von vorgegebenen Spezifikationen, also eine gut ausgeführte Arbeit, deren Ergebnis die Anforderungen zuverlässig und sicher erfüllt.
- Die Preis-Nutzen-bezogene Sichtweise – Qualität wird durch Kosten und Preise ausgedrückt. Hierbei erfüllt eine bestimmte Leistung einen akzeptablen Preis.

(vgl. GARVIN 1988; KAMISKE / BRAUER 1999)

SCHILDKNECHT belegt in Folge dessen:

„Trotz intensiver Normungsbemühungen zeichnet sich bis heute keine einheitliche Terminologie und damit keine gemeinsame Verständigungsbasis über die Inhalte dessen, was unter Qualität zu verstehen ist, ab.“(SCHILDKNECHT 1992)  
(vgl. auch WONIGEIT 1996)

Eine für die Bewegungstherapie geeignetere Begriffseinteilung zeigt sich in der Differenzierung in:

- Strukturqualität (=Konzeption): bietet die Grundlagen und Voraussetzungen der qualitativen Leistungserstellung im Rahmen eines Gesamtprozesses (z.B. räumliche und apparative Voraussetzungen, Vertragswesen, personelle Gegebenheiten wie Qualifikation der Mitarbeiter etc.),
- Prozessqualität (=Realisation): umschreibt die Durchführung von Arbeitsabläufen in Form von Verfahrens- und Arbeitsanweisungen (z.B. Befunderhebung, Behandlung etc.) und
- Ergebnisqualität (= Evaluation): umschreibt den Grad der Erreichung zuvor definierter Zielsetzungen unter Einbeziehung der Zufriedenheit der Kunden

(z.B. die durch das medizinisch-therapeutische Handeln bewirkte Veränderung des Gesundheitszustandes bzw. der motorischen Leistungsfähigkeit)  
(vgl. HUBER / BALDUS 1997, 1998, 1999, 2000/1, 2000/2, 2001; DEUTSCHER VERBAND FÜR GESUNDHEITSSPORT UND SPORTTHERAPIE 1997; SCHWARTZ et al. 1998; KOKOTT-KARRENBURG et al. 1999).

Diese Aufteilung entspricht dem sogenannten „Drei-Dimensionen-Modell“ der Dienstleistungsqualität, wobei

- sich die Potentialdimension vor allem auf die Wahrnehmung der Strukturen und Potentiale des Dienstleistungsanbieters bezieht,
- die Prozessdimension die Dienstleistung als Folge von Tätigkeiten erfasst und
- sich die Ergebnisdimension auf die Beurteilung der erfolgten Leistung bzw. des Ergebnisses des Dienstleistungsprozess bezieht.

(vgl. DONABEDIAN 1980; HILKE 1989)

Abschließend sei hierzu erwähnt, dass BORGWARD (1987) beschreibt, wie Qualität entsteht, nämlich in den Köpfen der Beteiligten. KAMISKE (1990) bestätigt dieses mit seiner Aussage, dass Qualität mit der zur Verfügung stehenden Technik auf der Basis einer entsprechenden Geisteshaltung entsteht (vgl. BORGWARD 1987; KAMISKE 1990).



Qualitätsförderung, Problembearbeitung durch Projektgruppen.

- Feigenbaum: Strukturierung von Qualitätsaktivitäten, Ausgestaltung von Qualitätssicherungssystemen („Total Quality Control“).
- Ishikawa: Berücksichtigung aller unternehmerischen Aktivitäten vor dem Hintergrund eines umfassenden partizipativen Führungsstils.

(vgl. FEIGENBAUM 1983; DEMING 1986; SCHILDKNECHT 1992; ZINK 1995; WONIGEIT 1996; BRUHN 1997 KAMISKE / BRAUER 1999)

und diverse Konzepte wie z.B. :

- Lean Production: Schlanker Beschaffungs- und Vertriebskanal, schlanke Produktionsentwicklung und Fertigung
- KAIZEN: Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)
- Business Reengineering: Völlige Neugestaltung des Unternehmens wie z.B. in Bereichen der Arbeitsteilung, hierarchischer Kontrolle etc.

(vgl. IMAI 1986, IMAI 1992; WOMACK et al. 1992 ; HAMMER / CHAMPY 1994; WILHELM 1994; ZINK 1995 KAMISKE / BRAUER 1999).

### 1.3.2 ZUM BEGRIFF „QUALITÄTSMANAGEMENT“<sup>8</sup>

„To manage“ heißt übersetzt „führen“, „verwalten“ bzw. „damit zurecht kommen“ (vgl. GORETZKY 1988). Das bedeutet, dass Qualität einerseits Aufgabe des Managements, also der Leitung, ist und andererseits aktiv gelenkt, also beherrscht werden kann (vgl. TÜV CERT 2000; TÜV AKADEMIE RHEINLAND 2001), d.h. Management ist als Prozess zu verstehen, der die Planung, Organisation und Durchführung umfasst und sowohl die Effektivität der eingesetzten Arbeitskraft als auch die Betriebsmittel überwacht (vgl. KAMISKE / BRAUER 1999; KRAUS 2001).

---

<sup>8</sup> qualis (lat.) = wie beschaffen  
 manus (lat.) = Hand  
 gerere (lat.) = tun (vgl. DAS BILDUNGSUNTERNEHMEN FÜR BERUFLICHE UND PRIVATE FORT- UND WEITERBILDUNG 2000)

Die DIN EN ISO 9000:2000 definiert Qualitätsmanagement als

„aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität“ (DIN EN ISO 9000:2000, 2000).

### 1.3.3 AUFGABEN EINES QUALITÄTSMANAGEMENTS

Das unter 1.3.2 beschriebene Leiten und Lenken der Qualität bedeutet somit das Festlegen:

- der Qualitätspolitik (Übergeordnete Absichten und Ausrichtung einer Organisation zur Qualität, wie sie von der obersten Leitung formell ausgedrückt wird.

Anmerkung 1: Generell steht die Qualitätspolitik mit der übergeordneten Politik der Organisation in Einklang und bildet den Rahmen für die Festlegung von Qualitätszielen.

Anmerkung 2: Qualitätsmanagementgrundsätze dieser internationalen Norm können als Grundlage für die Festlegung einer Qualitätspolitik dienen.)

- der Qualitätsziele (etwas bezüglich Qualität Angestrebtes oder zu Erreichendes. Anmerkung 1: Qualitätsziele beruhen im Allgemeinen auf der Qualitätspolitik der Organisation.

Anmerkung 2: Qualitätsziele werden im Allgemeinen für die zutreffenden Funktionsbereiche und Ebenen in der Organisation festgelegt.)

- der Qualitätsplanung (Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Festlegen der Qualitätsziele und der notwendigen Ausführungsprozesse sowie der zugehörigen Ressourcen zur Erfüllung der Qualitätsziele gerichtet ist.

Anmerkung: Das Erstellen von Qualitätsmanagementplänen kann Teil der Qualitätsplanung sein.)

- der Qualitätslenkung (Teil des Qualitätsmanagements, der auf die Erfüllung von Qualitätsanforderungen gerichtet ist.)
- der Qualitätssicherung (Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen auf die Erfüllung von Qualitätsanforderungen gerichtet ist.)



- der Qualitätsverbesserung (Teil des Qualitätsmanagements, der auf die Erhöhung der Fähigkeit zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen gerichtet ist.  
Anmerkung: Die Anforderungen können jeden beliebigen Aspekt betreffen, wie Wirksamkeit, Effizienz oder Rückverfolgbarkeit.)

(vgl. ROTHERY 1994; BRUHN 1997; SCHNAUBER et al. 1997; DIN EN ISO 9000:2000, 2000)

Zur Prüfung der Wirksamkeit einzelner im Unternehmen eingesetzter Prozesse wird das Verfahrensaudit eingesetzt; zum Nachweis der Funktionsfähigkeit des gesamten Qualitätsmanagementsystems dient das Systemaudit (vgl. KIRSTEIN 1991; KAMISKE / BRAUER 1999).

#### 1.3.4 ZIELE DES QUALITÄTSMANAGEMENTS IN DER SPORT- UND BEWEGUNGSTHERAPIE

Die allgemein gefassten Aussagen zu den Zielsetzungen eines Qualitätsmanagements, dass dieses als organisatorische Ordnung die Gesamtheit aller Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität von Prozessen / Arbeitsabläufen und Organisationsstrukturen beinhaltet und somit

- der Erfüllung der im Mittelpunkt stehenden Kundenwünsche,
- der Fehlervermeidung,
- der Fehleranalyse,
- der Fehlerbeseitigung und
- der Kostenreduzierung

dient (vgl. DER BROCKHAUS 1998/4; TÜV CERT 2000; TÜV AKADEMIE RHEINLAND 2001), sind folglich auch auf die Sport- und Bewegungstherapie übertragbar.

## 1.4 DAS QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM

Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in einem Unternehmen muss als Führungsaufgabe verstanden werden und ist somit Entscheidung der Unternehmensleitung (vgl. FREHR 1994; WONIGEIT 1996; HUMMEL / MALORY 1997; SCHNAUBER et al. 1997; KAMISKE / BRAUER 1999).

### 1.4.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG UND ZIELSETZUNG

Ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) - als Gesamtheit der qualitätsbezogenen Tätigkeiten und Zielsetzungen - ist eine planmäßige Organisationsstruktur, die

- Verantwortlichkeiten und Befugnisse (Aufbauorganisation) regelt,
- auszuführende Tätigkeiten und ihre Wechselwirkungen (Ablauforganisation) festlegt,
- einzusetzende Mittel (z.B. Personal, Geräte, Methoden) definiert und
- diese schriftlich fixiert (Dokumentation)

mit dem Ziel einer

- Transparenz der Organisationsform und
- Herleitung klarer Organisationsabläufe

(vgl. GASTER 1995; SCHNAUBER et al. 1997; KAMISKE / BRAUER 1999; TÜV CERT 2000; TÜV AKADEMIE RHEINLAND 2001).

Ein Leitfaden zur Implementierung eines QMS bietet die Normenreihe DIN EN ISO 9001:2000.

## 1.4.2 DIE INTERNATIONALE NORM DIN EN ISO 9001:2000

Diese nationale und international gültige Norm (siehe Tab. 1 und 2) wurde u.a. mit dem Ziel entwickelt, verschiedene QM-Normen und –Forderungen zu vereinheitlichen, um eine Allgemeingültigkeit zu erzielen (vgl. SCHILDKNECHT 1992; KAMISKE / BRAUER 1999; TÜV AKADEMIE RHEINLAND 2001).

Es handelt sich hierbei um eine „freiwillige“ Norm, obwohl durch die allgemeine Annahme dieser Norm ein allgemeingültiger Technikstand entstehen kann, der wiederum gesetzlichen Charakter annehmen kann – z.B. die Rechtsprechung im Rahmen der Produkthaftung (vgl. ROTHARY 1994; SCHNAUBER et al. 1997).

### 1.4.2.1 INHALT DER NORM DIN EN ISO 9001:2000

Der Inhalt dieser Norm gilt als Empfehlung für diejenigen Dienstleistungsunternehmen<sup>9</sup>, die ihren Kunden darlegen wollen, dass sie die festgelegten Anforderungen erfüllen ( vgl. ROTHARY 1994).

#### 1.4.2.1.1 KAPITEL 0 – 4 DER NORM DIN EN ISO 9001:2000

In den Abschnitten 0 bis 4 werden Hilfestellungen und Anleitungen zum Umgang mit der Norm gegeben, wobei in

- Abschnitt 0 v.a. das Thema Prozessorientierung mittels eines Modells erläutert wird,
- Abschnitt 1 erklärt wird, dass es primär um die Erfüllung der

---

<sup>9</sup> „Dienstleistungen sind selbständige marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten verbunden sind (Potentialorientierung). Interne und externe Faktoren werden im Rahmen des Leistungserstellungsprozesses kombiniert (Prozessorientierung). Die Faktorkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den externen Faktoren – Mensch oder deren Objekte nutzenstiftende Wirkungen zu erzielen (Ergebnisorientierung) (BRUHN 1997) (vgl. auch WELLBROCK 1994).

Kundenanforderungen und Messung der Kundenzufriedenheit geht,

- Abschnitt 2 und 3 auf andere Normen und Begriffe verwiesen wird,
- Abschnitt 4 allgemeine Anforderungen und Dokumentationsanforderungen aufgezeigt werden.

## **0. Einleitung**

### **0.1 Allgemeines**

Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems sollte eine strategische Entscheidung einer Organisation sein. Gestaltung und Verwirklichung des Qualitätsmanagementsystems seiner Organisation werden von sich verändernden Erfordernissen, besonderen Zielen, den bereitgestellten Produkten, den angewandten Prozessen und der Größe und Struktur der Organisation beeinflusst. Es ist nicht Absicht dieser Internationalen Norm zu unterstellen, dass Qualitätsmanagementsysteme einheitlich strukturiert oder einheitlich dokumentiert sein müssen.

Die in dieser Internationalen Norm festgelegten Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem ergänzen die Anforderungen an Produkte. Als „ANMERKUNG“ gekennzeichnete Informationen dienen als Anleitung zum Verständnis oder der Erläuterung der zugehörigen Anforderung.

Diese Internationale Norm kann von internen und externen Parteien einschließlich Zertifizierungsstellen verwendet werden, um die Fähigkeit der Organisation zur Erfüllung der Anforderungen der Kunden, der Behörden und der eigenen Organisation zu bewerten.

Die in ISO 9000 und ISO 9004 niedergelegten Grundsätze für das Qualitätsmanagement wurden bei der Erarbeitung dieser Internationalen Norm berücksichtigt.

## 0.2 Prozessorientierter Ansatz

Diese Internationale Norm fördert die Wahl eines prozessorientierten Ansatzes für die Entwicklung, Verwirklichung und Verbesserung der Wirksamkeit eines Qualitätsmanagementsystems, um die Kundenzufriedenheit durch die Erfüllung der Kundenanforderungen zu erhöhen.

Damit eine Organisation wirksam funktionieren kann, muss sie zahlreiche miteinander verknüpfte Tätigkeiten erkennen, leiten und lenken. Eine Tätigkeit, die Ressourcen verwendet und die ausgeführt wird, um die Umwandlung von Eingaben in Ergebnisse zu ermöglichen, kann als Prozess angesehen werden. Oft bildet das Ergebnis des einen Prozesses die direkte Eingabe für den nächsten.

Die Anwendung eines Systems von Prozessen in einer Organisation, gepaart mit dem Erkennen und den Wechselwirkungen dieser Prozesse sowie deren Management, kann als „prozessorientierter Ansatz“ bezeichnet werden.

Ein Vorteil des prozessorientierten Ansatzes besteht in der ständigen Lenkung, die dieser Ansatz über die Verknüpfungen zwischen den einzelnen Prozessen in dem System von Prozessen sowie deren Kombination und Wechselwirkung bietet.

Bei der Verwendung in einem Qualitätsmanagementsystem betont ein derartiger Ansatz die Bedeutung

- a) des Verstehens und der Erfüllung von Anforderungen,
- b) der Notwendigkeit, Prozesse aus der Sicht der Wertschöpfung zu betrachten,
- c) der Erzielung von Ergebnissen bezüglich Prozessleistung und –wirksamkeit und
- d) der ständigen Verbesserung von Prozessen auf der Grundlage objektiver Messungen.

Das im Bild 1 vorgestellte Modell eines prozessorientierten QM-Systems verdeutlicht die in den Abschnitten 4 bis 8 vorgestellten Prozessverknüpfungen. Dieses Bild zeigt, dass Kunden eine bedeutende Rolle bei der Festlegung von als Eingaben zu betrachtenden Anforderungen spielen. Die Überwachung der Kundenzufriedenheit erfordert die Beurteilung von Informationen darüber, welche Wahrnehmungen bei den Kunden über die Erfüllung der Kundenanforderungen durch die Organisation herrschen. Das in Bild 1 gezeigte Modell umfasst die Anforderungen dieser Internationalen Norm, ohne allerdings Prozesse detailliert darzustellen.

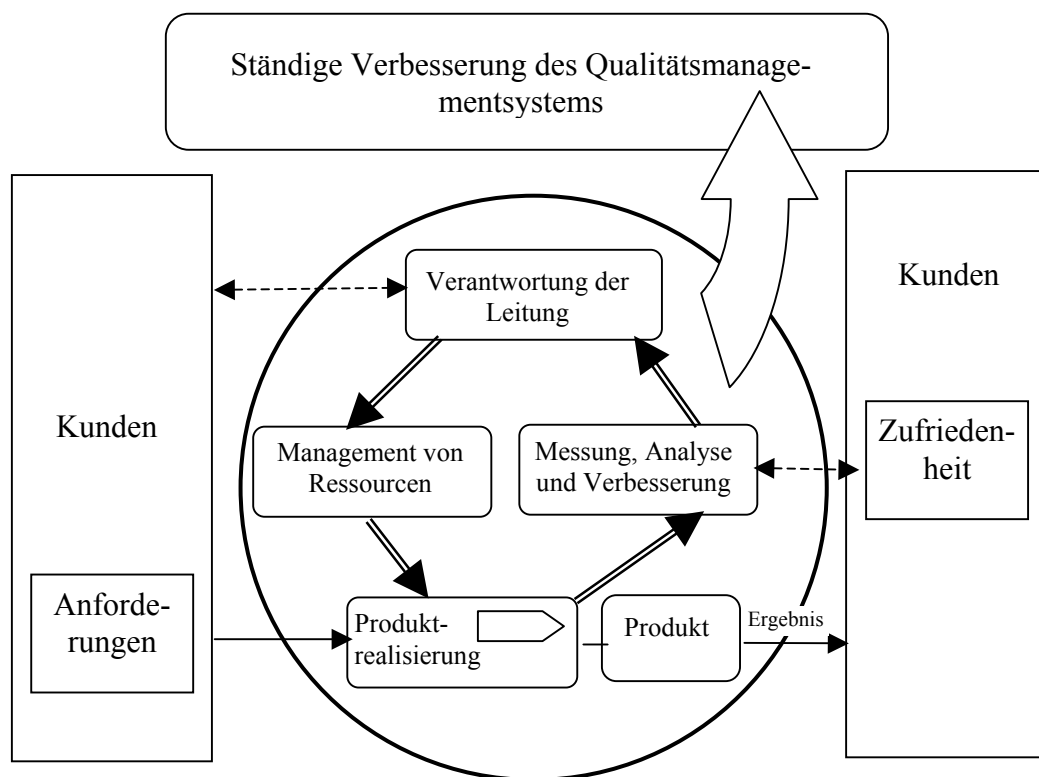
ANMERKUNG Außerdem kann auf alle Prozesse die als „Planen-Durchführen-Prüfen-Handeln“ (Plan-Do-Check-Akt, PDCA) bekannte Methode angewandt werden. PDCA lässt sich kurz wie folgt beschreiben:

Planen: Festlegen der Ziele und Prozesse, die zum Erzielen von Ergebnissen in Übereinstimmung mit den Kundenanforderungen und den Politiken der Organisation notwendig sind;

Durchführen: Verwirklichen der Prozesse;

Prüfen: Überwachen und Prüfen von Prozessen und Produkten anhand der Politiken, Ziele und Anforderungen an das Produkt sowie Berichten der Ergebnisse;

Handeln: Ergreifen von Maßnahmen zur ständigen Verbesserung der Prozessleistung



#### Legende

—▶ Wertschöpfung

----▶ Information

**Bild 1: Modell eines prozessorientierten Qualitätsmanagementsystems**