

Legitimation und Selbstvergewisserung

- Die Zertifizierung für konfessionelle Einrichtungen der proCum Cert GmbH -

Stefan Eberitzsch

Einführung

Die freie Wohlfahrtspflege steht seit geraumer Zeit unter hohem Anpassungsdruck. Ihre Einrichtungen müssen sich in einem verschärften, teils existenziellen Wettbewerb um die knapper werdenden Mittel der öffentlichen Haushalte und der Sozialversicherungen behaupten. Hinzu kommt die nachlassende Identifikation mit den vormals in ihren spezifischen Milieus verankerten Wohlfahrtsorganisationen: Schwindende Mitgliederzahlen i.V.m. der Erosion „klassischer“ Milieustrukturen sowie die fortschreitende Individualisierung der Gesellschaft, aber auch das verstärkte Engagement der als gemeinnützig anerkannten Verbände und Einrichtungen als privatwirtschaftlich orientierte Dienstleistungsanbieter am „Sozialmarkt“, ließen deren einst als unzweifelhaft angesehenes kirchliches oder politisch-humanistisches Profil verblasen.

In dieser Situation wird es von einigen Verbänden als Chance angesehen, die vom Gesetzgeber als Legitimationsnachweis geforderten Qualitätskonzepte, über die eigentliche Fachlichkeit hinaus, auch auf die Umsetzung des eigenen Selbstverständnisses bzw. Leitbildes und den damit verbundenen Wertevorstellungen anzuwenden. Auf diesem Weg soll es möglich werden, neben der Darlegung und der Entwicklung der fachlichen Qualitätsfähigkeit im engeren Sinne, eine umfassende Ausrichtung auf die verbands- bzw. trägerspezifischen Anliegen und Werteorientierungen in den Einrichtungen identitätstiftend zu etablieren, um so deren Profil neu zu entwickeln und zu stärken.

In diesem Beitrag wird das proCum Cert Zertifizierungsverfahren für konfessionelle Einrichtungen, insbesondere für Krankenhäuser vorgestellt, welches versucht die kirchliche Orientierung, so wie sie sich in den konfessionellen Leitbildern darstellt, für die Praxis zu operationalisieren und in überprüfbare Kriterien zu fassen. Dieses von den beiden kirchlichen Wohlfahrtsverbänden initiierte Verfahren wird mit Blick auf die andauernden Modernisierungsprozesse im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen und dem theologisch begründeten konfessionellen Selbstverständnis erörtert. Dazu werden im ersten Teil die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die daraus resultierenden Aufgabenstellungen für die freie Wohlfahrtspflege, insbesondere für die konfessionellen Verbände und Einrichtungen dargestellt, im zweiten Teil dann das theologische Selbstverständnis der kirchlichen Wohlfahrtspflege sowie deren besondere Stellung im korporatistischen Sozialstaat erläutert und abschließend im Hauptteil das Zertifizierungsverfahren, so wie es für konfessionelle Krankenhäuser entwickelt wurde, vorgestellt und diskutiert.

1 Ausgangssituation

Vor dem Hintergrund anhaltender sozioökonomischer Transformationen der deutschen Gesellschaft, die strukturell, aber auch ideologisch, bedingt sind, ist der Soziale Sektor seit den 1990er Jahren einem verstärkten Restrukturierungs- und Modernisierungsdruck ausgesetzt. Die durch das Phänomen der Massenarbeitslosigkeit, den Auswirkungen der deutschen Einheit, der demografischen Entwicklung sowie durch wirtschaftliche Globalisierungsprozesse und weitere Faktoren (vgl. NOLTE 2006) verschärfte finanzielle Krise der öffentlichen Haushalte und der Sozialversicherungen führte zu verstärkten sozialpolitischen Steuerungsmaßnahmen in Bezug auf die Reduktion von Kosten, dem Ausschöpfen von vermuteten organisatorischen Effizienzreserven sowie der Verbesserung der Qualitätsfähigkeit der Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens. Diese Maßnahmen bedingten grundlegende Veränderungen im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement, die dadurch gekennzeichnet sind, dass der Gesetzgeber in den wesentlichen Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens sukzessive markt-

wirtschaftliche Elemente eingeführt und so, beispielsweise durch die Veränderung von Vergütungssystemen hin zu prospektiven Pflege- und Vergütungssätzen - i.V.m. weiteren Deregulierungsmaßnahmen - einen Quasi-Sozialmarkt initiiert hat. Diese Entwicklung wird u.a. durch die voranschreitende Realisierung eines europäischen Binnenmarktes, der die Möglichkeit transnationalen Wettbewerbs auch für das Sozial- und Gesundheitswesen eröffnen soll, noch zusätzlich verstärkt.

In den Verbänden und Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege führten die veränderten Anforderungen und sozialpolitischen Vorgaben zu neuen Aufgabenstellungen. Die Bedeutung des ökonomisch begründeten Effizienz- und Legitimationsgedankens rückte gegenüber fachlichen Gesichtspunkten stärker in den Vordergrund und der - in den jeweiligen Fachdisziplinen teils sehr kontrovers diskutierte - Einzug von betriebswirtschaftlichen Konzepten wurde forciert. Dabei haben sich, bedingt durch die veränderten Entgeltordnungen, besonders Konzepte zur prospektiven Steuerung von finanziellen Ressourcen wie Controlling und Budgetierung, die zunächst auf erhebliche Bedenken in den Fachdisziplinen und in der Praxis aufgrund des Verdachts der ausschließlichen Fokussierung auf monetäre Gesichtspunkte und der damit vermuteten Einengung der jeweiligen Fachlichkeit stießen (vgl. MERCHEL 2000, S. 162), mittlerweile als ein weit verbreiteter Standard in den Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens etabliert. Darüber hinaus zeigt es sich, dass es bedingt durch die zunehmend marktähnlichen Wettbewerbssituationen, für die dort engagierten Verbände und Einrichtungen, so sie sich in diesem „Markt“ behaupten wollen, dringlicher wird sich als unverwechselbarer, fachlich qualifizierter Anbieter sozialer Dienstleistungen gegenüber Nutzer/innen, Kostenträgern, Spender/innen u.a. darzustellen. In diesen neuen Aufgabenfeldern werden vermehrt modifizierte Marketingkonzepte eingesetzt, die unter Verzicht auf die im betriebswirtschaftlichen Marketing zentrale Zielstellung der „Bedarfsweckung“ als „NPO-Marketing“ (SCHEUCH 2002) bzw. „Sozialmarketing“ (z.B.: FISCHER 2000; CONTA GROMBERG 2006) firmieren.

Im Zusammenhang mit den oben beschriebenen gesellschaftlichen Transformationen wird in den Modernisierungsdiskursen der Sozialpolitik verstärkt die „Qualität“ sozialer Dienstleistungen thematisiert (vgl. LAUTERBACH/SCHRAPPE 2004, S.296; MERCHEL 2004, S. 14 ff.). In dieser für das Sozial- und Gesundheitswesen nicht neuen Debatte die sich bisher in wechselnder Intensität auf fachliche Standards und professionelles Handeln bezog, wird unter den Vorzeichen der finanziellen Krise der öffentlichen Haushalte und der Sozialversicherungen nun aber durch gesetzliche Vorgaben versucht „Qualität“ als eine sozialpolitische Steuerungsgröße zu etablieren. Die Güte bzw. die Ergebnisse und Wirkungen der sozialen Dienstleistungen sowie der Prozesse der Leistungserbringung sollen zunehmend transparent und vergleichbarer gemacht werden. In der Folge soll die Güte der sozialen Dienstleistungen einzelner Einrichtungen, im Sinne der von Gesetzgeber initiierten „Wettbewerbsorientierung“, für Kostenträger und Nutzer/innen besser zu bewerten sein und die Wahl des kostengünstigsten Angebots bei gleicher Qualität bzw. des für die Nutzer/innen am besten erscheinenden Angebots ermöglicht werden. Aber auch die Kontrolle über die Leistungserbringung in der freien Wohlfahrtspflege soll, unter dem Eindruck von öffentlich gewordenen Missständen (Pflegeskandale, Managementdefizite, u.a.) mit Hilfe der Qualitätskonzepte verbessert werden. Die Hoffnung, dass auf diesem Weg die Kosten gedämpft und somit der Umsetzung des „magischen Dreiecks der Dienstleistungsproduktion Effektivität, Kostengünstigkeit und Qualität“ (DEGEN 2001, S. 1034) in den Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege Vorschub geleistet wird, sowie passgenaue, qualitativen Standards entsprechende Hilfen für die Nutzer/innen sozialer Dienstleistungen initiiert werden, bedarf zur Zeit noch der empirischen Untersuchung (vgl. als Ausnahme: KÜHL/SCHMIDT 2004). MAASER merkt in diese Zusammenhang kritisch an, dass seiner Meinung nach das bisher für die freie Wohlfahrtspflege

prägende Konzept der Sozialanwaltschaft in dieser neuen Rahmenkonstellation zurücktritt: „In den veränderten, quasi-marktähnlichen Kontextbedingungen tritt hingegen das (Selbst-) Erhaltungsinteresse der Organisationen stärker in den Vordergrund. Ein managerieller, ökonomische Effizienz und Effektivität betonender Qualitätsbegriff wird mit einer gewissen Folgerichtigkeit zum steuerungsdominanten Kriterium“ (MAASER 2004, S. 239).

Dabei zeigt sich in den Debatten um die Qualität der Leistungen und die geeigneten Qualitätskonzepte im Sozial- und Gesundheitswesen ein widersprüchliches Bild. So werden zum einen von Seiten der Fachdisziplinen die mangelnde theoretische Fundierung des Qualitätsverständnisses für soziale Dienstleistungen angemerkt (vgl. BECKMANN, et al. 2004, S. 9 f.), sowie der technokratische Charakter der aus der Betriebswirtschaft stammenden Modelle und deren mangelnde Kompatibilität für die komplexen und vielschichtigen Prozesse des Sozial- und Gesundheitswesens kritisiert. Währenddessen werden in der Praxis die betriebswirtschaftlichen Modelle häufig einfach umgesetzt, und eine „Abstimmung mit den Füßen“ (FLÖSSER/OEHLER 2004, S. 178) erfolgt. Ein Hauptgrund für das starke Interesse der Praxis an den Qualitätskonzepten stellt die vermeintliche oder tatsächliche Nähe zu fachlichen Themen dar (vgl. ebd. S. 176). Es scheint als ob auf der Basis der Qualitätskonzepte nun die eigene, spezifische Fachlichkeit neu profiliert und herausgestellt werden könnte. Den Konzepten und Verfahren zum Nachweis der Qualitätsfähigkeit werden somit unterschiedliche Erwartungen entgegengebracht die je nach Standpunkt von der spürbaren Kostenreduktion über die Einführung von Transparenz und verbesserter Steuerungsfähigkeit bis hin zur Etablierung einer umfassenden Fachlichkeit reichen.

1.1 Die Bedeutung der Qualitätskonzepte für die Praxis

Für die Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege kommen unter den veränderten Rahmenbedingungen den Qualitätskonzepten mehrere Bedeutungen zu: Die Einführung dieser Konzepte ist zum einen als Nachweis der Erfüllung von gesetzlichen Vorgaben bezüglich der Qualität der zu erbringenden Leistungen geboten. Durch die gesetzlichen Regelungen zur Finanzierung (z.B. §§ 135a SGB V ff.; §§ 78a SGB VIII ff.; § 84 SGB XI; §§ 75 SGB XII ff.; u.a.) ist die Einführung eines Qualitätsmanagementkonzepts zwingend für die Kostenübernahme durch einen öffentlichen Träger vorgeschrieben. Dabei favorisiert der Gesetzgeber keine einzelnen Qualitätskonzepte, initiiert aber durch seine Vorgaben die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Modellen und überlässt es den jeweiligen Fachorganisationen, Verbänden und Einrichtungen mit welchen Konzepten sie die geforderte Legitimation der Qualitätsfähigkeit erbringen sollen.

Weiterhin bedingt, so man der manageriellen Denkweise folgt, die Einführung der oben genannten betriebswirtschaftlichen Konzepte wie Controlling und Sozialmarketing, dass es für die Einrichtungen als stringent und sinnvoll erscheint, auch Qualitätsmanagementkonzepte zu etablieren (vgl. BECK 1999, S. 109 ff.; MEYER 2001). Denn diese genannten Konzepte sollen einander ergänzen, sind untereinander und auch zu anderen Teilführungssystemen wie Personalmanagement, Sicherheitsmanagement etc. anschlussfähig und bilden zum Teil eine notwendige Voraussetzung füreinander. Beispielsweise werden im integrierten Controlling neben den monetären Faktoren auch Kennzahlen aus dem Qualitätsmanagement berücksichtigt, bzw. werden im Rahmen einer Marketingstrategie die Qualitätsmerkmale einer Einrichtung betont und herausgestellt.

Als einen zusätzlichen Bedeutungsaspekt steht für die Träger der freien Wohlfahrtspflege darüber hinaus die von den Konzepten eines umfassenden Qualitätsmanagement (TQM) ausgehende „Verheißung“ auf die Ausrichtung der Einrichtungen auf ihre originären Ziele und die Philosophie bzw. das Leitbild ihrer Träger im Blickpunkt (vgl. DGQ 2003, S.6 ff.). Mit Hilfe dieser Konzepte sollen durch die Operationalisierung des Einrichtungsleitbilds - das die Philosophie des Trägers sowie die grundlegende Aufgaben- und Zielstellung der Einrichtung enthält - bis auf die Ebene der operativen Tätigkeiten, die normativen Aspekte der Leistungs-

erbringung beeinflusst bzw. gesteuert werden. Auf diesem Weg sollen die Tätigkeiten die im Rahmen einer Einrichtung ausgeführt werden von den Leitideen des Trägers bzw. des übergeordneten Wohlfahrtsverbandes „durchdrungen“ und inspiriert werden und somit einem spezifischen „Charakter“ entsprechen.

1.2 Selbstvergewisserung und Profilierung der freien Wohlfahrtspflege

Neben den Legitimationsanforderungen die sich aus den beschriebenen sozialpolitischen Steuerungsmaßnahmen ergeben, sehen sich die Verbände und Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege der zunehmenden Notwendigkeit ausgesetzt ihr Selbstverständnis gegenüber Adressaten, Kostenträgern, Mitarbeitenden, ehrenamtlich Engagierten oder Spendern u.a. verbindlich darzustellen und zu begründen. Dies erscheint vor dem Hintergrund der fortschreitenden Individualisierung und der damit verbundenen Erosion „klassischer“ Milieustrukturen, in denen sich die Wohlfahrtsverbände „verwurzelt“ wussten, zunehmend geboten. Aber auch das verstärkte Engagement als eher gewinnorientierte Dienstleistungsanbieter am „Sozialmarkt“, lässt sich häufig nicht ohne weiteres mit ihrem kirchlichen oder politisch-humanistischen, sozialanwaltschaftlich ausgerichteten Selbstverständnis verbinden. Dazu kommt die besondere Situation in den neuen Bundesländern, wo in Folge der geschichtlichen Entwicklung, kaum Identifikation mit den Wohlfahrtsverbänden aufgebaut werden konnte. Dort ist es besonders für die konfessionellen Verbände, die i.d.R. bei der Übernahme von Einrichtungen die mehrheitlich konfessionslose Mitarbeiterschaft weiterbeschäftigten, eine große Herausforderung die kirchliche Orientierung zu vermitteln (vgl. BICKELHAUPT 2006).

Unter den oben beschriebenen Wettbewerbsbedingungen und den auf das Selbstverständnis der freien Wohlfahrtspflege gerichteten Entwicklungsanforderungen, werden folgende Fragen zunehmend in den Verbänden und Einrichtungen diskutiert: Woran erkennt man den originären Charakter der Dienstleistungen eines Wohlfahrtsverbandes? Worin unterscheiden sich Angebote, die strukturell und fachlich in gleicher Weise konstituiert sind, aber von verschiedenen Trägern angeboten werden? Oder bezogen auf die konfessionellen Verbände: Was macht, über die Namensgebung hinaus, ein kirchliche Einrichtung zu einer solchen? Worin liegen die Alleinstellungsmerkmale einer Einrichtung in konfessioneller Trägerschaft? Diese Fragen sind gerade für die konfessionellen Verbände und Einrichtungen von einer gewissen Dringlichkeit, da die in einem Transformationsprozess befindlichen Großkirchen - die als Träger in vielschichtiger Weise mit den konfessionellen Einrichtungen verbunden sind - unter gesellschaftlichen Bedeutungsverlusten leiden, welche durch die deutlichere Wahrnehmung der konfessionellen Einrichtungen als Teile der Kirchen teilweise kompensiert werden sollen. SCHUSTER stellt in diesem Zusammenhang fest, „[...]die Fragt nach dem Spezifikum kirchlicher Einrichtungen ist en vogue.“ (SCHUSTER 2006 S.1.) So wird nach der Kirchlichkeit kirchlicher Einrichtungen „auf prominent besetzten Symposien und in einschlägigen Veröffentlichungen gefragt.“(ebd.). Im Anschluss an diese Debatten wird in den Verbänden und von den Leitungsmitarbeitern, die mit der Führung von Einrichtungen betraut sind nach Konzepten und Instrumenten gesucht - und sie werden teilweise auch schon angewandt - die das Spezifikum, bzw. die weltanschauliche Ausrichtung der jeweiligen Träger verbindlicher in den Einrichtungen entwickeln und fördern sollen.

1.3 Integrative Konzepte

Auf der Suche nach Strategien den doppelten Herausforderungen - denen des Marktes und denen des entwicklungsbedürftigen Selbstverständnisses - zu begegnen, kommt in der Praxis der Verbände und Einrichtungen mittlerweile dem aus der Betriebswirtschaft stammenden Konzept der „Corporate Identity“, als umfassender Kommunikationsstrategie eine hervorgehobene Bedeutung zu: Unter „Corporate Identity“ wird ein Identitätskonzept, das auf das innere und äußere Erscheinungsbild eines Unternehmens gerichtet ist verstanden. Ziel ist es, auf

Dauer ein profiliertes und klar erkennbares Bild von einem Produkt oder einem Unternehmen im Kopf der Konsumenten, das sog. „Corporate Image“ zu verankern (vgl. KIESLING/SPANNAGEL 1996; PAULMANN 2006). Das Konzept setzt sich zusammen aus:

- „Corporate Design“, dem einheitliches Erscheinungsbild mit einprägsamen Symbolen, Bildern oder Farben.
- Dem entsprechenden Kommunikationsverhalten, „Corporate Communications“.
- Den ethischen Regeln und Normen einer Organisation, dem „Corporate Behavior“.

Innerhalb aller Wohlfahrtsverbände gibt es ein sichtbares Bestreben das Konzept einer „Corporate Identity“ umzusetzen, wobei zunächst die Konzentration auf dem Erscheinungsbild lag. Dabei ist bemerkenswert, dass die Bemühung um ein einheitliches „Corporate Design“ keine neue Entwicklung darstellt. Besonders deutlich wird dies, wenn man die Geschichte des Diakonischen Werks und ihrem Signet, dem Kronkreuz, betrachtet: Zum 75jährigen Jubiläum des „Central-Ausschusses für die Innere Mission“ (1923) - dem Vorläufer des Diakonischen Werks - wurde festgestellt, dass über dessen weit verzweigte Arbeit wenig bekannt ist (vgl. DIAKONISCHES WERK WÜRTTEMBERG 1998). So wurde 1924 ein „Propaganda Dienst“, der es zur Aufgabe hatte „durch alle sich bietenden Mittel die Kenntnis des Gesamtwerks der Inneren Mission in breiteste Schichten hineinzutragen“ (ebd.) etabliert. Unter dessen Regie wurde das Kronkreuz entworfen und 1925 als gemeinsames Zeichen der „Inneren Mission“ allen zugehörigen Verbänden zur Benutzung und „Anbringung an Anstalten und Einrichtungen“ empfohlen. Von diesem einstmaligen Willen zu einem gemeinsamen Erscheinungsbild war bis in die 90er Jahre des vorherigen Jahrhunderts nicht mehr viel übrig geblieben. Stattdessen wurden 1998 „weit über 50 verschiedene Kronkreuzversionen“ (ebd.), die sich in Form- und Farbgebung teilweise stark unterschieden, im Raum des Diakonischen Werks ausgemacht. Dieses Beispiel, auch wenn es in seiner Ausprägung die Besonderheit der dezentralen Organisation des Diakonischen Werks und der Evangelischen Kirche sowie der eigenständigen Stellung von einzelnen diakonischen Großorganisationen und den damit verbundenen Abgrenzungsbestrebungen widerspiegelt, traf auch auf die anderen meist zentralistischer ausgerichteten Verbände zu diesem Zeitpunkt zu. Hier ist, auch unter dem Einfluss des oben erwähnten „Sozialmarketings“ seit einigen Jahren ein starkes Bemühen um ein identisches Erscheinungsbild in Signet, Farbwahl, etc. festzustellen. Dies wird u.a. begleitet von öffentlichen Plakatkampagnen (z.B.: „Diakonie ist ...“ Plakatserie) mit deren Hilfe die einheitliche Symbolik mit Textbotschaften verknüpft, den entsprechenden Verband, seine Arbeit und seine Philosophie, unter einem hohen Wiedererkennungswert in der Öffentlichkeit bekannt machen soll.

Die Formulierung eines ausgesprochenen Kommunikationsverhaltens (Corporate Communications) sowie ethischer Regeln und Normen (Corporate Behavior) die für die Arbeit in den Verbänden und Einrichtungen verbindlich sein sollen, wird mittlerweile häufig durch die Erstellung von spezifischen Leitbildern verwirklicht (vgl. Kapitel 2). Dabei bleibt aber die Umsetzung dieser formulierten Grundsätze eine andauernde Herausforderung. Hier setzen mittlerweile eine Reihe von integrativen Konzepten und Strategien an, die versuchen betriebswirtschaftliche Instrumente und leitbildorientierte Kriterien miteinander zu verknüpfen: zum Beispiel versucht die Arbeiterwohlfahrt in ihren Strukturen teils einen wertegründeten Qualitätsbegriff organisatorisch zu operationalisieren. Dieser soll die anderen, fachlichen und betriebswirtschaftlichen Qualitätsbegriffe aufgreifen und ihnen als Markenzeichen Form und Richtung verleihen (vgl. BRÜCKERS et al. 2002). Im Bereich der konfessionellen Träger wird vermehrt die von KAPLAN und NORTON (1996) entwickelte „Balance-Scorecard“, in der zur strategischen Steuerung einer Organisation verschiedene Zielperspektiven (Ökonomische, Qualitative u.a.) miteinander verknüpft und dargestellt werden, für die Steuerung von kirchlichen Organisationen angewandt. Dabei werden „spirituelle Zielperspek-

tiven“ als Kriterien für den Erfolg der Organisationen mit einbezogen. So wird beispielsweise in der „Marienhaus GmbH Waldbreitbach“ eine BSC genutzt, die unter dem so genannten „Wertekreuz“ eine Perspektive „Christlichkeit“ führt, über die die Intentionen der Ordensgründerinnen in die Einrichtung transportiert werden sollen (vgl. SCHUSTER 2006a).

Das in diesem Beitrag zentrale Zertifizierungsverfahren der proCum Cert GmbH (pCC) zielt als ein integratives Konzept auf die beiden Ebenen der beschriebenen Umsetzungsanforderungen. Dieses von den konfessionellen Wohlfahrtsverbände mitinitiierte Verfahren, das zunächst für das Handlungsfeld „Krankenhaus“ entwickelt wurde, versucht wertorientierte bzw. leitbildorientierte Kriterien für die Arbeit von konfessionellen Einrichtungen zu operationalisieren und diese über das Qualitätsmanagement auf allen Ebenen der Einrichtungen zu verankern und überprüfbar zu machen. Dabei ist das Verfahren, je nach Handlungsfeld auf verschiedene Qualitätsmanagementsysteme adaptierbar, im Handlungsfeld „Krankenhaus“ ist dies beispielsweise das KTQ-Verfahren. Ausgesprochenes Ziel ist es, das pCC-Verfahren als ein Markenzeichen zu etablieren, an dem die Nutzer/innen im Sozial- und Gesundheitswesen neben der Fachlichkeit im engeren Sinne auch die in konkretes Handeln umgesetzte und überprüfte konfessionelle Orientierung erkennen sollen (vgl. PROCUM CERT 1999, 2006).

2 Konfessionelle Sozialeinrichtungen und deren Leitbilder

Zunächst wird hier die besondere Stellung der konfessionellen Sozialeinrichtungen im korporatistischen Sozialstaat erläutert und daran anschließend das theologische begründete Selbstverständnis diakonischen Handelns dargestellt. Um den Übertrag der theologischen Leitgedanken in das pCC-Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser nachvollziehen zu können, werden dann die Leitbilder der konfessionellen Wohlfahrtsverbände und die ihrer Krankenhausverbände beschrieben.

2.1 Konfessionelle Sozialeinrichtungen

Konfessionelle Sozialeinrichtungen in Deutschland lassen sich beschreiben als Organisationen, die einerseits in das sozialstaatliche Arrangement eingebunden und andererseits als Teil der verfassten Kirchen begründet sind. Das Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes (Art. 20,1 und 28,1), sowie das Subsidiaritätsprinzip, das den freien Wohlfahrtsverbänden eine zentrale Rolle im korporatistischen Wohlfahrtsstaat zuweist, bilden den staatsrechtlichen Rahmen ihrer Arbeit. Demnach erbringen konfessionelle Einrichtungen staatliche Leistungen, als vom Staat unabhängige, kirchliche Organisationen, die „[...]ihre Angelegenheiten selbständig ordnen und verwalten“ (Art. 137 (3) WRV). Sie sind auf allen Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens tätig und erbringen ein breites Spektrum sozial-karitativer Dienstleistungen. Ihnen ist als gemeinnützig anerkannten Organisationen ein besonderer Status wie die Befreiung von Steuerzahlungen u.a. gegenüber marktwirtschaftlich orientierten Unternehmen eingeräumt. Als Einrichtungen, die formal zu den verfassten Kirchen gerechnet werden, gilt für sie das kirchliche Dienstrecht das besondere Bedingungen für die Betriebsführung und die Mitarbeit aufweist. Im Unterschied zum staatlichen Arbeitsrecht geht das kirchliche Dienstrecht von überwiegend gemeinsamen Interessen aller Mitarbeiter/innen aus. So müssen diese i.d.R. Mitglied einer verfassten Kirche sein. Sie bilden, zumindest formal, eine Dienstgemeinschaft, die sich den konfessionellen Leitgedanken verpflichtet fühlen soll. Diese Dienstgemeinschaft kann Gestalt gewinnen in verschiedenen Formen wie beispielsweise in Anstaltsgemeinden, Schwestern- und Bruderschaften u.a. Für die Mitarbeiter/innen der konfessionellen Einrichtungen gilt, dass sie deren Zielorientierung bejahen bzw. respektieren müssen, was sich auch in der privaten Lebensführung zeigen sollte.

Das Verhältnis der konfessionellen Einrichtungen zueinander wie auch zu ihren jeweiligen Kirchen ist trotz der formalen Zusammengehörigkeit nicht spannungsfrei und mitunter von Konkurrenz geprägt. Besonders in der Evangelischen Kirche mit ihren dezentralen Strukturen kommt es beispielsweise zu Wettbewerbssituationen zwischen den überregionalen diakoni-

schen Großorganisationen und den örtlichen Strukturen der Diakonie (vgl. SCHMIDT-ROST et al. 2005).

2.2 Theologische Grundlagen von Kirche und Diakonie

Auf der Grundlage der christlichen Wertetradition werden hier die Hauptleitlinien der Theologie, die dem Selbstverständnis konfessioneller Verbände und Einrichtungen zugrunde liegen eingeführt. Da die proCum Cert GmbH gewissermaßen als eine ökumenische Initiative zu betrachten ist, werden die konfessionellen Unterschiede in dieser Beschreibung auch nur begrenzt berücksichtigt. Dies geschieht, obwohl dem Verfasser sehr wohl bewusst ist, dass in der konkreten Umsetzung ethischer Vorstellungen durchaus einige konfessionelle Unterschiede, bezogen beispielsweise auf die künstliche Befruchtung oder des Schwangerschaftsabbruchs u.a. bestehen.

2.2.1 Die christliche Wertetradition

Die christliche Wertetradition wurzelt in ihren Grundannahmen im Judentum, dem Vorbild von Jesus von Nazareth und in den Traditionen der christlichen Kirchen. Diese Grundannahmen werden hier für die weitere theologische Begründung stichpunktartig benannt.

Die jüdische Tradition:

- Der eine Gott, aus der Geschichte erfahrbar, bleibt verbindliche Motivation für den Einzelnen.
- Die Zehn Gebote, dem Volk Israel gegeben.
- Barmherzigkeit gegenüber dem Schwachen ist begründet in Gottes Barmherzigkeit gegenüber seinem schwachen Volk Israel.

Das Vorbild von Jesus von Nazareth:

- Vergebung und Verzeihen
- Die Würde des Schwachen. Der als wertlos Geachtete, der keine Lobby hat, wird für so würdig geachtet, dass sich an ihm das Schicksal des Starken entscheidet.
- Dienen. Im Dasein für andere wird das Leben lohnend, nicht erst durch Leistung, Erfolg, Genuss.
- Durchhaltekraft nicht durch mehr Anstrengung, sondern durch Vertrauen, Gebet, Aushalten beim anderen, auch bei eigenem Nachteil.

Die christlichen Kirchen:

- Der Sonntag und der Feiertag teilen die Zeit in Rhythmen, bieten Ruhe, Sinn-Findung, Gemeinschaftsbildung.
- Das Wissen vom Menschen. Die Kirche weiß vom Kulturauftrag des Menschen und von seiner Gefährdung durch das Böse und von seiner letzten Gewissensbindung.
- Die Barmherzigkeit Gottes führt zur Barmherzigkeit mit dem Nächsten, dem Leidenden. Genannt sind hier beispielhaft Vorbilder die in der europäischen kirchlichen Tradition besonders für ihre Werke der Barmherzigkeit stehen: Martin von Tours, Franz von Assisi, Elisabeth von Thüringen, Florence Nightingale, Albert Schweizer, Mutter Theresa, Frère Roger Schutz u.a.

2.2.2 Die drei Grundfunktionen der Kirche

Fragt man nach den notwendigen Grundfunktionen der christlichen Kirche die vorhanden sein müssen damit sie überhaupt Kirche ist, wird deutlich, dass sozial-karitative Zuwendung zu jedem hilfsbedürftigen Menschen unbedingt dazu gehört: Theologisch begründen sich die drei Grundfunktionen der Kirche in der Person Jesus Christus: „In seiner Verkündigung prägte er den Gottesglauben, in der von ihm gestifteten Gemeinschaft lebte er die Liebe zu den Menschen, in seiner Hilfe zeigte er die Hoffnung für die Welt. In diesem dreifachen, prophetischen, priesterlichen und königlichen Werk Jesu Christi gründet der Dienst der Kirche als Zeugnis- und Dienstgemeinschaft“ (GENEST 2002, S.121). Die Verkündigung (Kerygma)

der Kirche begründet sich im „prophetischen Werk Christi“ und richtet sich als verbale Kommunikation in missionarischer Absicht an die Kirche selbst als Predigt und an die Gesellschaft als Unterweisung. Dabei soll die predigthafte Verkündigung Christen in die kirchliche Tradition einführen und die unterweisende Verkündigung Menschen in ihrer jeweiligen gesellschaftlichen Situation ansprechen.

Die Gemeinschaft (Koinonia) der Kirche gründet im „priesterlichen Werk Christi“ und realisiert sich im Miteinander und Füreinander der Gemeinde. Die durch Jesus Christus gestiftete Gemeinschaft stellt sich dar in der gottesdienstlichen Versammlung der Gemeinde unter Wort und Sakrament und der Begleitung des Einzelnen an den Stationen seines Lebensweges.

Die Hilfe (Diakonia) der Kirche leitet sich vom helfenden, barmherzigen Tun Jesu bzw. im erlösenden Werk Christi ab und realisiert sich als „[...]dienende Zuwendung der Gemeinde an alle Menschen, die Hilfe begehren und bedürfen.“ (ebd.). Die in Jesus Christus begründete Hilfe „Diakonia“ stellt sich entsprechend dem Doppelaspekt des Menschen dar als Sorge für Seele und Leib. Dies geschieht durch Seelsorge und Beratung sowie als praktische Zuwendung und Hilfe in den ausdifferenzierten Formen und Handlungsfeldern der Diakonie.

2.2.3 Diakonik

Diakonie ist also eine Dimension des helfenden Handelns der Kirche die sich in ihrer Zuwendung auf Hilfe für den Leib konzentriert, wobei sowohl der individuelle Leib in Form von Heilung und Pflege, als auch der soziale Leib des Menschen, in Form von Sozialer Arbeit, im Blick sind (vgl. GENEST 2002, S. 155). Diakonik von griechisch „diakonia“: Hilfe-, Dienstleistung abgeleitet, ist die Wissenschaft von der theologischen Begründung, den sozialen Bedingungen, den geschichtlichen Gestalten und der gegenwärtigen Gestaltung kirchlicher Hilfe. Dabei bezieht sich die Diakonik in Theorie und Praxis vor allem auf die Medizin, die Sozialpolitik und die Soziale Arbeit. Biblische Grundlagen diakonischen Handelns finden sich im Wortfeld „diakonein“, das im Griechischen das Aufwarten bei Tisch und die Sorge um den Lebensunterhalt und in diesem Sinne „Dienen“ bedeutet. Jesus und das Urchristentum machten aus diesem Wort ein Kennzeichen gerade des christlichen Lebens: Jesus Christus verstand seine Sendung als Dienen an und für Menschen und Jüngerschaft als Dienst aneinander und für die Menschen (DIE BIBEL Mk 10,41ff; Lk 22,24ff; Joh 13,15ff.) und wurde so Urbild und Vorbild diakonischen Handelns der Kirche. Neben der Gestalt Jesu sind zwei seiner Gleichnisse „Vorbilder“ für diakonisches Handeln geworden, die orientierend und verpflichtend sind: Das Gleichnis vom barmherzigen Samariter (ebd. Lk 10,25ff) und das Gleichnis vom Weltgericht (ebd. Mt 25,31ff.). Betont das erste die selbstlose und spontane Liebe als Motiv, so das zweite die elementaren karitativen Werke als Kriterium für diakonisches Handeln (ebd. S. 121-161).

Christliche Diakonie folgt in ihrem Selbstverständnis bestimmten dogmatischen Konzeptionen, von denen laut GENEST im evangelischem Bereich vor allem zwei wichtig geworden sind: Die „Christozentrische Diakonie“ von PHILIPPI (1963) und die „Diakonie im Horizont des Reiches Gottes“ von MOLTSMANN (1984). Betont die erste die kirchliche Gemeinschaft und die Sammlung der Menschen, so die zweite die menschliche Gesellschaft und die Sendung der Christen. (vgl. GENEST 2002, S.155). Für die katholische Kirche formulierte das 2. Vatikanische Konzil folgende Leitlinien: „Es geht um die Rettung der menschlichen Person, es geht um den rechten Aufbau der menschlichen Gesellschaft. [...]Heute ganz besonders sind wir dringend verpflichtet, uns zum Nächsten schlechthin eines jeden Menschen zu machen und ihm, wo immer es geht, tatkräftig zu helfen[...]. Mit großer Achtung blickt das Konzil auf alles Wahre, Gute und Gerechte, das sich die Menschheit in den verschiedenen Institutionen geschaffen hat und immer neu schafft. Es erklärt auch, dass die Kirche alle diese Einrichtungen unterstützen und fördern will. [...]Sie selbst hat keinen dringlicheren Wunsch, als sich selbst im Dienst des Wohles aller frei entfalten zu können unter jeglicher Regierungsform, die

die Grundrechte der Person und der Familie und die Erfordernisse des Gemeinwohls anerkennt.“ (KKVD 2005a).

Der komplexe Charakter diakonischen Handelns bedingt nicht nur verschiedene dogmatische Konzeptionen, sondern auch bestimmte ethische Spannungen, die dieses Handeln immer wieder begleiten: So die Spannung von Barmherzigkeit und Gerechtigkeit, von Spontaneität und Reflexion, von Gemeinschaft und Gesellschaft, von Zuwendung und Aufwendung oder von Verstehen und Verändern (vgl. GENEST 2002 S. 155). Diese Spannungen hängen mit der Begrenztheit menschlicher Erkenntnis und der Bedingtheit menschlichen Handelns zusammen und können nur immer im einzelnen Fall vorläufig und teilweise gelöst werden.

2.3 Leitbilder und Qualitätskriterien konfessioneller Einrichtungen

Die beiden kirchlichen Wohlfahrtsverbände Deutscher Caritasverband und Diakonisches Werk der EKD haben für ihre Arbeit Leitbilder formuliert, die sich an dem oben beschriebenen theologischen Selbstverständnis, an der jeweiligen kirchlichen Tradition der Verbände, an ihrer Organisationsstruktur und an den Aufgaben denen sie sich stellen orientieren. Dabei soll ihr jeweiliges Leitbild die Organisationsphilosophie und die Grundausrichtung der Verbände für ihre Mitgliedseinrichtungen und deren Mitarbeiter/innen sowie für Hilfesuchende und die Öffentlichkeit verbindlich deutlich machen. Der Deutsche Caritas Verband hat dies unter vier Überschriften ausformuliert: „Ziele und Aufgaben“, „Theologische Grundlagen“ sowie „Organisationsprofil“ und „Leistungsprofil“ (vgl. CARITAS 2005). Im Gegensatz dazu ist das Leitbild des Diakonischen Werks der EKD durch eingängige Leitsätze geprägt, die kurz und stichwortartig die wesentlichen Charakterzüge der Diakonie darstellen und die theologisch-historischen Vorgaben auf die Praxis hin operationalisieren sollen (DWEKD 1997):

- Wir orientieren unser Handeln an der Bibel.
- Wir achten die Würde jedes Menschen.
- Wir leisten Hilfe und verschaffen Gehör.
- Wir sind aus einer lebendigen Tradition innovativ.
- Wir sind eine Dienstgemeinschaft von Frauen und Männern im Haupt- und Ehrenamt.
- Wir sind dort, wo Menschen uns brauchen.
- Wir sind Kirche.
- Wir setzen uns ein für das Leben in der einen Welt.

Orientiert an diesen Leitbildern, haben die konfessionellen Krankenhausverbände ihr Selbstverständnis als Anhaltspunkt für die einzelnen Krankenhäuser formuliert. Beispielsweise beschreibt der Katholische Krankenhausverband Deutschlands das Selbstverständnis der katholischen Häuser wie folgt (vgl. KKVD 2005): „Das Besondere der katholischen Krankenhäuser ist ihre Orientierung am christlichen Menschenbild. Die Handlungsmaximen in den katholischen Krankenhäusern und im KKVD werden von christlichen Werten bestimmt. Sie haben wie alle katholischen Einrichtungen und Verbände das Ziel, die Menschenfreundlichkeit Gottes zu bezeugen und davon das eigene Handeln bestimmen zu lassen.“ Weiterhin bezieht sich der Verband ausdrücklich auf das zweite Vatikanische Konzil: „Das zweite Vatikanische Konzil hat grundlegend die Richtung der Kirche in die Zukunft bestimmt und Perspektiven für authentisches christliches Handeln formuliert, von denen sich die katholischen Krankenhäuser leiten lassen“ (ebd.). Dies konkret in ihrer praktischen Arbeit umzusetzen, ist laut KKVD „die tagtägliche Herausforderung an die katholischen Krankenhäuser“. Dabei soll „die Eigenverpflichtung zur Christlichkeit“ die Leitlinien der Arbeit der katholischen Krankenhäuser bestimmen. Dies bedeutet für den KKVD „biblische Prinzipien im konkreten Handeln umzusetzen“.

Aus dem in diesem Kapitel begründeten kirchlich-karitativen Selbstverständnis, welches die konfessionelle Wohlfahrtspflege in die verschiedenen Handlungsfelder des Sozial- und Gesundheitswesens einbringt, ergeben sich Gütekriterien die über fachliche Gesichtspunkte

und über Kriterien für nicht kirchliche Anbieter hinausgehen müssen. Dabei stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, inwiefern diese Spezifika als Kernkriterien in allen kirchlichen Einrichtungen gefunden werden müssen, oder ob diese Kriterien als ein „Zusatz“, der auf Bestehendes adaptiert wird, verstanden werden.

3 Das Zertifizierungsverfahren der proCum Cert GmbH

Hier wird nun das Zertifizierungsverfahren für konfessionelle Krankenhäuser der proCum Cert GmbH (pCC) in der Version 5.0 erläutert. Es basiert in seiner Konzeption und den Verfahrensschritten auf dem KTQ-Verfahren, dem weitere Kategorien und Kriterien eigens für konfessionelle Einrichtungen hinzugefügt wurden. Zunächst soll aber einleitend die spezifische Situation für die Einführung von Qualitätskonzepten in das Gesundheitswesen thematisiert werden.

3.1 Qualität im Gesundheitswesen

Unter den im ersten Teil dargestellten Transformationsprozessen des Sozial- und Gesundheitswesens ist das hier beispielhaft gewählte Handlungsfeld „Krankenhaus“ mit folgenden feldspezifischen Herausforderungen konfrontiert. Ausgelöst durch die sich beschleunigende Vermehrung medizinischen Wissens und der damit verbundenen Entwicklung medizinischer Technologie, weiterhin verstärkt durch die Medikalisierung vieler Lebensbereiche sowie demografische und epidemiologische Veränderungen, befindet sich das deutsche Gesundheitssystem laut KÖCK (1996) „[...]in einer Situation, in welcher die technischen Möglichkeiten moderner Medizin und das Angebot an tatsächlich oder scheinbar nützlichen Verfahren den Finanzierungsspielraum deutlich übersteigen“. Zunehmender Kostendruck zwingt erstmals dazu, zwei wesentliche Fragen anzusprechen: Erstens geht es um die Entscheidung, welche medizinischen Leistungen angeboten werden sollen, und zweitens um die Frage, wie die Leistungserbringung, also die Abläufe in den Gesundheitsorganisationen, gestaltet werden müssen, um bei minimalem Aufwand maximalen Nutzen zu erzielen. Vor allem die zweite Frage ist es, die wesentliche Veränderungen der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen mit sich bringt, wie LAUTERBACH darstellt: „Wurde bis vor wenigen Jahren der Ruf nach zusätzlichen Ressourcen regelmäßig mit Ausweitungen der Budgets beantwortet, so sind Gesundheitsorganisationen in einer Situation relativ knapper Mittel gezwungen, Rationalisierungspotenziale auszumachen und Effizienzsteigerung anzustreben.“ (LAUTERBACH 2004, S.287). Die Frage nach der Steigerung der Effizienz zwingt zu klären, wie Nutzen im Gesundheitssystem definiert wird. Damit ist automatisch die Frage nach der Qualität der Leistungen angesprochen. Diese Frage, die im Rahmen der „klassischen“ Qualitätssicherung in unterschiedlicher Form schon lange diskutiert wird, bekommt unter den veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen eine neue Perspektive und zusätzliche Bedeutung für die Medizin. Daneben führen aber noch weitere Faktoren zur Notwendigkeit einer umfassenderen Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität: Entwicklungen wie die zunehmende Komplexität medizinischer Verfahren und die dadurch veränderten Anforderungen an die Organisation von Krankenhäusern sowie die wachsende „Kundenautonomie“ von Patienten i.V.m. wesentlich verbesserten Informationsmöglichkeiten lassen die Beantwortung der Frage, wie Qualität im Krankenhaus definiert und gewährleistet werden kann, drängender werden.

3.2 Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen - KTQ

Ausgehend von einem durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Pilotprojekts haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren entwickelt. Ziel war es, gemeinsam die Möglichkeit des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern sowie deren Zertifizierung zu befördern. Aus diesen

Anfängen wurde zum 01.01.2002 die KTQ gGmbH gegründet, innerhalb der - mit den oben genannten Akteuren - die gesamte Selbstverwaltung und die Berufsorganisation des Gesundheitswesens auf Bundesebene als „Kooperation für Transparenz und Qualität“ zusammenarbeiten. Das Verfahren findet im deutschen Gesundheitswesen eine große Akzeptanz. Es sind am Stichtag 14.09.2006 497 Krankenhäuser nach KTQ zertifiziert (vgl. KTQ 2006).

Das Zertifizierungskonzept der KTQ orientiert sich an internationalen Vorbildern wie dem „Canadian Council on Health Service Accreditation“ oder dem „Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisations“ u.a. (vgl. STOBRAWA 2004, S.487), die sich wiederum neben Entwicklungen aus dem Gesundheitsbereich an Elementen des „Total Quality Management“ orientieren. Die Ziele, die KTQ vor dem Hintergrund der Transformationen des Sozial- und Gesundheitswesens verfolgt, werden von STOBRAWA wie folgt beschrieben: Es sollen „[...]Elemente des Qualitätsmanagements im Rahmen der Patientenversorgung im Krankenhaus, hinsichtlich der Strukturen, der Abläufe wie auch der Ergebnisse implementiert werden, wobei es auch darum geht, dies unter optimierten Arbeitsbedingungen für alle im Krankenhaus Tätigen zu tun.“ (ebd.). Dies weist daraufhin, dass KTQ versucht vorrangig auf die ganzheitliche Verbesserung der Patientenversorgung und der damit verbundenen Prozesse der Leistungserbringung abzielen. Darüber hinaus sollen sich nicht nur einzelne Abteilungen des Krankenhauses mit Fragen des Qualitätsmanagements auseinandersetzen, sondern, im Sinne eines umfassenden Organisationsentwicklungsprozesses, das gesamte Haus. Ziel soll es also sein, Abteilungsgrenzen zu überwinden und alle Berufsgruppen interprofessionell auf das Ziel einer optimalen Patientenversorgung zu verpflichten. Weiterhin soll mit dem Verfahren eine umfassende Transparenz über die Arbeit des Krankenhauses für alle beteiligten Akteure geschaffen werden. Diese soll zum einen nach außen auf die Information von Patienten und niedergelassenen Ärzten u.a. gerichtet sein (Qualitätsberichte) zum anderen auf die Akteure der internen Prozesse. Der prinzipielle Ablauf des Zertifizierungsverfahrens und die verschiedenen Verfahrensschritte sind in der Abbildung 1 veranschaulicht:

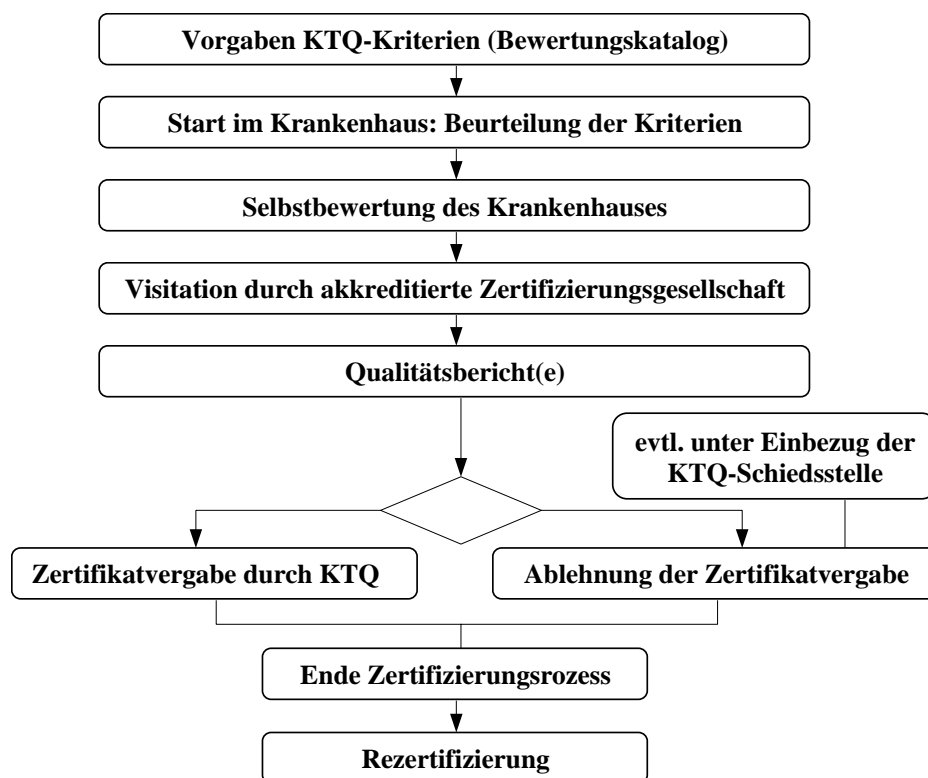


Abb. 1 Ablauf des Zertifizierungsverfahrens (EBERITZSCH 2006)

3.2.1 Selbstbewertung

Der erste Schritt zum Zertifikat ist die Selbstbewertung. Diese wird von dem Krankenhaus, das sich zertifizieren lassen möchte, allein vorgenommen. Notwendig ist hierzu das jeweilige KTQ-Manual, in dem alle notwendigen Schritte erläutert sind und das den KTQ-Katalog mit allen zu bearbeitenden Fragen zu den Leistungen, Prozessabläufen und zum Qualitätsmanagement enthält. Über den Katalog mit seinen verschiedenen Bereichen werden in der Selbstbewertung folgende Kategorien erfasst (vgl. KTQ 2006):

1. Patientenorientierung
2. Mitarbeiterorientierung
3. Sicherheit im Krankenhaus
4. Informationswesen
5. Krankenhausführung
6. Qualitätsmanagement.

Diese Kategorien sind wiederum in verschiedene Kriterien unterteilt, derzeit in 72. Von den Krankenhäusern wird eine Bearbeitung bzw. Beantwortung der einzelnen Kriterien erwartet. Hierbei sollen die Häuser die praktische Umsetzung der Forderungen schildern, die in den einzelnen Kriterien des Katalogs formuliert sind. Beispielsweise für die Kategorie 1 „Patientenorientierung“ wären dies in einer Auswahl neben weiteren Kriterien folgende: „Vorbereitung einer stationären Behandlung“, „Integration des Patienten in den Versorgungsprozess“, oder „Organisation des Qualitätsmanagement“. Aber auch ethische Fragestellungen, wie zum Beispiel: „Inwieweit bietet das Krankenhaus sterbenden Patienten und deren Angehörigen eine angemessene Atmosphäre, um Abschied zu nehmen?“ fallen unter diese Kategorie.

Am Ende der Selbstbewertung steht der Selbstbewertungsbericht. Er beinhaltet eine Schilderung der qualitätsbezogenen Aktivitäten des Krankenhauses, bezogen auf die Anforderungen des jeweiligen Kriteriums. Kleinste Einheit für die Bewertung ist der PDCA-Zyklus:

- Plan: Ist-Situation, Ziel- und Prozessplanung, Verantwortlichkeiten
- Do: Umsetzung in der Praxis
- Check: Überprüfung
- Act: Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen

Die Bewertung der PDCA-Schritte erfolgt dadurch, dass geprüft wird, wie hoch der Grad der Durchdringung und der Erreichung der im Kriterium gestellten Forderungen ist. Hierbei wird unter Durchdringungsgrad die Breite der Umsetzung über alle Bereiche des Krankenhauses verstanden. Es wird also geprüft, ob die Anforderungen des PDCA-Zyklus in allen Bereichen erfüllt werden. Der Erreichungsgrad beschreibt die Güte der Umsetzung in einem Bereich bzw. über alle Bereiche. Die einzelnen Kriterien haben eine unterschiedliche Gewichtung. 25 der 72 Kriterien werden als Kernkriterien angesehen die bei der Bewertung mit dem Faktor 1,5 multipliziert werden müssen. Für Kernkriterien wird ausnahmslos ein vollständiger Qualitätszyklus gefordert. Die restlichen Kriterien stellen unterschiedliche Forderungen hinsichtlich des Durchlaufens des PDCA-Zyklus dar. Die Selbstbewertung als Ist-Analyse soll eine „Standortbestimmung“ darstellen. Das Ergebnis dieser Analyse im Vergleich zu den Fragen des Katalogs soll die Stärken und Verbesserungspotenziale für das Krankenhaus aufzeigen. Weiterhin wird die Chance auf den Erhalt des Zertifikats durch die Bearbeitung der Selbstbewertung erkennbar und es kann entschieden werden, ob noch Projekte zur Verbesserung der Prozessabläufe vor der Fremdbewertung durchzuführen sind.

3.2.2 Fremdbewertung und Zertifikatvergabe

Als nächsten Schritt zur Zertifizierung führen Visitoren, im Auftrag von akkreditierten Zertifizierungsstellen, eine externe, unabhängige Fremdbewertung gemäß dem KTQ-Katalog durch. Die Visitoren müssen neben ärztlicher, pflegerischer und ökonomischer Qualifikation

über umfassende Kenntnisse im Qualitätsmanagement verfügen. In der Fremdbewertung wird der Selbstbewertungsbericht hinterfragt und die für die jeweilige medizinische Einrichtung zutreffenden Kriterien des Katalogs bewertet. Dazu werden "Kollegiale Dialoge" mit den Mitarbeiter/innen geführt und gezielt verschiedene Bereiche der Einrichtung im Sinne von Stichproben überprüft und mit Hilfe eines Bewertungskatalogs von den Visitoren bewertet.

Zum Abschluss des Zertifizierungsprozesses erhalten die Krankenhäuser den auf der Grundlage ihrer Vorschläge und deren Überprüfung durch die Visitation erstellten Qualitätsbericht und das Zertifikat. Alle Häuser müssen, um ein Zertifikat zu erreichen die folgenden Basisvoraussetzungen erfüllen: Sie müssen mindestens 55 Prozent der vorgegebenen Gesamtpunktzahl erreichen. Darüber hinaus ist die vertragliche Zusicherung gegenüber der Zertifizierungsstelle, den Qualitätsbericht zeitgleich mit der Erteilung des Zertifikates zu veröffentlichen, verpflichtend. Die Beteiligung an allen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach dem SGB V ist ebenfalls verpflichtend. Mit der Veröffentlichung auf der Homepage der KTQ soll der Qualitätsbericht verlässliche, organisationsspezifische Zertifizierungsinformationen in einer zusammengefassten, möglichst auch für Laien verständlichen und nützlichen Form der Öffentlichkeit zugänglich machen. Der Qualitätsbericht soll eine Gesamtdarstellung der Leistungen und des internen Qualitätsmanagements darstellen. Alle im Rahmen der Zertifizierung festgestellten relevanten Leistungsmerkmale werden in diesen Qualitätsberichten berücksichtigt. Darüber hinaus enthält er die Strukturdaten der Krankenhäuser wie beispielsweise allgemeine Merkmale und Leistungsmerkmale des Hauses und der Fachabteilungen u.a.

3.3 proCum Cert - Ursprung und Aufgaben

Anlässlich des Katholischen Krankenhauskongresses 1997 in Erfurt wurde in ökumenischer Initiative die Gründung einer Gesellschaft zur Organisation und Durchführung der Qualitätssicherung und die Schaffung einer Zertifizierungsstelle für konfessionelle Krankenhäuser beschlossen, dies führte im Jahre 1998 zur Gründung der proCum Cert GmbH (pCC) mit den Gesellschaftern:

- Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V.
- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.
- Deutscher Caritasverband e.V.
- Diakonisches Werk der EKD e.V.
- Ecclesia Versicherungsdienst GmbH
- Seit 2001 DQS GmbH

Die Intention bei der Schaffung der pCC war es laut Geschäftsführer GATTINGER (2005, S.3) „[...]eine Zertifizierungsstelle zu schaffen, die nach anerkannten und objektiven Standards konfessionelle Krankenhäuser zertifiziert.“ Diese Zertifizierung ist als Alternative und Ergänzung zu den bestehenden Qualitätsnormen gedacht und orientiert sich an den Leitbildern von Caritas und Diakonie. Dazu wurden „[...]eigene Kriterien auf der Seinsebene eines christlichen Krankenhauses, die die Identität formulieren und überprüfbar werden lassen.“ (ebd.) erarbeitet, so dass die konfessionellen Krankenhäuser als „Lebens- und Wesensäußerung“ (DWEKD 1997) der Kirchen wahrgenommen werden können. Ziel der proCum Cert ist es also „[...] christliche Werte in das Qualitätsmanagement einzubeziehen und in der Organisation zu verankern.“ (GATTINGER 2004, S.3).

In der Begründung für die Entstehung von pCC und der damit verbundenen eigenständigen Zertifizierung von konfessionellen Krankenhäusern bilden sich die im ersten Kapitel eingeführten Aspekte deutlich ab: Laut Weihbischof VOß, der in enger Kooperation mit dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband, die pCC mitgegründet hat, stehen konfessionelle Krankenhäuser „[...]unter wettbewerbsähnlichen Bedingungen. Dadurch hat die Frage nach dem „Warum?“ konfessioneller Krankenhäuser eine neue Aktualität bekommen.“ (VOß 2003,

S.7). Kennzeichnend für diese Entwicklung ist seiner Meinung nach einerseits „[...]die veränderte Sicht auf konfessionelle Krankenhäuser in einer pluralen, zunehmend säkularisierten Gesellschaft, die verstärkt Vorrang der Ökonomisierung gibt.“ (ebd.), andererseits wird innerkirchlich die Frage laut, „[...]ob wir das kirchliche Krankenhaus noch von innen her gestalten.“ (ebd.). Weiterhin bezieht er sich auf die besondere Verantwortung, die konfessionelle Krankenhäuser im nach dem Subsidiaritätsprinzip organisierten deutschen Wohlfahrtsstaat haben. Das soziale Hilfesystem der BRD erkennt nach der Verfassung die konfessionellen Krankenhäuser als gemeinnützige, eigenständige Säule mit eigenem Profil an, so dass mit Blick auf die Wahlfreiheit eines jeden Bürgers ein eindeutiges Wahlangebot entstehen müsse. „Konfessionelle Krankenhäuser tun ihren Dienst im eigenständigen Auftrag der Kirche, in Kooperation mit dem Staat.“ (ebd.). Dieses Recht auf Eigenständigkeit des kirchlichen Krankenhauses beinhaltet laut VOß dementsprechend die Aufgabe mit einem eigenen Profil für die Bürger erkennbar zu werden.

Für Pastor HELBIG vom Deutschen Evangelischen Krankenhausverband ist die Zertifizierung aus folgenden Gründen notwendig: „Unser Menschenbild soll alle Dimensionen patientenorientierten Handelns bestimmen, sei es ärztlicher, therapeutischer, seelsorgerischer, ja selbst wirtschaftlicher und administrativer Art. Es geht nicht um die Reparatur von Defekten, sondern um Hilfe für das Leben.“ (HELBIG zit. nach RIER 2003, S.3). Deshalb drücken sich laut HELBIG der Auftrag und das Selbstverständnis konfessioneller Krankenhäuser „[...]in ganz eigenen, spezifischen Qualitätsmerkmalen aus.“ (ebd.). Für diese Merkmale wurden in der pCC relevante Standards formuliert, mit deren Zertifizierung sie nach innen eine Selbstvergewisserung bewirken, und nach außen zum „Markenzeichen“ werden sollen „[...] das dem Krankenhaus dabei hilft sich im Wettbewerb zu positionieren“ (PROCUM CERT 1999).

Aber auch die medizinische Entwicklung und die damit verbundenen ethischen Fragestellungen wie beispielsweise der Umgang mit der passiven Sterbehilfe und der Gentechnologie sowie der Grenzbereich von Leben und Tod u.a. machen es für alle Krankenhäuser dringlicher sich mit ihrer Qualitätsfähigkeit und den ihrer Arbeit zugrunde liegenden Werthaltungen auseinander zusetzen. So hat sich beispielsweise die im pCC-Verfahren geforderte „Ethikkommission“, mittlerweile auch im KTQ-Verfahren etabliert.

3.3.1 proCum Cert Zertifizierung inklusive KTQ

Wie bereits beschrieben ist KTQ ein sehr verbreitetes Verfahren zum Nachweis der Qualitätsfähigkeit eines Krankenhauses und dient dazu den gesetzlichen Anforderungen in Bezug auf das Qualitätsmanagement eines Krankenhauses und dem Qualitätsbericht nachzukommen. Als Kooperationspartner der KTQ war die pCC an der Entwicklung des KTQ-Manuals beteiligt und ist als akkreditierte Zertifizierungsstelle berechtigt, Krankenhäuser mit dem KTQ-Zertifikat auszuzeichnen. So liegt es nahe, dass das KTQ-Verfahren mit seinem Ablauf Selbstbewertung, Fremdbewertung, Zertifikatsvergabe und Veröffentlichung des Qualitätsberichts sowie der Rezertifizierung dem pCC-Zertifikat zugrunde liegt. Das kombinierte pCC-KTQ-Zertifikat geht aber in seinen Anforderungen über die hinaus, die im KTQ-Manual beschrieben sind. Um die besonderen Wertevorstellungen die konfessionelle Einrichtungen prägen sollen in das Qualitätsmanagement mit einzubeziehen, wurden hierfür zu den KTQ-Kategorien 1., 2. und 5. zusätzliche Kriterien erarbeitet (Tabelle 3.1) sowie drei weitere pCC-Kategorien in das Verfahren integriert (Tabelle 3.2):

7. Spiritualität und Kirchlichkeit
8. Verantwortung gegenüber der Gesellschaft
9. Trägerverantwortung

Kategorie 1 Patientenorientierung	Kategorie 2 Mitarbeiterorientierung	Kategorie 5 Krankenhausführung
4 Subkategorien 12 Kriterien, davon 3 Kernkriterien:	5 Subkategorien 10 Kriterien, davon 3 Kernkriterien:	4 Subkategorien 11 Kriterien, davon 3 Kernkriterien:
1.3.6A: <i>Vorkehrungen für die Patientensicherheit.</i> 1.3.7B: <i>Integration der Seelsorge in die Behandlung und Versorgung der Patienten, sowie die Betreuung ihrer Angehörigen.</i> 1.3A.2: <i>Qualifizierende Gesprächsführung.</i>	2.1A.1: <i>Personalsuche, die unser Profil stärkt.</i> 2.2.1A: <i>Förderung der sozialen Kompetenz der Mitarbeiter/innen.</i> 2.2.1B: <i>Förderung der spirituellen und christlich-ethischen Kompetenz der Mitarbeiter/innen.</i>	5.A.1: <i>Formulierung und Umsetzung von Führungsgrundsätzen.</i> 5.A.4: <i>Wahrnehmung der Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter/innen.</i> 5.A.4: <i>Ethische Profilierung und Förderung ethischer Kompetenz.</i>

Tabelle 3.1 Zusätzliche pCC-Kernkriterien in KTQ-Kategorien (PROCUM CERT 2006)

Kategorie 7 Spiritualität und Kirchlichkeit	Kategorie 8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft	Kategorie 9 Trägerverantwortung
4 Subkategorien 10 Kriterien, davon 4 Kernkriterien:	4 Subkategorien 13 Kriterien, davon 3 Kernkriterien:	4 Subkategorien 11 Kriterien, davon 3 Kernkriterien:
7.A.1: <i>Entwicklung und Pflege einer spirituellen Unternehmenskultur.</i> 7.A.2: <i>Spirituelle Förderung und Begleitung der Mitarbeiter/innen.</i> 7.B.2: <i>Spirituell geprägte Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen.</i> 7.C.1: <i>Integration der Seelsorge in das Krankenhaus.</i>	8.A.1: <i>Ausbildungskonzept.</i> 8.B.2: <i>Förderung ehrenamtlichen und zivilgesellschaftlichen Engagement.</i> 8.D.2: <i>Ethische Begleitung der Forschung.</i>	9.A.2: <i>Profilierende Leistungs- und Versorgungsangebot.</i> 9.C.1: <i>Vorgaben zur spirituellen Prägung der Unternehmenskultur.</i> 9.D.1: <i>Wahrnehmung der Personalverantwortung, Besetzung von Leitungspositionen.</i>

Tabelle 3.2 Eigene pCC-Kategorien mit ihren Kernkriterien (PROCUM CERT 2006)

Das KTQ-Manual ist kompletter Bestandteil des pCC-Kriterienkatalog. Um das pCC-KTQ-Zertifikat zu erhalten, muss das Krankenhaus sowohl die Erfüllung aller Voraussetzungen für das KTQ-Zertifikat, als auch die Erfüllung der zusätzlichen pCC Anforderungen nachweisen. Insgesamt sind nach dem pCC-KTQ-Verfahren 139 Kriterien in 9 Kategorien zu bearbeiten, wobei zu den 72 KTQ-Kriterien 67 Kriterien der pCC hinzukommen. Die pCC-Kriterien werden im Unterschied zu den KTQ-Kriterien nicht in Fragen aufgeschlüsselt sondern in 249 Aspekte unterteilt, die dann der Selbstbewertung zugrunde liegen. Für jedes der 67 pCC-Kriterien wird anhand eines Aspekts der PDCA-Zyklus gefordert. Darüber hinaus gibt keine weiteren Fragen wie dies im KTQ-Verfahren üblich ist und bei der pCC bis in die Version 4.2 auch gehandhabt wurde. Die pCC hat zu allen Kategorien die sie bedient auch Kernkriterien festgelegt, die in der Tabelle 3.1 für die gemischten Kategorien und in der Tabelle 3.2 für die

reinen pCC-Kategorien beschrieben sind. Den KTQ-Kategorien 3., 4. und 6. wurden keine weiteren Kriterien von Seiten der pCC hinzugefügt und sind deshalb hier nicht aufgeführt.

3.3.2 Inhaltliche Ausgestaltung

Zur weiteren Erläuterung der inhaltlichen Ausgestaltung der pCC-Zertifizierung werden nun aus vier Kategorien pCC Kriterien und Aspekte dargestellt. Zunächst werden Kriterien die den KTQ-Kategorien 1 und 5 hinzugefügt wurden beschrieben (vgl. Tabelle 3.3):

Kategorie 1
Patientenorientierung
Subkategorie: 1.3 Durchführung der Patientenversorgung 1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung
Zusätzliches pCC-Kriterium: 1.3.3C Wartezeiten, Wartezonen <i>„Die Gestaltung der Wartezeiten und der Wartezonen erleichtert den Patienten den Krankenhausaufenthalt.“</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Einladende Möblierung / Schutz der Intimsphäre (z.B. Schall- und Sichtschutz), Getränke, Patiententoiletten ○ Organisatorische Maßnahmen und Management der Wartezeiten ○ Persönliche Betreuung und Ansprache, Aufsicht über überwachungsbedürftige Patienten ○ Unterhaltung und Information (z.B. Zeitschriften, Lektüre mit christlichem Inhalt, Informationsmaterial)
Kategorie 5
Krankenhausführung
Subkategorie: 5.2 Zielplanung 5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung 5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur 5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplans
Zusätzliches pCC-Kriterium: 5.2.3A Finanzierung besonderer Aufgaben <i>„Das Krankenhaus stellt Mittel für besondere, profilierende Aufgaben zur Verfügung.“</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Seelsorge ○ Besondere humanitäre Aufgaben ○ Ehrenamtliches Dienste ○ Kontaktpflege zur Öffentlichkeit und zu Gemeinden

Tabelle 3.3 Beispiel: pCC-Kriterien in den Kategorien 1 und 5 (PROCUM CERT 2006)

In den folgenden Darstellungen werden die Kategorien 7 „Spiritualität und Kirchlichkeit“ (Tabelle 3.4) und Kategorie 9 „Trägerverantwortung“ (Tabelle 3.5) mit zwei Subkategorien und jeweils einem Kriterium als Beispiele für die pCC-Kriterien vorgestellt.

Der pCC-Katalog ist so aufgebaut, dass, ausgehend von den kategorialen Leitsätzen, Subkategorien, Kriterien und Aspekte operationalisiert wurden. In der hier gewählten tabellarischen Darstellung wird dieses Vorgehen dadurch verdeutlicht, dass zuerst die Kategorie und der zugehörige allgemeine Leitsatz benannt sind und dann eine Subkategorie. In dem Leitsatz zur Subkategorie konkretisiert sich die allgemein gehaltene Aussage der Oberkategorie auf die Praxis hin. Dieser Leitsatz wird dann im Bezug auf ein Beispielkriterium noch weiter aus-

geführt und konkretisiert. So werden Aspekte für die Arbeit in konfessionellen Krankenhäusern aus den kategorialen Leitsätzen operationalisiert. Diese Aspekte werden dann in der Selbstbewertung - aus Sicht des jeweiligen Krankenhauses - in abteilungs- und professionsübergreifenden Arbeitstreffen mit der dort vorherrschenden Praxis verglichen und im Hinblick auf die Erreichung und die Durchdringung der Anforderungen eines Aspekts bewertet.

<p>Kategorie 7 Spiritualität und Kirchlichkeit</p>
<p><i>„Die Atmosphäre des Krankenhauses und alle Prozesse werden nachhaltig durch eine authentische christliche Spiritualität geprägt. Diese Spiritualität wird gepflegt und weiter entwickelt. Die Zugehörigkeit des Krankenhauses zur Kirche kommt für Patienten, Mitarbeiter/innen und Öffentlichkeit erkennbar zum Ausdruck.“</i></p>
<p>Subkategorie: 7.A Entwicklung und Pflege einer spirituellen Unternehmenskultur <i>„Eine spirituelle Unternehmenskultur zeichnet das Krankenhaus aus und bildet den Rahmen der Leistungserbringung bzw. der Arbeit.“</i></p>
<p>Beispielkriterium: 7.A.1 Entwicklung und Pflege einer spirituellen Unternehmens <i>„Eine authentische spirituelle Unternehmenskultur wird gepflegt und Mitarbeiter/innen, Patienten und Öffentlichkeit vermittelt. Dazu leisten alle Mitarbeiter/innen den ihren Möglichkeiten entsprechenden Beitrag.“</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Konzepte der Geschäftsführung und deren Vermittlung nach innen und außen (z.B. Verantwortliche, Strukturen, Einbindung der Mitarbeiter/innen, diakonische Fortbildung) ○ Quellen und Impulse für die spirituelle Unternehmenskultur (z.B. Traditionen, Rituale, Feste, Gottesdienste), Förderung der Pflege von Gemeinschaft ○ Symbole, Aktivitäten und Projekte, die den Geist bzw. der Kultur des Unternehmens in besonderer Weise zum Ausdruck bringen ○ Beiträge der Mitarbeiter/innen zur spirituellen Unternehmenskultur (z.B. Einbringen spiritueller Kompetenz und Kommunikation des christlichen Glaubens untereinander, gegenüber Patienten und Angehörigen)
<p>Subkategorie: 7.B Spiritualität in der Begleitung und Versorgung der Patienten sowie im Umgang mit den Patienten <i>„In der Begleitung und Versorgung der Patienten sowie im Umgang mit den Patienten wird die spirituelle Dimension umfassend berücksichtigt.“</i></p>
<p>Beispielkriterium: 7.B.2 Spirituell geprägte Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen <i>„Wir gestalten die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen unter spirituellen Gesichtspunkten.“</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Trauer-/ Abschiedskultur (z.B. Ermöglichung eines Sterbens in Würde, Abschiedsrituale, Aussegnung, Begleitung der Angehörigen) ○ Räume (z.B. Sterbezimmer, Abschiedsraum, Aufbahrung) ○ Umgang mit Fehlgeburten und totgeborenen Kindern ○ Mitarbeiterfortbildung zur Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen

Tabelle 3.4 Beispiel: Kategorie 7 Spiritualität und Kirchlichkeit (PROCUM CERT 2006)

Kategorie 9 Trägerverantwortung
<i>„Der Träger nimmt seine besondere Verantwortung für das Profil, die Orientierung der Arbeit am Leitbild und die Entwicklung des Krankenhauses wahr.“</i>
Subkategorie: 9.A Verantwortung des Trägers für den Inhalt des Versorgungsauftrags <i>„Der Träger macht Vorgaben zur Wahrnehmung des Versorgungsauftrags und kontrolliert ihre Umsetzung.“</i>
Beispielkriterium: 9.A.1 Präzisierung von Versorgungszielen und -aufgaben sowie Vorgaben für besondere Zielgruppen <i>„Es sind Leitlinien und Ziele formuliert, wie das Krankenhaus im Rahmen seiner Einbindung in die allgemeinen Versorgungsstrukturen und im Blick auf bestimmte Zielgruppen seinen Versorgungsauftrag wahrnimmt.“</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gesundheitspolitische Positionierung und Perspektiven ○ Mitwirkung bei der Wahrnehmung des staatlichen Auftrags zur Daseinsvorsorge auf Grundlage des Subsidiaritätsprinzips (z.B. Wohnortnahe Versorgung, Spezialisierung, Schwerpunktbildung, Kooperation mit anderen Leistungserbringern) ○ Versorgung bestimmter Patientengruppen bzw. Krankheiten (z.B. Aidskranke, Kinder, Behinderte, Epilepsie, Geriatrie) ○ Versorgung aus humanitären Gründen (z.B. Patienten aus der Dritten Welt, Patienten ohne Kostenträger) ○ Versorgung von selbstzahlenden Patienten
Subkategorie: 9.B Verantwortung des Trägers für die unternehmerische Umsetzung des Versorgungsauftrags <i>„Der Träger macht Vorgaben für die unternehmerische Umsetzung des Versorgungsauftrags und kontrolliert ihre Einhaltung.“</i>
Beispielkriterium: 9.B.3 Gemeinwohlorientierung und Bewahrung des Schöpfung <i>„Es sind Grundsätze und Leitlinien für die Wahrnehmung gesellschaftlicher und Umweltverantwortung formuliert.“</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gemeinwohlorientierung ○ Vorgabe für die Schaffung und den Erhalt von Arbeitsplätzen und Ausbildungsmöglichkeiten ○ Vorgaben zur Förderung des Umweltbewusstseins ○ Ökologische Qualitätsziele

Tabelle 3.5 Beispiel: Kategorie 9 Trägerverantwortung (PROCUM CERT 2006)

An der hier eingeführten Auswahl von Kriterien soll beispielhaft deutlich werden, dass es zum einen Aspekte im pCC-Verfahren gibt, die sich auf eine institutionalisierte „Christlichkeit“ im engeren Sinne beziehen, wie im Beispiel unter 7.A.1 und 7.B.2 gezeigt wird: *„Quellen und Impulse für die spirituelle Unternehmenskultur“*, *„Symbole, Aktivitäten und Projekte, die den Geist bzw. der Kultur des Unternehmens in besonderer Weise zum Ausdruck bringen.“* oder *„Beiträge der Mitarbeiter/innen zur spirituellen Unternehmenskultur“* sowie *„Trauer-/ Abschiedskultur (z.B. Abschiedsrituale, Aussegnung)“*. Diese, erkennbar mit Bezug

auf die konfessionelle Bindung motivierten Aspekte, können in ihren Forderungen sogar so weit gehen, dass sie partiell gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit verstoßen dürfen. Dies geschieht beispielsweise unter dem Aspekt 9.A.1 wenn im pCC-Verfahren Punkte für die „Versorgung aus humanitären Gründen (z.B. Patienten aus der Dritten Welt, Patienten ohne Kostenträger)“ vergeben werden.

Zum anderen werden mit Bezug zu einer weiter gefassten, christlich begründeten Verantwortung und Prägung auch Aspekte die auf den ersten Blick nicht direkt in das christliche Spektrum zu fallen scheinen als besonders relevant für ein konfessionelles Krankenhaus dargestellt und den KTQ-Kriterien als pCC-Aspekte hinzugefügt. So in den Beispielen unter 9.B.3: „Gemeinwohlorientierung“, „Vorgabe für die Schaffung und den Erhalt von Arbeitsplätzen und Ausbildungsmöglichkeiten“, „Vorgaben zur Förderung des Umweltbewusstseins“.

In den Qualitätsberichten, die am Ende des Zertifizierungsverfahrens stehen, werden die individuellen Merkmale des jeweiligen Krankenhauses in Anlehnung an den Kriterienkatalog dargestellt und veröffentlicht. Auf diesem Weg werden allen Interessierten auch Informationen zur Umsetzung der hier beispielhaft eingeführten Kriterien der konfessionellen Orientierung des Hauses vermittelt.

Ordnet man die Aspekte, die im Rahmen einer pCC-Zertifizierung zu bearbeiten sind, den drei Qualitätsdimensionen nach DONABEDIAN (1982, S. 6) zu, wie FISCHER dies für die pCC-Version 4.2, bezogen auf die Kategorie 7 und insbesondere auf die Kriterien für die Seelsorge getan hat (Tabelle 3.6), ergibt sich folgendes Bild: Die Hälfte der Fragen/Aspekte bezieht sich auf die Prozessqualität. Diese beleuchten vor allen Dingen das „Wie“ der Seelsorgearbeit. Hier wird nach Konzepten, Organisationsabläufen und Absprachen gefragt. Weitere 40 Prozent der Fragen/Aspekte beziehen sich auf die Strukturqualität. Diese Fragen klären die strukturellen und personellen Gegebenheiten in einem Krankenhaus. Den Qualitätsdimensionen Struktur- und Prozessqualität liegen also ca. 90 Prozent der Fragen/Aspekte des pCC-Verfahrens zugrund, der Ergebnisqualität etwa 10 Prozent. FISCHER (2004) kommt so zu der Feststellung: „Im Grunde genommen spielen die Fragen nach der Ergebnisqualität im gesamten Verfahren kaum eine Rolle.“ Das pCC-Verfahren folgt damit den Aussagen von DONABEDIAN, nachdem die Struktur- und die Prozessqualität wesentliche Auswirkungen auf die Ergebnisqualität haben.

Qualitäts-Dimensionen	Inhalte der Qualitätsdimensionen	%
Struktur-Qualität	Strukturelle Gegebenheiten der Krankenhausseelsorge Personelle, sachliche, räumliche, finanzielle Gegebenheiten	40
Prozess-Qualität	Zu Grunde liegendes Seelsorgekonzept Konkrete Durchführung Dokumentation	50
Ergebnis-Qualität	Ergebnisse seelsorgerischer Arbeit	10

Tabelle 3.6 Kriterium 7: Qualitätsebenen und deren prozentuale Verteilung (Fischer 2004)

3.4 Bewertung und weiterführende Aspekte

Mit dem pCC-KTQ-Verfahren ist es gelungen, eine eigenständige Zertifizierung für konfessionelle Krankenhäuser zu etablieren. Die Zertifizierung entspricht einerseits den fachlichen Standards des Gesundheitswesens und stellt damit die gesetzlich geforderte Legitimationsanforderung dar, andererseits eröffnet es die Möglichkeit das kirchliche Selbstverständnis zu verdeutlichen. Dabei ist das Verfahren als ein Metamodell für den Nachweis der Qualitätsfä-

higkeit eines konfessionellen Krankenhauses zu verstehen. Es integriert verschiedene betriebswirtschaftliche Managementmethoden um in seiner Gesamtheit ein Instrument der Organisationsentwicklung darzustellen, das die komplexen Handlungsabläufe eines konfessionellen Krankenhauses im Sinne einer „Selbstorganisation“ beeinflussen soll. Dies beinhaltet, dass sich nicht nur einzelne Abteilungen des Krankenhauses mit Fragen des Qualitätsmanagements auseinandersetzen, sondern alle Ebenen und Berufsgruppen des Hauses von der Zertifizierung berührt werden. Auf diese Weise wird ein abteilungsübergreifender Entwicklungsprozess in Gang gesetzt, der dazu führen kann, dass die verschiedenen Hierarchien und Professionen ihre Sichtweisen der gemeinsamen Arbeit austauschen. Beispielsweise müssen Chefarzte gemeinsam mit Pflegekräften, Seelsorgern, Reinigungskräften oder Verwaltungsmitarbeitern u.a. Behandlungs- und Pflegeprozesse, sowie deren unterstützende Prozesse ausarbeiten. So kann ein gemeinsames Verständnis für die Handlungsabläufe im Krankenhaus wachsen. Neue Lösungen für die komplexen, sich teilweise schnell verändernden Herausforderungen können möglicherweise schneller entwickelt werden. Andererseits muss man feststellen, dass eingespielte Routinen aber auch pauschal durch ein solches Vorgehen in die Kritik genommen werden können.

Dem Qualitätskonzept der pCC entsprechend, können sich die konfessionellen Krankenhäuser immer nur graduell den vorgegebenen Kriterien und Aspekten annähern. Es wird also kein endgültiger Zustand des „idealen Krankenhauses“ gefordert. Die gesamte Palette der Kriterien des pCC-Verfahrens mit 100% zu erfüllen bleibt letztendlich unerreichbar, stattdessen soll das Streben nach einer stärkeren Annäherung an die Kriterien einen fortdauernden Prozess der Verbesserung und Weiterentwicklung anstoßen. Für die Zertifizierung der Krankenhäuser folgt daraus, dass es verschiedene Abstufungen der speziellen Qualität, die konfessionelle Krankenhäuser auszeichnen sollen, geben muss, die beim Überschreiten einer gewissen Punktezahl als grundlegend „erreicht“, aber auch noch als steigerungsfähig angesehen werden müssen.

Weiterhin ist festzustellen, dass durch das pCC-Verfahren die besonderen karitativen Aktivitäten von konfessionellen Krankenhäusern in den Qualitätsberichten herausgestellt werden. So führen einige Häuser eine Speisung für bedürftige Menschen durch oder es gibt andere, die nichtsesshafte Menschen auch ohne Kostenzusage behandeln. Diese besonderen „Qualitäten“ werden in einem pCC-Zertifizierungsverfahren gewürdigt und öffentlich gemacht. Darüber hinaus kann die Zertifizierung dazu dienen verstärkt eine ganzheitlich orientierte Heilbehandlung in die Praxis umzusetzen. Zwar ist es im Gesundheitsbereich weithin bekannt, dass die so genannten „weichen Faktoren“ wie die „compliance“ der Patienten, die Atmosphäre im Krankenhaus und andere Faktoren maßgeblich zum Erfolg der Heilbehandlung beitragen. Trotzdem herrscht auch in konfessionellen Krankenhäusern oft noch ein technokratisches Verständnis von medizinischer Behandlung vor. Durch das pCC-Verfahren können diese „weichen Faktoren“ stärker in das Bewusstsein gerückt werden, was sich auf die ganze Organisationskultur und damit auch auf die Heilbehandlung positiv auswirken könnte.

Der Gesundheitssektor wird in der Zukunft weiterhin von herausfordernden Veränderungen im Hinblick auf den technischen Fortschritt und die daraus resultierenden ethischen Fragestellungen konfrontiert sein. Es wird daher für die konfessionellen Krankenhäuser notwendig sein, ihre christliche begründete Orientierung immer wieder neu in die Realität zu übersetzen und Standards zu definieren. Zur Bewertung solcher Fragestellungen kann das pCC-Verfahren beitragen, indem es die Grundüberzeugungen als Reflexionspotential in der Organisation „wach hält“.

In Anbetracht des auf dem Gesundheitsbereich lastenden Kostendruck ist anzumerken, dass das pCC-Verfahren aufgrund seines größeren Umfangs auch mit einem höheren Zeit- und Kostenaufwand als das KTQ-Verfahren verbunden ist. Dieser kann für konfessionelle Einrichtungen in Zeiten knapper finanzieller Möglichkeiten teilweise zu hoch sein.

Als weiterführender Aspekt könnte die Auseinandersetzung mit anderen Religionen und Weltanschauungen im pCC-Verfahren noch intensiviert werden. Hierin könnte die besondere „Kompetenz in Werten“ die eine konfessionellen Einrichtung auszeichnen soll deutlich werden: Gerade aus der Betonung der eigenen religiösen Werteorientierung, sollte der besondere Respekt und die Würdigung anderer Religionen und Wertehaltungen erwachsen und in der Praxis deutlich werden.

Mit Blick auf die ethischen Spannungen, die diakonisches Handeln immer begleiten (vgl. Kapitel 2.2.3), lässt sich feststellen, dass diese auch von einem Qualitätsmanagementverfahren nicht aufgelöst werden können. Sie müssen an den jeweiligen Stellen und in den jeweiligen Situationen in der Praxis „vermittelt“ werden. Wichtig für die Arbeit in einer konfessionellen Einrichtung scheint es aber, dass an solchen spannungsbehafteten Stellen beides, die ethischen Grundsätze und das Streben nach Wirtschaftlichkeit und Effizienz von den Mitarbeitern reflektiert werden können. Dabei stellt sich die grundsätzliche Frage: „Inwieweit kann die Freiheit und Individualität der tätigen Nächstenliebe und Zuwendung in einer reglementierten, oft unter hohem Zeitdruck stehenden, Organisation Einzug halten?“. Das Gleichnis vom „Barmherzigen Samariter“, in dem zur situativen, die Vorschriften missachtenden Nächstenliebe aufgefordert wird, lässt sich häufig in der reglementierten Praxis kaum umsetzen. Im Gegenteil, in der täglichen Arbeit kann dies schnell zum „Stein des Anstoßes“ werden, da die auf Effizienz zielenden Abläufe möglicherweise kaum Ausnahmen dulden oder aber im Umkehrschluss die Betonung von Ausnahmen, die mit dem konfessionellen Auftrag begründet werden, als Ablenkung von Mängeln in der Arbeitsorganisation dienen können. Hier setzt das pCC-Verfahren an und leitet einerseits zum effizienten Planen und Handeln, aber andererseits auch zur Auseinandersetzung mit der christlichen Grundmotivation an. Auf diesem Weg kann die Sensibilität für die „Ausnahmen von der Regel“ und dem „eigentlichen Auftrag“, nämlich der ganzheitlichen Sorge um den Menschen in der Einrichtung, möglicherweise geschärft werden. Trotzdem bleibt es in diesem Zusammenhang abzuwarten, inwieweit die wertorientierten Aspekte im Rahmen der verschärften Marktsituation und dem vorrangigen Selbsterhaltungsinteresse der Einrichtungen nicht doch zu großen Teilen marginalisiert werden und sich so der Gegensatz zwischen Praxis und ethischem Anspruch auseinander bewegt.

Das pCC-KTQ-Verfahren ist als ein pragmatischer Ansatz zu verstehen der mit Blick auf die Praxis und deren Anforderungen entworfen wurde. Das Verfahren befindet sich in einem andauernden Entwicklungsprozess. Besonders der Umfang der Kategorien sowie Redundanzen stehen in der Kritik und eine Konzentrierung wird angemahnt (vgl. FISCHER 2006). Darüber hinaus sollte die Perspektive der Nutzer/innen, die bisher noch relativ wenig Berücksichtigung findet, noch besser in das Verfahren eingebunden werden.

Weiterführend bieten sich aus theoretischer Sicht weitere Perspektiven zur Reflexion und Entwicklung des Verfahrens an. Hier seien beispielhaft zwei genannt: zum einen die von JÜNNEMANN und SCHUSTER entworfene systemtheoretische Analyse eines kirchlichen Krankenhauses, die auf die programmatische Koppelung von Religion, Moral, Medizin und Pflege abzielt und die besondere Verantwortung und Aufgabenstellung für die Krankenhausleitung in dem komplexen Feld beleuchtet. Sie führen dort richtungweisend u.a. aus: „Die Kirchlichkeit kirchlicher Häuser entscheidet sich daran, ob es dem Management gelingt, Religion und Moral auf das Medizinsystem hin zu koppeln. Es kommt darauf an, welche Rolle die Moral- und Religionsprogramme sowohl in der Struktur der Organisation als auch bei der Handlung bzw. der Haltung der Mitarbeiter spielen.“ (JÜNNEMANN/SCHUSTER 2004 S. 11).

Als ein zweite theoretische Perspektive formuliert SCHUSTER (2005, S. 82) in seinem pastoral-theologisch orientierten Ansatz einen Anforderungskatalog mit „drei mal vier Kriterien“ für kirchliche Krankenhäuser, der über pragmatische Anforderungen der Praxis hinausgeht. Aus seiner Sicht gelten Krankenhäuser als kirchlich wenn sie:

- Instanzen gegen den Machbarkeitswahn sind; Am rechten Maß festhalten; Sich präzise von den Grundtexten Jesu leiten lassen und es verstehen, produktiv mit Paradoxien umzugehen.
- Sich für eine Strukturierung der Zeit einsetzen, die Frei-Zeit garantiert; Heilige Auszeiten von Gottes Zeit her füllen; Helfen das Recht insbesondere der „Armen“ zu verbürgen und um der „Allergeringsten“ willen exterritoriale Freiräume vorbehalten.
- Eschatologisch vorbehaltlich planen und evangeliumsgeleitet Welt beobachten; Erfahrungsräume dafür bieten, wie es sein wird, wenn früheres vergangen ist; das klare, lebensermöglichende Wort proklamieren und eucharistiegemäß das Leben annehmen und in ihm Gottes Schönheit erkennbar machen.

4 Resümee

Angesichts der Transformationen des wohlfahrtsstaatlichen Arrangements und der fortschreitenden Marktorientierung im Sozial- und Gesundheitswesen, scheint es für alle Verbände und Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege unumgänglich sich in ihrem jeweiligen Handlungsfeld deutlich zu positionieren um sich so, im Rahmen ihrer Selbsterhaltung, Marktsegmente zu sichern. Unter diesen Voraussetzungen besteht für die Verbände die Gefahr einer verstärkten Anpassung an die Bedarfe der Kostenträger, was bedeuten kann, „[...]dass klassische Leitideen, die im Korporatismus konstitutiv für das verbandliche Handeln waren - z.B. Klienten anwaltlich zu repräsentieren - aufgelöst werden.“ (WOHLFAHRT zit. nach KÜHL/SCHMIDT 2004, S. 7) Die Wohlfahrtsverbände sind nach Meinung von WOHLFAHRT daher aufgefordert, „[...]den Diskurs um die Qualität sozialer Arbeit nicht nur im Trend der Ökonomisierung, sondern auch im Kontext ihrer Leitbilder und ethischen Zielsetzungen zu führen.“ (ebd.) Mit Blick auf diese Aussage bietet das pCC-Zertifizierungsverfahren für die konfessionellen Einrichtungen die Möglichkeit, neben der gesetzlich geforderten Qualitätslegitimation, intern die Vergewisserung über den originären kirchlichen Auftrag konfessioneller Einrichtungen anzuregen und diesen profilbildend zu entwickeln. Dabei kann die anhaltende Reflexion der ethischen Grundlagen sowie die Bedürfnisse der Nutzer/innen im besten Fall als „Gegengewicht“ zu ausschließlicher Fokussierung auf monetäre Aspekte wirken und ggf. in notwendige organisatorische Umstrukturierungen zur Befriedigung der Ansprüche münden. Aus solchen Reflexionen heraus wurde beispielsweise im Caritasverband erwogen den Verband unter dem Druck der wirtschaftlichen wie ethischen Anforderungen in einen so genannten „Sozialverband“, der anwaltschaftlich ausgerichtet sein sollte und einen gewinnorientierten „Unternehmensverband“ zweizuteilen, um so die neuen Steuerungsanforderungen mit ihrer Werteorientierung organisatorisch abzugleichen (vgl. Kloos 2001; Fink 2002).

Zur Frage nach der Wirksamkeit des pCC-Verfahrens muss man grundsätzlich feststellen, dass nicht nur dieses Verfahren sondern Qualitätsmanagementsysteme im Sozial- und Gesundheitswesen im allgemeinen noch recht wenig empirisch erforscht sind und es sich bei der Fülle von Literatur zu dem Thema häufig eher um Meinungsäußerungen handelt. So ist es als eine weiterführende Forschungsaufgabe notwendig und interessant die Auswirkungen des pCC-Verfahrens in der Praxis zu evaluieren.

Folgt man den Ergebnissen von KÜHL und SCHMIDT in ihrem Blick auf die Wirkungen die von der Implementation eines Qualitätsmanagementsystems ausgehen können, so wird deutlich, dass diese von den Akteuren weniger als lineare Kette von Ursache und Wirkung, sondern als Irritation erlebt wird, deren Folgen wenig vorhersehbar sind. „Wirkung im Sinne einer Irritation zeigt sich nur teilweise in Form vorhersagbarer, determinierter Abläufe und Ergebnisse, überwiegend dagegen in Brüchen, die den Ausgangspunkt wenig vorhersehbarer Entwicklungen markieren.“ (KÜHL/SCHMIDT 2004, S. 7). In der Praxis zeigt sich, „[...]dass Friktionen und Konflikte als Lernbarrieren wirken und zu einer Stagnation führen, aber auch der Auftakt zu kollektiven Lernprozessen sein können. So können Irritationen zu

Innovationen führen. Konflikte erzwingen neuen Konsens, und Stagnationen sind nicht nur mit Blockaden, sondern auch mit der Notwendigkeit von Stabilität verknüpft“ (ebd.). Irritationen können demnach also auch produktiv wirken. So können sie zur „Eröffnung von Diskursen“ dienen, welche bisherige Selbstverständlichkeiten zur Diskussion und zur Disposition stellen und so innovative Lernprozesse eröffnen (vgl. ebd.). Überträgt man die Ergebnisse auf das pCC-Verfahren zeigen sich also gerade da die größten Chancen für Wirksamkeit wo die Möglichkeit zur Irritation des Etablierten durch das Verfahren angestoßen wird.

Abschließend lässt sich mit PANOKE sagen: „Qualitätsmanagement stellt die freie Wohlfahrtspflege und ihre Träger vor die Aufgabe, sowohl solidarpartnerschaftliche Traditionen als auch die Erfordernisse eines sozialwirtschaftlichen Modernisierungsprozesses sinnvoll miteinander zu verknüpfen. Dies erfordert in den Verbänden und Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens einen konstruktiven Dialog kontroverser und gleichzeitig komplementärer Dimensionen: von Organisationsstruktur im Sinne einer Rationalisierung von Macht und Geld auf der einen und Organisationskultur im Sinne einer Aktivierung von Werten und Wissen auf der anderen Seite (vgl. PANKOKE 2003 S. 79f. zit. nach KÜHL/SCHMIDT 2004). Es scheint als ob die Integration dieser genannten Dimensionen durch das pCC-Verfahren angeregt werden kann.

Literatur

- BECK, G. (1999): Controlling. 2. Auflage, Bobingen.
- BECKMANN, C./OTTO, H.-U./RICHTER, M./SCHRÖDTER, M. (2004): Qualität in der Sozialen Arbeit: zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle Wiesbaden.
- BICKELHAUPT, T. (2006): Wir sind ganz behutsam. Evangelische Wertevermittlung in einer diakonischen Einrichtung. In: Diakonie Report 2/2006, S. 9 – 11.
- BRÜCKERS, R./ ENGEL, M./WITTENIUS, U. (2002): Qualitätsmanagement als Methode für einen ständigen Verbesserungsprozess in der sozialen Arbeit. In: Nachrichtendienst des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Heft 3, S, 93-96.
- CARITAS (2005): Leitbild des Deutschen Caritas Verbands. www.caritas.de Stand: 23.04.2005
- CONTA GROMBERG, E. (2006): Handbuch Sozialmarketing: Strategie, Praxis, Trends - durch zielgerichtete Kommunikation zum Erfolg. Berlin.
- DEGEN, J. (2001): Kirche (evangelische) im Wohlfahrtsstaat. In: Otto, H.-U./Thiersch, H.: Handbuch der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. 2.Auflage, Neuwied; Kriftel.
- DGQ (2003): TQM - Prozessverbesserung in der sozialen Dienstleistung. Fortbildungsunterlagen der Deutschen Gesellschaft für Qualität e.V. und der Akademie des Deutschen Roten Kreuzes. Göttingen, Frankfurt a.M., Stand: 04/2003
- DIAKONISCHES WERK WÜRTEMBERG (Hrsg.) (1998): Das Kronkreuz - Zeichen der Diakonie. In: Infopaket Rund ums Kronkreuz.
- DIE BIBEL: Die Bibel, Altes und Neues Testament, Einheitsübersetzung. Katholische Bibelanstalt GmbH, Stuttgart, 1980.
- DONABEDIAN, A. (1982): The Criteria and Standards of Quality. Vol. 2 Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor.
- DWEKD (1997): Leitbild des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Deutschland. www.diakonie.de. Stand: 23.10.2006
- EBERITZSCH, S. (2006): Im Spannungsfeld von Ökonomie und Christlichen Werten. Die Einführung wertorientierter Kriterien in das Qualitätsmanagement konfessioneller Krankenhäuser am Beispiel von: proCum Cert. Handreichung zum 1. pCC Qualitätstag. Frankfurt a.M.
- FINK, F. (2002): Erst differenzieren dann organisieren. In: Neue Caritas, Heft 7, S. 12-14
- FISCHER, M. (2004): Seelsorge mit Brief und Siegel - Kann man Krankenhauseelsorge zertifizieren? In: Krankendienst 12.
- FISCHER, M. (2006): Vortragsdokumentation. 1. pCC Qualitätstag. Frankfurt a.M.
- FISCHER, W. (2000): Sozialmarketing für Non-Profit-Organisationen: ein Handbuch. Zürich.
- FLÖSSER, G./OECHLER, M. (2004): Chancen und Risiken von Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. In: Beckmann, C./Otto, H.-U./Richter, M./Schrödter, M. (Hrsg.): Qualität in der Sozialen Arbeit: zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle. Wiesbaden.
- GATTINGER, C. (2004): Vorwort. In: Qualitätsbericht, Marienhospital Osnabrück.
- GATTINGER, C. (2005): Vorstellung und Dienstleistungen der proCum Cert GmbH. Unveröff. Vortragsfolien.

- GENEST, H. (2002): Einführung in die Theologie für Helfende Berufe. Aachen.
- JÜNEMANN, E./SCHUSTER, N. (2004): Was ist ein kirchliches Krankenhaus. Theologische und systemtheoretische Anmerkungen. *Renovatio. Zeitschrift für das interdisziplinäre Gespräch*. 60.Jg H.1/2 S. 6-23.
- KAPLAN, R.S./NORTEN, D.P. (1996): *The Balanced Scorecard, Translating Strategy into Action*. Harvard.
- KIESSLING, W. F./SPANNAGEL, P. (1996): *Corporate Identity*. Alling.
- KKVD (2005): Leitbild des Katholischen Krankenhausverbands Deutschlands. www.kkvd.de Stand: 25.04.2005
- KKVD (2005a): *Gaudium et spes - Pastoralkonstitution „Die Kirche in der Welt von heute“* des II. Vatikanischen Konzils, Nr. 3, 27 und 42. In: www.kkvd.de Stand: 25.04.2005
- KLOOS, B. (2001): Große Träger machen mobil. In: Lehner, M./Manderscheid, M. (Hrsg.) *Anwaltschaft und Dienstleistung. Organisierte Caritas im Spannungsfeld*. Freiburg, S. 57-64.
- KÖCK, C. M. (1996): Das Gesundheitssystem in der Krise. Herausforderungen zum Wandel für System und Organisation. In: Heimerl-Wagner P./Köck C.M. (Hrsg.) *Management in Gesundheitsorganisationen: Strategien, Qualität, Wandel*. Wien.
- KTQ (2006): www.ktq.de Stand: 29.09.2006
- KÜHL, S./SCHMIDT, M. (2004): Die Wirkung von Qualitätsmanagement-Systemen in sozialwirtschaftlichen Unternehmen unter Berücksichtigung mikropolitischer Aspekte. Eine empirische Untersuchung in sozialrehabilitativen Organisationen und Einrichtungen im Dritten Sektor. Dissertation Universität Duisburg-Essen.
- LAUTERBACH, K.W./SCHRAPPE, M. (Hrsg.) (2004): *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine*. 2. Auflage, Stuttgart.
- MAASER, W. (2004): Werteorientierung und Qualitätssicherung im Kontext Sozialer Arbeit. In: Beckmann, C./Otto, H.-U./Richter, M./Schrödter, M. (Hrsg.): *Qualität in der Sozialen Arbeit: zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle*. Wiesbaden.
- MERCHEL, J (2000): Zwischen Hoffnung auf Qualifizierung und Abwehrreflex: Zum Umgang mit dem Qualitätsthema in der Jugendhilfe. In: Helmke, A. et al. (Hrsg.): *Qualität und Qualitätssicherung im Hochschulbereich: Schule, Sozialpädagogik, Hochschule. Zeitschrift für Pädagogik*, 41. Beiheft S. 161 - 183.
- MERCHEL, J.(2004): *Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit*. 2. Auflage, Weinheim und München.
- MEYER, K.(2001): Controlling - Ein Instrument zur Innovationssteuerung in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungsorganisationen. *Eichstätter Antrittsvorlesungen Bd. 7*, Wolznach,.
- MOLTMANN, J. (1984): *Diakonie im Horizont des Reiches Gottes. Schritte zum Diakonatum aller Gläubigen*. Neukirchen-Vluyn.
- NOLTE, P. (2006): *Risikante Moderne. Die Deutschen und der neue Kapitalismus*. München
- PANOKE, E. (2003): Arenen, Allianzen, Agenden: Qualitätsdiskurse im sozialen Wert- und Wissensmanagement In: Brückers, R. (Hrsg.): *Tandem QM: Das integrierte QM Konzept in der Sozialen Arbeit*. Bonn Gesellschaft für Organisationsentwicklung und Sozialplanung. S.76-84
- PAULMANN, R. (2006): *Corporate Identity*. www.ci-portal.de Stand: 10.10.2006
- PHILIPPI, P.(1963): *Christozentrische Diakonie - Ein theologischer Entwurf*. Stuttgart.
- PROCUM CERT (Hrsg.) (1999): *Denkanstöße - Für eine eigenständige Zertifizierung konfessioneller Einrichtungen und Werke*.
- PROCUM CERT (Hrsg.) (2006): *Begleitdokumentation zum 1.pCC Qualitätstag*. Frankfurt a.M.
- RIER, A. (Hrsg.) (2003): *Qualität durch Werte*. Ku-Sonderheft.
- SCHEUCH, F. (2002): *Marketing für NPOs*. In: Badelt, C. (Hrsg.): *Handbuch der Nonprofit Organisation*. 3. Auflage, Stuttgart.
- SCHMIDT-ROST, R./DENNERLEIN/HAHN, U. (Hrsg.) (2005): *Soll ich meines Bruders Hüter sein? Erkundungen und Reflexionen zum spannungsreichen Verhältnis von Kirche und Diakonie*. Hannover.
- SCHUSTER, N. (2005): „sacramentum, signum et instrumentum“ (LG 1). Vorschlag für einen Kriterienkatalog zur Kirchlichkeit. In: *Krankendienst*. 78 Heft 4, S. 75-83.
- SCHUSTER, N. (2006): Welche Balance Scorecard braucht die Kirche? Steuerung als pastoral-spirituelle Herausforderung. Erscheint im Sammelband des ÖPI zur Österreichischen Pastoraltagung 2006.
- SCHUSTER, N.(2006a): Die Frage nach der Kirchlichkeit kirchlicher Einrichtungen. Aus pastoraltheologischer Perspektive formulierte Voraussetzungen für einen notwendigen Diskurs. www.kfh-mainz.de
- STOBRAWA, F. (2004): *KTQ Ein umfassendes Zertifizierungskonzept für Krankenhäuser* In: Lauterbach, K.W./Schrappe, M. (Hrsg.) *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine*. 2. Auflage, Stuttgart.
- VOß, J. (2003): Warum eigenständige Zertifizierung konfessioneller Krankenhäuser? In: Rier, A. (Hrsg.): *Qualität durch Werte*. Ku-Sonderheft.
- WOHLFAHRT, N. (2003): Ökonomisierung der Sozialen Arbeit als Auslöser von QM Strategien. In: Brückers, R. (Hrsg.): *Tandem QM: Das integrierte QM Konzept in der Sozialen Arbeit*. Bonn Gesellschaft für Organisationsentwicklung und Sozialplanung. S. 13-20.