

Bilke, Oliver und Möllering, Margarete

Der multidisziplinäre Qualitätssicherungszyklus ein Qualitätssicherungsmodell für kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46 (1997) 4, S. 257-267

urn:nbn:de:bsz-psydok-39778

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- COUGHLAN, J.-G.: Zur Arbeit von Erziehungsberatungsstellen bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch (Dealing in Child Guidance Centres with Allegations Concerning the Sexual Abuse of Children) 499

Familientherapie

- HEEKERENS, H.-P.: Familiendiagnostik ungeklärt – Diagnose unklar (Family Diagnostics – Diagnosis Unclear) 489

Forschungsergebnisse

- BRETZ, E./RICHTER, N./PETERMANN, F./WALDMANN, H.-C.: Entwicklung und Anwendung eines Fragebogens zur Evaluation einer Erzieherinnenfortbildung zum Thema sexueller Mißbrauch (A Questionnaire for the Evaluation of an Educators' Training on Child Sexual Abuse: Development and Application) 420
- FEGERT, J. M./SCHULZ, J./BERGMANN, R./TACKE, U./BERGMANN, K. E./WAHN, U.: Schlafverhalten in den ersten drei Lebensjahren (Sleep Behavior in the First Three Years of Life) 69
- GÖHR, M./RÖPCKE, B./PISTOR, K./EGGERS, C.: Autogenes Training bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ I („Autogenic Training“ with Children and Young Patients with Diabetes mellitus Type I) 288
- HÄBERLE, H./SCHWARZ, R./MATHES, L.: Familienorientierte Betreuung bei krebserkrankten Kindern und Jugendlichen (Family Orientated Interventions of Children and Adolescents with Cancer Disease). 405
- LEGNER, A./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Neuromotorische und kognitive Entwicklung risikogeborener Kinder im Alter von fünf Jahren (Neuromotoric and Cognitive Development of 5-year-old Children with a Perinatal Risk) 477
- SARIMSKI, K.: Elternbelastung bei komplexen kraniofazialen Fehlbildungen (Parenting Stress in Families with Craniofacially Disordered Children) 2
- STEINEBACH, C.: Familienberatung in der Frühförderung: Bedingungen und Wirkungen aus der Sicht der Mütter (Family Counseling in Early Education: Circumstances and Effects from the Mothers Point of View) 15

Kinder und Gewalt

- GEBAUER, K.: Bearbeitung von Gewalthandlungen im Rahmen eines pädagogischen Konzeptes von Selbst- und Sozialentwicklung – Oder: Mit Schulkindern über Gewalt reden (Dealing with Physical Aggression within the Framework of an Educational Concept of Self- and Social Development – Or: Discussing Physical Aggression with Pupils) 182
- GÖBEL, S.: Aggression, unbelebte Objekte und die Phantasie der Unzerstörbarkeit (Aggression, Inanimated Objects and the Phantasy of Invulnerability) 206

KRANNICH, S./SANDERS, M./RATZKE, K./DIEPOLD, B./CIERPKA, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Förderung sozialer Kompetenzen und zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern (FAUSTLOS – a Curriculum for an Increase of Social Skills and for the Prevention of Aggressive and Potentially Violent Behavior in Children). . . .	236
MEIER, U.: Gewalt in der Schule – Problemanalyse und Handlungsmöglichkeiten (Violence in School – Analyzing a Phenomenon and Outlining Concepts of Practice-Focused Prevention and Intervention).	169
NOLTING, H.-P./KNOPF, H.: Gewaltverminderung in der Schule: Erprobung einer kooperativen Intervention (Reducing Aggression in the Schools: A Cooperative Intervention).	195
PETERMANN, F./PETERMANN, U.: Verhaltenstherapie mit aggressiven Kindern (Behavior Therapy with Aggressive Children).	228
RATZKE, K./SANDERS, M./DIEPOLD, B./KRANNICH, S./CIERPKA, M.: Über Aggression und Gewalt bei Kindern in unterschiedlichen Kontexten (On the Aggression and Violence of Children in Different Contexts).	153
SCHWEITZER, J.: Systemische Beratung bei Dissozialität, Delinquenz und Gewalt (Systemic Consultation in Problem Systems involving Adolescent Acting-Out-Behavior, Delinquency and Violence).	215
WETZELS, P./PFEIFFER, C.: Kindheit und Gewalt: Täter- und Opferperspektiven aus Sicht der Kriminologie (Children as Offenders and Victims of Violent Acts: Criminological Perspectives).	143

Praxisberichte

ZOLLINGER, R.: Psychotherapie eines Knaben mit einer Depression nach dem Tod von zwei seiner Brüder (Psychotherapy of a Boy with a Depression after two of his Brothers died) . . .	727
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Psychotherapie

FASCHER, R.: Überlegungen zur psychodynamischen Bedeutung des Versteckspiels in der Kinderpsychotherapie (Reflections on Psychodynamic Meaning of Playing Hide-and-Seek in Child Psychotherapy).	660
HIRSCH, M.: Psychoanalytische Therapie bei sexuell mißbrauchten Jugendlichen (Psychoanalytic Therapy with Adolescent Victims of Sexual Abuse)	681

Übersichten

BILKE, O./MÖLLERING, M.: Der multidisziplinäre Qualitätszirkel – ein Qualitätssicherungsmodell für kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken (The Quality Auditing Council – a Method of Quality Management for Child and Adolescent Psychiatry)	257
KÄMMERER, A./ROSENKRANZ, J./RESCH, F.: Das Verschwinden der Scham und die Pubertät von Mädchen (The Disappearance of Shame and the Puberty of Girls).	113
KNORTH, E. J./SMIT, M.: Elterliche Partizipation bei Heimbetreuung in den Niederlanden (Parental Involvement in Residential Care in the Netherlands).	696
RAUCHFLEISCH, U.: Überlegungen zu den Ursachen und Wirkmechanismen des Konsums von Gewaltdarstellungen bei Kindern und Jugendlichen (Considerations About Motives and Consequences of the Use of Violent Presentations on Children and Adolescents)	435

REMSCHMIDT, H.: Entwicklungstendenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Trends in the Development of Child and Adolescent Psychiatry)	445
RENARD, L.: Psychoanalytische Behandlungsmöglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Frankreich (Psychoanalytical Approaches in France's Child and Adolescent Psychiatry)	278
ROTHENBERGER, A./HÜTHER, G.: Die Bedeutung von psychosozialem Streß im Kindesalter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung: neurobiologische Grundlagen der Entwicklungspsychopathologie (The Role of Psychosocial Stress in Childhood for Brain Maturation: Neurobiological Basis of Developmental Psychopathology).	623
SCHLEIFFER, R.: Adoption: psychiatrisches Risiko und/oder protektiver Faktor? (Adoption: Psychiatric Risk and/or Protective Factor?)	645
SCHREDL, M./PALMER, R.: Alpträume von Kindern (Nightmares in Children)	36
VON GONTARD, A./LEHMKUHL, G.: „Enuresis diurna“ ist keine Diagnose – neue Ergebnisse zur Klassifikation, Pathogenese und Therapie der funktionellen Harninkontinenz im Kindesalter („Diurnal enuresis“ is not a Diagnosis – New Results Regarding Classification, Pathogenesis, and Therapy of Functional Urinary Incontinence in Children)	92
VON GONTARD, A./LEHMKUHL, G.: Enuresis nocturna – neue Ergebnisse zu genetischen, pathophysiologischen und psychiatrischen Zusammenhängen (Nocturnal Enuresis – A Review of Genetic, Pathophysiologic, and Psychiatric Associations)	709
WILKES, J.: Gott ist tot – Friedrich Nietzsches Ödipuskomplex (God is dead – Nietzsche's Oedipus Complex)	268

Väter und Jugendliche

FENTNER, S./SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Rolle des Vaters in der familiären Kommunikation: Befunde einer Längsschnittstudie an gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Father's Role in Family Communication: Results of a Longitudinal Study on Chronically Ill and Healthy Adolescents)	354
MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H.: Die Bedeutung der Familienbeziehungen für die Bewältigung von psychischen Störungen – Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen zur Therapieprognose bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen (The Impact of Family Relations on Coping Processes of Children and Adolescents with Psychiatric Disorders).	371
SEIFFGE-KRENKE, I./TAUBER, M.: Die Idealisierung des Vaters: eine notwendige Konsequenz in Scheidungsfamilien? (Idealization of the Non-Custodial Father: A Necessary Consequence of Parental Divorce?)	338
SHULMAN, S.: Der Beitrag von Vätern zum Individuationsprozeß in der Adoleszenz (The Contribution of Fathers to Adolescents' Individuation)	321

Verhaltens- und Psychodiagnostik

BREUER, D./DÖPFNER, M.: Die Erfassung von problematischen Situationen in der Familie (The Assessment of Problem Situations within the Family).	583
DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G.: Von der kategorialen zur dimensionalen Diagnostik (From Categorical to Dimensional Assessment)	519

DÖPFNER, M./WOLFF METTERNICH, T./BERNER, W./ENGLERT, E./LENZ, K./LEHMKUHL, U./LEHMKUHL, G./POUSTKA, F./STEINHAUSEN, H.-C.: Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben – eine multizentrische Studie (The Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology within four Samples of Clinics of Child and Adolescent Psychiatry – A Multicenter Study)	548
FRÖLICH, J./DÖPFNER, M.: Individualisierte Diagnostik bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (Individualized Assessment of Children with Hyperactivity Disorders)	597
PLÜCK, J./DÖPFNER, M./BERNER, W./FEGERT, J. M./HUSS, M./LENZ, K./SCHMECK, K./LEHMKUHL, U./POUSTKA, F./LEHMKUHL, G.: Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter – ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen (The Impact of Different Sources of Information for the Assessment of Behavioural and Emotional Problems in Adolescence – A Comparison of Parent-Reports and Youth Self-Reports)	566

Buchbesprechungen

BÄUERLE, D.: Sucht- und Drogenprävention in der Schule	62
BIRBAUER, N./SCHMIDT, R. F.: Biologische Psychologie	400
BODE, M./WOLF, C.: Still-Leben mit Vater. Zur Abwesenheit von Vätern in der Familie . .	133
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSCH, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hrsg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte	129
BORCHERT, J.: Pädagogisch-therapeutische Interventionen bei sonderpädagogischem Förderbedarf	738
BOWLBY, J.: Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie	309
COULACOGLOU, C.: Märchentest, Fairy Tale Test – FTT	678
DENIG-HELMS, K.: Klassenarbeiten erfolgreich bestehen. Das Programm für gute Noten im Schriftlichen	740
FLIEGNER, J.: Szenotest-Praxis. Ein Handbuch zur Durchführung, Auswertung und Interpretation	250
FUCHS, M./ELSCHENBROICH, G. (Hrsg.): Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie	674
GREVE, W./ROOS, J.: Der Untergang des Ödipuskomplexes. Argumente gegen einen Mythos . .	465
GRISSEMANN, H.: Dyskalkulie heute. Sonderpädagogische Integration auf dem Prüfstand . .	675
GUTHKE, J./WIEDL, K.H.: Dynamisches Testen. Zur Psychodiagnostik der intraindividuellen Variabilität	132
HELMS, W./DENIG-HELMS, K.: Fit für's Gymnasium. Die neuen Herausforderungen erfolgreich bewältigen	740
HELMS, W.: Besser motivieren – weniger streiten. So helfen Sie Ihrem Kind – aber richtig . .	740
HELMS, W.: Hausaufgaben erledigen – konzentriert, motiviert, engagiert	740
HELMS, W.: Los geht's! Alles Gute zum Schulstart	740
HELMS, W.: Vokabeln lernen – 100% behalten. Die erfolgreichen Tips zum Fremdsprachenlernen	740
HOFFMANN, L.: Therapeutische Konversationen. Von Macht und Einflußnahme zur Zusammenarbeit in der Therapie	399

HOFFMANN, S. O./HOCHAPFEL, G.: Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin	310
JONES, E.: Systemische Familientherapie. Entwicklungen der Mailänder systemischen Therapien – ein Lehrbuch	308
KALFF, D. M.: Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche	673
KÄSLER, H./NIKODEM, B.: Bitte hört, was ich nicht sage. Signale von Kindern und Jugendlichen verstehen, die nicht mehr leben wollen	131
KONNERTZ, D./SAUER, C.: Tschüs dann! Die erfolgreichen Arbeitstechniken für's Abitur . .	740
KREUSER, U.: Gestalterisches Spiel in seiner Bedeutung für die Lernförderung geistig behinderter Kinder	396
LOEWENBERG, P.: Decoding the Past. The Psychohistorical Approach	510
MARMOR, J. (Hrsg.): Psychoanalysis. New Directions and Perspectives	252
METZMACHER, B./PETZOLD, H./ZAEFFEL, H. (Hrsg.): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 2	734
METZMACHER, B./PETZOLD, H./ZAEFFEL, H. (Hrsg.): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 1 . . .	58
MÖLLER, J./KÖLLER, O. (Hrsg.): Emotionen, Kognitionen und Schulleistung	742
NISSEN, G./TROTT, G. E.: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	311
OPP, G./PETERANDER, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik. Projekt Zukunft	401
PARENS, H.: Kindliche Aggressionen	63
PASSOLT, M. (Hrsg.): Mototherapeutische Arbeit mit hyperaktiven Kindern	676
PERKAL, M.: Schön war draußen ... Aufzeichnungen eines 19jährigen Juden aus dem Jahre 1945.	60
PETERANDER, F./SPECK, O. (Hrsg.): Frühförderung in Europa	677
RAHM, D.: Integrative Gruppentherapie mit Kindern.	733
REISER, M. L.: Kindliche Verhaltensstörungen und Psychopharmaka	740
RESCH, F.: Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch .	135
SCHAUDER, T.: Verhaltensgestörte Kinder in der Heimerziehung	308
SEIDLER, C.: Gruppentherapie bei Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen im Jugendalter	735
SEIFFGE-KRENKE, I./BOEGER, A./SCHMIDT, C./KOLLMAR, F./FLOSS, A./ROTH, M.: Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien	394
STUDER, F.: Training kognitiver Strategien: ein computergestütztes Förderprogramm . . .	508
VON SCHLIPPE, A./SCHWEITZER, J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. . .	395
WALTER, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung	398
WELTER-ENDERLIN, R./HILDENBRAND, B.: Systemische Therapie als Begegnung	617
WENDELER, J.: Psychologie des Down Syndroms.	618
WENGLEIN, E./HELLWIG, A./SCHOOF, M. (Hrsg.): Selbstvernichtung. Psychodynamik und Psychotherapie bei autodestruktivem Verhalten.	59
WOLFRAM, W. W.: Das pädagogische Verständnis der Erzieherin – Einstellungen und Problemwahrnehmungen.	251
Editorial	1, 141, 319, 475, 517
Autoren und Autorinnen der Hefte	57, 122, 248, 304, 393, 459, 507, 597, 672, 732
Zeitschriftenübersicht.	124, 305, 460, 612
Tagungskalender	66, 137, 254, 315, 403, 471, 513, 620, 744
Mitteilungen.	68, 139, 474, 515, 746

Der multidisziplinäre Qualitätssicherungszirkel – ein Qualitätssicherungsmodell für kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken

Oliver Bilke und Margarete Möllering

Summary

The Quality Auditing Council – a Method of Quality Management for Child and Adolescent Psychiatry

A complex medical field such as Child and Adolescent Psychiatry can only meet the expanding problems of quality management by multi-disciplinary cooperation. The quality control circle is the central element of the quality control process and of further advances to quality management. In a critical experience-report the concepts, practical issues and further questions of a continuing quality management conference at a University hospital are outlined. It concentrates on practical and process-oriented problems that concern the integration of quality management in practice and research.

Zusammenfassung

Die zunehmenden Anforderungen an die Qualitätssicherung lassen sich in einem komplexen Fachgebiet wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie nur durch multidisziplinäre Zusammenarbeit bewältigen. Der klinikinterne Qualitätssicherungszirkel ist dabei zentraler Bestandteil des Qualitätssicherungsprozesses und späterer Maßnahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements. In einem kritischen Erfahrungsbericht werden Konzeptionen, Praxis und Aufgaben eines kontinuierlichen Qualitätssicherungszirkels an einer Universitätsklinik mit Pflichtversorgungsauftrag dargestellt. Im Mittelpunkt stehen praktische und prozeßorientierte Fragen, die die Integration von Qualitätssicherung in Klinik und Forschung betreffen.

1 Einleitung

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie nimmt innerhalb der medizinischen Diskussion um Strategien der Qualitätssicherung eine wichtige Rolle ein. In diesem Fachgebiet müssen Ergebnisse der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie, Pädagogik und Pädiatrie integriert werden, um einer komplexen Patienten- und Störungsstruktur gerecht zu werden.

Der multidisziplinäre Mehrebenenansatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist auch im Bereich der Qualitätssicherung unabdingbar und wird in dieser Ganzheitlichkeit von den verantwortlichen Gremien postuliert (Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen, 1993). Nicht zuletzt unter dem Druck der Kostenträger und zu erwartender externer Qualitätsprüfungen entstehen Qualitätssicherungskonzepte, Forderungskataloge und Absichtserklärungen. Die Diskussion befindet sich dabei am Übergang von theoretischen Vorüberlegungen zu praktischen, alltagswirksamen Verfahren der Qualitätssicherung, die den allgemein akzeptierten und verbindlichen *Gütekriterien* (DIN ISO 9004, 1990) entsprechen müssen, gleichzeitig aber in die klinische Routine integrierbar sind (MATTEJAT u. REMSCHMIDT 1995). Entscheidende Bedeutung dürfte dabei der effektiven, transparenten und kontrollierten Arbeitsweise der *Qualitätssicherungszirkel (QSZ)* zukommen, die sich als multidisziplinäre Foren konstituieren. Sie sind das klinikinterne Pendant zu externen Qualitätssicherungszirkeln, wie sie das peer-review-Konzept vorsieht (ROTHHAUS 1995).

Im folgenden werden erste Erfahrungen mit einem Qualitätssicherungszirkel berichtet, der kontinuierlich seit Frühjahr 1994 an einer Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (mit Aufnahmeverpflichtung) arbeitet. Konzepte, praktische Arbeit, problematische Fragen und forschungsrelevante Thesen werden dargestellt und kritisch diskutiert.

2 Konzeption

Analog den drei *Grundbegriffen der Qualitätssicherung* (Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität) erfolgte die Implementierung eines Qualitätssicherungszirkels (QSZ) als ein strukturiertes, prozeßorientiertes und an dokumentierbaren Ergebnissen zu messendes Gremium. Am *Hauptzirkel* sind alle Berufsgruppen und Strukturebenen der ambulant und stationär arbeitenden Klinikbereiche mit mindestens einem Repräsentanten beteiligt (s. Tab. 1), wobei der Akzeptanz und Unterstützung von Qualitätssicherung durch die Leitungsebene der Institution große Bedeutung zukommt (GAEBEL 1994; DIN ISO 9004, 1990).

Im QSZ erfolgt die Integration therapeutischer und pflegerischer Berufsgruppen mit der Verwaltungs- und Dokumentationsebene (Controlling-Abteilung, Archiv, Pflegekostenabteilung), so daß praktische, an administrativen Vorgaben orientierte Fragen inhaltlich und lösungsorientiert direkt diskutiert werden können.

Tab. 1: Teilnehmer des multidisziplinären Qualitätssicherungszirkels (MQSZ)

-
- zwei Ärzte (darunter der leitende Arzt oder sein Vertreter)
 - ein Psychologe
 - eine Abteilungsschwester
 - eine leitende Stationschwester
 - zwei Fachtherapeuten (z.B. Ergotherapie, Motopädie, Logopädie)
 - eine Archivarin/Dokumentationsbeauftragte
 - eine Controllerin
 - nichtständige Mitglieder (Pflegedienstleitung, Verwaltungsleitung)
-

Eine kontinuierliche, am Anfang zweiwöchentliche Tagungsweise, die Verweisung von Spezialfragen an *Subzirkel* (im Sinne von Projektgruppen) und die Freiwilligkeit der Mitarbeit sichern Flexibilität und Motivation (HILDEBRAND 1995).

Erreichbare Zielvorgaben und genau umrissene Problembereiche (z.B. Darstellung einer Station, Prüfung spezifischer Therapieformen, Vorbereitung von Gesprächen mit Kostenträgern) strukturieren die Arbeit in der Zeit. Das Fortschreiten des Qualitätssicherungsprozesses trägt dabei *deduktive Züge* von strukturellen Vorgaben über verlaufsorientierte Fragen bis hin zur Ergebnisdokumentation; gleichzeitig finden *induktive Prozesse* statt, die neue Fragen aufwerfen.

Die dargestellte Arbeitsweise eines Qualitätssicherungszirkels ist orientiert an Strategien der *qualitativen Sozialforschung* (WOLFF 1994) und Konzepten des Total Quality Managements, wie sie bei Dienstleistungsbetrieben eingeführt sind (SPÖRCKEL et al. 1995). Das Prinzip der *Rekursivität*, d.h. des mehrfachen Durchlaufs durch das Datenmaterial unter differentiellen Aspekten und die *Hypothesengenerierung* an jeder Stelle des Prozesses (FLICK 1991) gelten dabei weniger für die eher an quantitativen Daten orientierte Strukturebene als vielmehr für die Darstellung prozessualer Vorgänge, die die multimodale Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kennzeichnen. Die mehrfache, sequentielle Betrachtung ähnlicher Problemkonstellationen im Sinne der *qualitativen Inhaltsanalyse* (MAYRING 1993) ermöglicht in Kombination mit der Arbeit in Subzirkeln eine zunehmend differentielle Sicht zur Diskussion stehender Abläufe. Der jeweils neue Blickwinkel läßt vertraute Strukturen in anderem Licht erscheinen und bildet die Grundlage für Veränderungen.

3 Die Arbeitsweise eines multidisziplinären Qualitätssicherungszirkels

3.1 Rahmenbedingungen

Die Arbeit des QSZ beschäftigt sich zuerst mit strukturellen Fragen. Von außen nach innen, vom Allgemeinen zum Besonderen erfolgt die Erfassung von Patientendaten, deren Struktur, von baulichen Grundvoraussetzungen und der Qualifikationsstruktur des Personals. Diese *Basisgrößen* bilden die Matrix aller weiteren Überlegungen zu prozessualen und Ergebnisfragen. Bereits auf der Stufe dieser basalen Strukturquali-

tätsmerkmale kann eine inhaltliche Diskussion nötig sein. Da der Diskurs zu einem späteren Zeitpunkt des klinikinternen Qualitätssicherungsprozesses aber breiter und effektiver geführt werden kann, ist es sinnvoll, zwei Diskursebenen zu trennen und diese separat zu dokumentieren: Jede Sitzung des QSZ wird in einem *Ergebnisprotokoll* niedergelegt, das die bestätigten, allseits konsensfähigen Resultate einer Bestandsaufnahme (Ist-Zustand) erfaßt. Alle strittigen, zu klärenden oder weiter zu erforschenden Probleme (*Soll-Zustand*) werden in einem *Verlaufsprotokoll* gesammelt, vergleichbar den „Forschungsmemos“ der grounded theory (STRAUSS 1994). Es werden Gremien und Zeiträume benannt, in denen die offenen Fragen zu definieren und zu lösen sind. Das Verlaufsprotokoll bietet die Richtschnur für spätere Arbeitsgänge bei noch zu klärenden Detailproblemen (vgl. Abb. 1). Spezialfragen werden auf Subzirkel verwiesen, da in diesen kleinen Gremien jeweils *Expertenbefragungen* für das zu bearbeitende Gebiet durchgeführt werden können – sei es das Konzept einer einzelnen Station, Probleme der Fachtherapeuten oder Fragen einer optimalen Dokumentation. Auf diese Weise können außerdem neue Mitarbeiter und kritische Fragen in den Prozeß integriert werden und somit drohende Routine und Ermüdungserscheinungen der ständigen QSZ-Mitglieder ausgeglichen werden (RUNGE 1995).

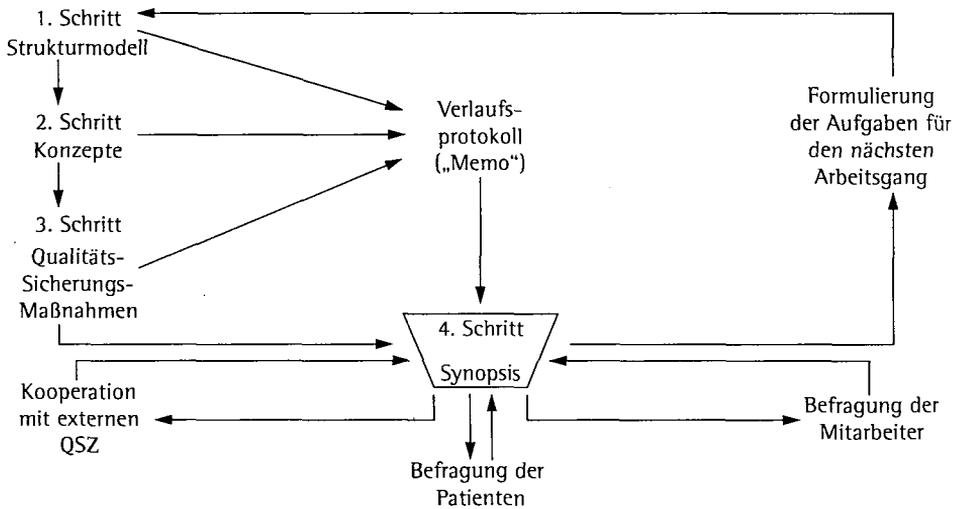


Abb. 1: Das rekursive Modell des Qualitätssicherungszirkels

3.2 Erste Phase

Ist in einem *ersten Schritt* ein generelles Strukturprofil der Institution erstellt (was ungefähr 10 Sitzungen benötigt), fokussiert die Arbeit auf Abteilungs-, Stations- oder Ambulanzebene und damit auf die Hinwendung zu inhaltlichen und am *real stattfindenden Arbeitsprozeß* orientierten Fragen. Qualitätssicherung hat dabei stets als erstes zu beachten, was die *Zielgrößen* (Tab.2) und wer die möglichen *Adressaten* (Tab.3) der jeweiligen Ergebnisse sind, da dies unterschiedliche Ansatzpunkte und Darstel-

lungsweisen impliziert. So wird beispielsweise ein Strukturpapier für Verhandlungen mit Kostenträgern andere Schwerpunkte setzen als eine Aufklärungsbroschüre für Eltern oder die Arbeitsplatzbeschreibung für einen neuen Stationsarzt.

Tab. 2: Zielgrößen von Qualitätssicherung (Auswahl)

-
1. Institutionsebene:
 - Gesamtklinik
 - einzelne Abteilung
 - einzelne Station
 - Transfer zwischen Institutionsbereichen (Ambulanz/Station)
 2. Personalebene:
 - Berufsgruppen
 - einzelne Mitarbeiter (Zeitpläne etc.)
 - multidisziplinäre Arbeit
 - Fortbildung/Supervision
 3. Patientenebene:
 - einzelner Patient
 - Patientengruppe (nach Alter, nach Diagnose)
 - Angehörige
 4. Therapieebene:
 - Formen
 - Synergieeffekte durch Therapiekombinationen
 - Transfer
 5. Externe Größen:
 - Eltern und Angehörige
 - kooperierende Institutionen
 6. Ergebnisebene:
 - Dokumentation
 - Ergebnismessung
 7. Metaebene:
 - Einfluß von QS auf die tägliche Arbeit
 - Kritik und Risiken von Qualitätssicherungskonzepten
-

3.3 Zweite Phase

Der *zweite Schritt* des Qualitätssicherungsprozesses orientiert sich an den funktionierenden, expliziten oder impliziten *Konzepten* der jeweils zu untersuchenden Institutionseinheiten. Eine Erfassung der einzelnen *Berufsgruppen*, differenziert nach diagnostischen und therapeutischen Aufgaben, ergibt ein Profil der tatsächlich geleisteten Arbeit, einen Ist-Zustand, der über das in der Psych-PV und in den jeweiligen theoretischen Konzepten Dargelegte weit hinausgehen kann. Ein weiteres Ziel besteht in der *Definition des Therapieangebots* pro individuellem Patienten.

Endergebnis dieses zweiten Schrittes war die Erarbeitung einer *Qualitätssicherungscheckliste* für kinder- und jugendpsychiatrische Stationen (BILKE u. MÖLLERING 1997), die zunächst die innerklinischen Bereiche vergleichbar macht, deren Übertragbarkeit auf ähnlich arbeitende Institutionen in einer weiteren Phase überregionaler Qualitätssicherungsaktivitäten aber auch geprüft werden kann.

Tab. 3: Mögliche Adressaten von Qualitätssicherungsergebnissen (Auswahl)

-
- Mitarbeiter
 - Patienten
 - Angehörige
 - kooperierende Institutionen
 - andere Qualitätssicherungszirkel
 - Kostenträger
 - städt. und staatl. Stellen
 - Sponsoren
 - Selbsthilfegruppen
 - Standesvertretungen
 - Krankenhausgesellschaften
 - Fachgesellschaften
-

3.4 Dritte Phase

Die *dritte Phase* beinhaltet die Erfassung und Explikation der jeweils auf die zu untersuchende Institutionseinheit zutreffenden *spezifischen Qualitätssicherungsmaßnahmen*. Im einzelnen: Dokumentation (vgl. hierzu LAIREITER 1994), Fortbildung (intern und extern), Supervision (intern und extern), Teilnahme an klinikinterner Qualitätssicherung und katamnestiche Nachuntersuchungen.

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, daß Qualitätssicherung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie keine neue und von außen herangetragene Strategie bedeutet, sondern meist bereits ein integraler Bestandteil der täglichen Arbeit ist.

3.5 Vierte Phase

Im *vierten Schritt* schließt sich das rekursive Qualitätssicherungsmodell (Abb. 1). Mit dem neugewonnenen oder entdeckten Wissen über institutionelle Ressourcen und Prozesse lassen sich in einem *zweiten Arbeitsgang* alle jene Fragen angehen, die auf dem Wege – und dokumentiert in den Verlaufsprotokollen – entstanden sind. Die Datenbasis für die jeweiligen Aufgabenstellungen ist jetzt breiter. Vorher als schwierige Einzelprobleme erscheinende Fragen lassen sich in einem größeren Kontext sehen. Die dargelegte Methode des QSZ ist zu diesem Zeitpunkt bereits etabliert und eingespielt, so daß der Problemlöseprozeß zügiger und zugleich differenzierter abläuft.

Beispiel aus der Praxis: Die Erfassung der Patientenzufriedenheit als einem von mehreren Parametern für die Ergebnisqualität erfordert als Pendant die Einschätzung der Therapeuten über den jeweiligen Behandlungsprozeß. Aufgrund des traditionellen multiprofessionellen Arbeitsansatzes wurden daher in einem ersten Entwurf des QSZ Ergebnis- und Zufriedenheitsbögen für *alle* am Therapieverlauf beteiligten Berufsgruppen entworfen und zum Einsatz vorgesehen. Dieses Vorgehen stieß auf große Skepsis bei den Fachtherapeuten sowie dem Pflege- und Erziehungsdienst, die sich kontrolliert und persönlich ausgefragt sahen. Die jeweiligen Repräsentanten der Berufsgruppen im QSZ bekamen daher von den Betroffenen den Auftrag, mit dem QSZ nach einer Lösung zu suchen. Auf diese Weise konnte eine nichtakzeptierte, widerstrebend bearbeitete und letztlich nicht aussagekräftige Erhebung von Qualitätsdaten vermieden werden. Da die ärztlich/psychologische Berufsgruppe der Erhebung eher interessiert gegenüberstand, wurde dann im QSZ vorgeschlagen, bei diesen Mitarbeitern einen exemplarischen Probelauf durchzuführen und die Ergebnisse in den Stationsvisiten mit allen Berufsgruppen zu diskutieren. Nach einer Phase der Gewöhnung können später die anderen Mitglieder der Teams miteinbezogen werden. Dieses aufwendig erscheinende Verfahren kostet zwar zunächst mehr Zeit, bewirkt aber auf mittlere Sicht nicht nur eine höhere Akzeptanz von Qualitätsbemühungen in einer Klinik, sondern auch eine höhere Relevanz und Zuverlässigkeit der Qualitätserhebungen.

3.6 Fünfte Phase

Ein fünfter Schritt umfaßt die Kooperation von Qualitätssicherungszirkeln mehrerer Kliniken, z. B. eines gleichen Trägerverbandes, mit Austausch der jeweiligen Einzelkonzepte und Generierung einheitlicher Ziel- und Dokumentationsvorgaben, so daß eine *Vergleichbarkeit verschiedener Institutionen* erreicht werden kann, die letztlich erst eine sinnvolle Qualitätssicherung im klinikübergreifenden Sinne möglich macht.

4 Akzeptanz der Qualitätssicherungsarbeit in der Klinik

Ein Charakteristikum kinder- und jugendpsychiatrischer Institutionen ist die im Vergleich zu anderen *medizinischen Fachdisziplinen* und zu Wirtschaftsunternehmen relativ geringe Größe der Organisationseinheiten bei gleichzeitig ausgeprägter Multiprofessionalität und komplexen Hierarchiestrukturen. Die im dargestellten Modell postulierte Beteiligung aller relevanten Berufsgruppen in adäquater Anzahl führt zu einer im Vergleich zum Gesamtpersonalstand relativ hohen Teilnehmerzahl im QSZ.

Faßt man Qualitätssicherung als einen ersten Schritt zum vollständigen Qualitätsmanagement (Total Quality Management, TQM) auf, rückt die Akzeptanz von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch sämtliche Mitarbeiter der Klinik in den Fokus der Aufmerksamkeit (HILDEBRAND 1995). Folgt man der Analogie zur „Kundenorientierung“ als Maxime erfolgreicher Dienstleistungsunternehmen (Runge 1995), so müssen – auch in Übereinstimmung mit systemisch-konstruktivistischen Sichtweisen (SIMON u. CONECTA 1992) – die Mitarbeiter einer Klinik als „interne Kunden“ ebenso hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit Qualitätssicherungsmaßnahmen berücksichtigt werden wie die Patienten und die Familien als „externe Kunden“, letzteres aber eher im Sinne einer

lösungsorientierten psychotherapeutischen Definition (DE SHAZER 1992). Darüber hinaus ist die regelmäßige Erhebung der Personalzufriedenheit ein selbstverständlicher Teil aller auf eine sog. Zertifizierung gemäß festgelegten Normen (TÜV, DIN) angelegten Qualitätssicherungsmethoden. Diese sind in den USA bereits eingeführt und werden auch in Deutschland diskutiert (CLADE 1995).

In diesem Zusammenhang zeigte sich empirisch eine unterschiedliche Offenheit und Bereitschaft zur Kooperation mit dem QSZ. Obwohl alle Berufsgruppen paritätisch und in relativ großer Anzahl im QSZ vertreten waren, schien es für die Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes weitaus einfacher, Notwendigkeit und Methoden der Qualitätssicherung zu akzeptieren als dies den sog. Fachtherapeuten (Heilpädagogik, Motopädie, Sozialarbeit) gelang, die Qualitätssicherung eher als Kontrolle und als „voraussetzenden Gehorsam“ gegenüber Kostenträgern diskutierten. Ärzte und Psychologen dagegen tendierten dazu, Qualitätssicherung zur Aufgabe von Verwaltung und ärztlicher Leitungsebene zu reduzieren und äußerten Sorge um den Verlust therapeutischer Freiheit. Diese punktuellen Beobachtungen bedürfen der weiteren Objektivierung; geeignete Instrumente stehen dafür zur Verfügung und wurden in Psychotherapie-Kliniken bereits eingesetzt (FIEGENBAUM et al. 1995).

5 Diskussion

Qualitätssicherung ist ein erster Schritt zum Qualitätsmanagement und die Arbeit der Qualitätssicherungszirkel ist eine der grundlegenden Methoden der Qualitätssicherung. Die kritische Distanz gerade der Psychiater und Psychotherapeuten (RICHTER 1994) zu diesen Begriffen und zu Qualitätsmanagementsfragen in toto hat bisher dazu geführt, daß abgesehen von einzelnen psychologischen Ansätzen (GRAWE u. BRAUN 1994) das Spektrum der stationären psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin im weitesten Sinne bis auf Ausnahmen noch nicht in die öffentliche Diskussion eingeflossen ist. Fächer wie Chirurgie und Perinatalogie stellen sich seit Jahren den Fragen der Qualitätssicherung (SELBMANN et al. 1994; PIETSCH-BREIFFELD et al. 1994) und setzen dadurch Standards, die in Politik und öffentlicher Meinung nur allzu leicht auch auf die Problematik psychischer Erkrankungen übertragen werden können. Ob fachspezifische Eigenheiten dabei ausreichend Berücksichtigung finden werden, erscheint zumindest fraglich. Daß Qualitätssicherung im bisherigen Sinne dabei nur einen Übergangsbereich zum sog. Total-Quality-Management (SPÖRCKEL et al. 1995) darstellt, scheint für politische Entscheidungsträger klar (LUTHLEN 1995). In Zeiten kostenbewußter Therapie ist diese Entwicklung bald in jedem Medizinbereich zu erwarten.

Entscheidende Impulse dürften hierzu die Erfassung und Kritik der *Ergebnisqualität* erbringen, die im Sinne des TQM sowohl diagnostische und therapeutische als auch subjektiv patientenbezogene (MATTEJAT u. REMSCHMIDT 1993) sowie administrativ ökonomische Faktoren berücksichtigen muß. Wenn in der gesundheitspolitischen Diskussion zum einen aber die Erfassung von Ergebnisqualität im ganzen als kaum möglich bezeichnet wird (HOFFACKER 1995), zum anderen die rein subjektive Komponente betont wird (SCHMIDBAUER 1995), so bietet sich unter wissenschaftlichem Aspekt über die

Erforschung *subjektiver Zufriedenheit bei Patienten und Familien* im Vergleich mit den – objektiv – dokumentierten Befunden die Möglichkeit einer Rückkopplung, die bisherige Hilfs- und Interventionsstrategien optimieren kann.

Letztlich wird konsequente, auf Feedback angelegte Qualitätssicherung im Bereich der Ergebnisqualität zu einem Metadialog mit dem Patienten führen, der in Ergänzung der bestehenden störungsbezogenen Katamneseuntersuchungen innovative Therapiekonzepte und Evaluationsforschung fördert. Die Bereitschaft zum kritischen Dialog, die Voraussetzung eines zukünftigen umfassenden *Qualitätsmanagements* ist, wird dabei durch die Arbeit in einem Qualitätssicherungszirkel steigen, da institutionelle Berührungspunkte etwa zwischen Verwaltungs- und therapeutischer Ebene unter dem Druck des gemeinsamen Zieles der Prozeßoptimierung aufgegeben werden müssen. Die im Rahmen dieser auch traditionelle Institutionsstrukturen beeinflussenden Prozesse auftretenden Irritationen bedürfen so früh wie möglich der Erfassung und Bewertung, um eine Verfahrensfolgeabschätzung zu leisten (RICHTER u. RIEDESSER 1995).

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie scheint in besonderer Weise geeignet, Qualitäts-sicherungsmaßnahmen durchzuführen, kritisch zu begleiten, zu optimieren und im Austausch mit Patienten und Kostenträgern zu prägen.

Einzelne Desiderate, wie etwa nach Standards in der Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter (LEHMKUHL et al. 1992) oder nach stärkerer Entwicklung biologischer Forschungsansätze (NISSEN 1994) bedürfen dabei der Koordination und Integration. Schulendenken, geringe Kommunikation mit den Nachbarwissenschaften und mangelnde Öffentlichkeitsarbeit können dagegen dazu führen, daß fachfremde Kriterien und Maximen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie Anwendung finden, gerade, wenn eigene Standards nicht konsequent weiterentwickelt werden (s. hierzu DÖPFNER u. LEHMKUHL 1993). Eine aktive und progressive Nutzung der besonders qualifizierten Ressourcen der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird dem entgegenwirken können.

Die hier umrissene Arbeitsweise eines Qualitätssicherungszirkels ist dabei eine Art Basisbaustein für Qualitätssicherungsmaßnahmen (gemäß DIN ISO 9004) innerhalb eines Klinikbetriebs. Die nächste Phase – wohl die schwierigste – ist der Austausch, die Kritik und methodische Abgleichung mit anderen Qualitätssicherungszirkeln mit dem Ziel, die in § 137 SGB V festgelegte Vergleichbarkeit im Sinne der externen Qualitätssicherung zu erreichen. Eine einheitliche Arbeitsweise auf dem Niveau der Qualitätssicherungszirkel wäre ein wichtiger Schritt in diese Richtung.

Literatur

- BILKE, O./MÖLLERING, M. (1997): Qualitätssicherungsleitfaden für kinder- und jugendpsychiatrische Stationen – ein Beitrag zum Qualitätsmanagement. (Publikation in Vorbereitung).
- Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e. V. (1993): Zielsetzung/Orientierungsdaten kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen. Viersen.
- CLADE, H. (1996): Zukunftsmusik: „Gütesiegel“ für Kliniken. Dt. Ärztebl. 92(19), B 1005-1006.
- DE SHAZER, S. (1996): Der Dreh. 3. Aufl. Heidelberg: Auer.
- DIN Deutsches Institut für Normung e.V. (1990): DIN ISO 9004. Berlin.

- DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G. (1993): Zur Notwendigkeit von Qualitätsstandards in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zeitschrift f. Kinder- und Jugendpsychiatrie 21, 188-193.
- FIGENBAUM, W./FLORIN, I./TUSCHEN, B. (1995): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Vortrag beim Internat. Kongreß „Kurzzeitbehandlung und Krisenintervention in der Psychotherapie und Psychosomatik“, Halle.
- GAEBEL, W. (1994): Qualitätssicherung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen im psychiatrischen Krankenhaus. Vortrag beim Kongreß der Dt. Gesellschaft f. Psychiatrie, Psychotherapie u. Nervenheilkunde, Darmstadt.
- GRAWE, K./BRAUN, U. (1994): Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie 23(4), 242-267.
- HILDEBRAND, R. (1995): Total Quality Management im Krankenhaus. In: SPÖRKEL, H./BIRNER, U./FROMMELT, B./JOHN, T.P.: Total Quality Management: Forderungen an Gesundheitseinrichtungen, 86-94. Berlin: Quintessenz.
- HOFFACKER, P. (1995): Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich – eine wissenschaftliche und politische Herausforderung. In: SPÖRKEL, H./BIRNER, U./FROMMELT, B./JOHN, T.P.: Total Quality Management: Forderungen an Gesundheitseinrichtungen, 7-17. Berlin: Quintessenz.
- LAIREITER, A.-R. (1994): Dokumentation psychotherapeutischer Fallverläufe. Zeitschrift für klinische Psychologie 23(4), 236-241.
- LEHMKUHL, G./LEHMKUHL, U./DÖPFNER, M. (1992): Psychotherapie mit Jugendlichen. Zeitschrift f. Kinder- und Jugendpsychiatrie 20, 169-184.
- LINSTER, H.W. (1995): Qualitätssicherung im Rahmen der Gesprächspsychotherapie und personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Vortrag beim Internat. Kongreß „Kurzzeitbehandlung und Krisenintervention in der Psychotherapie und Psychosomatik“, Halle.
- LUTHLEN E. (1995): Der Weg von der Qualitätssicherung zum TQM aus der Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit. In: SPÖRKEL, H./BIRNER, U./FROMMELT, B./JOHN, T.P.: Total Quality Management: Forderungen an Gesundheitseinrichtungen, 25-30. Berlin: Quintessenz.
- MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H. (1993): Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Zeitschrift für Klinische Psychologie 22, 192-233.
- MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H. (1995): Aufgaben und Probleme der Qualitätssicherung in der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 23, 71-83.
- MAYRING, P. (1993): Qualitative Inhaltsanalyse. 4. Aufl. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- NISSEN, G. (1994): Zur Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 22, 66-72.
- PIETSCH-BREIFFELD, B./KRUMPASZKY, H.G./SHELPEL, B./SELBMANN, H.K. (1994): Deskription existierender Qualitätssicherungsmaßnahmen im Gesundheitswesen. In: Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 38. Baden-Baden: Nomos.
- RICHTER, R. (1994): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Editorial. Zeitschrift f. Klinische Psychologie 23(4), 233-235.
- RICHTER, R./RIEDESSER, P. (1995): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Psychotherapie – Konzepte einer „qualitätsgesicherten psychotherapeutischen Praxis“. Vortrag beim Internat. Kongreß „Kurzzeitbehandlung und Krisenintervention in der Psychotherapie und Psychosomatik“, Halle.
- ROTHHAUS, W. (1995): Aufforderung zu einer Kultur des kollegialen Dialogs. Externe Qualitätssicherung im kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhaus. Vortrag bei der 24. Wissenschaftl. Tagung der Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Würzburg.
- RUNGE, J.H. (1995): Schlank durch TQM. In: SPÖRKEL, H./BIRNER, U./FROMMELT, B./JOHN, T.P.: Total Quality Management: Forderungen an Gesundheitseinrichtungen, 65-85. Berlin: Quintessenz.
- SCHMIDBAUER, H. (1995): Vertrauen durch Qualität. In: SPÖRKEL, H./BIRNER, U./FROMMELT, B./JOHN, T.P.: Total Quality Management: Forderungen an Gesundheitseinrichtungen, 18-24. Berlin: Quintessenz.
- SELBMANN, H.K./PIETSCH-BREIFFELD, B./BLUMENSTOCK, G./GERAEDTS, M. (1994): Evaluation der Qualitätssicherungsmaßnahmen im Gesundheitswesen. In: Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 38. Baden-Baden: Nomos.

SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung – vom 20.12.1988. Bundesgesetzblatt (BGBl.) I., S. 2477.

SIMON, F.B./CONNECTA (1992): Radikale Marktwirtschaft. Heidelberg: Carl Auer.

STRAUSS, A.L. (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München: Fink.

WOLFF, S. (1994): Innovative Strategien qualitativer Sozialforschung im Bereich der Psychotherapie. In: BUCHHOLZ, M.B./STRECK, M.B. (Hrsg.): Helfen, Heilen, Interaktion, 39-65. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Anschrift der Verfasser/in: Oliver Bilke, Medizinische Universität zu Lübeck, Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kahlhorststr. 31, 23538 Lübeck.