

Qualitätsnetzwerke in der Rehabilitation

E. Toepler

Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg und Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg (SAMA), Stuttgart

Schlüsselwörter

Qualitätsnetzwerke – Rehabilitation – Case Management – Voneinander-Lernen

Key words

quality networks – rehabilitation – case management – learning from each other

Qualitätsnetzwerke in der Rehabilitation

In dem Beitrag wird die Verbindung von Qualitätsmanagement und Vernetzung anhand von zwei Beispielen dargestellt. In horizontalen Netzwerken steht das Voneinanderlernen und die Reduzierung des administrativen Qualitätsmanagementaufwandes im Vordergrund. In vertikalen Netzwerken unterstützt die qualitätsorientierte Zusammenarbeit das schnittstellenübergreifende Case Management und die Patientensorientierung. Als Erfolgsfaktoren für die Realisierung von Qualitätsnetzwerken werden ein gemeinsames Qualitätsverständnis und verbindliche Prozesse sowie eine von allen Partnern akzeptierte koordinierende Stelle berichtet.

Quality networks in rehabilitation

This article describes the connection of quality management and networking on the basis of two examples. In horizontal networks, learning from each other and the reduction of administrative costs stands in the foreground. In vertical networks the quality-oriented cooperation supports the overlapping case management and the patient orientation. Success factors for the realization of quality networks are a common concept of quality, obligatory processes and an accepted coordinating position.

Hintergrund

Kooperationen steigern Effektivität und Effizienz. Diese in der Wirtschaft oft belegte These scheint auch für das Gesundheitswesen an Bedeutung zu gewinnen. Auf der gesetzlichen Grundlage des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes von 2004 entstehen Netzwerke zur integrierten Versorgung, medizinische Versorgungszentren und Praxisnetze. Damit verbunden ist der Anspruch, nachdem Versorgungsnetze bessere Ergebnisse zu belegen haben als konventionelle Organisationen [8].

Vergleichsweise wenig beachtet bleibt, dass in der Rehabilitation bereits seit längerer Zeit Konzepte der Zusammenarbeit existie-

ren – etwa im Bereich der Anschlussheilbehandlungen oder bei Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Die Notwendigkeit einer wirksamen Koordination der Leistungen ist unbestritten und wird von den Beteiligten unterstützt [1]. Gesetzlich wurde sie mit der Verabschiedung des SGB IX zu einem wesentlichen Ziel der Leistungsträger erklärt [6].

Gleichwohl existieren noch keine Managementmodelle für die qualitätsorientierte Zusammenarbeit weder innerhalb der einzelnen Teilsysteme noch über die Grenzen der einzelnen Teilsysteme hinweg.

Im Folgenden soll kurz auf die Verbindung zwischen internem Qualitätsmanagement und den verschiedenen Formen der Vernetzung eingegangen werden, um in einem zweiten Schritt erste Erfahrungen aus zwei Qualitätsnetzwerken zu berichten.

Qualitätsmanagement und Vernetzung

In vielen stationären Rehabilitationseinrichtungen wurden in den letzten Jahren einrichtungsbezogene QM-Systeme eingeführt [10]. Bei den ambulanten Einrichtungen geht dieser Prozess langsamer voran, was vor allem an der Schwierigkeit liegt, die notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Da sich die gesetzliche Verpflichtung des SGB V zu internem Qualitätsmanagement (§ 137 SGB V) auf alle Sektoren bezieht und das SGB IX für die stationäre, medizinische Rehabilitation inzwischen eine Zertifizierung vorsieht, ist davon auszugehen, dass in absehbarer Zeit alle Rehabilitationseinrichtungen über interne, zertifizierte Qualitätsmanagementsysteme verfügen.

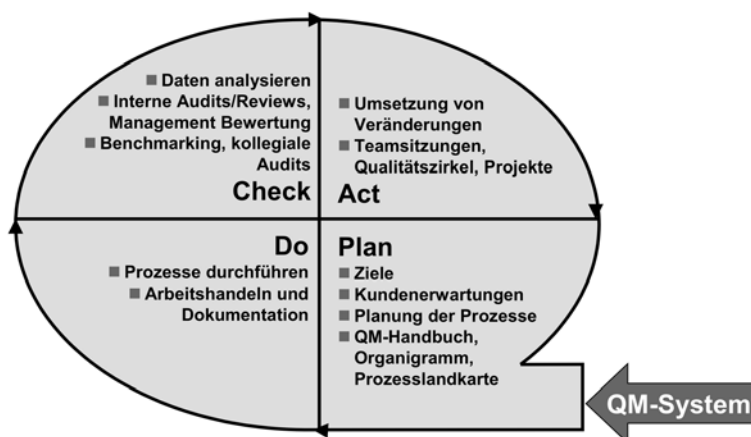


Abb. 1. Phasen und Aufgaben des PDCA-Zyklus.

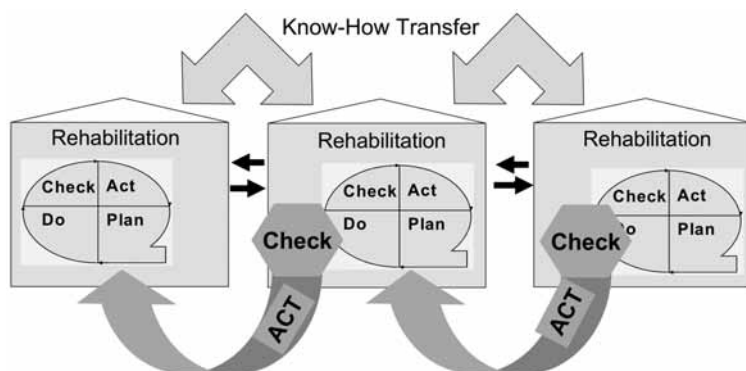


Abb. 2. Horizontale Vernetzung.

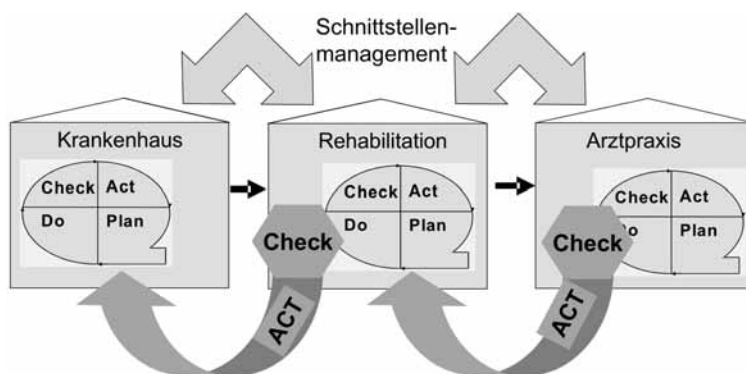


Abb. 3. Vertikale Vernetzung.

Ein Kernelement jedes Qualitätsmanagementsystems stellt der kontinuierliche Verbesserungsprozess dar, der von Deming als PDCA-Zyklus beschrieben worden ist.

Danach soll die täglichen Routine (Do) auf einem "Plan" (Konzepte, Leitlinien, Standards ...) beruhen, regelmäßig überprüft (Check) und weiterentwickelt (Act) werden. Alle Qualitätsdokumentationen sind daraufhin zu prüfen, ob von ihnen Konsequenzen abgeleitet werden können. Moderne QM-Systeme orientieren sich in ihrer Struktur an

den Phasen des PDCA-Zyklus (Abb. 1). Aus Abbildung 1 gehen die wesentlichen, zur Umsetzung der einzelnen Phasen erforderlichen QM-Elemente hervor.

Für das Thema dieser Arbeit soll die "Check-Phase" näher betrachtet werden. In den auf der DIN/EN/ISO 9001 basierenden QM-Systemen stellt das Audit ein zentrales Check-Instrument dar, in den EFQM-basierten Systemen und auch in dem krankenhausspezifischen Modell KTQ werden regelmäßige Selbstbewertungen eingesetzt. Durch die interne QM-Organisation wird sichergestellt, dass sich die Einrichtung solchen regelmäßigen Feed-back-Zyklen unterwirft. Dazu werden in der Regel speziell ausgebildete Mitarbeiter aus anderen Abteilungen bzw. Arbeitsbereichen eingesetzt.

Mit der Beteiligung an einem Qualitätsnetzwerk besteht die Möglichkeit, in diese Check-Phasen Mitarbeiter anderer Netzwerkeinrichtungen einzubinden und deren Sachverstand für die nachfolgende Act-Phase zu nutzen. Mit diesem Vorgehen wird die Erwartung verknüpft, die Geschwindigkeit der kontinuierlichen Verbesserung zu erhöhen und die Effizienz des internen Qualitätsmanagements zu steigern.

Bezogen auf die beiden im Gesundheitswesen verbreiteten Netzwerktypen lässt sich die Funktion des Qualitätsnetzwerks definieren. Im horizontalen Netzwerk, welches sich aus Mitgliedern vergleichbarer Leistungsangebote zusammensetzt, steht das Voneinanderlernen im Vordergrund (Abb. 2). Durch den Einsatz von Auditoren der Netzwerkpartner sinkt das Risiko der Betriebsblindheit. Werden Verbesserungspotenziale identifiziert, steht der betroffenen Einrichtung das Problemlösungs-Know-how des Netzwerks zur Verfügung.

Im vertikalen Netzwerk, in welchem die Partner in vor- bzw. nachgelagerten Stufen der Wertschöpfung kooperieren, steht die Optimierung der Leistung am Rehabilitanden im Vordergrund, weshalb es sich hier um integrierte Qualitäts- und Case-Management-Systeme handelt. Der PDCA-Zyklus bezieht sich auf das gesamte System der schnittstellenübergreifenden Zusammenarbeit. In der Check-Phase wird die Schnittstellenleistung bezüglich der Nahtlosigkeit und Kompatibilität der Leistungen überprüft (Abb. 3). Bei Abweichungen werden die Schnittstellen

analysiert: Wie kann der Vorbehandler die Anforderungen des Nachbehandlers erfüllen? Wie kann der Nachbehandler die Nahtlosigkeit der Behandlung sicherstellen?

Im System der Rehabilitation hat der fallführende Sozialversicherungsträger in vertikalen Netzwerken die Steuerungsfunktion inne und sollte daher in den Netzwerkaufbau eingebunden werden.

Beispiel eines horizontale Qualitätsnetzwerks: Der Qualitätsverbund Reha und Gesundheit Baden-Württemberg

2006 hat der Heilbäderverband Baden-Württemberg die Initiative gestartet, Qualitätsmanagement als klinikübergreifendes Projekt in Mitgliedskliniken einzuführen. Im Verlauf dieses Projekts haben sich die 13 Kliniken von 8 Trägern unter der fachlichen Leitung der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie Baden-Württemberg e.V. zusammengefunden und mit Unterstützung der Deutschen Rentenversicherung Bund ein gemeinsames Qualitätsmanagementsystem eingeführt. Nach der Einführungsphase wurde am 24. Januar 2007 der Qualitätsverbund offiziell gegründet und durch einen Kooperationsvertrag juristisch fixiert.

Der Verbund besteht aus den Partnern Reha-Klinik Bad Boll, Federseeklinik Bad Buchau, Rehabilitationsklinik Schloss Bad Buchau, Salinenklinik/Rosentrittklinik/Sophie-Luisenklinik Bad Rappenau, Stimmheilzentrum/Therapiezentrum Bad Rappenau, Sigel-Klinik Bad Schönborn, Städtische Kurbetriebe Bad Waldsee, Hochgebirgsklinik Davos, St. Georg Vorsorge- und Rehabilitationskliniken Höchenschwand sowie Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg (SAMA).

Fragestellung und Konzept

Die zur Verbundgründung führende Fragestellung lautete: "Wie können wir die Qualität unserer Leistungen qualitativ weiterentwickeln, dokumentieren und extern zertifizieren und verhindern, dass dieser zusätzliche Aufwand zu Lasten der direkten Patientenbetreuung geht?"

Für diese Fragestellung hat der Qualitätsverbund auf drei Ebenen Lösungen entwickelt:

- auf der Ebene des Aufwandes für das Aufrechterhalten des QM-Systems durch eine zentrale Koordination der QM-bezogenen Aufgaben und klinikübergreifende Arbeitsteilung;
- auf der Ebene der Qualitätssicherung und kontinuierlichen Qualitätsverbesserung durch das frühzeitige Erkennen von Schwächen im Arbeitsablauf mittels kollegialer Überprüfung und eine Gemeinschaftszertifizierung auf der Basis der DIN/EN/ISO 9001:2000;
- auf der Ebene der konzeptionellen Weiterentwicklung der Rehabilitationsverfahren durch die Bündelung von fachlichen Ressourcen und die gemeinsame Durchführung von Entwicklungsprojekten.

Die Realisierung dieser Lösungsstrategien beruht auf folgenden Voraussetzungen:

- ein gemeinsames Qualitätsverständnis: Dazu wurde ein gemeinsames Qualitätshandbuch entsprechend dem Modell des QMS-Reha® (internes Qualitätsmanagementsystem Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund) entwickelt.
- Vergleichbarkeit: Die Partner verständigen sich auf eine einheitliche Prozesslandkarte und vergleichbar dokumentierte Rehabilitationsprozesse (Abb. 4).
- Gegenseitiges Vertrauen: Da alle Partner im bundesweiten Wettbewerb stehen, ist die Sicherung des gegenseitigen Vertrauens eine wesentliche Aufgabe. Dazu wurde mit der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie eine neutrale Stelle mit der Koordination betraut. Darüber hinaus sind in den Kooperationsvereinbarungen Regelungen zur Klärung von Interessensgegensätzen festgelegt.

Leistungen des Verbundes

Der Qualitätsverbund erbringt für seine Partner folgende Leistungen:

- zentrale Lenkung der qualitätsbezogenen Dokumente und Audits,
- kollegiale Audits zur Überprüfung der Arbeitsabläufe und Leistungen,

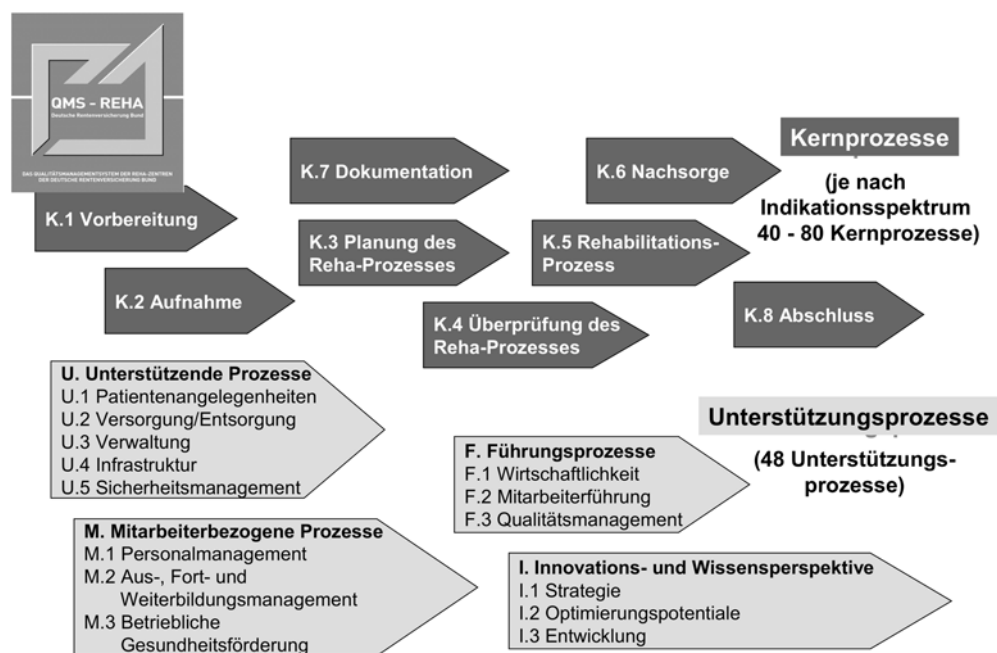


Abb. 4. Die QMS Reha®-Prozesslandkarte.

- Benchmarking (Qualitätsvergleiche) im Bereich Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit,
- die zentrale Durchführung einer gemeinsamen Qualitätsbewertung (Management Review) einmal pro Jahr,
- die Erstellung eines Qualitätsberichts über die Leistungen des Verbundes,
- gemeinsame, arbeitsteilige Entwicklung von innovativen Konzepten, z.B. zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation,
- gemeinsame Nutzung von Verfahren der Kosten- und Leistungsrechnung, balanced scorecard,
- neutrale Gemeinschaftszertifizierung nach DIN/EN/ISO 9001:2000.

Nutzen für die Verbundpartner

Eine Umfrage unter den Verbundpartnern im Februar 2008 erbrachte die folgenden Nutzenaspekte nach 1-jähriger Mitarbeit im Verbund:

- Durch klar definierte Abläufe vor allem in den Kernprozessen wird eine Kontinuität in der Versorgung und Behandlung der Patienten gewährleistet, die eine Steigerung der Patientenzufriedenheit nach sich zieht.
- Durchgängige, systematische Funktionsbeschreibungen definieren eindeutig die

Befugnisse und Aufgaben der Bereiche und Mitarbeiter und tragen damit zur Klarheit von Entscheidungen und Zuständigkeiten und letztlich zu besseren Abläufen bei.

- Durch die Einführung eines systematischen Fehler- und Beschwerdemanagements kann auf Störungen schnell und adäquat reagiert und entsprechende Maßnahmen abgeleitet werden, die sowohl für den Patienten als auch für die Klinik messbare Effekte bringen.
- Die verpflichtende Einführung von strukturierten Mitarbeitergesprächen und Mitarbeiterbefragungen führt insgesamt zu einem kommunikativeren und wertschätzenderen Umgang miteinander. Dies wirkt sich mittelfristig in einer Steigerung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit aus.
- Durch gemeinsame Projekte des Q-Verbundes, die sich aus einer gemeinsamen Management-Bewertung ableiten, werden Synergieeffekte genutzt und gemeinsame Konzepte zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation entwickelt. Beispiele sind:
 - Verbesserte Sicherheitsbedingungen für EDV-Server-Raum (z.B. Temperaturüberwachung, Zutrittskontrolle, Diebstahlsicherung).

- Verbesserungen des organisatorischen Brandschutzes.
 - Die Zusammensetzung des Verbundes mit Kliniken unterschiedlichster Struktur und Trägerschaft (kommunal, kirchlich, privat) ermöglicht eine neue Qualität der Kommunikation, des Gedankenaustauschs und einem für alle Verbundpartner wertvollen Wissenstransfer, der mit neuen Ideen und Vergleichen untereinander (Benchmark) die eigene Arbeit/Strategie beleuchtet, unterstützt und fördert. Von diesem Austausch profitieren neben den Mitarbeitern aller Verbundkliniken vor allem die Patienten, denen noch schneller verbesserte oder erweiterte Therapieangebote unterbreitet werden können oder bei denen durch Optimierungen die Effektivität der Reha-Maßnahmen erhöht wird.
 - Verbesserte Kommunikation gewährleistet Transparenz und somit die Identifikation mit der Arbeit mit QMS Reha nach dem Motto: “Wir reden miteinander – nicht übereinander”.
 - Gegenseitige Besuche ermöglichen Einblicke in die Arbeitsabläufe der anderen Unternehmen und helfen so Problemsituationen im eigenen Bereich zu erkennen und zu lösen.
 - Die klinikübergreifenden Audits liefern eine objektive Beurteilung unserer Arbeit und unseres QM-Systems von außen. Hierdurch werden Verbesserungspotenziale erkannt und gefördert oder Schwachstellen eher entdeckt und beseitigt als bei den internen Audits, bei denen eine gewisse “Betriebsblindheit” festzustellen ist.
 - Schulungen und Fortbildungen mit Referenten aus den Verbundkliniken oder in den Verbundkliniken verbessern/erhöhen die Qualifikation der Mitarbeiter und kommen so unmittelbar dem Patienten oder der Arbeit für den Patienten zugute.
 - Ein gemeinsamer Werbeauftritt als “einmaliger Verbund” ist ein weiterer Baustein. Hierdurch erreichen wir eine größere Beachtung, mehr Aufmerksamkeit und mehr Akzeptanz in der Politik, bei den Kostenträgern und in den Medien und, was am wichtigsten ist, bei unseren Kunden – den Patienten.
 - Die Teilnahme am Qualitätsverbund erbringt Kosteneinsparungen bei:
 - der Zertifizierung in Höhe von 40% (ca. EUR 50.000,- in 3 Jahren),
 - gemeinsamen Projekten wie der gemeinsamen Mitarbeiterbefragung.
 - Insbesondere definierte Prozesse zum Risikomanagement und zur Strategieentwicklung sind gute Grundlagen für die Zukunftssicherung und Sicherung der Arbeitsplätze in den Verbundkliniken.
- Über diese Umfrageergebnisse hinaus werden derzeit die Ergebnisse aller übergreifenden Audits mit den daraus abgeleiteten Maßnahmen ausgewertet. Bisher liegen die quantitativen Daten vor: Danach haben im Zeitraum vom 12.03. – 20.04.2007 acht übergreifende Audits mit je zwei Auditoren stattgefunden. Es wurden insgesamt 95 Prozesse auditiert.

Beispiel eines vertikalen Qualitätsnetzwerks: Das Integrierte Qualitätsmanagementsystem Sucht (IQMS Sucht)

Vorgestellt wird das Integrierte Qualitätsmanagementsystem Sucht (IQMS Sucht), welches aus einem Suchthilfeprojekt in Baden-Württemberg entstanden ist. Mitte des Jahres 2004 hat sich eine Gruppe von Vertretern aus Suchthilfeeinrichtungen des Diakonischen Werkes Baden und der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie (SAMA) getroffen, um gemeinsame Standards der Zusammenarbeit zu entwickeln. Das Vorhaben wurde von der Landesversicherungsanstalt Baden-Württemberg (heute Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg) unterstützt und durch die Abteilung für Epidemiologie der Universität Ulm wissenschaftlich begleitet. An der Projektphase nahmen 7 Beratungsstellen und 2 Fachkliniken sowie regionale Vertreter aus Arztpraxen, Akutkliniken und Selbsthilfegruppen teil.

Die einzelnen Elemente des QM-Systems wurden in den gemeinsamen Workshops von den Beteiligten entwickelt. Als Grundlage diente das QM-Musterhandbuch der Deutschen Gesellschaft für QM in der Suchttherapie (deQus), welches in einem ersten Schritt an die ambulanten Beratungsstellen ange-

passt und anschließend um den Teil des Schnittstellenmanagements ergänzt wurde.

Elemente des vertikalen QM-Netzwerkes

Das QM-System umfasst folgende Elemente

- **A. Kundenorientierung:** Kundenorientierung bedeutet im Verständnis des IQMS, den Versicherten entlang der rehabilitativen Behandlungskette zu begleiten. Diese umfasst die Arztpraxis, die psychosoziale Beratungsstelle als Anlaufstelle und als Anbieter der ambulanten Rehabilitation, die Akutklinik für den Fall einer notwendigen Entgiftung, die Fachklinik als Anbieter der stationären Rehabilitation und die Selbsthilfegruppe. Vorteil für den einzelnen Versicherten ist, dass er auf jeder Ebene der Behandlungskette in gleichbleibend guter Qualität betreut wird. Vorteil für die Versichertengemeinschaft ist, dass durch ein einheitliches Case Management Reibungsverluste an den Schnittstellen minimiert und die Patienten möglichst rasch einer zielgerichteten Behandlung zugeführt werden. Dabei wird im Sinne einer integrierten Versorgung über die Zuständigkeiten der Sozialversicherungsträger hinausgegangen, indem der akutmedizinische Sektor (Kassenarzt und Krankenhaus) und der Bereich der Selbsthilfe mit einbezogen wird.
- **B. Qualitätsmanagementhandbuch für die integrierte Versorgung:** Jeder Projektpartner entwickelt ein einrichtungsspezifisches Qualitätshandbuch auf der Grundlage des deQus-Musterhandbuchs. Bestandteil jedes Handbuches sind gene-

relle Verpflichtungen zur Erfüllung der Anforderungen der Systempartner und die Festlegungen der Verantwortlichkeiten im regionalen Qualitätsverbund sowie konkrete und überprüfbare Verfahrensanweisungen für die Schnittstellenprozesse. Mit dem im Handbuch grundgelegten integrativen QM-System werden die Strukturen und Abläufe der jeweiligen Partnereinrichtungen an die Anforderungen der vor- und nachbehandelnden Einrichtungen angepasst. Maßgeblich für diese Integration sind die Anforderungen der Patienten und Leistungsträger. Für die Schnittstellen zwischen den Partnereinrichtungen werden klare “Übergabeziele” definiert. Diese Zielerreichung wird in regelmäßigen Feed-Back-Zyklen gemessen und ist Grundlage für einrichtungsinterne sowie -übergreifende Verbesserungsmaßnahmen.

- **C. Qualitätsbeauftragte für Schnittstellenmanagement:** Jeder Projektpartner benennt einen Qualitätsbeauftragten mit definierten Zuständigkeiten für das interne Qualitätsmanagement und die Teilnahme am schnittstellenübergreifenden QM.
- **D. Case Management:** Für die praktische Steuerung der verschiedenen Netzwerkleistungen dient ein EDV-gestütztes Case-Management-Instrument. Es wird insbesondere in den Beratungsstellen eingesetzt, die die Case-Management-Funktion innerhalb des Verbundes wahrnehmen.
- **E. Schnittstellenmanagement:** Mit der Einführung des Verbund-Qualitätsmanagementsystems werden die Schnittstellenanforderungen erhoben und in einheitlichen Prozessen definiert (Abb. 5). Diese Standards regeln jeweils aus Sicht des Projektpartners die
 - Zusammenarbeit mit Arztpraxen,
 - Zusammenarbeit mit Krankenhäusern,
 - Zusammenarbeit mit Beratungsstellen,
 - Zusammenarbeit mit Fachkliniken,
 - Zusammenarbeit mit anderen Facheinrichtungen,
 - Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen.

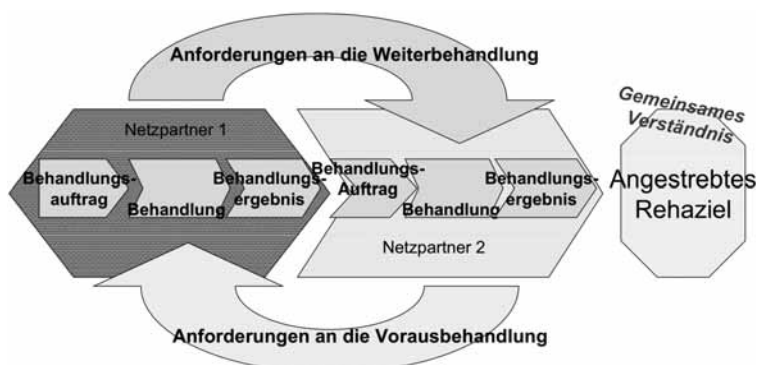


Abb. 5. Ermitteln der Schnittstellenanforderungen.

Für die Schnittstellen zwischen den Partnereinrichtungen werden klare “Übergabeziele”

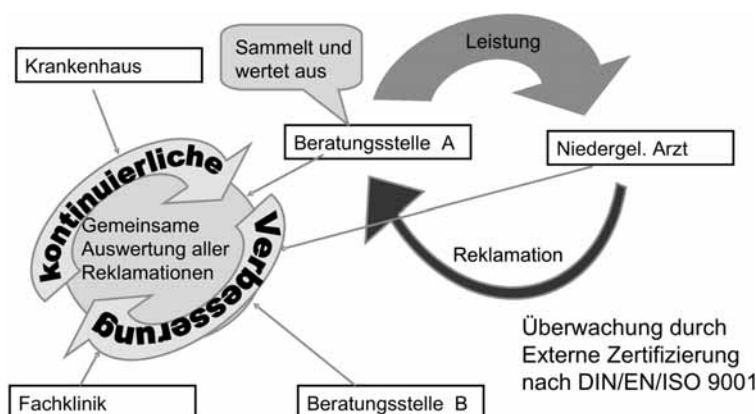


Abb. 6. Organisation des vertikalen QM-Netzwerkes.

le” definiert. Diese Zielerreichung wird in regelmäßigen Feed-Back-Zyklen gemessen und ist Grundlage für einrichtungsinterne sowie -übergreifende Verbesserungsmaßnahmen. Hervorzuheben ist, dass nicht nur die “suchthilfe-internen” Schnittstellen verbessert werden, sondern auch die Schnittstellen zum akutmedizinischen Versorgungssystem.

- **F. Zertifizierung nach der internationalen Norm ISO 9001:2000:** Jeder Projektpartner unterzieht sich einer externen Zertifizierung. Durch die Zertifizierung wird die Konformität der Arbeit mit den im Handbuch dargelegten Regelungen und Verpflichtungen überprüft und nachgewiesen. Da die Überprüfung des Schnittstellenmanagements Teil der externen Überprüfung ist, kann das Funktionieren des integrierten Qualitätsmanagementsystems Sucht den Patienten und den Leistungsträgern gegenüber durch einen neutralen Dritten nachgewiesen werden.
- **G. Organisation des Netzwerkes:** Als Zusammenschluss gleichberechtigter Partner ohne eine eigenständig, koordinierende Organisationseinheit ist die Organisation des QM-Netzwerkes durch Arbeitsteilung geprägt. Wie aus Abbildung 6 hervorgeht, übernimmt ein Partner (Beratungsstelle A) die Funktion der Auswertungsstelle. Alle Partner sind verpflichtet, Abweichungen von den festgelegten Schnittstellenanforderungen dieser “Beschwerdestelle” zu melden. Diese Stelle überwacht die Entwicklung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen und erstellt einen jährlichen Qualitätsbericht,

der die Grundlage für eine jährliche Qualitätsklausur (Management Review) der Netzwerkpartner darstellt. Es bietet sich an, in diese Auswertung die zuweisenden Sozialversicherungsträger einzubeziehen.

Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleituntersuchung

Die wissenschaftliche Begleitforschung im Projekt “Integriertes Qualitätsmanagement Sucht” (IQMS) hat die Veränderungen in der Versorgung der Suchtkranken durch die Einführung des oben beschriebenen integrierten Qualitätsmanagements untersucht.

Dazu wurden Klienten von Suchtberatungsstellen vor und nach Einführung des integrierten Qualitätsmanagements untersucht. Es wurden Befragungen der Klienten zur Zufriedenheit mit der Beratung in den Beratungsstellen und gegebenenfalls mit der stationären Versorgung in Fachkliniken durchgeführt und zusätzlich anonymisierte Informationen verwendet, die von den Beratungsstellen und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg zur Verfügung gestellt wurden. Insgesamt konnten knapp 300 männliche und weibliche Nutzer legaler und illegaler Drogen in die Untersuchung einbezogen werden [4].

Die Ergebnisse der Auswertung zeigten eine deutliche Verbesserung der Versorgungsqualität. Verbesserungen zeigen sich bei der schnelleren und umfassenderen Informationsweitergabe zwischen Fachklinik und behandelndem Arzt und die bessere Kommunikation zwischen Beratungsstelle und Fachklinik. Positiv wurde nach der IQMS-Einführung auch die Information über die Nachsorge bewertet.

Inzwischen wird das IQMS Sucht von weiteren Suchthilfe-Netzwerken in Deutschland eingesetzt.

Fazit

Qualitätsmanagementbezogene Kooperationen bergen weitreichende Potenziale für die Verbesserung der Versorgung und den ef-

fizienten Ressourceneinsatz. Die dargelegten Beispiele belegen dies insbesondere für den Bereich der Erhöhung der Geschwindigkeit des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses und die Reduzierung des administrativen Qualitätsmanagementaufwandes für die Netzwerkpartner. Bei vertikalen Netzwerken steigert sich darüber hinaus die Qualität der Patientenorientierung.

Bei der Realisierung von Qualitätsnetzwerken sind inhaltliche und formale Fragestellungen zu lösen. Inhaltlich stellen ein gemeinsames Qualitätsverständnis und verbindliche Standards der Zusammenarbeit Voraussetzungen dar, formal gilt die Etablierung einer koordinierenden Stelle als zentraler Erfolgsfaktor. Eine unabhängige Zertifizierung trägt zu einem ausgewogenen Vertrauensverhältnis unter den Partnern bei.

zin (hrsg. vom Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe). 2000; 1.

- [11] *Widera T.* Qualitätsmanagementsysteme in der medizinischen Rehabilitation. DRU-Schriften, Ausgabe 4-5; 2006. p. 279-299.

Prof. Dr. E. Toepler
 Fachbereich Sozialversicherung
 Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg
 Campus Hennef
 Zum Steimelsberg 7
 D-53773 Hennef
 edwin.toepler@fh-brs.de

Literatur

- [1] *Bundesärztekammer.* Sicherung und Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation – Forderungen und Positionen. online Dokument 1999; <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Rehabilitation/30Forderungen.htm> (Zugriff am 12.12.2005).
- [2] *Beutel M, Peter R, Toepler E.* Integriertes Management in der Suchtrehabilitation. Konzept und Untersuchung zur Prozess- und Ergebnisqualität in der schnittstellenübergreifenden Suchtbehandlung. Spektrum, Zeitschrift der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, Juni 2006.
- [3] *Beutel M, Peter R, Toepler E, Kohlhuber M, Braig S.* Integrierte Versorgung von Klienten in Suchtberatungsstellen: Erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts Integriertes Qualitätsmanagement Sucht (IQMS). Gesundheitswesen. 2005; 67.
- [4] *Braig S, Beutel M, Peter R, Toepler E.* Client satisfaction with substance abuse treatment. Baseline results from the IQMS study conducted in seven counselling centres. Int J Public Health. 2008; 53: 104-110.
- [5] *Deming WE.* Out of the crisis. Cambridge, MA, USA: Massachusetts Institute of Technology; 1986.
- [6] *Fuchs H.* Medizinische Leistungen zur Rehabilitation und integrierte Versorgung. Die Rehabilitation. 2004; 43: 325-334.
- [7] *Gilbert DU.* Vertrauen in strategischen Unternehmensnetzwerken – Ein strukturationstheoretischer Ansatz. Wiesbaden: DUV-Verlag; 2003.
- [8] *Hildebrand R.* Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Netz. In: Hellmann W. Management von Gesundheitsnetzen. Stuttgart: Kohlhammer; 2001.
- [9] *Sydow J.* Strategische Netzwerke. Evolution und Organisation. 1. Aufl., 5. Nachdr. Wiesbaden: Gabler; 2002.
- [10] *Toepler E.* Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen. Partner-Maga-