

Akzeptanz von und Einstellung zu Qualitätsmanagement in stationären Altenpflegeeinrichtungen
– Eine quantitative Untersuchung aus Sicht von Fach- und Führungskräften

Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts (B.A.) Sozialarbeit/Sozialpädagogik

Erstprüferin:
Prof. Dr. Susanne Wolf

Zweitprüfer:
Prof. Dr. Christian Bleck

vorgelegt von
Birthe Sander
Matr.Nr: 642068
Sommersemester 2016
Düsseldorf, den 07. Juni 2016

Inhaltsverzeichnis

Abstract	i
Abkürzungsverzeichnis.....	ii
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	iii
Hinweise	iv
1 Einleitung	1
2 Definitionen und Diskussionen für das Verständnis relevanter Begrifflichkeiten und Thematiken – eine theoretische Annäherung	5
2.1 Die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit	5
2.1.1 Hintergründe, Motivationen und Entwicklung	5
2.1.2 Diskurs um die Auswirkungen der Ökonomisierung Sozialer Arbeit	8
2.2 Qualität und Qualitätsmanagement (QM)in der Sozialen Arbeit	13
2.2.1 Definitionen und Entwicklung von Qualität und QM.....	13
2.2.2 Umsetzungselemente und Systeme des QMs in der Sozialen Arbeit	18
2.2.3 Diskurs zu Chancen und Problematiken von QM in der Sozialen Arbeit	20
2.3 Stationäre Altenhilfe: Stationäre Altenpflegeeinrichtungen und QM	29
2.3.1 Einordnung, Aufbau und Handlungsfelder der stationären Altenhilfe	29
2.3.2 Qualität und QM in stationären Altenpflegeeinrichtungen.....	32
2.3.3 Diskurs spezifischer Aspekte des QMs im Kontext stationärer Altenpflegeeinrichtungen..	36
3 Forschungsdesign.....	40
3.1 Forschungsstand und Forschungsinteresse	40
3.2 Fallauswahl und Feldzugang.....	42
3.3 Fragestellung und Hypothesen	42
3.4 Ausgewähltes Theoriemodell der Akzeptanz, Operationalisierung und Erhebungsinstrument.	44
3.5 Untersuchungsablauf/Datenerhebung	48
4 Untersuchungsauswertung, Forschungsergebnisse und Interpretation.....	49
5 Kritische Würdigung und weiterführende Überlegungen	59

6 Zusammenfassung und Fazit	62
Literaturverzeichnis.....	63
Anhang.....	I

Abstract

Das ursprünglich aus der Industrie stammende Qualitätsmanagement (QM) wird seit einigen Jahren im Zuge der vermehrten wirtschaftlichen Ausrichtung auch in der Sozialen Arbeit als Instrument zur Qualitätsüberprüfung angewandt. Dabei wird die Etablierung in den verschiedenen Praxisfeldern der Sozialen Arbeit sowohl von den professionellen Fachkräften selbst, als auch in der Wissenschaft kontrovers diskutiert. Auch im Arbeitsfeld der stationären Altenhilfe ist das Qualitätsmanagement inzwischen ein fest integriertes Element, welches durch die Gesetzgebung und die Träger der Sozialen Arbeit vorgegeben ist. Bisherige Studien beschäftigen sich primär mit der Bewertung der tatsächlichen Qualitätsbeurteilung durch das Qualitätsmanagement oder aber mit der Meinung der Fachkräfte allgemein zu den veränderten Bedingungen und deren Folgen im Zuge der ökonomisierten Sozialen Arbeit. Im Rahmen dieser Untersuchung soll daher die Einstellung der Mitarbeiter in der stationären Altenhilfe spezifisch in Bezug auf das Element des Qualitätsmanagements untersucht werden. Diese soll mithilfe eines standardisierten Fragebogens beispielhaft in den Altenpflegeheimen der Diakonie und Arbeiterwohlfahrt quantitativ erhoben werden. Dabei soll es primär darum gehen, herauszufinden wie sich die Einstellung zum QM zwischen verschiedenen Mitarbeitergruppen (Pflege – Sozialdienst, Leitungsebene - Fachkräfteebene, Arbeiterwohlfahrt - Diakonie) unterscheidet und welche Elemente und Faktoren signifikant Einfluss nehmen und/oder zusammenhängen. Weiterführend werden die Ergebnisse interpretiert, kritisch hinterfragt und Konsequenzen und Hinweise für die Praxis der Sozialen Arbeit, sowie für die wissenschaftliche Perspektive aufgeführt.

Abkürzungsverzeichnis

BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Deutscher
DBSH	Berufsverband für Soziale Arbeit
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Ministerium für
MGEPA	Gesundheit Emanzipation Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
PDL	Pflegedienstleitung
PfWG	Pflegeerweiterungsgesetz
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
QM	Qualitätsmanagement
ÖGDE NRW	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen
WTG NRW	Wohn- und Teilhabegesetz Nordrhein-Westfalen
WBL	Wohnbereichsleitung

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Nach Moore und Benbasat hergeleitetes Modell der Akzeptanz mit zu testenden Faktoren (eigene Darstellung).....	45
Tab. 1: Betrachtung ausgewählter Items des Gesamtantwortverhaltens	51
Tab. 2: Betrachtung der Variablen (1) bis (4) des Gesamtantwortverhaltens aller Befragten	52
Abb. 2: Vergleich der arithmetischen Mittel (\bar{x}_{Gesamt}) zum Gesamtkonstrukt nach Gruppen	53
Tab. 3: Übersicht über die Ergebnisse der t-Tests	54

Hinweise

- 1.) Aus Gründen der Vereinfachung wird ausschließlich die männliche Form verwendet. Personen weiblichen wie männlichen Geschlechts sind darin gleichermaßen eingeschlossen.
- 2.) Unter „Sozialer Arbeit“ wird im Sinne von Thole (2012, S.20) sowohl die Sozialarbeit als auch die Sozialpädagogik verstanden werden.
- 3.) Im Rahmen der Arbeit ist mit der „Profession“ das Praxisfeld, d.h. die Handlungsrealität, sowie mit der Disziplin die Wissenschaft der Sozialen Arbeit gemeint (vgl. Kleve 2003, S.5).

1 Einleitung

Die Beschäftigung mit dem Thema der Qualität lässt sich nicht als vollkommen neue Erscheinung deklarieren. Geschichtlich betrachtet haben sich Menschen schon vor Jahrtausenden in der babylonischen Zeit um 1800 v.Chr. mit der Qualität von Bauwerken, als auch insbesondere in der Zeit der Industrialisierung mit der Herstellung und der Qualität der Endergebnisse der hergestellten Waren auseinandergesetzt (Gerull 2004, S.81 und Piechotta 2008, S.4). So war die Thematik der Qualität als eigener spezifischer Arbeits- und Aufgabenbereich lange Zeit primär in der produzierenden Industrie und später im Dienstleistungsbereich vertreten. Jedoch ist diese spezifische Beschäftigung mit der Qualitätsfrage im Rahmen von Qualitätsmanagement(QM)-Systemen seit ungefähr drei Jahrzehnten auch in der Sozialen Arbeit ein präsent und wichtiges Thema geworden. Dies belegen zahlreiche Entwicklungen in der Profession der Sozialen Arbeit, in der sich beispielweise die einzelnen Träger der Sozialen Arbeit in den jeweiligen Professionsfeldern auseinandergesetzt haben und auch immer noch auseinandersetzen (vgl. z.B. Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege 2015).

Im Zuge einer weiteren theoretischen Auseinandersetzung geht es jedoch nicht darum, ähnlich wie in Bezug auf das Thema der Ökonomisierung der Sozialen Arbeit (vgl. Buestrich/Wohlfahrt 2008), welche als Auslöser und „Grundstein“ des QMs in der Sozialen Arbeit gesehen wird (Wohlfahrt 2003, S.13 und Kap. 2.1), dieses als völlig neues Paradigma, als völlig neuartigen Inhalt oder neue Thematik der Sozialen Arbeit darzustellen. Denn auch vor der Einführung und Etablierung des QMs haben sich die Fachkräfte mit der Thematik der Qualität ihrer Arbeit auseinandergesetzt (vgl. Maaser 2004, S.235 und Flösser/Oechler 2004, S.176); „[...] es steht außer Frage, dass die Mitarbeiterinnen im sozialen Bereich nicht erst kürzlich damit begonnen haben, über Qualität ihrer Arbeit nachzudenken“ (Meinhold 1998, S.13). Im Zuge der Entwicklung des QMs wurde das Thema jedoch „professionalisiert“, offen debattiert, zu einem eigenen Aufgabenbereich weiterentwickelt, verschiedenste Methoden und Systeme entwickelt und verschriftlicht. „Das Thema hat eine enorme Dynamik erfahren“ (Merchel 2013, Vorwort). Daher ist in der Profession der Sozialen Arbeit „die Frage nach Qualität im Sozialbereich in kleinen Projekten wie in den Führungsetagen der großen Verbände zu einem wichtigen Thema geworden“ (Meinhold 1998, S.13).

Die weiterhin hohe Aktualität der Thematik begründet sich dabei auch in der bereits erwähnten Entwicklung der Ökonomisierung der Sozialen Arbeit im Zuge der Veränderung der veränderten sozialstaatlichen Ausrichtung. So lässt sich die Entwicklung des QMs mehrdimensional betrachten: Neben dem tatsächlichen Streben nach Qualitätsverbesserungen in der Sozialen Arbeit, sind auch mit der Ökonomisierung einhergehenden Faktoren der Legitimation und Kontrolle von Geldausgaben als Grund für die Einführung des QMs von Relevanz (Wohlfahrt 2003, S.13)..

Ebenso wie in der Debatte um die Entwicklung und Folgen der als Voraussetzung angesehenen Ökonomisierung der Sozialen Arbeit (vgl. Kap. 2.1) wird das QM daher auch aus verschiedenen Positionen unterschiedlich diskutiert. Insbesondere hinsichtlich der Frage ob das QM eher professionalisierend (Maywald 2009, S.15) oder deprofessionalisierend für die Soziale Arbeit wirkt, aber auch weiterführend hinsichtlich der Veränderungen der Arbeitsvollzüge und -bedingungen für die Mitarbeiter der Einrichtungen, lassen sich in der Fachliteratur verschiedenste Positionen und Stimmen ausmachen.

Hinsichtlich dessen lässt sich jedoch in Bezug auf die Disziplin der Sozialen Arbeit festhalten, dass bisher nur wenige empirische Untersuchungen zu expliziten Fragestellungen in Bezug auf das QM erhoben wurden (Beckmann et al. 2007, S.275 f.). So besagt auch Lambach (2003, S.95), dass zum einen das Thema in der Praxis der Sozialen Arbeit zwar inzwischen „angekommen“ ist, dagegen jedoch zum anderen „die theoretische Debatte [trotz der hohen Aktualität in der Praxis] inzwischen erschöpft erscheint“ (ebd.). Vielmehr lässt sich in der Disziplin der Sozialen Arbeit die Entwicklung vergleichbarer, neuerer und im weiten Zusammenhang mit der Qualitätsdebatte zusammenhängende Forschungsrichtungen wie die Wirkungsforschung (vgl. Flösser/Oechler 2006, S.155) verzeichnen, die insbesondere explizit die Qualität der Ergebnisse Sozialer Arbeit beleuchten.

Daneben lassen sich jedoch nur wenige empirische Untersuchungen ausmachen, die sich mit der Wahrnehmung und Einstellung der Mitarbeiter/professionellen Fachkräfte zum QM beschäftigen. Bisherige Studien finden sich diesbezüglich bisher nur in der Medizin (vgl. Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse 2011) sowie als Teilfrage im Rahmen einer Studie des Fraunhofer Instituts (Große-Böckmann 2010) im Bereich produzierender industrieller Unternehmen. Als einziges Beispiel aus dem Gebiet der Sozialen Arbeit lässt sich dabei die Studie von Beckmann et al. (2007) beschreiben, welche die Einstellung der professionellen Fachkräfte in der Jugendberufshilfe zum QM untersucht hat.

Somit ist im derzeit unter anderem aufgrund der demografischen Entwicklung besonders relevanten Professionsgebiet der stationären Altenhilfe (BMFSFJ 2006) bisher noch keine Untersuchung durchgeführt worden, die sich explizit mit der Fragestellung nach der Akzeptanz und Einstellung zum QM aus Sicht der in den Einrichtungen arbeitenden Fachkräfte beschäftigt. Vielmehr lag der Fokus bisheriger Untersuchungen und Expertisen in diesem Arbeitsfeld bisher primär auf der Betrachtung der Qualität der Arbeit (insbesondere Pflegequalität und –mängel) (vgl. Roth 2002). In einigen wenigen Studien wurde darüber hinaus die Wahrnehmung der Arbeitsplatzbedingungen unter dem Gesichtspunkt der veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen aus Sicht der Mitarbeiter abgefragt (Hans-Böckler-Stiftung 2013). Da das QM, wie erläutert, als Element neuer ökonomisch gerichteter Entwicklungslinien gewertet wird (Wohlfahrt 2003, S.13), beziehen sich innerhalb dieser Studien einige Elemente der Befragung auch auf das QM. Jedoch sind die Befragungen hinsichtlich ihrer Befragungsinhalte breiter angelegt und beziehen sich nicht, wie innerhalb dieser Untersuchung angestrebt, beinahe ausschließlich auf die Elemente des QMs. Da das QM jedoch durch die Reform des Pflegeversicherungsgesetzes fest als Element in der stationären Altenhilfe etabliert ist (Nübling et al. 2004, S.133), und vor allen Dingen weil die Elemente der unterschiedlichen QM-Systeme als „restringierend“ oder „ermächtigend“ (Beckmann et al. 2007, S.279) für die Arbeitsplatzsituation, –zufriedenheit und Ausübung professioneller Grundsätze wahrgenommen werden könnten, ist diese hier eingegrenzte Fragestellung, die sich primär mit der Wahrnehmung des QMs und seinen „Folgen“ aus Mitarbeitersicht, und eben nicht mit den tatsächlich (messbaren) Veränderungen, beschäftigt, insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen großen Herausforderungen in der stationären Altenhilfe (Wübker 2015, S.1), wie dem Fachkräftemangel (ebd.) von besonderer Bedeutung. Insgesamt konstatieren Nübling et al. (2004, S.139), dass „in der Praxis [der stationären Altenhilfe] noch eine weit verbreitete Unsicherheit und Skepsis, die die Wirkung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

deutlich einschränken, [bestehen]“. Es wird somit deutlich, wie wichtig auch die Wahrnehmung der Mitarbeiter, ihre Einstellung zu den Systemen und ihr Wille damit zu arbeiten von besonderer Bedeutung für gelingende QM-Maßnahmen sind, um langfristig die Qualität in der stationären Altenhilfe zu verbessern. Somit ist es von zentraler Bedeutung die Akzeptanz von und Einstellung zu QM in diesem Gebiet zu untersuchen, sowie eventuelle Unterschiede von verschiedenen in dem Bereich tätigen Mitarbeitergruppen herauszuarbeiten. Auch bestimmte Faktoren lassen sich in diesem Rahmen hinsichtlich ihres Einflusses untersuchen und in Zusammenhang setzen, um erste empirische Anhaltspunkte für weitergehende Forschungen zu schaffen (vgl. Kap.3).

Somit lässt sich übergeordnet die forschungsleitende Fragestellung generieren, die das in der Theorie konstatierte Bild der eher negativen Haltung in der Praxis der stationären Altenhilfe gegenüber dem QM empirisch untersuchen soll: „Welche Unterschiede in der Akzeptanz von und Einstellungen zu QM lassen sich zwischen verschiedenen Mitarbeitergruppen von stationären Altenpflegeeinrichtungen in Düsseldorf ausmachen und welche Faktoren bedingen zusätzlich unterschiedliche Haltungen zum QM?“

Die weiterführend in den Hypothesen aufgenommenen Unterschiede zwischen den einzelnen Mitarbeitergruppen werden theoretisch abgeleitet und anschließend ausformuliert. Dabei geht es um die Unterschiede der Akzeptanz und Einstellungen der im Rahmen der Stichprobe befragten Mitarbeiter zum QM zwischen 1. den Professionsgebieten (Pflege und Soziale Arbeit), 2. den Positionsebenen der Mitarbeiter (Leitungsebenen und Fachkräfte/„Praktiker“) und 3. den Trägern (Diakonie und Arbeiterwohlfahrt (AWO)) mit ihren unterschiedlichen QM-Systemen. Neben diesen Gruppenvergleichen wird im Rahmen weiterer Hypothesen der Einfluss von der Dauer im Beruf, sowie des Weiteren die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Variablen und einzelnen Itemaussagen betrachtet.

Die genannte übergeordnete forschungsleitende Fragestellung wurde im Rahmen eines standardisierten Fragebogens und anhand eines theoretischen Akzeptanzmodells operationalisiert und die Position der Mitarbeiter in verschiedenen Düsseldorfer Altenpflegeeinrichtungen in schriftlicher Form abgefragt. Anschließend erfolgte die quantitative Auswertung mithilfe der statistischen Auswertungssoftwares IBM SPSS Statistics 20 und 22, sowie mithilfe verschiedener statistischer Auswertungsverfahren (vgl. Kap. 4).

Um die Ergebnisse dieser, in ihren Grundzügen erläuterten, quantitativen empirischen Untersuchung zur Akzeptanz und Einstellung der Mitarbeiter in Altenpflegeeinrichtungen zum QM näher betrachten und nachvollziehen zu können, bedarf es zunächst eines Verständnisses eines theoretischen und begrifflichen Hintergrundes. Dieser soll als Grundlage und als Hinleitung zum empirischen Teil der Arbeit verstanden werden. So soll im Rahmen des Vorgehens innerhalb der Arbeit zunächst ein Verständnis der Entwicklung des QMs aus dem Ursprung der veränderten Sozialpolitik und weiterführend Ökonomisierung der Sozialen Arbeit geschaffen werden. Demzufolge soll die Entwicklung und Bedeutung, sowie der Diskurs der Ökonomisierung kurz dargestellt werden. In dessen Rahmen werden die Entwicklungslinien und –gründe des QMs deutlich, sowie, innerhalb der folgenden Vorstellung des Diskurses der Ökonomisierung, die Veränderungen der Arbeitsvollzüge und generellen Ausrichtung der Sozialen Arbeit dargelegt. Somit werden die Bedingungen in denen das QM sich entwi-

ckelte und auch unter denen das QM angewendet wird, näher beleuchtet.

Weiterführend erfolgt, nach einer semantischen und inhaltlichen Herleitung, sowie einer Vorstellung der historischen Entwicklung des QMs und dessen Ursprungslinien, eine Vorstellung verschiedener QM-Elemente und –Systeme, um die „Inhalte“ und Vollzüge im Rahmen des QMs zu verstehen. Im nachfolgenden theoretischen Hauptteil der Arbeit wird das QM detailliert hinsichtlich verschiedener Aspekte kritisch diskutiert. Diese Diskussion ist notwendig, um einerseits die innerhalb der quantitativen empirischen Untersuchung verwendeten Annahmen und theoretischen Herleitungen der Hypothesen, sowie andererseits die generellen Vorteile und Problematiken nachvollziehen zu können, welche im Rahmen der Itemgestaltung wieder aufgegriffen werden. Da bspw. in der Literatur vielfach Veränderungen hinsichtlich der Möglichkeit der Realisierbarkeit der Umsetzung von professionellen Grundsätze im Rahmen der Ökonomisierungstendenzen und des etablierten Elements des QMs festzumachen sind, soll die Einschätzung der Mitarbeiter bezüglich dieses in der Theorie deklarierten Veränderungsbereichs als Variable mit verschiedenen Items im Fragebogen spezifisch abgefragt werden („Kompatibilität“, vgl. Kap. 3.3).

Da die Untersuchung, wie beschrieben, im spezifischen Arbeitsfeld der stationären Altenhilfe durchgeführt wurde, ist es erforderlich, folgend außerdem einen theoretischen Einblick in diesen Arbeitsbereich zu gewähren. Da die Pflege, als in der stationären Altenhilfe vertretende Bezugsdisziplin der Sozialen Arbeit (Wendt 2006, S.1) im Rahmen der Untersuchung bezüglich ihrer Akzeptanz und Einstellung der professionellen Fachkräfte zum QM mit der der Sozialen Arbeit in Vergleich gesetzt werden soll, ist als letzter Schritt vor der Beschreibung des empirischen Teils der Arbeit, auch ein Einblick in den Diskurs des QMs in der stationären Altenpflege mit der Darstellung sowohl positiver als auch negativer Faktoren nötig.

Die Beschreibung des empirischen Teils der Arbeit erläutert zunächst das Forschungsdesign (mit einer detaillierten Darlegung des Forschungsstandes und -interesses, der Herleitung von Forschungsfrage und Hypothesen, der Fallauswahl, der theoretischen Herleitung von Akzeptanz und Einstellung, sowie deren Operationalisierung im Rahmen des Fragebogens und abschließend des Untersuchungsablaufes), um im nachfolgenden Kapitel auf die Darstellung der Ergebnisse einzugehen. Anschließend sollen zum einen weiterführende Überlegungen hinsichtlich der Untersuchungsergebnisse aufgeführt werden. Zum anderen wird in diesem Abschnitt außerdem in einer kritischen Würdigung auf spezifische Problembereiche der Untersuchung und auf weiterführende aus der Untersuchung resultierende, jedoch nicht beantwortete Fragestellungen der Arbeit eingegangen, bevor in einem abschließendem Fazit im letzten Kapitel der Arbeit die Ergebnisse der Gesamtarbeit noch einmal kurz zusammengefasst und reflektiert werden.

2 Definitionen und Diskussionen für das Verständnis relevanter Begrifflichkeiten und Thematiken – eine theoretische Annäherung

2.1 Die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit

2.1.1 Hintergründe, Motivationen und Entwicklung

Als Grundlage für das Verständnis der Thematiken der Qualität und des QMs in der Sozialen Arbeit, insbesondere hinsichtlich einer kritischen Auseinandersetzung, ist zunächst ein Überblick über die Entwicklung und den Entstehungshintergrund eben dieses notwendig. Dies ist ebenfalls nötig, um die im empirischen Teil der Arbeit die abgefragten Aspekte und Fragestellungen zu der Wahrnehmung der Mitarbeiter in Arbeitsfeld der stationären Altenhilfe zu entwickeln und eventuelle ermittelte Ergebnisse deuten zu können. Daher soll im ersten Abschnitt ein Verständnis auf einer übergeordneten Ebene in Bezug auf die sozialstaatlichen und sozialpolitischen Hintergründe, Entwicklungen und Veränderungen und die daraus resultierende Ökonomisierung¹ der Sozialen Arbeit geschaffen werden. Diese wird auch aus der Sicht von Wohlfahrt (2003, S.13) als „Auslöser von QM-Strategien“ gesehen, womit eine Darstellung der Entwicklung eben dieser unbedingt notwendig wird. Erst folgend kann die Ökonomisierung als übergeordnete Entwicklungsebene des QMs insbesondere hinsichtlich der Veränderungen der Arbeitsbedingungen und –strukturen kritisch diskutiert werden, was eine Grundlage für den Diskurs des QMs bildet.

Aufgrund der multikausalen Entwicklungen, die zu der aktuellen Ausrichtung der Sozialen Arbeit führten und immer noch führen, ist eine klare einzige „Ursache“ für die Ökonomisierung auszumachen nur schwer möglich. Verschiedenste vielfältige Entwicklungslinien in unterschiedlichen Gesellschafts- und Politikbereichen zu wiederum verschiedenen Zeitpunkten lassen sich als Auslöser eben dieser definieren. Eine geradlinige Herleitung ist somit nicht eindeutig möglich. Es lassen sich allerdings durchaus einige ausgewählte (sozial-) politische, gesellschaftliche und strukturelle Veränderungen nennen, die immer wieder als Auslöser der Veränderungen und der weiterführenden Ökonomisierung der Soziale Arbeit in der Literatur ausgemacht werden.

Als eine der ursprünglichsten der Veränderungen, die sich auf beinahe alle Strukturen der Gesellschaft (Pfeiffer-Schaupp 2005, S.3 ff.), das Leben in der Gesamtheit, auswirkt, und die als ein Ursprungs- und Ausgangspunkt der weiter aufgeführten Auslöser der Ökonomisierung der Sozialen Arbeit gesehen werden kann, ist die Globalisierung² zu identifizieren. Dabei ist für die Soziale Arbeit vor allen Dingen die „politische und ökonomische Globalisierung“ (Bleck 2011, S.30) als besonders bedeutsam zu nennen. Es lässt sich dazu feststellen, dass die Globalisierung inzwischen in beinahe

¹ Der Begriff der Ökonomisierung soll dabei in seiner semantischen und inhaltlichen Bedeutung als Begrifflichkeit ursprünglich wirtschaftswissenschaftlichen Ursprungs verstanden werden, welcher zunächst auch nur dort verwendet wurde (Pointer 2010, S.29), aber über keine allgemein akzeptierte und universal verwendete Definition verfügt (Knorr 2005, S.2). Er definiert in seiner eigentlichen Ursprungsbedeutung die Orientierung wirtschaftlichen Handelns bezogen auf Güter und Waren mit einer Gewinnausrichtung und mit dem Ziel der Gewinnmaximierung (ebd.). Dabei beschreibt er primär den dynamischen Prozess hin zu eben dieser Ausrichtung. Des Weiteren etablierte sich der Begriff als eine Handlung(um)sorientierung auch in anderen (Wirtschafts-)Gebieten als nur im reinen Güter- und Warenhandel, wie beispielsweise dem Dienstleistungssektor. Hervorzuheben ist neben der nicht einheitlichen Definitions- und Deutungsweise der Begrifflichkeit der Ökonomisierung, dass dieser auch je nach Perspektive (Branche, Fachrichtung etc.) anders bewertet wird. Die Mehrzahl der „Nicht-Ökonomen“ nutzen den Begriff fast ausschließlich negativ konnotiert; sie sehen ihn als „Bedrohung (angeblich oder tatsächlich) bewährter Strukturen und Prozesse“ an, der sich in der „Elimination aller marktfremden Gesichtspunkte“ ausdrückt (ebd.).

² Die Globalisierung bezeichnet eine Entwicklung hin zu einer auf der wirtschaftlichen, politischen, kulturellen und gesellschaftlichen internationalen Vernetzung und Kooperation. Weiterführende Inhalte zu eben dieser bietet bspw. Brock (2008).

allen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bereichen in Deutschland „angekommen“ und direkt oder indirekt mit verschiedenen Merkmalen und Folgen wirksam ist. Sie führte zu einem „verschärfte[n] internationale[n] Wettbewerb“ (Bleck 2011, S. 30), welcher in verschiedenste Bereiche wie die der Politik übertragen wurde, indem sich auch ihre Prinzipien im Sinne einer „Neuorientierung“ vermehrt an den Grundsätzen der Ökonomie auch auf nationaler und internationaler Ebene orientieren. Diese beschriebene politische Neuorientierung, ausgelöst durch die internationale Vernetzung, hatte auch Auswirkungen auf die sozialpolitische und sozialstaatliche Ausrichtung in Deutschland, beziehungsweise hat durch einen parallelen Verlauf die veränderte Ausrichtung in der Sozialpolitik weiter vorangestoßen. „Im Kontext der Globalisierung und des Standortwettbewerbs dominierte das Argument der Kostendämpfung die Debatte um die Ökonomisierung des Sozialstaats“ (Auth 2012, S.619).

Unter anderem aus der Entwicklung der Folgen der Globalisierung resultierend, sowie aus „einer hohe[n] staatliche[n] Verschuldung“ (Cremer/Goldschmidt/Höfer 2013, S.10) heraus, entwickelte sich in Deutschland etwas, das als „Krise des Wohlfahrtsstaats“ (Mohr 2007, S.36) oder „Krise des Sozialstaats“ (Butterwegge 2005) benannt werden kann. Diese Entwicklung des Sozialstaats hatte viele verschiedene Veränderungen zur Folge und kann daneben auch als eine der „Grundbausteine“ in der Entwicklung zur Ökonomisierung der Sozialen Arbeit bezeichnet werden. Die resultierenden Veränderungen auch in Bezug auf die Soziale Arbeit lassen sich dabei auf verschiedenen Ebenen identifizieren und zuordnen. So entstand auf übergeordneter Ebene beispielsweise eine „externe[...] Vermarktung, in der die Wohlfahrtsstaaten untereinander zu Wettbewerbern werden“ (Buestrich/Wohlfahrt 2008). Daneben resultierten auch Veränderungen in weiteren internen Bereichen des Sozialstaats, als auch auf der Subjektebene, also für die in ihm lebenden Personen (ebd.). Die sozialstaatliche Ausrichtung ist demzufolge seit diesem Zeitpunkt größtenteils wirtschaftlich orientiert. Bakic, Diebäcker und Hammer (2007, S.1) identifizieren somit übergeordnete wirtschaftliche Ziele inzwischen als oberste Priorität, was sich auch für die im Sozialstaat lebenden Menschen in „sozialpolitischen Interventionen“ äußert, die bspw. „die Anpassung der Individuen nach (arbeits)marktbezogenen Erfordernissen leisten“ (ebd.). Es lässt sich aus dieser Formulierung ableiten, dass auch die im Sozialstaat lebenden Menschen, sowohl direkt (z.B. durch das im Zuge der „Neuausrichtung“ modifizierte Arbeitslosengeld), oder indirekt durch die resultierenden Veränderungen in der Sozialen Arbeit als Nutzer eben dieser, die Konsequenzen der Modifizierungen im Sozialstaat erfahren. Somit ist die „Vermarktlichung“ der inneren Struktur des Sozialstaats auch hinsichtlich des Schrittes hin zur Ökonomisierung der Sozialen Arbeit als besonders grundlegend und relevant zu erachten. Die damit wichtigsten einhergehenden Gründe und Veränderungen dieser sollen deshalb genauer betrachtet werden.

Als ein Grund der sozialstaatlichen Veränderungen im Rahmen der „Krise“ (Bleck 2011, S.31), sind primär die „belasteten öffentlichen Haushalte“ (ebd.) auszumachen. Diese resultierten ab den 1980er Jahren vor allem aus der alternden Gesellschaft (Gaitanides 2000, S.126) mit immer zum einen weniger Arbeitnehmern und mehr Rentenbezüglern, zudem aus einer vergleichsweise hohen Arbeitslosigkeit von 2,3 Millionen Menschen (Bundeszentrale für politische Bildung 2014) und allge-

mein einer schlechten wirtschaftlichen Situation. Der Wohlfahrtsstaat geriet in diesem Zuge durch seine dadurch einhergehenden hohen Ausgaben vermehrt in die Kritik, nicht finanzierbar zu sein. Eben diese Einstellung zum Wohlfahrtsstaat brachte eine Denkweise und Haltungsposition hervor, die als „Neoliberalismus“ bezeichnet wird. „Die politischen Kräfte waren in Zeiten leerer Haushaltskassen für derartige Ideen aufgeschlossen und übertrugen sie oftmals unhinterfragt auf die gesellschaftliche Praxis [und staatlichen Systeme]“ (Albert 2006, S.26). Es entstand die Aufforderung nach einer neuen Ausrichtung des Staats, weg von einer primär wohlfahrtsstaatlichen Ausrichtung, hin zu einem Staat, der sich an seinen Kernaufgaben, die in einer nur gering staatlich kontrollierten Wirtschaftlichkeit und im Wettbewerb liegen, orientiert. Bereiche des Sozialstaats, wie die der Gesundheit oder der des Sozialen, sollten gänzlich umstrukturiert oder bestenfalls weitestgehend dem „freien Markt“ (im Sinne einer „Marktöffnung“ (Galuske 2002, S.317)) überlassen werden (Albert 2006, S.26), um die Kosten so gering wie möglich zu halten. Insbesondere der Sozialstaat in seiner Form des Wohlfahrtsstaats, in dem nach der neoliberalistischen Auffassung „Gelder verschwendet“ und von den Mitgliedern und Geldbeziehern mehr Eigeninitiative und –verantwortung (Wolf 2011, S.260) gefordert wurde, sollte eine große Modifizierung erfahren. Er sollte sich an den neuen wirtschaftlichen Grundsätzen orientieren und sich umstrukturieren.

In dessen Zuge kam es somit auch zu grundlegenden Veränderungen im Sozialrecht, welche sowohl direkt für die Soziale Arbeit als auch für ihre Nutzer von besonderer Bedeutung war. Als eine weitere Veränderung auf einer anderen Ebene mit ebenfalls gravierenden Folgen für die Soziale Arbeit lässt sich beispielsweise auch die „Eliminierung der bedingten Vorrangstellung der Träger der freien Wohlfahrtshilfe bei der sozialen Dienstleistungserstellung“ (Buestricht et al. 2010, S.41) nennen. Buestricht und Wohlfahrt (2008) benennen den dadurch entstandenen Wettbewerb zwischen privaten und gemeinnützigen Trägern als „Trägerkonkurrenz“, in deren Rahmen private als auch gemeinnützige Träger gleichgestellt und als „Leistungserbringer“ (Buestricht et al 2010, S.41) oder als klassische wirtschaftliche „Marktakteure“ (Cremer/Goldschmidt, Höfer 2013, S.VIII) bezeichnet werden.

Das dadurch entstehende Marktprinzip im sozialen, ehemals wohlfahrtsstaatlich orientierten Bereich, wird auch als „Kontraktmanagement“ (Buestricht/Wohlfahrt 2008) bezeichnet. Auch hier liegt das Ziel in der Kostenreduzierung, indem für die „Kunden“, die Nutzer Sozialer Arbeit, eine „Markttransparenz“ und eine Angebots-Nachfragestruktur mit einem Fokus auf die Effektivität der Leistungen als wichtiges Element (um sich gegenüber Wettbewerbern durchzusetzen (Bleck 2011, S.38 f.)), entsteht. Diese unterscheidet sich kaum mehr von den Marktstrukturen der Güterproduktion und des -handels (Buestricht/Wohlfahrt 2008). Diese „Marktöffnung“ (Bleck 2011, S.32) wird zudem durch die „Freizügigkeitsregelungen der Europäischen Union als verstärkende [...] Tendenz zur Ökonomisierung“ (Gaitanides 2000, S.126) bekräftigt, da die Trägerkonkurrenz nicht nur auf nationaler, sondern europäischer Ebene stattfindet. Dies führte zu einer Ökonomisierung in den damit zusammenhängenden institutionellen (staatlichen) Bereichen, sowie weiterführend auch in der Sozialen Arbeit.

Die seit Beginn der 1990er Jahre verlaufende „Binnenmodernisierung der Verwaltung“ (Buestricht et al. 2010, S.43), bezeichnet als „Neues Steuerungsmodell“ (Buestricht/Wohlfahrt 2008) oder „New

Public Management“ (Buestricht et al. 2010, S.42) ist als parallel verlaufende Veränderung und aus dem Wandel der wohlfahrtsstaatlichen Strukturen resultierende Konsequenz als weiterer Faktor hin zu einer immer manifestierteren Ökonomisierung der Sozialen Arbeit auszumachen. Sie bezeichnet den „Umbau der Verwaltung von einer Behörde zu einem Dienstleistungsunternehmen“ (Buestricht/Wohlfahrt 2008), in dessen Zuge eine Umstrukturierung zu „unternehmensähnlichen dezentralen Führungs- und Organisationsstrukturen“ (ebd.) mit Kundenausrichtung stattfindet und zu diesem Zweck eine „Vielzahl struktureller und prozessualer Elemente“ (ebd.) eingeführt und umgesetzt werden. Zu diesen Elementen zählen beispielsweise die Schaffung eines Qualitätsmanagementsystems und von zentralen Verwaltungsstrukturen in staatlichen Verwaltungsinstitutionen (Buestricht et al. 2010, S.44 f.). Besonders relevant ist im Zuge des „Neuen Steuerungsmodells“ die Veränderung von einer Input- zu einer Output/-come³ Steuerung. Anstelle von Finanzierungen anhand von jährlichen Haushaltsplänen traten an Ergebnissen orientierte Finanzierungsentscheidungen mit festgelegten Budgets und Vereinbarungen (ebd.), unter denen die Orientierung an der Qualität und Quantität der Ergebnisse immer relevanter wurden.

Die Gesamtheit der Veränderungen auf sozialstaatlicher Ebene und in den Verwaltungsapparaten (im Sinne des „Neuen Steuerungsmodells“), hatten somit zum einen direkte Auswirkungen auf die Soziale Arbeit, da bspw. der Staat mit seinen veränderten Voraussetzungen auch als Kostenträger Sozialer Arbeit seine neue Ausrichtung dieser zwangsweise übertrug. Zum anderen wirkte des Weiteren eine gänzlich „andere Systemlogik“ (Galuske 2002, S.316), in der die Faktoren von Wettbewerb, Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Gewinnorientierung die elementaren Leitgedanken waren und sind, maßgeblich auf die Soziale Arbeit. Dies geschah vor allem im Rahmen des Vorwurfs, dass in der Wirtschaft Geld verdient und im Sozialen Mittel verschwendet werden (Buestricht/Wohlfahrt 2008), was im Sinne der neuen Sozialstaatsauffassung eine Veränderung zur Folge haben muss.

Die Entwicklung der Ökonomisierung der Sozialen Arbeit wurde mit den hier dargelegten Ursachen in verschiedenen Bereichen deskriptiv zum gemeinsamen Verständnis vorgestellt. Die genauen Veränderungen, die sich dadurch in dieser vollzogen/vollziehen und auch als Auswirkungen und Folgen angesehen werden können, sollen nun näher beleuchtet und diskutiert werden, um eine Grundlage für die Diskussion des QMs zu schaffen.

2.1.2 Diskurs um die Auswirkungen der Ökonomisierung Sozialer Arbeit

Bereits im Rahmen der Erläuterung der politischen und verwaltungstechnischen Entwicklung als Auslöser der ökonomisierten Strukturen auch in der Sozialen Arbeit werden bereits einige Folgen eben dort in ihren Ansätzen deutlich. Sie sollen nun im weiteren Schritt wieder aufgenommen, spezifiziert und durch weiterführende Auswirkungen ergänzt werden. Dabei soll es nicht allein um eine deskriptive Beschreibung, sondern vor allen Dingen um die verschiedenen Sichtweisen und Positionen zu eben diesen gehen. Zwar soll der Fokus der Arbeit übergeordnet auf dem QM, dessen Diskussion und Wahrnehmung liegen, jedoch weisen einzelne Diskussionspunkte der Ökonomisierung auf die des

³ Während eine Inputsteuerung primär die pauschale Finanzierung einer Leistung betrachtet, fokussiert die Outputsteuerung vor allen Dingen die quantitativen Mengen auf der Ergebnisebene und die Outcomesteuerung die Auswirkungen/Wirkungen und Ergebnisse, anhand derer die Finanzierung einer Leistung ausgerichtet werden soll (Weiteres vgl. Krems 2011).

QMs hin bzw. dienen grundlegend als notwendige Erläuterung. Da der Fokus primär auf den Veränderungen der Arbeitsbedingungen liegen soll, dient der folgende Diskurs auch dazu, die Bedingungen zu beleuchten unter denen das QM von den Mitarbeitern umgesetzt werden soll. Dies ist insbesondere hinsichtlich der Beurteilung der Ergebnisse des empirischen Teils der Arbeit von Relevanz.

Die Auswirkungen der allgemeinen Ökonomisierungs-Orientierung und der neoliberalistischen Ausrichtung der Sozialpolitik, sowie der Umstrukturierung des Verwaltungsapparates und deren Übertragung auf die Soziale Arbeit, lassen sich ebenfalls auf verschiedenen Ebenen erfassen, identifizieren und beschreiben. Genau wie die Folgen und Konsequenzen so vielschichtig wie die Entstehung und Entwicklung sind, so different erscheinen auch die Bewertungen und Ansichten eben dieser. Es stellt sich die Frage ob sich die Ökonomisierung negativ "auf die Leistungserbringung im Sozialsektor" (Buestricht/Wohlfahrt 2008) auswirkt, oder ob sie als „Rettungsaktion für die Soziale Arbeit oder Soziale Arbeit in der Krise“ (ebd.) gesehen werden kann.

So lassen sich in den Folgen der Veränderungsprozesse wiederum auf verschiedenen Ebenen „Betroffene“ heraus- und darstellen. Dabei sollen die Auswirkungen für die Mitarbeiter hier im Fokus stehen. Diese entwickeln sich sowohl durch die Veränderungen der Institutionen Sozialer Arbeit, aber auch das veränderte Verständnis Sozialer Arbeit in seiner theoretischen und somit disziplinären Ausrichtung. Als Folge daraus erfahren auch die Klienten als Nutzer der Sozialen Arbeit die Veränderungen und deren Konsequenzen, da die professionellen Fachkräfte im Sinne des „doppelten Mandats von Hilfe und Kontrolle“ (Enggruber 2010, S.31) in ihrem Handeln immer zwischen den Bedürfnissen und der Hilfe für den Klienten und den institutionellen und sozialpolitischen Bedingungen stehen. So werden die Veränderungen auf sozialpolitischer Ebene und/oder Ebene des Trägers auch über die Soziale Arbeit an die Klienten als Nutzer eben dieser weitergeleitet.

Es lässt sich zunächst übergeordnet feststellen, dass in der Sozialen Arbeit eine „Umstrukturierung [...] nach Maßgaben der „Neuen Steuerung“ [...]“ (Albert 2006, S.28) auf verschiedenen Ebenen stattgefunden hat. Die damit einhergehende Etablierung der Strukturen von „Markt und Wettbewerb“ (ebd., S.27) und des „Neuen Steuerungsmodells“ in der strukturellen Organisation und Ausrichtung der Sozialen Arbeit lässt sich dabei aus verschiedenen Positionen betrachten und bewerten. So ist es einerseits möglich, die Soziale Arbeit als eine „vom Staat finanzierte Dienstleistung“ darzustellen, die sich „die berechtigte Frage stellen lassen muss, nach welchen Kriterien sie eigentlich arbeitet“ (ebd.). Andererseits lassen sich jedoch auch viele Einwände ausmachen.

Als Folge der beschriebenen Marktöffnung mit einhergehender Trägerkonkurrenz traten anstelle von pauschalen Zuschüssen und Finanzierungen der Leistungen (Seithe 2011, S.132) im Sinne einer „Pauschalfinanzierung“, „Trägervollfinanzierung“ und des „Selbstdeckungskostenprinzip“ (ebd.) sozialer Dienstleistungen eine aus der Wirtschaft entlehnte Finanzierung anhand von zeitlich eingegrenzten Ziel- und Leistungsvereinbarungen (ebd.). Diese ermöglichen „den öffentlichen Trägern eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität“ (ebd.), führt jedoch ebenfalls zu einer als problematisch zu bewertenden nicht kontinuierlichen Finanzierung Sozialer Arbeit (Buestricht/Wohlfahrt 2008). Befürworter sehen den Konkurrenzdruck unter den verschiedenen Trägern der Sozialen Arbeit dagegen als „fördernder[nden] Wettbewerb“ (Bleck 2011, S.45). Gaitanides (2000, S.4) konstatiert somit, dass

„mehr Wettbewerb das Geschäft [belebt]“, der wiederum dazu führen soll, dass die Auswahl an qualitativollen, effektiven, effizienten und an den Nutzern orientierten Angeboten steigt.

Bereits durch diese vorangegangene Erläuterung der Veränderung der Finanzierungsmodalitäten der Sozialen Arbeit als Folge der Einflüsse aus dem „Neuen Steuerungsmodell“ und der marktwirtschaftlichen Neuorientierung der Sozialen Arbeit, wird als dessen Folge auch die Etablierung neuer Begrifflichkeiten und somit auch die Veränderung „alter Verständnisse“ deutlich. Als ein signifikantes und im Alltag der Profession besonders gegenwärtiges Beispiel hierfür ist eine Umbenennung des „Klienten-Begriffs“ hin zu der Verwendung der Begrifflichkeit „Kunden“. Da diese Modifizierung in der Umbenennung der Adressaten mit einhergehender Kundenausrichtung insbesondere im Zusammenhang des QMs eine relevante Position einnimmt, wird diese tiefergreifend in der spezifischen Diskussion um das QM aufgegriffen (vgl. Kap. 2.2.3).

Auch auf struktureller Ebene der Träger Sozialer Arbeit und weiterführend in der Organisation der einzelnen Institutionen lassen sich Auswirkungen der Ökonomisierung erkennen und verschieden bewerten. So kann eine in diesem Rahmen erfolgte „Reorganisation innerbetrieblicher Arbeitsabläufe“ (Buestricht/Wohlfahrt 2008) zwar strukturierend und in sich zielorientiert bewertet werden, allerdings kann sich diese auch negativ auf die „betriebliche Aufbau- und Ablauforganisation [auswirken]“ (ebd.). Im Rahmen dieses Aspektes ist beispielsweise das „Outsourcing“, die „Ausgliederung von Betrieben eine der wesentlichen Reaktionen innerhalb der Verbände auf die Herausforderungen der Sozialwirtschaft“ (Buestricht et al. 2010, S.105). Die Träger Sozialer Arbeit erschaffen verschiedenste Untereinheiten mit neuen Rechtsformen wie GmbHs oder gGmbHs (ebd.) oder gliedern einzelne Arbeitsbereiche in eben diese aus, um Risiken zu verlagern oder zu verteilen. Es stellt sich diesbezüglich die Frage, inwiefern eine GmbH als geeignete Rechtsform für die Umsetzung von Zielen und Inhalten der Sozialen Arbeit anzusehen ist, da in dieser Rechtsform die Prozesse vornehmlich aus einer reinen ökonomischen Sichtweise (Bleck 2011, S.37) betrachtet werden. Neben dieser Aufteilung der großen Verbände in kleinere „Tochterunternehmen“ wiederum sind gegenteilig auch Tendenzen zu „größeren Betriebseinheiten“ (Buestricht et al. 2010, S.103) zu verzeichnen, da diese in Ausschreibungsverfahren eine größere Chance haben den Auftrag zu erhalten, sowie ihren Kunden ein größeres Repertoire an Angeboten bieten und so ihre „Marktfähigkeit“ erhalten können. Auch werden im Sinne der „Neuen Steuerung“ Verwaltungsarbeiten zentralisiert und dadurch minimiert (ebd., S.103 f.). Darüber hinaus identifiziert Wohlfahrt (2014) bei den Anbietern eine Konzentration auf „lukrative Teilbereiche“ ebenso wie eine „Orientierung auf zahlungsfähige Nachfrage im Modell des Sozialunternehmertums“ (ebd.). So entsteht im Rahmen der Privatisierung von Trägern und der vermehrten Konkurrenzsituation inzwischen auch eine privat finanzierte hochwertige „Sozialarbeit deluxe“ von gewinnorientierten gewerblichen Trägern, oder auch von den großen Wohlfahrtsverbänden, für zahlungskräftige Einkommensschichten (Boessenecker 1999, S. 43-47).

Im Zuge der Veränderungen der groben Strukturen in den Verbänden werden auch innerhalb der einzelnen Organisationen und Institutionen außerdem Arbeitsbereiche verändert, indem sie strikter voneinander getrennt werden. So werden bspw. Einrichtungsleitungen zu „Managern“ mit „objektbezogenen Tätigkeiten“ (Buestricht/Wohlfahrt 2008), deren Zielorientierung jedoch durch die mög-

licherweise sehr spezifischen betriebswirtschaftlich orientierten Aufgaben oder auch durch eine einseitige Ausbildung den ganzheitlichen Blick für die Inhalte und Ziele Sozialer Arbeit an sich zu verlieren droht.

Mit dem vorangegangenen Aspekt wird bereits ansatzweise deutlich, dass die Ökonomisierung auch durch die Veränderung der Trägerstrukturen und –bedingungen Auswirkungen auf und Folgen für die professionellen Fachkräfte der Sozialen Arbeit hat. Auch diese spezifischen Folgen sind dabei ebenfalls vielschichtig und beziehen sich sowohl auf das Selbstverständnis ihres Berufes, die Einstellung zu ihrer Profession den Umgang und die Beziehungsgestaltung zu ihren Nutzern. Daneben deutet sich durch die vorangestellten Aspekte der intrastrukturellen Veränderungen innerhalb der Träger schon an, dass sich auch die Ausdifferenzierung von Hierarchieebenen innerhalb der Institutionen, die Beschäftigungsverhältnisse und personelle Ressourcen, als auch die Inhalte der Ausbildung in der Sozialen Arbeit verändert hat. So stellt Albert (2006, S.28) fest, dass die neuen Verständnisse, die Etablierung marktwirtschaftlicher Strukturen und Instrumente, sowie die damit einhergehenden „finanzielle[n] Restriktionen“ (Bleck 2011, S.37) „[...] nicht nur die Struktur, sondern auch die Arbeitsweise der professionellen Sozialarbeit [verändern]“ und damit auch indirekt ihre Ziele und ihr Selbstverständnis. Da „am Ende der Ursachenkette die Qualität der konkreten Unterstützungsleistung für AdressatInnen der Sozialen Arbeit [steht]“ (Arnegger/Spatschek 2008, S.17), sind weiterführend nicht nur die Professionellen der Sozialen Arbeit, sondern auch ihre Nutzer von den Veränderungen betroffen. Dies begründet sich besonders in eben dieser Veränderung des professionellen Selbstverständnisses, womit diese als mit wichtigste Folge der Veränderungen in der Sozialen Arbeit gesehen werden kann. Dieses professionelle Selbstverständnis und deren Umsetzung werden auch durch veränderte Ausbildungsverständnisse und Arbeitsbedingungen beeinflusst und verändert. Für den empirischen Teil der Arbeit ist es so bedeutend diese zu näher betrachten (vgl. Kap. 3. und 4).

Als ein erster und zudem kritisch anzusehender Aspekt in Bezug auf die Arbeitsbedingungen der professionellen Fachkräfte ist dabei, dass Sozialarbeiter/Sozialpädagogen als „Verhinderer und Bewältiger“ (Engelke/Borrmann/Spatschek 2009, S.17) sozialer Probleme ihrer Klienten, ausgelöst durch die Bedingungen ihrer Arbeitsplätze, selbst in soziale Problemlagen geraten können. Vielfach gerät ihre „eigene Existenzsicherung“ (Arnegger/Spatschek 2008, S.23) in Gefahr. Als ein Grund für die Gefahr der eigenen existenziellen Absicherung der professionellen Fachkräfte lassen sich vor allen Dingen die zunehmend „prekären Arbeitsbedingungen“ (Seithe 2012, S.89) benennen, die sich in Elementen wie dem allgemeinen Personalabbau, der hohen Anzahl an befristeten Arbeitsverträgen und der vergleichsweise hohen Anzahl angebotener Teilzeitstellen ausdrücken. Daneben lassen sich weiterhin außerdem in Bezug auf die Tarifgestaltung in den letzten Jahren Veränderungen feststellen. So werden viele der Fachkräfte vermehrt, neben einer sowieso vergleichsweise geringen tariflichen Vergütung, sogar außerhalb der Tariflohnhöhe mit deutlich geringeren Gehältern bezahlt. Als ein signifikanter „Schritt“ der Veränderung hin zu vermehrten „prekären Beschäftigungsverhältnissen“ in der Tariflandschaft lässt sich durch die Abschaffung des flächendeckenden „BAT“ hin zu dem „TvÖD“ als tarifliche Lohnstruktur (Feldhoff 2013) identifizieren. Daneben ist eine geringere tarifliche Bezahlung oder eine Bezahlung gänzlich außerhalb von Tarifen inzwischen auch in den vielen „outgesourcten“

Teilbetrieben der größeren Träger auffindbar, da in diesen vielfach andere oder keine Tarifverträge gelten (Albert 2006, S.28). Auch bei den sich vermehrt etablierten privat-wirtschaftlichen Trägern liegt das Gehalt durchschnittlich unter den Tariflöhnen (Feldhoff 2013, S.2), da diese ebenfalls in der Regel an keine tariflichen Lohnauszahlungen gebunden sind. So beschäftigen viele Träger des Weiteren vielfach im Rahmen rechtlicher Möglichkeiten un- oder kurzausgebildetes Hilfspersonal (z.B. Betreuungskräften nach §87b SGB XI oder nicht ausgebildete Ehrenamtliche) anstelle von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen mit ihren spezifisch (im Studium) erworbenen Kompetenzen und Blickrichtungen. Diese bedeuten für die Träger und Institutionen Kosteneinsparungen unter dem Finanzierungsdruck, führen jedoch neben dem Wegfall von Arbeitsstellen für Sozialarbeiter bzw. einer schlechteren Bezahlung zu Deprofessionalisierungstendenzen in den sozialen Bereichen, da den unausgebildeten Arbeitskräften die berufsspezifische Kompetenz und das Selbstverständnis der Sozialen Arbeit fehlt.

Des Weiteren führt auch die bereits definierte Zersplitterung von Aufgabenbereichen, in deren Rahmen sich die Mitarbeiter als Experten ihres spezifischen Aufgabenbereichs ausschließlich diesem widmen, zur Entstehung von ausgeprägteren und veränderten Hierarchiestrukturen innerhalb der Träger und Einrichtungen Sozialer Arbeit, die sich materiell und immateriell äußern (Albert 2006, S.27). Diese Faktoren der im Verhältnis schlechten Bezahlung, sowie der Verstärkung von Hierarchieebenen, können dazu führen, dass die eigentlich „relativ hohe berufliche Autonomie“ (ebd., S.28) nicht mehr ausgeübt werden kann. So kann eine ggf. vorhandene hohe intrinsische Motivation der Fachkräfte (ebd.), die negativen und einschränkenden Faktoren durch die Ökonomisierung und deren Elemente, wie dem QM, nicht mehr ausgleichen kann. Die führt somit mehr und mehr dazu, dass der Beruf „nur wenig persönliche und berufliche Perspektive“ (ebd.) bietet und an Attraktivität verliert.

Abschließend lässt sich festhalten, dass sich sowohl in der innerbetrieblichen als auch übergeordneten Betrachtung der Träger und Organisationen Elemente der nach Albert (ebd.) bezeichneten „Umstrukturierung [...] nach Maßgaben der neuen Steuerung“ ausmachen lassen. Diese lassen sich sowohl in der Veränderung etablierter Begrifflichkeiten, wie vom Klienten zum Kunden (s.o.), oder vom Einrichtungsleiter zum Einrichtungsmanager, identifizieren, als auch in der Einführung von ursprünglich betriebswirtschaftlichen Steuerungs- und Managementinstrumenten, wie dem Controllingsystem, aber eben auch dem QM. Diese betriebswirtschaftlichen Elemente scheinen heute zum einen selbstverständlich (Bleck 2011, S.38) und in Hinsicht auf die knappen finanziellen Ressourcen sogar notwendig. Aus den Konsequenzen der Ökonomisierung lassen sich zum anderen jedoch auch erste negative Folgen aus dem QM als eben solches betriebswirtschaftliches Element bereits identifizieren und folgend fortführen. Diese negativen Aspekte können hinzukommend zu den aufgeführten problematischen Aspekten der Ökonomisierung übergeordnet zu Problematiken auch aus Sicht der Mitarbeiter der Sozialen Arbeit führen. So lassen sich beispielsweise auch im Rahmen des QMs verknappte zeitliche Ressourcen der Fachkräfte oder eine Verringerung der Umsetzungsmöglichkeiten professioneller Verständnisse als Deprofessionalisierungstendenz für die Soziale Arbeit ausmachen. Daher soll weiterführend in Bezug auf das QM diskutiert werden, inwiefern durch die Maßnahmen und Ergebnisse des QMs zwar einerseits professionelle Soziale Arbeit eingeschränkt wird, jedoch

andererseits QM-Maßnahmen als Professionalisierungselement zu einer gesteigerten Innen- und Außenwahrnehmung und einer tatsächlichen Verbesserung der Qualität beitragen können.

2.2 Qualität und Qualitätsmanagement (QM) in der Sozialen Arbeit

2.2.1 Definitionen und Entwicklung von Qualität und QM

Zu Beginn dieser theoretischen Annäherung an die Hauptthematik des QMs, insbesondere hinsichtlich der Diskussion eben dieses in Hinblick auf die Bearbeitung des empirischen Teils, bedarf es zunächst einer Klärung und gemeinsamen Verständigung der relevanten Begrifflichkeiten von Qualität und QM im Allgemeinen. Erst darauf folgend kann in einem weiteren Schritt die Entwicklungsgeschichte des QMs, verschiedene Elemente des QMs und QM-Systeme/-verfahren skizziert und vor allen Dingen die Folgen und Auswirkungen für die Soziale Arbeit kritisch diskutiert werden.

Da sich der lateinische Wortstamm „qualis“ zunächst mit „wie beschaffen“ übersetzbar ist, lässt sich bei dieser semantischen Näherung an die Begriffsdefinition von „Qualität“ zunächst ein „grundsätzlich wertneutrale[r]“ (Brüggemann/Bremer 2015, S.3) Sinngehalt feststellen. Entgegengesetzt dieser ursprünglichen neutralen Wortbedeutung ist der Begriff alleinstehend im alltäglichen, umgangssprachlichen und nicht-fachsprachlichen Wortgebrauch „mit einem positiven Image verknüpft“ (ebd.). Er impliziert eine besondere Güte der im Kontext benutzten Objekte oder Verfahren.

Bereits diese Deutungsbreite des inhaltlichen Verständnisses lässt erkennen, dass durchaus sehr heterogene Begriffsdefinitionen von Qualität vorhanden sind und verwendet werden. Dabei begründen sich die Unterschiede mitunter aus den unterschiedlichen Fachgebieten der Definierenden und aus den somit unterschiedlichen Betrachtungsweisen, deren unterschiedlichen Positionierungen und Gebräuche des Begriffs (Bruhn 2013, S.30). Konsequenz ist daher, dass „es bis heute nicht gelungen ist, ein tragfähiges und allgemein akzeptiertes Qualitätsverständnis zu schaffen“ (ebd.), das sowohl in allen Disziplinen und Professionen, als auch im Alltagsgebrauch, gleichermaßen verwendet wird. Es „muss bedacht werden, dass es kein absolutes und bereichsübergreifendes Maß für Qualität geben kann. Denn die Kriterien für die Qualität eines bestimmten Produktes oder einer bestimmten Dienstleistung sind jeweils separat zu definieren“ (Bleck 2011, S.83). Diese Unterschiedlichkeit und Uneinheitlichkeit in der Definition von Qualität ist auch in den verschiedenen QM-Konzepten wiederzuerkennen. So definiert zum einen die ISO Norm (vgl. Kap. 3.2), als einzige international normierte Definition (Gerull 2004, S.85) Qualität als „Gemeinsamkeit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“, beziehungsweise genauer als „Erfüllung von Erfordernissen und Erwartungen. Das Ausmaß in dem Erfordernisse und Erwartungen erfüllt werden, wird durch Bestimmungswörter wie zum Beispiel ‚gut‘, ‚hoch‘ oder ‚schlecht‘, ‚gering‘ angegeben“ (zit. in Rugor/von Studzinski 2012, S.13). Zum anderen nach wird nach DIN ISO 9000:2000 Qualität als „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale (An)forderungen erfüllt“ wird (zit. in Gerull 2004, S.85) aufgefasst. Gerull (ebd., S.84) schreibt diesbezüglich weiter, dass Qualität als spezifische „Beschaffenheit“, orientiert an den „Bedürfnissen der Anspruchsgruppe“ aufzufassen ist. Es lässt sich somit allgemein festhalten, dass keine allgemeingültige Formel für Qualität und Qualitätsansprüche vorhanden ist, sondern es einer „genauen Reflexion

des jeweiligen Gegenstandes bzw. Arbeitsfeldes“ (Merchel 2013, S.10) bedarf.

Diese Herausforderung gestaltet sich insbesondere im sozialen Sektor und somit auch im Bereich der Sozialen Arbeit, da sie den individuellen Menschen und seine einzigartigen sozialen Faktoren im Sinn einer „Subjektorientierung“ (Lütjen 2013, S.1 f. und Schneider 2014, S.112) im Fokus ihrer Arbeit hat. Die Tatsache, dass „es [...] kein objektives, für alle Menschen gleichermaßen gültiges Kriterium für Qualität gibt“ (Meinhold/Matul 2003, S.15) wird somit verstärkt. Peukert (2001, S.80) konstatiert diesbezüglich, dass „in der deutschsprachigen Literatur [...] gegenwärtig keine [eindeutige] systematische Herleitung eines Qualitätsverständnisses sozialer Dienstleistungen zu finden [ist]“. Dies führt nach seiner Ansicht zu einem „Qualitätskauerwelsch“ (ebd., S.79) mit der die Soziale Arbeit drohe, keine übereinstimmenden Inhalte und Ziele auch vor dem Hintergrund „schwindender Akzeptanz ethischer Grundwerte“ mehr zu verfolgen und außerdem in ihrer Außenwirkung nicht ernst genommen zu werden. Er plädiert trotz der Problematik der Sozialen Arbeit, die Arbeit am Menschen mit seiner einzigartigen Individualität als „Objekt“ der Qualitätsbetrachtung zu haben, zu einer „einheitlichen Sprache“(ebd., S.80), einem Praxisfeld-übergeordnetes Theoriemodell in Bezug auf die Qualität und dessen Inhalt. Dies sehen auch Meinhold und Matul (2003, S.15) als Chance für die Soziale Arbeit ansehen, noch einmal die Inhalte und Werte „qualitätsvoller“ Sozialer Arbeit übergeordnet zu definieren. Peukert (2001 S.80) betont jedoch auch, dass ein tatsächlich „vollständiges Qualitätskonzept aus unterschiedlichen Wissensgebieten zusammengetragen werden [müsste]“, was noch einmal eine Besonderheit und Schwierigkeit hinsichtlich eines einheitlichen Qualitätsbegriffes in der Sozialen Arbeit darstellt. So existieren nach derzeitigem Stand jedoch verschiedene Vorschläge hinsichtlich des Qualitätsbegriffes in der Sozialen Arbeit, die zumindest eine Vorstellung über die möglichen Inhalte des Qualitätsbegriffes bieten können: Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ 2012) plädiert dazu den Qualitätsbegriff der Sozialen Arbeit „offensiv und dem Arbeitsfeld entsprechend angemessen“ zu definieren, und somit die Perspektive der Fachkräfte und Klienten nicht außer Acht zu lassen, jedoch dennoch den Faktor der Ökonomie zu integrieren. Dabei sollen jedoch fachliche Grundlagen und Leitlinien im Vordergrund stehen; qualitatives Handeln in der Sozialen Arbeit orientiert sich demnach an den Grundsätzen der „Partizipation, Lebensqualität, Selbstbestimmung/-autonomie und der Beachtung der Bürgerrechte“(ebd.).

Es lässt sich zudem, neben der differentiellen Definitionsumfassungen aufgrund der verschiedenen bereichs- und professionsabhängigen Sichtweisen und Vorstellungen von Qualität, auch in Bezug auf das zu betrachtende auf Qualität zu untersuchende Element, Objekt oder Merkmal eine Unterscheidung vornehmen. Als eine häufig verwendete und mögliche Differenzierungstheorie, die deshalb besonders geeignet erscheint, da sie sich innerhalb der verschiedenen Bereiche und Dienstleistungsgebiete bereichsübergreifend anwenden lässt (Bleck 2011, S.84), ist die Differenztheorie und Trilogie nach Donabedian (Maaser 2004, S.236) aufzuführen (weitere Qualitätsdimensionen bietet darüber hinaus bspw. Gerull (2004, S.88)). Diese Theorie entstammt ursprünglich einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive und differenziert zwischen den verschiedenen Dimensionen der Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität. Obwohl diese verschiedenen Dimensionen aus einer jeweils anderen Perspektive auf das Thema „Qualität“ blicken, bedingen sie jedoch einander, sind somit voneinander

abhängig sind und wirken aufeinander (BMFSFJ 2012). Um zu verstehen, wie diese Elemente zusammenhängen gilt es, zuerst diese verschiedenen Ebenen des Theoriemodells der Qualität nach Donabedian zu definieren: Die Strukturqualität umfasst primär Ressourcen, „produktionsbezogene Dimensionen“ (Heiner 1996, S.28), also Elemente der Einrichtung/des Betriebs in Bezug auf institutionelle Rahmenbedingungen, wie Ausstattung und Organisation einer Einrichtung, das Konzept eben dieser und die Qualität der Mitarbeiter in Bezug auf beispielsweise ihre Qualifikation oder Motivation (ebd.). Dagegen „bezieht sich [die Prozessqualität] auf sämtliche Abläufe, die während der Umsetzung eines Projekts notwendig sind“ (Ruckstuhl/Kolip/Gutzwiller 2001, S.45). Merchel (2013, S.220) sieht im spezifischen Bezug auf die Soziale Arbeit in der Dimension der Prozessqualität insbesondere „Interaktionsvorgänge“ zwischen der Fachkraft und dem Adressaten/Nutzer Sozialer Arbeit, aber auch zwischen den Mitarbeitern oder externen Institutionen oder Personen (im Sinne ihrer Netzwerkfunktion zu „Interprofessionelle Kooperationen“ (Homfeldt 2005, S.324)) als Elemente der eben dieser. Die letzte der drei Dimensionen, die Ergebnisqualität bezieht sich hingegen auf den Ergebniszustand und die erreichten Leistungen, auf die „[...] Veränderungen, die bei den Nutzern durch die vorausgegangene Dienstleistung hervorgerufen wurden“ (Bleck 2011, S.84).

Bevor nun definitorisch abschließend das QM als Begriff in seiner Gesamtheit erläutert werden kann, muss neben der bereits erfolgten Erläuterung des Qualitätsbegriffs auch der weitere Wortbestandteil des Managements definiert werden. Das Wort „managen“ meint in seiner semantischen Bedeutung so viel wie „handhaben“, „bewerkstelligen“ oder „leiten“ (Duden 2000, S.628). Ein Managementsystem versucht somit im Allgemeinen planvoll spezifische Aufgaben oder aber Problembereiche unter koordinierten Strukturen zu bewältigen (Gerull 2004, S.91). Dabei hat sich inzwischen einerseits eine aufgabenspezifische Aufteilung für verschiedene Zielbereiche durchgesetzt, andererseits werden diese verschiedenen aufgegliederten Managementbereiche inzwischen auch wieder ganzheitlich zu so genannten „Integrierten Managementsystemen“ (ebd.) vereinheitlicht. Auch das QM stellt ein eigenes Managementsystem mit dem spezifischen Betrachtungsbereich der Qualitätsdimensionen dar, welcher allerdings über einen „integralen und querschnittshaften Charakter“ (ebd. S.93) verfügt. Dies begründet sich darin, dass Qualität hinsichtlich jedes Aspektes der Arbeit von Relevanz ist und somit die verschiedenen Elemente der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nur zusammenhängend und nicht alleinstehend betrachtet werden.

Ebenso wie der relationale Begriff der „Qualität“ (Bleck 2011, S.84), lässt sich auch die Begrifflichkeit des QMs folglich nicht einheitlich definieren. Es existiert vielmehr eine „Flut der fachlichen und verfahrenstechnischen Vorschläge und Veröffentlichungen“ (ebd.). Aus den vorangegangenen Verständnissen der Begrifflichkeiten von „Qualität“ und „Management“ lassen sich jedoch verschiedene mögliche Definitionen ableiten und diskutieren: QM beschreibt zunächst einmal in einer allgemeingültigen Definitionsbreite die Sicherung der Qualität (BMFSFJ 2012). Darüber hinaus definieren Rugor und von Studzinski (2012, S.21) das QM, bezogen auf die verschiedenen Qualitätsdimensionen von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, als „Ordner“, Organisator und ausübende Kraft in Bezug auf die Fragen „Was soll erreicht werden?“, „Wie sollen wir es erreichen“, „Wer, womit und in welcher Zeit [soll und kann es erreicht werden]?“. Daraus lässt sich schließen, dass analog zur erläuterten

Trilogie nach Donabedian sowohl strukturelle Eigenschaften der Organisation, als auch die darin stattfindenden Arbeitsverläufe untersucht, bearbeitet, strukturiert und verbessert werden sollen, um eine optimierte Dienstleistung (oder aber Produkt) als Ergebnis zu erreichen (Bleck 2011, S.81). Auch das BMFSFJ (2012) beschreibt mit dem QM eine Kontrolle, Steuerung und Überprüfung der Strukturen, allerdings auch der Prozesse und Ergebnisse, da diese unmittelbar zusammenhängen und nicht getrennt werden können. „Es geht beim QM also um die gemeinsame, in einer Organisation verankerte Reflexion und Bewertung der eigenen Arbeit unter bestimmten Qualitätskriterien bzw. Qualitätszielen mit dem nachfolgenden systematischen Bemühen, Schritte auf dem Weg des Verbesserns der eigenen Arbeit zu definieren und umzusetzen sowie diese Schritte systematisch auszuwerten“ (Merchel 2013, S.16).

Ergänzend zur Definition des BMFSFJ (2012), welches das QM als „Qualitätssicherer“ versteht, fassen Stockmann (2002, S.4) aber auch Merchel (2013, S.14) unter dem Begriff des QMs verschiedene Bereiche des Managements und der Organisation von Qualität zusammen, nämlich „Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung, und QM-System“. Diese verschiedenen Dimensionen „betonen zielbezogene oder prozedurale Nuancen, die den Umgang mit dem Qualitätsthema prägen sollen“ (ebd.); „unter [dem Oberbegriff] QM versteht man somit die Gesamtheit der qualitätsbezogenen Zielsetzungen und Tätigkeiten“ (Arnold 2009, S.465). Nicht nur die Erhaltung der Qualität steht im Vordergrund, sondern auch deren Erfassung und Verbesserung.

Um das QM in seiner Gesamtheit betrachten und bewerten zu können, ist auch eine Beachtung des historischen und kontextualen (Entstehungs-)Hintergrundes von Bedeutung. Um weiterführend die Ziele und Anwendbarkeit im Allgemeinen und in der Sozialen Arbeit im Speziellen einschätzen zu können, bedeutsam zu verstehen, dass das QM originär aus dem industriell-technischen Bereich stammt und lange primär dort verankert war, sowie weiterentwickelt wurde (vgl. Brügge-mann/Bremer 2012, S.5). Es wurde im Rahmen des ersten Weltkriegs zur Überprüfung der Qualität industriell technischer Zwischen- und Endergebnisse genutzt; erst später wurde auch prozedurale und strukturelle Elemente auf ihre Qualität hin überprüft. In der heutigen Zeit ist das QM in beinahe allen Sparten der Wirtschaft, aber eben auch in den öffentlichen Bereichen fest etabliert. Es diene und dient im Rahmen der oben erläuterten Qualitätsbetrachtungsebenen in Produktions- und Dienstleistungsgebieten im ursprünglichen Sinne „als Teil der Unternehmenssteuerung“ (Lambers 2015), sowie „als Basisaufgabe für den Unternehmenserfolg“ (Pfeifer/Schmitt 2007, S.1), indem es durch Qualitätsüberprüfung, -lenkung, -sicherung und -verbesserung (Piechotta 2008, S.8), das Ziel anstrebt, sich mit bestmöglicher Qualität der Produkte und dennoch niedrigen Produktionskosten als „Regulativ gegen existenzschädigenden Wettbewerb“ (ebd., S.4) gegenüber Konkurrenten durchzusetzen. Im Fokus der Betrachtung liegt dabei die Anforderung und Erwartung aus Kundensicht.

Im Rahmen der oben erläuterten sozialstaatlichen Entwicklung und der Modernisierung des Verwaltungsapparates (vgl. Kap. 2.1.1) etablierte sich im Zuge der damit einhergehenden Ökonomisierung der Sozialen Arbeit auch die Verwendung QM in der Sozialen Arbeit (Wohlfahrt 2003, S.13). Wie bereits aus der divergierenden Definition des Qualitätsverständnisses Sozialer Arbeit zu erahnen ist, sind in der Sozialen Arbeit verschiedenste QM-Systeme mit unterschiedlichen Inhalten vertreten.

Diese Vielfältigkeit begründet sich auch in der Unterschiedlichkeit der Träger, aber auch Professionsgebiete Sozialer Arbeit. So versuchen die Träger ihre individuellen Grundsätze und Ideologien als Inhalte und Richtlinien in die QM-Systeme zu integrieren. Als Grundlage der einzelnen QM-Systeme der Träger dienen jedoch in der Regel originär aus der Industrie stammende QM-Systeme, wie das QM-System nach der ISO-Norm (vgl. Rugor/von Studzinski 2012, vgl. auch Kap. 2.2.2). Bislang werden nur wenige komplett spezifische für die Soziale Arbeit und deren Professionsfelder konzipierte QM-Systeme entwickelt und angewandt⁴. Während sich für den industriellen Bereich eindeutige Ziele und Aufgaben des QMs definieren lassen, wie das „möglichst effiziente Erreichen bestimmter Standards“ (Warzecha 2010) in dessen Rahmen bestmögliche und dennoch kostengünstige an den Kundenwünschen orientierte Güter oder Dienstleistungen produziert werden, ist eine eindeutige Definition dieser, ähnlich wie hinsichtlich der Begrifflichkeit der Qualität, für den sozialen Bereich weniger leicht umzusetzen. Es soll dennoch versucht werden, verschiedene Ziel- und Aufgabendimensionen zusammenfassen. Auch in der Sozialen Arbeit ist das QM, wie nach Lambers zitiert, ein Element „der Unternehmenssteuerung“ mit bestimmten Zielen und Aufgaben. Rugor und von Studzinski (2012, S.21) definieren für den sozialen Bereich insgesamt fünf Aufgabendimensionen für das QM, welche jedoch übergeordnet in abgewandelter Form nicht nur für den sozialen Anwendungsbereich verwendbar sind: „Ein Qualitätsmanagement liefert den Einrichtungen [der Sozialen Arbeit] demnach“: „Vergleichbarkeit“ (zu anderen „Anbietern“), „Nachvollziehbarkeit“ (insbesondere zur Fehlervermeidung), „Rückverfolgung“ (z.B. durch Dokumentation), „Transparenz“ (nach „innen“ und „außen“, d.h. auch für Gesellschaft und Politik) und Überprüfbarkeit (sowohl durch die Einrichtung selbst als auch von externen Prüfinstitutionen). Auch die Zieldimensionen für das QM lassen sich ähnlich anderer Anwendungsbereiche formulieren, jedoch tritt anstelle der Betrachtung von Qualität von Konsum- und Industrieprodukten- oder Dienstleistungen, die Qualität von (Dienstleistungs-)Arbeit mit und am Menschen mit seinem individuellen sozialen Bedingungen in den Vordergrund. Die alleinige Fokussierung auf ein möglichst kostengünstiges und dennoch qualitätsvolles Ergebnis, mit dem primären Fokus auf der Erwartung des Kunden ist nicht direkt und uneingeschränkt auf den sozialen Bereich übertragbar (vgl. Kap. 2.2.3). Dennoch geht es auch dort um das Ziel einer Qualitätserhaltung sowie –steigerung im Sinne professioneller Leitgedanken der Sozialen Arbeit. Es herrschen allerdings auch ökonomische Gesichtspunkte hinsichtlich des QMs in der Sozialen Arbeit vor dem Hintergrund der ökonomischen Einschränkungen des Sozialstaats und hinsichtlich der Trägerkonkurrenz der Anbieter Sozialer Arbeit (vgl. Kap. 2.1.2).

Aus der Darstellung der verschiedenen Bedingungen und Ziele des QMs lassen sich auch die divergierenden Auslöser der Etablierung des QMs in der Sozialen Arbeit noch einmal herausstellen: Auf der einen Seite steht dabei der bereits als „Auslöser“ (Wohlfahrt 2003, S.13) herausgestellten Hintergrund der Ökonomisierung der Sozialen Arbeit, mit dem Ursprung der sozialstaatlichen Veränderung und Verwaltungsmodernisierung mit einhergehenden Elementen wie der Kundenorientierung oder Effizienzerhöhung, aber auch eine Legitimierung der Arbeit (Merchel 2013, S.20), sowie die veränder-

⁴ Mit den QM-Systemen „SEA“ und „SIESTA“ wurden zwei spezifisch für die stationäre Altenhilfe entwickelte QM-Systeme in Deutschland und Großbritannien geschaffen, bei welchen jedoch ebenfalls auf die Systeme des TQM bzw. des EFQM zurückgegriffen wurde (vgl. BMFSFJ 2006).

te Sozialgesetzgebung „als Motor“ (Vomberg 2002, S.22). Auf der anderen Seite steht dagegen das tatsächliche Streben nach einer koordinierten, geleiteten und an ihren Grundsätzen orientierten fachlichen Qualitätsverbesserung der Sozialen Arbeit im Zuge ihrer immer weiter fortschreitenden Professionalisierung (Merchel 2013, S.20). QM soll somit eine „Zukunftsstrategie für die Soziale Arbeit“ (Vomberg 2002, Titel) in mehrdimensionaler Hinsicht sein.

2.2.2 Umsetzungselemente und Systeme des QMs in der Sozialen Arbeit

Folgend soll nun nach der erfolgten Einsicht in die semantische sowie inhaltliche Bedeutung des Qualitäts- und QM-Begriffs im ersten Schritt eine kurze Übersicht über einige Elemente und Instrumente des QMs geschaffen werden. Diese lassen sich übergeordnet erläutern, da sie im Rahmen der meisten QM-Systeme von Relevanz sind und eine ähnliche Funktion erfüllen. Es soll die Frage beantwortet werden, welche Elemente überhaupt als Inhalte oder Handlungen des QMs verstanden werden können. Es wird in diesem Zuge auch erläutert welche Elemente des QMs im empirischen Teil der Arbeit in den Fokus der Betrachtung rücken sollen. Daran anschließend können im zweiten Schritt zwei der in der Sozialen Arbeit genutzten QM-Systeme mit ihren unterschiedlichen Vorgehensweisen, Methoden und Umsetzungselementen vorgestellt werden. Dabei stellt eines der beiden vorgestellten QM-Systeme auch das QM-System einer der beiden Wohlfahrtsverbände dar, welches im Rahmen der empirischen Untersuchung betrachtet wird.

Als wesentlichstes Element des QMs kann das Qualitäts(management)handbuch gesehen werden. Es definiert alle als relevant angesehenen Inhalte und Standards, sowie die Arbeitsabläufe und –vorgaben, angelehnt am jeweiligen QM-System und bestenfalls angepasst an den jeweiligen Arbeitsbereich. „Das QM-Handbuch bildet die wesentlichen Prozesse in einem Unternehmen ab, zeigt Schnittstellen und Wechselbeziehungen auf und ermöglicht einen strukturierten Überblick über die Prozesse. Das QM-Handbuch dokumentiert die Absichten und Vorgaben der Geschäftsführung zur Sicherung und Verbesserung der Qualität im Unternehmen“ (DIN ISO 9001 zit. nach Grosser o.J.). Daher umfasst das QM-Handbuch zum einen „die Qualitätspolitik und die Qualitätsziele zur Sicherstellung der geforderten Qualität der Produkte und Dienstleistungen“, zum anderen „die Beschreibung der Aufbau- und Ablauforganisation sowie die Aufgaben, Verantwortungen und Kompetenzen zur Wahrnehmung der Qualitätsmanagementaktivitäten aller beteiligten Stellen im Unternehmen“ (ebd.). Das Handbuch verfolgt dabei das Ziel „Information über das Qualitätsmanagementsystem nach innen und außen“ zu gewährleisten, „als Basis und Schnittstelle für die Dokumentation des Qualitätsmanagementsystems“ als auch „als Schulungsgrundlage (Überblick für neue Mitarbeiter)“ zu dienen, sowie eine „Grundlage für die Planung interner und externer Audits“ dazustellen (ebd.). So lässt sich kaum ein Element der Arbeit (Prozess, Struktur, Ergebnis-Ebene) ausmachen, welches darin nicht zumindest theoretisch festgehalten ist. Nach Weigert (2008, S.44) umfasst es in der Regel verschiedene Formen an Anforderungen und Vorgaben an die Arbeit, nämlich „Muss/Soll/ [und] Kann Anforderungen“, also vorgeschriebene (z.B. Inhalte der Pflegedokumentation) und empfohlene Vorgaben. Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass das QM-Handbuch das grundlegende Element im QM-Verfahren in den Einrichtungen ist; jegliches Handeln der Mitarbeiter soll an den Vorgaben

orientiert sein, sowie die Dokumentationsaufgaben nach den Richtlinien des Handbuchs erfolgen. Daher ist es mit seinen beinhalteten Standards den Mitarbeitern eines Betriebs oder einer Einrichtung als vornehmliches Element des QMs bekannt.

Eine weitere wesentliche Schlüsselrolle im QM-System trägt der QM-Beauftragte. Dieser stellt „verantwortliche Person“ des QMs dar. „Er überwacht sämtliche Abläufe, die zur Umsetzung der [Elemente des QMs] erforderlich sind und kontrolliert und dokumentiert die Verbesserungsmaßnahmen. Er führt diese Maßnahmen nicht selbst durch, aber er koordiniert sie und gewährleistet die Verbindung zwischen Geschäftsleitung und den Abteilungen. Bei ihm laufen alle Fäden des Qualitätsmanagements im Betrieb zusammen“ (ebd.). Eine Ernennung zum QM-Beauftragten eines Trägers, eines Aufgabenbereichs oder Einrichtung ist grundsätzlich in der Sozialen Arbeit auf rechtlicher Ebene an keine spezifische Ausbildung oder Qualifikation gebunden. Dennoch wird in der Regel eine spezifische Zusatzqualifikation (erworben z.B. beim TÜV Rheinland) eingefordert, welche durch externe Institutionen im Rahmen einer Fortbildung erworben werden kann. Die gesetzliche Ebene sieht jedoch keine Arbeitsbereich-spezifische Grundausbildung (wie z.B. Sozialarbeiter) als Grundlage vor (Weiteres vgl. Kap. 2.2.3).

In den Verbänden übergeordnet oder auch in den einzelnen Bereichen oder Einrichtungen werden im Rahmen von s.g. „Audits“ die Umsetzung und Entwicklungsschritte der Realisierung und einhergehende Veränderungen überprüft und diskutiert (Deutsche Gesellschaft für Qualität 2014). Regelmäßige Audits sollen dazu dienen, das QM-System und dessen Umsetzungen „auf die Probe zu stellen“; es sollen Verbesserungen durch das QM herausgestellt und mögliche Veränderungen des QM-Systems herausgearbeitet werden (Majewski/Seyband 2002, S.132). Es ist dabei in der Regel als Element selbst im QM-System in den Vorgaben des QM-Handbuchs festgehalten und darin als Durchführungselement vorgeschrieben. Sowohl interne Audits, welche von der Einrichtung oder Organisation selbst durchgeführt wird, als auch externe Audits überprüfen dabei das QM-System und dessen Ergebnisse (ebd., S.133). Dabei werden externe Audits vielfach „im Sinne einer Zertifizierung“ genutzt (ebd., S.132). Diese lassen einige Träger der Sozialen Arbeit durch externe Prüfinstitutionen durchführen, um unabhängig von internen und ggf. gesetzlichen externen Überprüfungen (vgl. Kap. 2.3.2), eine weitere externe Überprüfung zu gewährleisten, welche in der Regel durch Zertifikate belegt wird. Sie dienen den Trägern und Einrichtungen sowohl zur Qualitätsverbesserung durch die Kontrolle des QM-Systems und der Qualität der Einrichtung, als auch durch die ausgestellten Zertifikate als Qualitätsnachweis für potenzielle Kunden⁵.

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel deutlich wurde, existieren mannigfaltige Ideen und Theorien zur Thematik der Qualität und des QMs. Ebenso sind verschiedenste Systeme- und Verfahren des QMs auch in der Sozialen Arbeit vorhanden, welche teilweise in verschiedenen Anwendungsformen vorhanden sind. So existieren „inzwischen [...] eine Vielzahl von branchenübergreifenden oder branchenspezifischen, mehr oder minder umfassenden, originären oder adaptierten Systemen und Verfahren auf dem Markt“ (Gerull 2004, S.83). Daher soll ein jeweils kurzer Einblick in zwei verschiedene Systeme geschaffen werden, welche auch für das Verständnis des empirischen Teils von Rele-

⁵ Eine kritische Betrachtung eben dieser erfolgt ebenfalls weiterführend in Kapitel 2.2.3.

vanz sind. Dies ist notwendig, nachvollziehen zu können, warum eine Differenzierung der Träger im Rahmen der Hypothese hinsichtlich der Akzeptanz und Einstellung zum QM geschaffen werden kann. Da beide Träger unterschiedliche Verfahren verwenden, die mit jeweils unterschiedlichen Verfahren und Richtlinien arbeiten, stellt sich im Rahmen der Untersuchung auch die Frage, inwiefern die Mitarbeiter gegebenenfalls das QM anders wahrnehmen; daher werden beide Mitarbeitergruppen der beiden Träger in der weiterführenden empirischen Untersuchung der Arbeit in Gruppenvergleichen hinsichtlich ihrer Akzeptanz und Einstellung zum QM miteinander verglichen.

Das aus der Wirtschaft stammende QM-System der Normenreihe „DIN EN ISO 9000 ff.“ legt Rahmenbedingungen, Strukturen, also „ein Grundmuster“ (Merchel 2013, S78) fest, die in einem QM-System einzelner Organisationen betrachtet und überprüft werden müssen. Es „definiert Mindestanforderungen“ (Stockmann 2002, S.6) und „hat die ständige Dokumentation der Arbeitsabläufe zum Ziel (ebd.). Das spezifische System wird anhand dieser Rahmenbedingungen konzipiert und kann durch externe Überprüfungsinstanzen, wie z.B. der DEKRA und dem TÜV, kontrolliert, abgenommen und somit zertifiziert werden. Dies geschieht beispielsweise im Rahmen des Tandem-QMs der Arbeiterwohl-fahrt, das 1998 in Düsseldorf festgelegte Leitbild und „verbandsspezifische Qualitätsanforderungen“ (Wittenius 2015, S.5) der AWO im Rahmen des DIN EN ISO 9000 ff.-System integriert (vgl. auch AWO Bundesverband 2015). Die Bewertungen zu DIN EN ISO 9000 ff.-Systemen in der Sozialen Arbeit sind different; es wird sowohl als gute Leitlinie mit externer Überprüfbarkeit, als auch als „starres“ nicht den Inhalten und Bedürfnissen Sozialer Arbeit angepasstes System wahrgenommen (vgl. z.B. Hanselmann 2005).

Das TQM (Total-Quality-Management)-System lässt sich als „weiter gefasstes“ QM-System bewerten; die Qualität soll „in sämtliche interne Prozesse integriert und damit für alle Anspruchsgruppen hergestellt und gesichert werden“ (Bleck 2011, S.82). Unter den Aspekten der „Kundenorientierung“, „Prozessorientierung“, „kontinuierlichen Qualitätsverbesserung“, „Qualitätssicherung“ und „Management“ wird die Qualität „zur wichtigsten Erfolgsdeterminante“ (Stockmann 2002, S.6) festgelegt. Da dieses System deutlich flexibler, kundenorientierter und selbstständiger ausgerichtet ist, kann es auch flexibel und schneller auf veränderte Anforderungen und Bedingungen reagieren und sich anpassen (Bleck 2011, S.82).

2.2.3 Diskurs zu Chancen und Problematiken von QM in der Sozialen Arbeit

Nach der vorangegangenen Verständigung zur inhaltlichen Bedeutung von Qualität und QM bot der vorangegangene Abschnitt einen spezifischeren Blick auf die Elemente und Konzepte von verschiedenen QM-Ansätzen. So wurde auch die Umsetzung in der Praxis der Sozialen Arbeit hinsichtlich der Konzeptualisierung, der Verfahren und Anwendungselementen deutlich. Es lassen sich jedoch zudem aus den beschriebenen Bedingungen, vor allem im Kontext der Ökonomisierung der Sozialen Arbeit und den folgenden Konsequenzen, verschiedene Positionen zur tatsächlichen Anwendung und Umsetzung des QMs in der Sozialen Arbeit herausarbeiten und diskutieren. So werden aus unterschiedlichen theoretischen Standpunkten heraus und unter verschiedenen Gesichtspunkten sowohl Chancen als auch Risiken für die Soziale Arbeit festgestellt, die somit ähnlich, jedoch nicht analog, wie im bereits dargelegten Diskurs um die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit, verschiedene befürwortende,

aber eben auch Kritik geleitete Stimmen und Meinungen hervorgerufen haben (vgl. Merchel 2013, S.17). Die Meinungen und Positionen diesbezüglich sind sowohl in der Disziplin als auch Profession sehr unterschiedlich. Lambach (2003, S.95) stellt diesbezüglich fest, dass „die Einstellungen [diesbezüglich] noch immer [divergieren]“. Diese Kritik oder aber Befürwortungen beziehen sich dabei zum einen auf die Auswirkungen auf und/oder Unstimmigkeiten bezüglich des professionellen Selbstverständnisses Sozialer Arbeit, die Umsetzungen und Umsetzungsmöglichkeiten und -schwierigkeiten im Professionsalltag der Sozialen Arbeit, als auch auf die häufig zugeschriebenen Möglichkeiten die QM-Systeme ermöglichen sollen.

Auch in Bezug auf den empirischen Teil der Arbeit stellt die nachfolgende Diskussion ein wichtiges Element dar. Insbesondere hinsichtlich der Forschungsfrage und der Auswahl und Zusammensetzung der Items des Fragebogens, welche sich unter anderem aus eben diesen theoretischen Herleitungen begründen, ist der nachfolgende Teil von besonderer Relevanz:

Im Rahmen des ersten Diskussionspunktes wird dem QM folglich zugeschrieben, der Sozialen Arbeit zu einen „Professionalisierungsschub“ (Flock 2003, S.4) zu verhelfen, indem sie sich durch eben dieses, im Sinne einer „Kundenorientierung“ vermehrt auf die Wünsche und Bedürfnisse der Klienten ausrichtet, ihn allerdings auch als zahlenden Kunden⁶ ihrer Dienstleistungen betrachtet. Spezifisch stellt sich dabei die Frage, inwiefern diese Entwicklung als Professionalisierung oder aber als Deprofessionalisierung zu bewerten ist. Aus einer positiven Betrachtungsperspektive wird durch die Kundenorientierung im QM eine „erhöhte Passgenauigkeit der Angebote durch eine Ausrichtung auf die Kunden und deren Bedürfnisse erhofft (Beckmann et al. 2007, S.275). So wird die Ausrichtung nach dem Klienten durch eine Orientierung an dessen Nachfrage und Einbezug seines „Feedbacks“, insbesondere auch hinsichtlich seines Co-Produzenten-Status⁷ im Prozess der Sozialen Arbeit, als ein positiver Aspekt gesehen. Diese Position lässt sich durch die Annahme begründen, dass im Zuge dieser Ausrichtung die Leistung Sozialer Arbeit angepasst und somit durchaus gesteigert und verbessert werden kann (Bleck 2011, S.44). Schedler und Proella (2000, S.57) sehen anknüpfend an den vorangegangenen in der Verwendung der Begrifflichkeit des „Kunden“ anstatt des Klientenbegriffs eine Aufwertung der Position des Adressaten/Nutzer der Sozialen Arbeit, da dieser der Fachkraft im Prozess gleichgestellt sein soll; „die Bezeichnung Klient/Klientin im Gegensatz zum Begriff Kunde und Kundin verdeutlicht, dass Klienten nicht als gleichwertiger Partner dem Leistungserbringer gegenüber treten [...]“.

Insgesamt ist es aus einer kritischen Perspektive jedoch aufgrund mehrerer Aspekte trotz der als positiv bewerteten Aspekte fraglich, ob diese vermehrte Ausrichtung auf die Kundenperspektive uneingeschränkt als Professionalisierungsschub zu beurteilen ist. So wird insbesondere die Ausrichtung hin zu einer allein kundenorientierten Sozialen Arbeit vielfach ebenfalls als Tendenz hin zu einer auf

⁶ Stark (2006, S.3) definiert als Eigenschaften eines Kunden insgesamt drei charakteristische Merkmale aus denen eine s.g „Kundensouveränität“ resultiert: Kunden können zwischen verschiedenen Angeboten wählen und aussuchen, „ein Kunde ist aktiv, er geht einkaufen, er wird nicht ein- bzw. zugewiesen“ und er hat das Recht für ihn erscheinende mangelhafte Ware in einem gewissen Rahmen zurückzugeben oder –weisen und sein aufgewandtes Geld zurück zu erhalten.

⁷ Verschiedene Positionen in der Sozialen Arbeit sehen den Nutzer der Sozialen Arbeit im Fokus des Prozesses der Sozialen Arbeit, da dieser als Experte seiner Lebenswelt diese aktiv verändern kann, die Soziale Arbeit ihn jedoch nur unterstützend begleitet. „Die Beziehung zwischen Sozialarbeiter und Klient wird als Erbringungsverhältnis verstanden, in dem nicht ein fremdbestimmender Experte einen hilflosen Klienten, sondern ein Co-Produzent der Sozialen Arbeit den eigentlichen Produzenten der sozialen und individuellen Veränderung unterstützt (Hamburger 2001, S.9).

mehreren Ebenen stattfindenden Deprofessionalisierung bewertet. Die Einwände bezüglich einer Einstufung als Professionalisierungstendenz sind ebenso vielfältig wie die positive Zustimmung. Bodenbender (2003, S.66) sieht in der Verwendung des Kundenbegriffs den „Ausdruck eines Paradigmenwechsels“. Im speziellen Bezug auf das QM wird so der Sozialen Arbeit vorgeworfen, die Entwicklung hin zu einer vermehrten Ausrichtung einer Sozialen Arbeit zu vollziehen, die als wirtschaftlicher „Dienstleister“ im Sinne ihrer Kunden agiert, und sich durch die Erfüllung der Wünsche dieser zu legitimieren versucht. Stark (2006, S.4) sieht in diesem Sinne die „Kundenorientierung [als] Mittel zum Zweck. Im Mittelpunkt ist der Profit. Der Mensch ist nicht als Mensch in seiner Ganzheitlichkeit interessant, sondern nur in seiner Funktion als zahlungsfähiger und zahlungswilliger Kunde bzw. Konsument. [...]“. Diese Annahme steht der eigentlichen Zielsetzung der Sozialen Arbeit im starken Kontrast gegenüber und muss daher als eine Deprofessionalisierungstendenz gesehen werden. Stark (ebd.) fasst weiterführend in dem Sinne zusammen: „Soziale Arbeit versteht den Mensch nicht als Wirtschaftsbürger, humane Ressource oder Humankapital, sondern als Staatsbürger mit sozialen Grundrechten und einem Rechtsanspruch auf Hilfe in Notlagen zu einem menschenwürdigen Leben. Dieses Recht zu leben, scheint sich der Mensch in der neoliberalen Logik des Profits erst als Kunde verdienen zu müssen: *Consumo ergo sum.*“ Diese „Verobjektivierung“ des Individuums als Geldbringer kann nicht als Ziel Sozialer Arbeit stehen (ebd.).

Ergänzend schreibt Puhl (2003) dem aus dem (betriebs)wirtschaftlichen Denken entlehnten Begriff die Schwierigkeit zu, dass in der Sozialen Arbeit man „nicht immer von Menschen ausgehen [kann], die ihre Bedürfnisse und deren Befriedigung“ und somit den Nutzen der Maßnahme einschätzen können. So lässt sich weiterführend der Einwand definieren, dass es sich bei der Nutzung der Maßnahmen oder Angebote durch den Klienten, nicht immer ausschließlich um eine freiwillige, sondern eine im Zwangskontext stattfindende Nutzung handeln kann. Daher ist folglich als Einwand zu definieren, dass zunächst nicht von einer vollständigen tatsächlichen Kundenausrichtung ausgegangen werden kann (Bleck 2011, S.44). Diesbezüglich lässt sich weiterführend der Einwand hinsichtlich einer im klassischen Sinne verstandenen Kundenausrichtung mit einhergehender Annahme einer Kundensouveränität definieren, dass die Maßnahme/das Angebot im Rahmen der Sozialen Arbeit durchaus zugunsten der Bedürfnisse des Klienten gestaltet werden soll. Dabei gestaltet die Soziale Arbeit jedoch durchaus Maßnahmen/Angebote, die zunächst den Wünschen und Zielen des Klienten im Augenblick der aktuellen Situation widersprechen, jedoch langfristig eine Verbesserung seiner Situation im Sinne eines „Verhinderns und Bewältigens sozialer Probleme“ (Engelke/Borrmann/Spatscheck 2009, S.17) anstreben (bspw. selbstschädigendes Verhalten). Des Weiteren lässt sich eine weitere Schwierigkeit bezüglich der vollständigen Übernahme der Kundenorientierung und –ausrichtung im Rahmen des QMs darstellen, nämlich, dass im Sinne ihres „doppelten Mandats“ (Staub-Bernasconi 2007, S.12) nicht nur die Klienten als Kunden aufgegriffen werden müssten, sondern auch „[...] sekundäre Anspruchsgruppen, wie z.B. Kostenträger [...]“ (ebd.) als eben solche zu definieren wären.

Neben dem Aspekt der Kundenorientierung ist es darüber hinaus außerdem möglich, die im Rahmen von QM-Systemen gesetzten und im Qualitätshandbuch festgehaltenen „Standards“ kontrovers und

aus verschiedenen Positionen heraus zu diskutieren. Zum einen hält der „Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit“ (DBSH) (o.J., S.3) fest, dass „[...] das Formulieren von Standards von Sozialer Arbeit solidaritätsstiftend [ist], die Profession [stärkt] und Deprofessionalisierung [verhindert]“. Diese positive Betrachtungsweise bezieht sich dabei primär auf bestimmte Ausprägungen und Zielsetzungen von Qualitätsstandards, wie beispielsweise der Formulierung und Anwendung sozialetischer Standards und der „Orientierung an Grundwerten“ (Wittenius 2003, S.24). In dieser Hinsicht lässt sich eine Formulierung, Orientierung und Einhaltung von Standards als qualitätsstiftend, professionalisierend und somit als positiv einordnen.

Zum anderen ist eine Formulierung des „Standardisierungsbegriffs“ nach Merchel (2013, S.63), in der „eine Dienstleistung dann „standardisiert“ zu nennen [ist], wenn sie unabhängig von der ausführenden Person jedes Mal in gleicher Weise erbracht wird“, als bedenklich zu bewerten. Dieses Verständnis von Standards und standardisierten Prozessen und Handlungen in der Profession der Sozialen Arbeit kann nicht zu einer qualifizierten Sozialen Arbeit führen, da „therapeutisches, beraterisches, pflegerisches und pädagogisches Handeln nicht auf standardisierte Handlungsvollzüge [in diesem Sinne] reduziert werden [kann]“ (Wittenius 2003, S.24). Auch Gaitanides (2001) stellt diesbezüglich fest, dass „Soziale Arbeit nicht selten mit sehr komplexen Problemstellungen zu tun [hat]“, die „sich einer statistischen [standardisierten] Produktbeschreibung entziehen“. In diesem Sinne stellt sich auch die Frage, inwiefern professionelle Grundsätze⁸ unter den Vorgaben des QMs in der Sozialen Arbeit noch zum Tragen kommen; inwiefern sie von den Fachkräften in den Einrichtungen im Klientenkontakt noch realisiert und umgesetzt werden können. Beispielhaft lässt sich dabei der Grundsatz der „ganzheitlichen und individuellen Aktivitäten Sozialer Arbeit“ (Enggruber 2010, S.35) betrachten. Diesbezüglich werden auch einige im Diskurs um die Ökonomisierung aufgeführten Aspekte wieder aufgegriffen. Neben den genannten möglichen inhaltlichen Einschränkungen, die mit Standards in Bezug auf soziale Aspekte einhergehen, stellt sich wiederum die Frage, inwiefern darüber hinaus mögliche zeitliche Einschränkungen oder Vorgaben den Mitarbeitern genügend Freiraum bieten, um auf die individuellen und vielfältigen Bedürfnisse der Klienten hinreichend einzugehen.

Befürwortend lässt sich dagegen bezüglich des Aspekts der im Rahmen des QMs festgelegten Standards weiterhin die Möglichkeiten der Entstehung von neu geschaffener Orientierung, Leitlinien und Handlungsanweisungen durch eine entstehende klarere Strukturierung der Tätigkeiten und einer Arbeitsaufteilung aufführen. So können in diesem Rahmen auch Tätigkeiten in zum Beispiel QM-Handbüchern festgehaltenen Leitlinien noch einmal festgehalten und präzisiert werden. Dadurch, und durch zum Beispiel auch im Rahmen des QMs eingeführte vermehrte Dokumentation, ist die Möglichkeit gegeben, die interne Nachvollziehbarkeit der Abläufe und Geschehnisse besser strukturiert festzuhalten und eine Orientierung, Prüfung und Leitlinie der Tätigkeit herzustellen.

Folgend soll, trotz der dargelegten positiven Aspekten der Einführung, vermehrten Festschreibung und Kontrolle von Standards, auch die kritische Haltung im Diskurs um dieses Element des QMs noch einmal bezüglich eines weiteren Aspekts aufgegriffen werden. Es lässt sich kritisch diskutieren, inwie-

⁸ In der Sozialen Arbeit definieren bestimmte Grundsätze und Ansprüche ihre Professionalität und Fachlichkeit. An diesen Grundsätzen und deren Merkmalen muss sich auch das Handeln in der beruflichen Praxis orientieren; anhand ihrer soll auch in der Praxis immer wieder kritisch reflektiert werden (Enggruber 2010, S.15). Diese Einschätzung begründet die Wichtigkeit der Elemente der professionellen Grundsätze und der Professionalität für die Soziale Arbeit.

fern im Rahmen der verschiedenen QM-Systeme in der Sozialen Arbeit, vor allen Dingen primär die Qualitätsstandards, aber nicht die wirkliche Qualität beleuchtet wird. So wird im Sinne einer „Qualitätssicherung“ (Heiner 1996, S.256) in der Regel primär überprüft, ob die festgesetzten Qualitätsstandards eingehalten und umgesetzt werden, dagegen jedoch nicht die tatsächlich hergestellte Qualität feststellt. Dabei geht es daher primär um die Einhaltung der festgelegten Standards, selbst wenn diese nicht zu einer tatsächlichen Qualität führen (ebd.), und somit keine tatsächliche Qualität hergestellt wurde. Ausweiten lässt sich dieser Kritikpunkt auf die Feststellung, dass kritische Stimmen in den etablierten QM-Systemen vor allen Dingen Qualität auf der Ebene der Prozess- und Strukturqualität, aber nicht auf der Ebene der Ergebnisqualität überprüft sehen (Merchel 2013, S.218). Stockmann (2006, S.37) stellt dazu kritisch fest, dass sich Aussagen auf der Ebene der Ergebnisse, wenn dann nur Output-orientiert feststellen lassen. Die Perspektive des wirklichen „Outcomes“ wird nicht beleuchtet, zumal die häufig genutzten QM-Systeme wie insbesondere das DIN-ISO 9000 bezüglich ihrer vorab eingeschränkt festgelegten Bewertungsbereiche für die Soziale Arbeit wenig geeignet erscheinen „die höchst unterschiedlichen“ Outcomebereiche der Sozialen Arbeit wirklich zu bewerten (Bleck 2011, S.88).

Demzufolge ist es in diesem Sinne ebenfalls kritisch zu diskutieren, inwiefern im Rahmen von QM-Systemen tatsächlich eine „Effektivitätskontrolle“⁹ möglich ist, oder ob diese faktisch nur beschränkt nachweisbar ist (ebd., S.86), da diese auf der Ebene der Ergebnisqualität einzuordnen wäre (ebd. und Merchel 2013, S.67), welche ja wie bereits festgestellt, ebenso nur eingeschränkt tatsächlich überprüft wird. Diese Feststellung scheint vor allen Dingen vor dem Hintergrund verwunderlich, da QM-Systeme vielfach als Zielsetzung definieren, die Effektivität aber auch die Effizienz der Arbeit zu steigern. Auch in der Sozialen Arbeit soll mit dem QM „das Produkt Soziale Arbeit‘ [...] effektiver und effizienter ausgestaltet werden [...]“ (ebd., S.9); „Qualität und Leistungsfähigkeit [...] werden [somit] als Leitbegriffe nebeneinander gestellt“ (ebd. S.66). Hinsichtlich der Effektivität stellt sich wie erläutert die Frage nach der Möglichkeit der Überprüfbarkeit im Rahmen der QM-Systeme, sowie deren Maßstäbe in der Arbeit mit Menschen als „koproduzierendes beteiligtes Subjekt“ (vgl. Merchel 2003). Diese Frage stellt sich nach Möller auch hinsichtlich der Frage nach der Effizienz, welche weiterführend auch nach Müller-Schöll (1993, S.140 f.) aufgrund des normativen Bezugsrahmens Sozialer Arbeit und dessen „Endprodukten“, „für das Sozialmanagement kein Maßstab sein [kann], schon gar nicht der höchste“. Auch wenn dagegen Schwarz (1992, S.46) in der Effizienz das zentrale Element des Sozialmanagements sieht, kann es hinsichtlich der genannten Aspekte als Ziel des QMs im Rahmen der Sozialen Arbeit kritisch betrachtet werden (vgl. Merchel 2003, S.11 f.)

Auch der Aspekt einer vermehrten Wirkungsorientierung im Rahmen des QMs knüpft dabei inhaltlich hinsichtlich seines Diskurses sowie strukturell (auch Element der Ergebnisebene) an den vorangegangenen Aspekt an. Auch diesbezüglich lassen sich wiederum verschiedene Positionen ausmachen. Die besondere Bedeutung der Wirksamkeit in der Debatte um das QM wird durch Wittenius (2003, S.21) deutlich, welcher feststellt, dass „die Darstellung nachvollziehbarer Leistungen und deren Wirksam-

⁹ Da die Begriffe der Effektivität und Effizienz fälschlicherweise äquivalent oder falsch konnotiert verwendet werden, ist es wichtig die Differenzierung der Begrifflichkeiten noch einmal aufzugreifen: So stellt die Effektivität nach Bleck (2011, S.26) und Proske, Reichert und Triebfürst (2014,S.6 f.) das Maß der Wirksamkeit, wohingegen die Effizienz das Maß der Wirtschaftlichkeit dar.

keit [...] für die Legitimation und Wertschätzung in der Sozialen Arbeit – auch unter dem Gesichtspunkt ihrer sozialpolitischen Perspektiven – unabdingbar“ ist. Jedoch stellt sich analog zur Effektivität die Frage nach der Überprüfbarkeit von „Wirkung“ im Rahmen der QM-Systeme. Darüber hinaus muss sich die Frage gestellt werden, inwiefern auch die Wirkungsorientierung im Rahmen des QMs nicht ebenfalls einer kritischen Betrachtung bedarf (ebd.), „wenn diese [...] an sozial- und finanzpolitischen Steuerung gekoppelt [ist], die der Ökonomisierungsdebatte entspringt“ (Merchel 2006, S.206), und somit primär in der Funktion einer Legitimierung wirken soll.

Bezüglich der vorangegangenen diskutierten Punkte lässt sich nun zusammenfassend festhalten, dass aus kritischer Perspektive, die Ergebnisqualität und auch auf dieser Ebene befindliche Fragen nach der Effektivität, des Outcomes und der Wirksamkeit sich somit nicht uneingeschränkt durch die gängigen QM-Systeme nachweisen lassen, obwohl durch ihre Überprüfung die Etablierung von QM-Systemen als notwendig erachtet und gerechtfertigt wird. Ergebnisse auf dieser Ebene werden daher „maximal in Form einfacher quantitativer Messgrößen“ (Bleck 2011, S.90) („Wieviel SozialarbeiterInnen fertigen wieviel KlientInnen in wieviel Zeit ab und kosten wieviel? Welcher Träger bietet bestimmte Dienstleistungen am billigsten an“ (BMFSFJ 2012)) angegeben, welche dessen ungeachtet keineswegs die tatsächliche Qualität der Ergebnisse mit ihrer Effektivität und ihrem Outcome nachweisen. Diese Feststellung bedürfte anderer Methoden und Vorgehensweisen; sie „lassen sich seriös nur mit wissenschaftlichen Methoden bestimmen“ (Fichtner 2003, S.53). So stellt sich außerdem die Frage, inwiefern die erläuterten Audits und Zertifizierung im QM Prozess mit wissenschaftlichen Methoden arbeiten, um Prozesse, Strukturen und Ergebnisse zu überprüfen¹⁰.

Die theoretische Diskussion umfasst daneben noch einen weiteren debattierten Aspekt. Dieser sieht im QM einen „hohe[n], unverhältnismäßige[n] Aufwand“ (Flock 2003, S.4 und Merchel 2013, S.20) bezüglich verschiedener Gesichtspunkte. So werden in der kritischen Diskussion um das QM immer wieder und vermehrt Positionen aus der Profession wahrgenommen, die diese Unverhältnismäßigkeit sowohl in der praktischen Umsetzung, als auch Planung des QMs in den Einrichtungen der Sozialen Arbeit, wahrnehmen. Da die Präsenz dieser Kritik in der Profession der Sozialen Arbeit stark ausgeprägt ist (vgl. z.B. Seithe/Wiesner-Rau 2013, S.28 ff.), wird die Diskussion auch in der theoretischen Diskussion aufgenommen. So wird insbesondere die gleichzeitig bestehende und unveränderte Personal- und Stundenkapazität im Rahmen der Ein- und Durchführung von QM-Systemen, besonders unter dem Einfluss zeitlicher „Deadlines“ festgestellt, als Problematik ausgemacht und kritisiert. Daneben wird die Erhöhung von Dokumentationsaufgaben, bei gleichbleibender praktischer Tätigkeit festgestellt, welcher vermehrt als „bürokratischer Ballast“ empfunden wird (BMFSFJ 2006). Es lässt sich festhalten, dass diese Bedingungen des QMs vermehrt zur Ausschöpfung personeller, aber auch finanzieller Ressourcen, führen können, da nach Merchel (2013, S.20) eine Divergenz zwischen Aufwand und Nutzen besteht. Als ein Element des QMs ist in diesem Rahmen die Überprüfung eines

¹⁰ Als Verfahren mit stärkerer wissenschaftlicher Grundlage lässt sich zum einen die Evaluation nennen, welche „sozialwissenschaftlichen Grundlagenforschung“ nutzt (Stockmann 2002, S.31). Zum anderen kann auch die „Evidence-based-Medicine“, zu Deutsch „Evidenzbasierte Medizin“ genannt werden, welche einen „gewissenhaften, ausdrücklichen und umsichtigen Gebrauch der aktuell besten Beweise für Entscheidungen [anhand aktueller wissenschaftlicher Daten klinisch-medizinischer Studien] in der Versorgung eines individuellen Patienten“ (Sacket et. al 1196) gebraucht. Die Prinzipien dieser Forschungsmethoden etablieren sich seit einigen Jahren vermehrt auch in der Sozialen Arbeit (vgl. z.B. Dahmen 2011) und können zur Erweiterung des QMs genutzt werden.

angemessenen Personalschlüssels als Element einer guten Strukturqualität daher von besonderer Bedeutung.

Es lässt sich somit konstatieren, dass „die Entwicklung eines QMs für Nonprofit-Organisationen ein äußerst vielschichtiger Prozess [ist], der einen enormen Aufwand für die Beteiligten bedeutet“ (Bruhn 2013, S.231). Dieser soll durch den Einsatz von QM-Beauftragten ausgeglichen werden, welche außerdem für die Steuerung und Durchführung der QM-Prozesse verantwortlich sind.

Dabei resultieren auch aus dem Einsatz von außerfachlichem Personal an der Steuerungsstelle des QMs verschiedene Gefahren und Probleme für die Soziale Arbeit, welche bereits allgemein und gesamtumfassender im Rahmen der Diskussion der Ökonomisierung aufgegriffen wurden. Nun wird diese Kritik noch einmal in Bezug auf eine Schlüsselperson im Rahmen der QM-Steuerung (vgl. Kap. 2.2.2) spezifiziert. Der DBSH (o.J., S.4) hält fest, dass „[...] es wichtig ist, optimale Qualität aus der Profession zu definieren“ (ebd.). Somit ist es, trotz einer möglichen Festlegung der Elemente des QM-Systems durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit, fraglich und diskussionswürdig, inwiefern eine ggf. fachfremde Person als QM-Beauftragter die Erfüllung und Einhaltung dieser im Rahmen der QM-Verfahren bewerten kann. Weiterhin resultiert aus dem Einsatz von QM-Beauftragten oder spezifisch für dieses Aufgabengebiet eingesetzter Sozialarbeiter/Sozialpädagogen folglich daneben die Gefahr einer „Aufsplitterung von Tätigkeitsfeldern“ (ebd., S.3), wie schon allgemeiner in Bezug auf die Ökonomisierung dargestellt. In diesem Sinne wird auch eine erschwerte ganzheitliche Betrachtung der Problemlagen der Klienten in den Einrichtungen gefördert, welche eigentlich aus Sicht der Sozialen Arbeit als elementare professionelle Grundlage gilt. Daneben besteht außerdem, wie ebenfalls übergeordnet in Bezug auf die Ökonomisierung erläutert, die Gefahr einer „Deregulierung, die [innerhalb der Einrichtungen und Bereiche] machtspezifische Konflikte fördert“ (Flock 2003, S.5). Der Grund hierfür lässt sich insbesondere in dem Einsatz von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen im Rahmen „klassischer“ praktischer Tätigkeiten mit direkten Kontakt zum Klienten, welche im Rahmen von projektorientierter Finanzierung (Buestricht/Wohlfahrt 2008) in der Regel befristete Verträge erhalten, ausmachen. Hierzu stehen konträr dazu die im Management und auch spezifisch im QM tätigen Mitarbeiter, welche langfristiger in ihrer administrativen Tätigkeit verbleiben können, da die Finanzierung gesichert ist.

Darüber hinaus lässt sich allgemein gesehen bezüglich einer Übernahme von außerfachlichen Strukturen und Personen, wie schon in Bezug auf die Anwendung von Standards im Rahmen von QM-Prozessen, auch diesbezüglich kritisch anmerken, dass „[...] sich die Konzepte und Methoden aus dem QM im kommerziellen Bereich nicht 1:1 auf den Nonprofit-Bereich übertragen [lassen]. Vielmehr ist den Besonderheiten der Nonprofit-Organisationen Rechnung zu tragen.“ (Bruhn 2013, S.231). Daher sind auch die aus dem industriellen Sektor entlehnten und direkt übernommenen QM-Systeme (Beckmann et al. 2007, S.275, vgl. auch Kap. 2.1.2) bezüglich ihrer differentiellen „Objekte der Betrachtung,, Formulierungen, Zielsetzungen, Standards etc. nicht für eine unveränderte, nicht modifizierte Anwendung geeignet. Sie müssen spezifisch auf ihr jeweiliges Professionsgebiet, in dem sie Anwendung finden sollen, angepasst, überprüft und immer wieder kritisch hinterfragt werden. Diesbezüglich ist weiterführend die Tatsache zu bedenken, dass die Soziale Arbeit eine Profession ist, die

die verschiedenen Sichtweisen anderer Disziplinen und Professionen mit einbezieht und eng mit ihnen zusammenarbeitet (Wendt 2006). Somit besteht „die besondere Herausforderung [...] darin, dass Soziale Arbeit auch benachbarte Institutionsbereiche, wie die der Medizin oder Pflege, mit einbeziehen muss, die mitunter einer differenten „der Logik dieses Feldes eher entsprechende Form des QMs“ oder anderen Überprüfungsverfahren (Merchel 2013, S.11) mit berücksichtigen muss. Diese besondere Herausforderung besteht somit bspw. in der stationären Altenhilfe, welche sowohl sozialarbeiterische als auch pflegerische Dimensionen im Rahmen des QMs berücksichtigen muss (vgl. Kap. 2.3). Infolgedessen hat sich bis zum heutigen Zeitpunkt eine Fülle an unterschiedlichen und teilweise auch sehr spezifischen QM-Konzepten und -Systemen in den verschiedenen Professionsgebieten der Sozialen Arbeit etabliert. Daraus resultiert eine scheinbare und/oder tatsächlich existierende „Unübersichtlichkeit der Methoden und Verfahren“ (Merchel 2006, S.199), wohingegen jedoch auch positiv angemerkt werden muss, dass somit der Versuch der Aufnahme der Besonderheiten des spezifischen Feldes vollzogen wird.

Auf der individuellen Ebene der Fachkräfte werden als ein weiterer Gesichtspunkt persönliche Beschränkungen durch die auch als Kontrollinstrumente wahrgenommenen und wirken könnenden Elemente und Strukturen der QM-Systeme als Kritikpunkt aufgenommen, aus denen ein „Verlust professioneller Autonomie und Selbstkontrolle“ (Beckmann et al. 2007, S.275) und „Einschränkungen nötiger Autonomie in der Arbeitsgestaltung“ (ebd., S.290) resultieren können. Tatsächlich kann dem QM insbesondere im Zuge seiner Position als Element der Ökonomisierung der Sozialen Arbeit (vgl. Kap. 2.1.2) und der damit einhergehenden Veränderung der Finanzierung eben dieser auch eine gewisse Kontroll- und Steuerungsfunktion zugeschrieben werden. So sieht auch Merchel (2006, S.206) in der Verwendung des QMs im Kontext der Sozialen Arbeit vielfach eine Überprüfung von Wirkungen im Sinne „sozial- und finanzpolitischer Steuerung“. So kann festgehalten werden, „dass ihre Selbstevidenz im Hinblick auf die zur Verfügung gestellten ‚Vertrauensgüter‘ immer stärker infrage gestellt wird“ (Wilken 2000, S.12) und somit überprüft und im Sinne einer Legitimierung gerechtfertigt werden soll. Insbesondere hinsichtlich des bereits diskutierten Aspektes bezüglich der Schwierigkeit der Feststellbarkeit und Festlegung des Inhalts der Qualität Sozialer Arbeit gestaltet sich diese Entwicklung jedoch als besonders problematisch. Ebenso definiert sich in diesem Zuge das Problem, dass die „wahre Qualität [der Leistung der Sozialen Arbeit oftmals] nur mit erheblichem Aufwand feststellbar ist“ (ebd.). Resultierend aus eben jenen Entwicklungen, in denen QM-Systeme als Kontrollinstrument vor dem Hintergrund des Vorwurfs, „dass in der Wirtschaft Geld verdient und im Sozialen Mittel verschwendet werden“ (Buestricht/Wohlfahrt 2008) instrumentalisiert werden, durchlebt die Soziale Arbeit gravierende Veränderungen. Ihr droht in diesem Zuge ein zunehmender Verlust ihrer Selbstevidenz und von Autonomie, wenn sie nicht einen kritischen und bewussten Umgang mit einhergehender Reflexion des QMs beibehält.

Neben ihrer genannten Funktion als Kontrollinstrument im Rahmen knapper finanz- und sozialpolitischer Mittel, wird die Nutzung von QM und QM-Systemen daneben auch als Wettbewerbsfaktor instrumentalisiert. Neben einer positiven Annahme, dass QM-Systeme eine tatsächliche Vergleichbarkeit und Transparenz der unterschiedlichen Qualität sowohl intern, als auch der Anbieter ermögli-

chen, sehen Kritiker diesen Nutzen ebenfalls als zweifelhaft an. So bewertet beispielsweise Wohlfahrt (2003, S.15) die Verwendung und Präsentation von QM-Zertifikaten als „Antwort auf die Herausforderung des Wettbewerbs“, welche genutzt werden, um sich Sinne einer „Trägerkonkurrenz“ (Bu-estrict/Wohlfahrt 2008) im Rahmen der Ökonomisierung (vgl. Kap. 2.1) gegen Wettbewerber durchzusetzen. Kritisiert wird dabei primär ein „inflationärer“ Gebrauch eben dieser Zertifikate, sowie anknüpfend an den Kritikpunkt hinsichtlich der Ergebnisebene und Wissenschaftlichkeit der Verfahren, inwiefern diese die wahre Qualität beleuchten. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, inwiefern die Vergleichbarkeit verschiedener Bewertungszertifikate gegeben ist und somit eine tatsächliche Übersicht für Nutzer gewährleisten. Auch eine insgesamt sehr gute Bewertung aller Einrichtungen lässt eine kritische Betrachtung der Ergebnisse kaum zu (z.B. Bewertungsnoten des MDK für stationäre Pflegeeinrichtungen, Kunze/Uken 2014, vgl. auch Kap. 2.3.3). Andererseits lässt sich eine zumindest vermeintliche vermehrte Transparenz der Tätigkeiten, Geldverwendung und in Hinsicht auf die Ergebnisse im Rahmen von QM-Systeme in Hinsicht auf den Vorwurf der Geldverschwendung immer auch positiv betrachten und kann somit als „Professionalisierungsschub“ verstanden werden, indem auch die Effizienz von Maßnahmen untersucht wird.

Da sich das QM als ein weiterführendes Element und Instrument im Kontext der Ökonomisierungsdebatte gesehen werden kann (vgl. Kap. 3.1), welches inzwischen in den Einrichtungen der Sozialen Arbeit weitestgehend etabliert ist (Lambach 2003, S.95), ist die Betrachtung der Veränderung in den Ausbildungsmöglichkeiten auf gradualer und postgradualer Ebene von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen im Kontext des Diskurses sinnvoll. Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen lernen vermehrt betriebs-wirtschaftliche Instrumente im Rahmen ihres Studiums kennen, welche im Zuge einer Vielzahl neu gebildeter spezifischer sozialwirtschaftlicher Bachelor- und Masterstudiengänge gelehrt werden. Die-se kann zu einem bewussten und kritischen Umgang mit eben solchen Instrumenten wie dem QM aus der Betriebswirtschaft führen, den die Soziale Arbeit benötigt, um nicht von den „falsch geführten Kosten-Argumenten“ (Bleck 2011, S.41) und der falschen Anwendung ihrer Instrumente „überfahren“ zu werden, aber auch um eine Diskussion, auch in Hinsicht auf Verbesserungsmöglichkeiten dieser Instrumente „offensiv zu führen“ (ebd.). Somit ist zum einen eine zu starke einseitige Fokussierung auf ökonomische Elemente und Instrumente wie dem QM innerhalb des grundlegenden Studiums zu vermeiden, sowie zum anderen ein vollständiges Fehlen der Thematik, da nur so ein kritischer und reflektierter Umgang mit den Elementen des QMs stattfinden kann.

Im Zuge der mit dem QM einhergehenden Veränderungen in der Struktur von Einrichtungen oder der Gestaltung und Freiheit der Arbeitsgestaltung, insbesondere hinsichtlich der als mögliche Kontrollinstanz genutzte/wahrgenommene Einsatz von QM-Verfahren, werden unter den professionellen Fachkräften Motivationsabstürze wahrgenommen (Flock 2003, S.6). In diesem Zuge wird eine spürbare Resignation bezüglich der Zielerreichung des QMs, eine (gefühlte unnütze) Mehrbelastung und eine belastende Einschränkung der zumeist flexiblen Planung und Umsetzung ihrer praktischen Tätigkeit insbesondere bei den in der Praxis selbst tätigen Mitarbeiter intensiver wahrgenommen. Die durch das QM einhergehenden Professionalisierungsmöglichkeiten und (betriebswirtschaftlichen) Potenziale mit ihren Möglichkeiten einer Verbesserung und Anpassung der Arbeit und ihrer Außen-

und Innenwahrnehmung, wird vermehrt auf der administrativen Ebene festgestellt (vor allem. Leitungs- und Führungsebene), jedoch nicht bei den direkt in der Praxis „am Klienten“ tätigen Mitarbeiter (vgl. Kaspar 2006).

Die aufgeführten Positionen der kritischen Diskussion mit der Aufführung von Vor- und Nachteilen der Etablierung des QMs, dessen Elementen und Paradigmen in der Sozialen Arbeit zeigen die verschiedenen Haltungen in der Disziplin, aber auch in der Profession auf. Sie dienen als theoretische Grundlage für die empirische Beantwortung der Fragestellung, sowie der einzelnen Hypothesen, da die vorgestellten Positionen im Rahmen der Operationalisierung in Form der einzelnen Items wieder aufgegriffen werden. Zunächst erfolgt weiterführend jedoch ein Überblick über den für die empirische Bearbeitung ausgewählten Professionsbereich der stationären Altenhilfe, in dessen Rahmen das QM ebenfalls noch einmal spezifisch aufgegriffen wird.

2.3 Stationäre Altenhilfe: Stationäre Altenpflegeeinrichtungen und QM

2.3.1 Einordnung, Aufbau und Handlungsfelder der stationären Altenhilfe

Der theoretische Abschnitt dieser Arbeit befasst sich, aufgrund des im empirischen Arbeitsteil ausgewählten Professionsbereichs der stationären Altenhilfe, nicht alleinig mit dem QM im Kontext der Sozialen Arbeit. Da in der stationären Altenhilfe, insbesondere in (voll)stationären Pflegeeinrichtungen, eine weitere Profession, nämlich die der Altenpflege, ebenso, wenn sowie mengenmäßig weit- aus größer, vertreten ist, ist es nötig, auch diese als Profession vorzustellen und ihre Beziehung und Unterschiede zur Sozialen Arbeit darzulegen. Nur so ist es möglich, den Kontext der empirischen Arbeit mit seinen untersuchten Annahmen zu verstehen. Weiterhin ist es zunächst grundlegend von Bedeutung, die stationäre Altenhilfe in ihrer Ein- und Zuordnung und in ihrem Aufbau zu verstehen, was im weiterführenden Abschnitt dieses Kapitels als erster Schritt geschehen soll. Dies ist unter anderem notwendig, um nachvollziehen zu können, warum die stationäre Altenhilfe im Kontext der Fragestellung des empirischen Teils der Arbeit als Praxisfeld ausgewählt wurde und wie außer- und innerbetriebliche Strukturen im befragten Arbeitsfeld aufgebaut sind.

In weiteren Kapitel (vgl. Kap. 2.4.3) soll ein kurzer und spezifischer Blick auf die Themen der Qualität, sowie des QMs als Element der Ökonomisierung im Feld der stationären Altenhilfe geworfen werden und die Konsequenzen kritisch beleuchtet werden. Da die Problematiken des QMs im Kontext der Sozialen Arbeit bereits gebietsübergreifend erläutert wurden, soll es in dem genannten Abschnitt um spezifisch diesem Praxisfeld zuzuordnende Diskussionspunkte gehen und aufgrund der spezifischen Wichtigkeit der Profession der Pflege in diesem Praxisfeld vor allen Dingen auch um den Diskurs der Folgen und Problematiken für die Pflege gehen. Im Rahmen dessen werden spezifische Probleme des QMs im Arbeitsfeld der stationären Altenpflege deutlich und können so hinsichtlich der empirischen Untersuchung (im Rahmen der Erstellung und Auswahl der Fragebogenitems) als theoretische Grundlage genutzt und nachvollzogen werden.

Aner (2010, S.33) ordnet die Altenhilfe als Teil der gesamtheitlichen „sozialen Altenhilfe“ ein, die neben der offenen Altenarbeit, die für die „jüngeren, gesundheitlich weniger Belasteten unter den älteren Menschen“ steht, aufzufinden ist. Dabei wird die Altenhilfe in ihre verschiedenen „Organisationsformen der Dienste und Einrichtungen (ambulant teilstationär, stationär) gegliedert“ (ebd.).

Wohingegen die offene Altenarbeit insbesondere in Form von ambulanten Angeboten in einer beratenden Funktion ältere Menschen „ohne gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen“ (Kittl-Satran/Simon 2010, S.226) unterstützt, lässt sich die Altenhilfe primär im Rahmen der pflegerischen Versorgung insbesondere hochaltriger Menschen verordnen (ebd.). Stationäre Altenpflegeeinrichtungen erfüllen in diesem Kontext eine wichtige Aufgabe, indem sie pflegebedürftigen älteren Menschen im Rahmen ihrer Heimeinrichtungen die pflegerische und soziale Versorgung dauerhaft gewährleisten. Jedoch ist die „Voraussetzung der vollstationären Pflege [...] gemäß §43 Abs. 1 SGB XI, dass häusliche oder teilstationäre Pflege nicht mehr möglich ist oder wegen Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt“ (Waltermann 2014, S.119). Die derzeitige Anzahl der stationären Altenpflegeeinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland beträgt nach Hibbeler (2009) und nach derzeitigem Stand ca. 10.400. Aufgrund einer voraussichtlichen Zunahme der Pflegebedürftigen insbesondere hochaltrigen Menschen, aufgrund des allgemeinen Anstiegs an älteren Menschen im Rahmen des demografischen Wandels, ist für die nachfolgenden Jahrzehnte ein massiv erhöhter Bedarf zu prognostizieren (Altenheim 2016, S.9 und Bundesministerium für Gesundheit 2015).

Die Finanzierung der stationären Altenhilfe in stationären Altenpflegeeinrichtungen erfolgt über die Zahlung von Pflegesätzen (§84, §85, §86 SGB XI), welche mit den Pflegekassen ausgehandelt werden, für die jeweils unterschiedlichen Pflegestufen je pflegebedürftige Person. Die Leistungen werden zu Teilen durch die Pflegekasse übernommen (Pflegekosten) und zu anderen Teilen (Unterkunft und Verpflegung) durch den Bewohner oder Angehörige selbst oder durch den Sozialhilfeträger gezahlt (Zapp/Otten 2008, S.5). Die Führung und Organisation der Einrichtungen der stationären Altenhilfe erfolgt durch (wohlfahrts)verbandliche (55 Prozent), private (39 Prozent) oder öffentliche (6 Prozent) Träger (Schmidt 2010, S.175).

Insbesondere hinsichtlich genannter sozialer Aspekte der Versorgung der pflegebedürftigen älteren Menschen wirkt auch die Soziale Arbeit im Kontext der stationären Altenhilfe neben und in Zusammenarbeit mit der pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Nach Aner (2010, S.33) ist die soziale Altenhilfe eine „Aufgabe Sozialer Arbeit“ und lässt sich somit als Professionsfeld/Arbeitsfeld Sozialer Arbeit bezeichnen. Die Wichtigkeit der sozialen Betreuung und Versorgung resultiert auch aus der Tatsache, dass die Einrichtung nicht das originäre Lebensumfeld des Bewohners wie bei der ambulanten Versorgung darstellt (Sauter/Bischofberger 2006). Bedingt durch diesen Umstand und der durch die Pflegebedürftigkeit mögliche entstandene Einschränkung, erhöht die Möglichkeit der Entstehung besonderer (psycho)sozialer Problemlagen. In diesem Zusammenhang sind auch die besonderen Herausforderungen durch demenzielle oder gerontopsychiatrische Erkrankungen von Bedeutung. So müssen neben der reinen pflegerisch-gesundheitlichen Versorgung soziale Aspekte mit als Element der Versorgung gesehen werden (Osterloh 2015, S.260). Dennoch wird der Sozialen Arbeit im Kontext von Einrichtungen der stationären Altenpflege bislang nur eine „randständige“ Position (Schmidt 2010, S.183) zugeschrieben, welche sich insbesondere in der vergleichsweise geringen Anzahl an professionellen Fachkräften der Sozialen Arbeit ausdrückt. Nach Schmidt (ebd., S.182) ist diesbezüglich auch nur ein geringe Zunahme zu verzeichnen und die Begründung der vergleichsweise geringen Beschäftigungsquote in einer nicht vorhandenen gesetzlichen Verortung im

SGB XI oder Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) bezüglich der Verpflichtung einer Beschäftigung sozialarbeiterischer/sozialpädagogischer Fachkräfte auszumachen. Vielmehr kommen demnach (vgl. § 12 WTG NRW) für die soziale Betreuung in der stationären Altenpflege mehrere Berufsgruppen in Frage¹¹. Dennoch betonen sowohl Schmidt (2010, S.182) als auch Steiner (1998, S.343) aus genannten Gründen die Wichtigkeit und eine „wachsende Bedeutung Sozialer Arbeit“ (ebd.) und Profilierung.

Soziale Arbeit wird im Kontext von stationären Altenpflegeeinrichtungen in der Regel im Rahmen eines so genannten „sozialen Dienstes“ oder „Sozialdienstes“ ausgeübt. Auch wenn die Mitarbeiter eines Sozialdienstes in der stationären Pflege wie eben beschrieben, nicht zwangsweise Fachkräfte der Sozialen Arbeit sein müssen, so haben die dort beschäftigten Mitarbeiter originäre Tätigkeiten im Sinne ihrer Zielsetzung und Inhaltsdefinition des „Verhindern[s] und Bewältigen sozialer Probleme“ (Engelke/Borrmann/Spatscheck 2009, S.17) der Sozialen Arbeit inne. Dabei handelt es sich vor allen Dingen sowohl um strukturierende und vernetzende Aufgaben, als auch um beraterische Tätigkeiten: So üben sie „sozialrechtliche Beratung“, „psychosoziale Beratung von Bewohnern und Angehörigen“, die „Durchführung und Organisation sozialer Aktivitäten und Gruppenangebote“, die „Einbindung ins Gemeinwesen [...] und [an] externe[...] Dienste“, als auch die „interne Organisation zur Abstimmung von Pflegeplanung und sozialer Betreuung im multiprofessionellen Team“ (Steiner 1998, S.343) aus. Darüber hinaus lässt sich die explizite Beschäftigung von Fachkräften der Sozialen Arbeit auch im Rahmen von steuernden und leitenden Tätigkeiten in stationären Altenpflegeeinrichtungen wiederfinden.

Dass die Arbeit in der stationären Altenhilfe nach Steiner (ebd.) im „multiprofessionellen Team“ stattfindet, zeigt bereits, wie eng die verschiedenen Professionen in diesem Arbeitskontext vernetzt und verknüpft sind. Vor allen Dingen innerhalb des stationären Settings kooperieren die Mitarbeiter mit anderen Diensten und Berufsgruppen (Abderhalden/Needham 1999). Es deutet sich somit bereits an, dass teilweise überschneidende, kollidierende und zusammenfallende Tätigkeitsprofile und Aufgabenbereiche zwischen den Arbeitsbereichen und Professionsgebieten der Sozialen Arbeit und dem zahlenmäßig stark vertretenden Professionsgebiet der Pflege in stationären Altenpflegeeinrichtungen vorhanden sind. Die Pflege „stellt einen wichtigen Bereich der gesundheitlichen Versorgung und sozialen Sicherung dar“ (Universitätsklinikum Jena 2015). Grundlegende Aufgaben der Pflege sind nach der „International Council of Nurses“ die „Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern und die Achtung vor dem Leben und der Würde des Menschen“ (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2010). „Seitdem in den 1990er Jahren in Deutschland Pflegestudiengänge eingeführt wurden, professionalisiert sich die Pflege; man bemüht sich darum, ein gemeinsames Pflegeverständnis und ein gemeinsames Profil professioneller Pflege zu entwickeln und zu etablieren. Dass eigenständige Wissensbestände durch Pflegeforschung und Expertenstandards entwickelt werden, ist ein Zeichen der Emanzipation, aber auch der eigenständigen Profilierung der Pflege“ (BMFSFJ 2010, S.190). Weiterführend ist es weiterhin möglich spezifische Aufgabengebiete und -inhalte in Bezug auf das spezifische Feld der Altenpflege zu spezifizie-

¹¹ Weitere Regelung bezüglich der Beschäftigung von bestimmten Berufsgruppen bestehen bspw. hinsichtlich Anforderungen an die Pflegekräfte und Mitarbeiter des Sozialen Dienstes im zahlenmäßigen Verhältnis von Fachkräften und unausgebildeter Hilfskräften (vgl.21 Abs. 2 WTG NRW) und an die Leitung hinsichtlich ihrer Qualifikation (§21 Abs.1 WTG NRW).

ren¹². Mitarbeiter der stationären Altenhilfe versorgen die Bewohner der Einrichtungen in körperlicher und gesundheitlicher Hinsicht in ihrem Einrichtungsalltag, wobei die Besonderheit in der Spezifizierung der Lebensphase des Alters, sowie in einer in der Regel länger andauernden „Pflegebeziehung“ über Monat oder Jahre hinweg liegt (Flösch 2011,S.76).

Die praktischen Tätigkeiten in der (Alten-)Pflege lassen sich inhaltlich weiterhin in die so genannte „Behandlungs-, Grund- und Bezugspflege/soziale Betreuung“ differenzieren (Möwisch/Hons/Both 2005, S.85). Es wird in diesem Zuge deutlich, dass sich die Altenpflege, insbesondere in vollstationären Altenpflegeeinrichtungen, sowohl mit medizinisch, pflegerischen Versorgungsaspekten der Bewohner beschäftigt, als auch mit sozialen, ethischen Aspekten des Lebens der Bewohner inner- und außerhalb der Einrichtung. Da insbesondere der Bereich der Bezugspflege eben diese sozialen Aspekte der Bewohner berücksichtigt, wird somit noch einmal vermehrt deutlich, dass die Zusammenarbeit von Sozialer Arbeit und Pflege in stationären Altenpflegheimen eine Notwendigkeit für eine ganzheitliche Betreuung der Bewohner darstellt und somit „multiprofessionelle Teams“, in denen unter den Professionen regelmäßiger Austausch stattfindet, von besonderer Bedeutung ist.

Aus den genannten inhaltlichen Komponenten der praktischen Arbeit, den Arbeitsfeldern der Professionen sowie deren Bezüge wird bereits der Aufbau der einzelnen Organisationsebenen einer stationären Pflegeeinrichtung deutlich, deren Verständnis ebenfalls notwendig ist, um Differenzierungen der verschiedenen Tätigkeitsgruppen im empirischen Teil der Arbeit nachvollziehen zu können. Weigert (2008, S.100) skizzierte eben diese in Form eines Organigramms. Demnach arbeiten Pflegefach- und Hilfskräfte im Bereich der praktischen Pflegetätigkeiten, welche häufig in verschiedenen aufgeteilten Stationen oder Wohnbereichen ausgeübt wird. Für eben diese Wohnbereiche sind übergeordnet Pflegefachkräfte mit einer Zusatzausbildung (§71 Abs.3 Satz 5 SGB XI) als Wohnbereichsleitung (WBL) tätig. Den einzelnen WB übergeordnet in einer leitenden Funktion (Bachstein 2007, S.6) sind Pflegefachkräfte als so genannten Pflegedienstleitungen (PDL) tätig, welche ebenfalls über eine Zusatzausbildung verfügen (§71 Abs.3 Satz 5 SGB XI und § 113 SGB XI). Darüber hinaus arbeiten, wie bereits erläutert weitere Mitarbeiter im Sozialdienst sowie in der Funktion der Einrichtungsleitung¹³.

2.3.2 Qualität und QM in stationären Altenpflegeeinrichtungen

Auch der Bereich der stationären pflegerischen Versorgung von älteren Menschen hat durch die aufgeführten sozialstaatlichen Veränderungen und deren Folgen direkt und indirekt eine Ökonomisierung erfahren. Auch wenn die Folgen der Ökonomisierung in der theoretischen Diskussion vor allen Dingen für die ambulante Pflege diskutiert werden, so sind sie auch für stationäre Einrichtungen deutlich spürbar und wirksam (Hans Böckler Stiftung 2013). Vor allen Dingen vor dem Hintergrund, dass die stationäre der ambulanten Versorgung vermehrt auch aufgrund finanzieller Aspekte vorgezogen wird, rückt der Fokus vermehrt auf die Faktoren von Finanzierung und Qualität der Leistungen. Auch durch den prognostizierten Zuwachs der Pflegebedürftigkeit in den nächsten Jahrzehnten (auf-

¹² Bisher ließ sich der praktische Pflegeberuf in die Ausbildungs- und Tätigkeitsbereiche der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege differenzieren. Diese Differenzierung in ihrer ursprünglichen Form soll im Zuge einer bundesweiten Reform der Pflegeberufe hinsichtlich der Ausbildungsspezifizierung jedoch aufgehoben werden (Die Bundesregierung 2016).

¹³ Darüber hinaus sind zudem vielfach Mitarbeiter in der hauswirtschaftlichen und haustechnischen Versorgung tätig (Weigert 2008), auf welche hier allerdings nicht weiter den eingegangen werden soll, da sie im empirischen Teil der Arbeit nicht zum betrachteten und befragten Personenkreis zählen.

grund des allgemeinen Zuwachses an hochaltrigen Menschen) und durch eine gleichzeitige Abnahme an „Möglichkeiten familiärer Pflege“ (BMFSFJ 2006) hervorgerufenen Mehrbedarf an vollstationärer Pflegeversorgung älterer Menschen, rückte die Betrachtung und Verbesserung stationärer Altenpflegeversorgung zukunftsweisend wieder in den Vordergrund¹⁴.

Insbesondere mit der im Rahmen der Ökonomisierung einhergehenden Diskussion um die Verteilung vom Geldern, der vermehrten wirtschaftlichen Ausrichtung und der damit einhergehenden Konkurrenz von privatwirtschaftlichen Trägern zu Trägern der Wohlfahrtspflege, der ebenfalls daraus folgenden Kundenorientierung, sowie der öffentlichen Wahrnehmung von Qualitätsmängeln in der Altenpflege durch gehäufte Presseberichte (BMFSFJ 2006 und Hibbeler 2009), rückte der Fokus auch in der stationären Altenhilfe noch einmal verstärkt auf den Faktor der Qualität. Neben dieser Begründung der Qualitätsorientierung spielt dieser im Kontext der stationären Altenhilfe und -pflege weiterhin eine spezifische Rolle: Die besondere Wichtigkeit der Qualität der Arbeit in Einrichtungen der stationären Altenhilfe begründet sich vor allen Dingen in der Besonderheiten der Lebensphase „Alter“. Diese hat sich den letzten Jahrzehnten signifikant weiterverändert. Ältere Menschen sind heute im Durchschnitt (länger) mobil und aktiv (de Groote/Nebauer 2008, S.15.); das Alter wird nicht mehr nur als nicht mehr bloß als „Restzeit“ zwischen Arbeitsleben und Tod anzusehen angesehen (ebd.) Durch die Erhöhung der Lebenserwartung (bpb 2012), stieg jedoch auch korrespondierend mit der wachsenden Anzahl an älteren Menschen im Rahmen des demografischen Wandels (Sievers 2008, S.41 und Fuchs 2006, S.1), auch die Anzahl an hochaltrigen Menschen (von Renteln-Kruse 2001, S. 10). Trotz einer durchschnittlichen länger erhaltenen Mobilität und Eigenständigkeit, steigt ab einem Alter „jenseits des 80. bis 85. Lebensjahres“ die Wahrscheinlichkeit für eine Pflegebedürftigkeit statistisch gesehen deutlich an“ (Böhm/Tesch-Römer/Ziese 2009, S.10). Des Weiteren steigt im Alter außerdem die Wichtigkeit gesundheitlicher Faktoren im Allgemeinen an. Insbesondere die im Alter gehäuft auftretenden Mehrfacherkrankungen, als so genannte „Multimorbidität“ (ebd. und Renteln-Kruse), stellen an die Versorgung älterer Menschen, insbesondere pflegebedürftiger Menschen eine besondere Herausforderung. Neben der Betrachtung und besonderen Beachtung gesundheitlicher Faktoren ist auch der soziale Faktor/Betrachtungspunkt älterer Menschen aktuell und insbesondere in der Zukunft von besonderer Bedeutung.

Diese genannten Faktoren führen zu einer bereits in der Erläuterung der Tätigkeitsbereiche angeführte Mehrdimensionalität, unter der Qualität in stationären Pflegeeinrichtungen betrachtet werden muss: Qualität umfasst dort zum einen die Beachtung gesundheitlich medizinischer und pflegerischer als auch zum anderen sozialer Faktoren. So konstatiert das BMFSFJ (2006), dass der Qualitätsbegriff in stationären Pflegeeinrichtungen zum einem den „Begriff der Pflegequalität“ umfasst, welcher „das Maß der Übereinstimmung tatsächlicher Pflege mit festgelegten Kriterien anspruchsvoller Pflege“ (ebd.) bezeichnet. Daneben betont es auch Wichtigkeit des Vorhandenseins von wissenschaftlichen Grundlagen der Kriterien; erweiterte Definitionen beziehen auch Faktoren der Effektivität und Effizienz als Qualitätsindikatoren ein (ebd.). Des Weiteren werden in den Definitionen des Qualitätsbegriffes in der stationären Pflege, auch aufgrund oben genannter Faktoren des Alters und

¹⁴ Einen ausführlichen Bericht zur Lage der stationären Altenpflege mit einem status quo von Qualität und QM und weiterführenden Empfehlungen stellt mit dem „Ersten Bericht [...] über die Situation der Heime [...]“ des das BMFSFJ (2006) zur Verfügung.

der Tatsache, dass die Einrichtung auch das wohnliche und soziale Umfeld der Bewohner darstellt, soziale Faktoren aufgenommen. Dabei steht die „Lebensqualität“ und „Lebenssituation der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner“ im Fokus der Betrachtung (Ackermann 2005, S.208).

Es wird somit wiederum anhand dieses beispielhaften Arbeitsfeldes deutlich, dass Qualität eine nur schwer erfassbare Dimension ist. Jedoch lässt sich, aus genannten Gründen und auch aufgrund der Komplexität der Qualitätsdimension, auch neben ökonomisch-wirtschaftlicher Faktoren das Vorhandensein eines Qualitätssicherungssystems als sinnvoll beurteilen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass eine hohe Qualität in stationären Altenpflegeeinrichtungen nach Weigert (2008, S.8) erwartet und als „selbstverständlich vorausgesetzt“ wird.

So wurde im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995/1996 als fünfte Säule des deutschen Sozialversicherungssystems (Auth 2012, S.621) die Bedingung an stationäre Pflegeeinrichtungen gestellt, eigene Qualitätssicherungsmaßnahmen ihrer Arbeit herzustellen und regelmäßig die Qualität ihrer Arbeit durch externe Prüfinstanzen kontrollieren zu lassen. Festgehalten ist diese Pflicht dabei inzwischen im Rahmen des SGB XI im spezifischen „Pflege-Qualitätssicherungsgesetz“ (PQsG). Dabei wird die Pflicht zu qualitätssichernden Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen in diesem Gesetzbuch sowohl korrespondierend als auch bezüglich unterschiedlicher Aspekte in dreifacher Hinsicht aufgegriffen: Zum einen wird in diesem Rahmen das „QM als Zulassungsbedingung“ (§72 SGB XI) angesehen, welche als Voraussetzung für die Zulassung stationärer Altenpflegeeinrichtungen das Vorhandensein einer qualitätssichernden Maßnahme festlegt. Zum anderen wird als ein zweiter Punkt im Zuge der „Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV)“ (§ 80a SGB XI) das QM als Voraussetzung für eine Leistungsvereinbarung mit den Pflegekassen angesehen. Als dritten Punkt umfasst das SGB XI daneben auch das Gesetz zur „Qualitätssicherung und Schutz der Pflegebedürftigen“ (§§ 112 bis 120 SGB XI), in dem seit Einführung des PQsGs im Jahr 2002 explizit der Schutz der Rechte der Pflegebedürftigen zusätzlich festgehalten ist.

Darüber hinaus erfuhren des Weiteren auch die Heimgesetze der Länder im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung eine Novellierung, in deren Rahmen ebenfalls der Aspekt qualitätssichernder Maßnahmen aufgenommen wurde (z.B. WTG NRW). Es lässt sich somit festhalten, dass sowohl aus dem SGB XI als auch aus den Heimgesetzen eine verpflichtende Auseinandersetzung der stationären Pflegeeinrichtungen mit dem Thema der Qualitätssicherung und somit eine Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen einhergeht.

Wie und in welcher Form die interne Qualitätssicherung der Einrichtungen erfolgt, obliegt dabei dem Träger (§112 Abs. 1 SGB XI), wobei die Träger in dessen Zuge in Jahren der Entwicklung häufig komplexe eigene QM-Systeme entwickelten, welche sich an die Strukturen und Inhalte bekannte QM-Systeme anlehnen und in der Regel auch (verbands-)intern durch eigene Kontrollmaßnahmen überprüft werden. Die Inhalte der Qualitätshandbücher, als Leit- und Richtlinien im QM, orientieren sich in der Regel nah an den Vorgaben und Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)¹⁵. Dieser überprüft extern und offiziell ebenfalls seit Einführung der Pflegeversiche-

¹⁵ Der MDK führt Beratungen und Begutachtung für die Kranken- und Pflegeversicherung in vielfältiger medizinischer und pflegerischer Hinsicht durch (bspw. „Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung“ oder Empfehlung einer Pflegestufe nach Begutachtung (Weiteres vgl. MDK o.J.a)).

rung die Qualität der stationären Altenpflegeeinrichtungen in einmal jährlich stattfindenden unan gemeldeten Regelprüfungen (§114 SGB XI) oder bei Bedarf in Anlass- („Prüfung aus gegebenem Anlass, z.B. wegen einer Beschwerde“ (MDK o.J.b)) und Wiederholungsprüfungen („Prüfung um festzu stellen, ob beanstandete Mängel behoben wurden“(ebd.)) (§114 Abs.1) im Rahmen der genannten Verordnung zur „Qualitätssicherung und Schutz der Pflegebedürftigen“ des SGB XI. Die Inhalte der Überprüfungen sind anhand eines 82 Einzelprüfkriterien umfassenden Prüfkatalogs, den so genann ten „Transparenzkriterien“ festgelegt. Sie umfassen auf inhaltlicher Ebene sowohl Elemente der pfle gerischen Versorgung („allgemeinen Pflegeleistungen, medizinischen Behandlungspflege“) sowie Elemente der „soziale[n] Betreuung“, sowie der „Richtlinien und Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) 2014, S.14). Dabei er folgt „die Prüfung der einrichtungsbezogenen Kriterien [...] anhand des Erhebungsbogens und der zugehörigen Ausfüllanleitung. Informationsquellen/Nachweise sind: Auswertung der Dokumentation, Beobachtungen während der Prüfung, Auskunft/Information/Darlegung durch die Mitarbeiter, Aus kunft/Information der Pflegebedürftigen/Bewohner“ (ebd., S.11).

Da die Überprüfungen des MDKs im Rahmen eines übergeordneten Rahmenprüfkatalogs auf Bun desebene festgelegt sind, sind auch die Transparenzkriterien in ihren Inhalten vom Bund vorgegeben und werden auf Länderebene durch die MDK-Prüfungskommissionen umgesetzt. Die Ergebnisse der Überprüfungen werden im Sinne der „Transparenzvereinbarung“ (§ 115 Abs. 1a SGB XI) veröffent licht und somit auch dem (zukünftigen Bewohner und „Kunden“ und dessen Angehörigen zugäng lich gemacht (Weiteres vgl. Kap. 2.4.3). Darüber hinaus überprüft als weitere Prüfinstanz in der Regel auch die so genannte Heimaufsicht die Qualität der stationären Pflegeeinrichtungen, wobei diese Überprüfungen inhaltlich primär im Rahmen der Heimgesetze die Qualität der Einrichtungen unter suchen. Da die Regelung der Heimgesetze im Sinne des föderalistischen Prinzips auf der Ebene der Länder festgelegt ist, sind die Ausübung und die Inhalte der Überprüfung der Heimaufsicht (in NRW „WTG-Behörde“) jeweils different festgelegt. Es wird bereits in Ansätzen deutlich, dass eine eindeuti ge Aufteilung der Überprüfungsinhalte zwischen den Prüfinstitutionen nicht immer eindeutig zu voll ziehen ist; so prüft die Heimaufsicht durchaus in einigen Bundesländern auch Inhalte, die auch durch den MDK überprüft werden (vgl. MGEPA 2016). Aufgrund der hohen Anzahl an Prüfinstitutionen sieht das Gesetz eine enge Zusammenarbeit eben dieser vor (§117 SGB XI); so müssen beispielsweise Prü fungen des MDKs oder Sachverständigen der Heimaufsicht mitgeteilt werden (§115 Abs. 1 SGB XI, vgl. auch BMFSFJ 2006)¹⁶.

Im Rahmen der erläuterten Etablierung wurde das QM als qualitätssichernde Maßnahme in den letz ten Jahren immer verstärkter in den Heimalltag integriert. Für die Mitarbeiter der Einrichtungen ist es folglich inzwischen als festes Element direkt oder indirekt in den Arbeitsalltag integriert (BMFSFJ 2006), auch wenn wiederum, wie auch bereits allgemein in Bezug auf die Soziale Arbeit festgestellt, bedacht werden muss, dass Qualität auch schon zuvor, als ein Thema in der Arbeit der stationären

¹⁶ Weitere externe Überprüfungsinstanzen in stationären Altenpflegeeinrichtungen können bspw. das Gesundheitsamt, Bauamt und Feuerwehr, Berufsgenossenschaften u.v.m. sein (vgl. z.B. § 17 Hygieneüberwachung und § 18 Erfassung und Überwachung der Berufe des Gesundheitswesens, ÖGDG NRW)

Altenpflege war, jedoch in einem geringerem Ausmaß professionalisiert.

Zu dieser Professionalisierung zählen die Implementierung bereits erläuterter Verfahren und Methoden im Rahmen des QMs, wie die Einführung von Qualitätshandbüchern mit Qualitätsstandards, Qualitätszirkeln, Audits und QM-Beauftragten, sowie die Verstärkung von Dokumentationsaufgaben. Diese ist ein festes Element zur Überprüfung von Einhaltung der bewohner- und umgebungsbezogenen Standards und Zielen, die sich in der Regel an den Vorgaben des MDKs und dessen Transparenzkriterien, sowie verbandsorientierten Vorgaben orientieren (Keitel/Loffing/Kristen-Seydel 2010, S.285). Die Dokumentation lässt sich dabei jedoch ebenfalls nicht als gänzlich neues Element im Zuge der Implementierung des QMs auffassen. Die Pflegedokumentation gilt als „ältestes Qualitätssicherungsinstrument (mit Wurzeln im 19. Jahrhundert)“ (BMFSFJ 2006), ist seit 1985 (Müller 2015, S.317) „berufliche Pflicht der Pflegefachpersonen (Krankenpflegegesetz/ heimgesetzliche Regelungen der Länder)“, wird jedoch aufgrund ihrer (scheinbar immer weiter anwachsenden) Zunahme im Rahmen des QMs „in jüngster Zeit häufig als ‚bürokratischer Ballast‘“ (BMFSFJ 2006) aufgefasst. Diese Bezeichnung legt bereits die Annahme einer kontroversen Auffassung des QMs auch im Kontext der stationären Altenpflege nahe und führt somit zum nachfolgenden Abschnitt der Arbeit.

2.3.3 Diskurs spezifischer Aspekte des QMs im Kontext stationärer Altenpflegeeinrichtungen

Um im anschließenden Abschnitt, der sich mit dem empirischen Teil der Arbeit befasst, die spezifisch auf die stationäre Altenpflegeeinrichtungen bezogenen Fragestellung, Hypothesen und den Anlass der empirischen Überprüfung der Annahme der negativen Einstellung der Mitarbeiter in diesem Arbeitsbereich nachvollziehen zu können, sollen nun fortführend noch einmal neben dem bereits erfolgten Diskurs des QMs in der Sozialen Arbeit im Allgemeinen, einige Aspekte des QMs aufgrund seiner Vielschichtigkeit in einem groben Überblick noch einmal spezifisch in diesem Bereich diskutiert werden:

Auch die Entwicklung des QMs in der stationären Altenhilfe und -pflege beruht dabei unter anderem auf der „seit den 1990er Jahren voranschreitende wohlfahrtsstaatliche[n] Transformation“ (Slotala 2011, S.13), einer „Intensivierung der Marktlogik“(ebd.) und einer somit resultierenden Ökonomisierung des Pflegebereichs. Im Zuge dieser Veränderung, in der auch „Geld als Steuerungsmedium einen immer größeren Einfluss auf den Versorgungszugang, die Bedingungen und Beschränkungen des gesundheitlichen Versorgungsangebots [hat]“ (ebd.) und die Anerkennung des Faktors der „Qualität“ in mehrfacher Hinsicht, gingen oben genannte Gesetzesänderungen einher, die die Einführung eines QMs als (quasi) obligatorische Maßnahme festlegten. Somit lässt sich auch im stationären Altenpflegebereich das QM als einerseits qualitätsstiftende Maßnahme zum Wohle des Einrichtungsbewohners auf der Mikroebene der Qualitätsbetrachtung (Hensen 2016, S.11 und 17) bewerten, zum anderen jedoch insbesondere hinsichtlich einiger spezifischer Aspekte (neben die in Bezug auf die Soziale Arbeit bereits genannten allgemeinen Kritikpunkte) kritisch betrachten.

So lassen sich zum einen die im Sinne des §92a SGB XI festgelegten Qualitätsvergleiche der MDK-Überprüfungen kritisch diskutieren. Diese wurden im Zuge des im Jahr 2009 verabschiedeten „Pfle-

geerweiterungsgesetz“ (PfwG) im Rahmen einer „Transparenzvereinigung“ eingeführt und führten dazu, dass die Ergebnisse der Überprüfungen des MDK im Sinne des § 114 SGB XI sowohl in den Einrichtungen selbst, als auch im Internet durch die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen veröffentlicht und öffentlich zugänglich gemacht wurden. Um eine bessere Vergleichbarkeit als auch eine einfachere und schnellere Verständlichkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, wurden die Ergebnisse in Form von Schulnoten vorgestellt. Kritische Stimmen sehen in der Kontroll- und vor allen Dingen aber der Bewertungsart des MDKs jedoch die Problematik, dass diese insbesondere im Rahmen der Vergabe von Schulnoten nicht repräsentativ seien (Hibbeler 2009). So schreibt auch die pharmazeutische Zeitung online (2015) den Bewertungsnoten des MDKs „mit einer bundesdeutschen Durchschnittsnote von 1,3 keine Aussagekraft“ zu, da aufgrund eines zu leichten Ausgleichs von Mängeln durch anderweitige Aktivitäten (Hibbeler 2009) zu einer zu hohen Anzahl an sehr guten Noten führe. Weiterhin wird sowohl an dem vom MDK für die Überprüfung genutzte Rahmenprüfkatalog als auch an den internen Qualitätssicherungs- und Überprüfungsmaßnahmen kritisiert, dass die Ergebnisqualität in dessen Rahmen weitestgehend ungeachtet bleibt. Dieser bereits im obigen allgemeinen Teil der Diskussion um das QM in der Sozialen Arbeit (vgl. Kap. 2.2.3) angeführte Kritikpunkt ist ein in diesem Anwendungsfeld breit diskutierter Kritikpunkt. Hibbeler (ebd.) kritisiert somit dass die „Ergebnisqualität bei den MDK-Prüfungen nach wie vor zu kurz [kommt]“, vielmehr „berücksichtigen [die Überprüfungen] jedoch vornehmlich die Struktur- und Prozessqualität“ (Fink 2013). Diese Kritik bezieht sich dabei auch auf die überprüften medizinischen Aspekte der Pflegequalität, bei der ebenfalls in der Überprüfung „[...] im Mittelpunkt die Prozess- und nicht die Ergebnisqualität gestanden [habe]-wenn etwa geprüft werde, ob ein Dekubitus¹⁷ vorliege“ (Hibbeler 2009).

Erst eine Novellierung im Jahr 2012 durch das „Pflegerneuausrichtungsgesetz“ (PNG) führte zur (wortwörtlichen) Aufnahme der Ergebnisqualität als Element des §113 Nr.4 SGB XI, welche zu einer Fokussierung der Qualitätsprüfung auf die Ebene der Ergebnisqualität führen sollte. Dennoch lässt sie die bisherige Modifizierung der Qualitätsüberprüfung des MDKs hinsichtlich dieser Komponente als noch nicht zufriedenstellend und hinreichend bewerten (Fink 2013). Weiterhin wird im Rahmen einer bundesweiten Diskussion zur Modifizierung und Neuerung der Überprüfungen auch kritisiert, dass das nach den bisherigen Verfahren nicht eindeutig nachvollziehbar bewertet wird. „Wissenschaftler bescheinig[en], dass das Prüfverfahren des MDK den Gütekriterien für eine intersubjektive Transparenz nicht entspricht“ (Fink 2013). Daher wird derzeit ein neues, wissenschaftlich fundiertes Verfahren diskutiert und erprobt; ein Aussetzen der veröffentlichten Pflegenoten wurde diskutiert (pharmazeutische Zeitung online 2015), jedoch bislang nicht umgesetzt.

Des Weiteren lassen sich auch die im Rahmen der Qualitätssicherung und des QMs zum Beispiel anhand der Qualitätshandbücher festgelegten Standards und deren Überprüfung wiederum differenzieren bewerten. Einerseits lassen sich Standards insbesondere hinsichtlich medizinisch pflegerischer Aspekte der Versorgung als Element der Strukturierung und Orientierung positiv bewerten. Andererseits lässt sich wiederum hinsichtlich der sozialen Aspekte kritisch bemerken, inwiefern sich individuelle

¹⁷ Ein Dekubitus bezeichnet ein Druckgeschwür, welches u.a. durch Bettlägerigkeit und damit verbundene nicht vorhandene Möglichkeit der selbstständigen Umlagerung entstehen kann, und welches für die Altenpflege weiterhin eine „große Herausforderung“ darstellt (Köther 2011, S.249). Regelmäßige, kontrollierte und dokumentierte Umlagerungen ermöglichen eine weitest gehende Verminderung von Dekubitusproblematiken (vgl. auch Schiemann 2010).

Aspekte tatsächlich im Rahmen von festgesetzten Standards erfassen lassen und wie diese angemessen überprüft werden können; inwiefern diesen genügend Raum im Rahmen der Standards zukommen kann. Die Wichtigkeit dieser Komponente wurde durch die Aufnahme in der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ aufgenommen (BMFSFJ 2005): „Jeder Mensch hat uneingeschränkten Anspruch auf Respektierung seiner Würde und Einzigartigkeit“.

Die medizinischen Standards lassen sich weiterführend auch hinsichtlich der Dokumentation von pflegerischen Tätigkeiten diskutieren. Die Pflegedokumentation lässt sich, wie bereits angemerkt, nicht als Neuerung im Rahmen des QMs eingeführtes Verfahren bezeichnen (Müller 2015, S.317), deren Aufwand jedoch im Rahmen des QMs aus Sicht der Praktiker einen Zunahme erfahren hat und vermehrt als Ballast empfunden wird (BMFSFJ 2006.) Ihr wird jedoch insbesondere im pflegerischen Kontext wichtige Funktion (Weigert 2008, S.90 ff.) zugeschrieben, denn durch die einhergehende Kontrolle und den Austausch über bereits vollzogene Pfl egetätigkeiten kann sie vor Pflegemängeln und somit ggf. schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen bei den Bewohnern schützen. Insbesondere bei der Dekubitusprophylaxe ist die Festschreibung von Standards (z.B. im Rahmen einer „Standardisierung der Dekubitusprophylaxe“ (Hensen 2016, S.75)) und eine verschärfte Überwachung und lückenlose Durchführung der Dokumentation unbedingt von Nöten und kann eine Verschlimmerung des gesundheitlichen Zustandes maßgeblich verhindern (Mader 2013, S.114)¹⁸ Dieser medizinisch-gesundheitliche Aspekt in der Versorgung unterscheidet den Aspekt der Standards und damit einhergehenden Dokumentationsaufgaben im pflegerisch Kontext von „rein“ sozialen Kontexten und betonen ihre Wichtigkeit im „Heimkontext“ im besonderen Maße. Jedoch lassen sich auch hinsichtlich der pflegerischen Komponente die Dokumentationsverfahren insbesondere bezüglich ihrer praktischen Umsetzung in kritischer Hinsicht betrachten. Weigert (2008, S.28) berichtet von in der Praxis umgesetzten Praktiken, in denen die Dokumentation aufgrund zeitlicher oder struktureller Mängel ohne Überprüfung von Dritten, oder im Nachhinein ausgeführt wird.

Im Rahmen einer vermehrten Ausrichtung der Überprüfung der Ergebnisqualität, werden z.B. im Rahmen der MDK-Überprüfung zwar am Tag der Überprüfung dokumentierte Tätigkeiten gemäß §114 SGB XI überprüft (Weigert 2008, S.30), jedoch können weiter zurückliegende Tätigkeiten nur anhand ihrer Dokumentation überprüft werden. Aufgrund der nur eintägigen Überprüfung des MDKs wird somit wiederum vermehrt die Prozess-, jedoch nur geringfügig die Ergebnisqualität betrachtet.

Des Weiteren wird vielfach auch der Aufwand der Dokumentationsaufgaben durch die Art und Weise der Dokumentationsverfahren kritisiert, welcher sich sowohl in ökonomischen Konsequenzen als auch in fehlender Zeit für die Bewohner niederschlägt. Vielfach müssen jegliche geleistete Tätigkeiten einzeln schriftlich dokumentiert werden. Auch die AWO Düsseldorf bedient sich diesem Verfahren, wohingegen die Diakonie Düsseldorf ihre Pflegedokumentation mithilfe digitaler Dokumentationssysteme ausführen lässt. Von eben dieser verspricht man sich einen geringen Zeitaufwand, eine langfristig geringere Arbeitsbelastung der Mitarbeiter, sowie Qualitätsverbesserung der Pflegedokumentation (Ammenwerth et al. 2002, S.85). Im Rahmen einer bundesweiten AWO-Initiative wird dagegen aktuell in Wiesbaden erprobt, inwiefern eine Dokumentation der erfolgten und erforderli-

¹⁸ Diese Wichtigkeit in gesundheitlich-medizinischer Hinsicht begründete auch die juristische Relevanz der Pflegedokumentation und daher eine Aufbewahrungspflicht der Dokumentationsunterlagen nach §13 HeimG und Keitel/Loffing/Kristen-Seydel 2010, S.285).

chen Gesamttätigkeiten, ohne Aufführung der Einzeltätigkeiten zu einer Verbesserung beitragen könnte, in der nur Besonderheiten vermerkt werden (AWO Wiesbaden 2016).

Sowohl das QM als auch die Überprüfung der qualitätssichernden Maßnahmen durch den MDK sieht die Orientierung am „Kunden“ beziehungsweise am Bewohner als elementar an¹⁹. Diese Einbeziehung der Nutzerperspektive bei der Bewertung der Qualität lässt sich zum einen, auch weiterführend neben des ökonomischen Aspekts, dass der Bewohner als Nutzer, aber auch als Kunde, positiv bewertet. Er berücksichtigt im Sinne einer Subjektorientierung den Nutzer (in dem Fall der Heimbewohner) als Experten seiner Lebenswelt.

Kritisch bemerkt wird dagegen vom BMFSFJ (2006), dass es trotz der Notwendigkeit des „mittlerweile fachlich unbestritten[en] [...] Urteil[s] und der Beteiligung der in den Heimen lebenden Bewohnerinnen und Bewohner“, in methodischer Hinsicht Problematiken vorhanden sein können. Diese begründen sich zum einen in differenten und teilweise ambivalenten theoretischen Modellen und auch Vorstellungen von Lebenszufriedenheit und Pflegequalität. Bemängelt wird zum anderen in diesem Zusammenhang, dass auch äußere Einflüsse die Wahrnehmung der Bewohner beeinflussen kann, welche jedoch nicht aus der Qualität der Einrichtung resultieren und dadurch eine verzerrte Beurteilung entstehen kann (ebd.). Insbesondere „ad hoc entwickelte[...] Instrumente“ (ebd.), die wissenschaftlichen Kriterien in den meisten Fällen nicht genügen eignen sich nicht, um valide und verwertbare Ergebnisse zu erhalten.

Als abschließender Diskussionspunkt, welcher auch als Hinleitung zum empirischen Teil der Arbeit dienen soll, soll die mögliche Problematik der Unübersichtlichkeit der QM-Inhalte, der Verfahren und Elemente und Prüfinstanzen in der stationären Altenhilfe erörtert werden. Diese Problematik besteht möglicherweise zum einen für Bewohner und Angehörige, zum anderen jedoch auch für die Mitarbeiter der Einrichtungen (Nerl 2014). Unklarheiten bezüglich der verschiedenen Prüfverfahren, der Prüfinstitutionen und über die jeweiligen Inhalte der Überprüfung treffen dabei in der Praxis auf die Zunahme an Dokumentationsaufgaben im Rahmen des QMs, was zu einer Unzufriedenheit bei den „praktisch arbeitenden“ Mitarbeitern führen kann. Da QM insbesondere als eine „Führungsaufgabe“ (Weigert 2008, S.15) angesehen wird, erhalten insbesondere Führungskräfte, wie Einrichtungsleitungen und Pflegedienstleiter (PDL) Schulungen und Fortbildungen, beschäftigen sich im Rahmen ihrer Arbeitsinhalte auch theoretisch mit der Thematik und erhalten somit eher einen genauen Einblick über die Inhalte, aber auch Ziele und Vorteile der Verfahren. Nur so ist es möglich, die Struktur des QMs nachzuvollziehen, sowie die positiven Aspekte zu erkennen, welche den Mehraufwand des QMs rechtfertigen könnten. Da „Qualität [...] in den Köpfen der Mitarbeiter [beginnt]“ (Weigert 2008, S.14) ist eine genaue Aufklärung und auch Einbezug der Mitarbeiter bezüglich der QM-Verfahren, sowie externen Überprüfungen, unerlässlich. Auch die Akzeptanz eines Verfahrens hängt nach dem beispielhaft herangezogenen Innovationsakzeptanz-Modell nach Davis et al. (1989) auch immer von seinem „wahrgenommenen Nutzen“, sowie seiner „wahrgenommenen Bedienbarkeit“ ab (mehr zur Begrifflichkeit der Akzeptanz und Einstellung s. Kap. 3.3). Dagegen herrschen jedoch nach Stimmen aus der Praxis hinsichtlich der tatsächlichen Ergebnisverbesserung und der Unübersichtlichkeit des

¹⁹ Die Qualitätsüberprüfung des MDS beinhaltet neben der Überprüfung der Dokumentation und deren Inhalten auch eine Stichprobenartige Befragung einzelner Bewohner (MDS 2014, S.15 ff.).

QMs vermehrt Einstellungen der Resignation, Demotivation und Skepsis (Nübling et al. 2004, S.139). Wohingegen in den heutigen Ausbildungsgängen der Mitarbeiter in der Regel inzwischen in den verschiedenen Ausbildungsgängen Lehrinhalte zum QM integriert sind (vgl. z.B. Schewior-Popp/Sitzmann/Ullrich 2012, S.91 ff.), haben insbesondere bereits länger im Beruf tätige Mitarbeiter die Einführung eben dieses mitunter ohne weitere (theoretische) Grundlagen und Informationen erlebt. „Qualitätsmanagement darf von den Mitarbeitern [jedoch] nicht als ein ‚Überstülpen‘ empfunden werden (Weigert 2008, S.101). Ein gelingendes QM ist auch immer abhängig von seiner „Mitarbeiterorientierung“, den Einbezug eben dieser und der daraus resultierenden Haltung und allgemeinen Mitarbeiterzufriedenheit (Schmitz 1998).

Da jedoch die Notwendigkeit aber auch Problematiken von qualitätssichernden Maßnahmen in der stationären Altenhilfe mit den vorangegangenen Aspekten, sowie im spezifischen Kontext der Sozialen Arbeit, bereits im vorangegangenen Kapitel deutlich wurden, sollen somit die Haltungen der Mitarbeiter hinsichtlich des QMs, dessen einzelnen Elementen, sowie dessen Vor- und Nachteilen im folgenden Teil der Arbeit empirisch untersucht und kritisch diskutiert werden.

3 Forschungsdesign

3.1 Forschungsstand und Forschungsinteresse

Bisherige durchgeführte empirische Untersuchungen in den Sozial- und/oder Gesundheitswissenschaften betrachten nur vereinzelt konkret und explizit die Thematik des QMs. Vielmehr beschäftigen sich diese übergeordnet mit der Ökonomisierung und deren Folgen (vgl. z.B. Albrecht et al. 2015). Durchaus wurden in diesem Zusammenhang auch die Wahrnehmungen der Mitarbeiter hinsichtlich der Auswirkungen eben dieser Veränderungen erfasst (vgl. ebd. und Dahme et al. 2005). Im Rahmen der Untersuchungen, die sich mit spezifischen Fragestellungen des QMs befassen, wurde diese Perspektive der Mitarbeiter jedoch bisher als ein Ausschnitt anderer übergeordneter Fragestellungen und nur in einzelnen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit überprüft. Dagegen untersuchen aktuelle Studien zum QM mehrheitlich auf der Ebene der Ergebnisqualität, inwiefern und mit welchen spezifischen Elementen mithilfe des QMs die Qualität auf der Ergebnisebene festgestellt und verbessert werden kann (vgl. z.B. Wingenfeld et al. 2011).

Demgegenüber betrachtet eine qualitative Studie aus dem Gesundheitswesen die Erwartungen und Akzeptanz bezüglich des QMs an einem Klinikum (vgl. Gebhard 2006), aus welchem für die eigene Erstellung und Bearbeitung der Fragestellung und Untersuchungselementen erste Erkenntnisse gewonnen werden können. Daneben lässt sich als einzige Ausnahme im Bereich der Sozialen Arbeit zum jetzigen Zeitpunkt die quantitative Studie von Beckmann et al. (2007) benennen, welche spezifisch aus der Perspektive von Mitarbeitern die Veränderungen auf die Arbeitsbedingungen durch das QM betrachtet. Die Inhalte und Ergebnisse der Studie sollen jedoch inhaltlich gegenüber den hier betrachteten Inhalten abgegrenzt werden. Diese betrachtet primär inwiefern durch das QM „ermächtigende“ oder „restringierende“ Arbeitsbedingungen geschaffen werden und hat dies ausschließlich und spezifisch im Praxisfeld der Jugendberufshilfe untersucht.

Dagegen wurde das in dieser Untersuchung betrachtete Praxisfeld der stationären Altenhilfe bisher

noch nicht hinsichtlich eben dieser Fragestellung untersucht, da sich bisherige Studien in diesem Bereich, wie genannt, ausschließlich übergeordnet mit den Auswirkungen der Ökonomisierung und der Umsetzungselemente befassen (vgl. Dahme et al. 2005). Zwar lässt sich aufgrund der Verortung der „Ökonomisierung als Auslöser von QM-Strategien“ (Wohlfahrt 2003, S.13) das QM als Element in den Untersuchungen identifizieren, jedoch wird es nicht als Hauptthematik in den Untersuchungen aufgenommen.

Die Wichtigkeit der hier aufgegriffenen spezifischen Fragestellung nach der Wahrnehmung der Mitarbeiter hinsichtlich der Thematik des QMs lässt sich aus verschiedenen Aspekten heraus begründen und darstellen. Die Ergebnisse der genannten Studien zur Ökonomisierung in der Altenhilfe sowie die theoretische Diskussion spezifisch zum QM weisen auf negative Haltung aufgrund verschiedener Einwände und Problematiken gegenüber eben diesem hin (vgl. auch Kap. 2.3.3). Es stellt sich somit weiterführend die Frage, inwiefern eine mögliche negative Einstellung und mangelnde Akzeptanz problematisch hinsichtlich des QMs ist und somit, warum es erstrebenswert ist, diese theoretisch festgestellte Haltung empirisch zu untersuchen und Faktoren diesbezüglich auszumachen. Die Mitarbeiter einer Einrichtung sollten in den QM-Prozess dessen Umsetzung und Weiterentwicklung eingebunden werden, wobei der Bezug zum QM je nach Position unterschiedlich ausfallen kann. Mitarbeiter der Leitungsebene führen dabei strukturierende und administrative Tätigkeiten hinsichtlich des QMs aus, Mitarbeiter mit in praktischen Tätigkeiten führen das QM im Rahmen ihrer praktischen Tätigkeiten an (vgl. auch Kapitel 2.3.3 sowie weiteres vgl. Kap. 3.3). Ein Misstrauen der Mitarbeiter gegenüber dem QM, welches nach Gehrman und Müller (2013, S.158) in Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu identifizieren ist, und nach Kaspar (2006, S.2) sogar als „Widerstand“ einzuordnen ist, behindert die Umsetzung des QMs, sowie damit verbunden die Erreichung positiver Elemente und Zielsetzungen (Nübling et al. 2004). Weigert (2008, S.14) stellt diesbezüglich fest, dass „Qualität [...] erfahrungsgemäß in den Köpfen der Mitarbeiter [beginnt]“. Eine niedrige Akzeptanz sowie eine negativ gerichtete Einstellung zum QM aufgrund verschiedener Auslöser verhindern die notwendige Einbindung der Mitarbeiter in einer kooperierenden kommunikativen Form, was konstruktive Veränderungen und Verbesserungen im QM-Prozess einschränkt. Als weiterführender Punkt lässt sich die Wichtigkeit der Erfassung der Haltung der Mitarbeiter aus einer arbeitswissenschaftlichen Perspektive betrachten, in der Faktoren wie Mitarbeiterzufriedenheit mit einhergehenden Betrachtung von Stress und Belastung am Arbeitsplatz, sowie folgend die Attraktivität des Berufs und der Organisationsträger von Relevanz sind. Diese genannten Aspekte treten sowohl aufgrund des Fachkräftemangels in der stationären Altenhilfe, sowie aufgrund der in letzter Folge auftretenden Auswirkungen auf dem im Fokus der Sozialen Arbeit stehenden Klienten in den Vordergrund.

Nach der erfolgten theoretischen Darstellung des Diskurses um das QM, sowie der theoretisch dargelegten tendenziell eher negativen Haltungen in der Praxis, soll daher nun eine empirische Überprüfung und erste Analyse von Faktoren als Grundlage für weitere Überlegungen und Forschungen stattfinden. Dabei soll vor allen Dingen der Faktoren der Berufsgruppenzugehörigkeit, sowie weitere Faktoren betrachtet werden, was im Rahmen der Hypothesenformulierung deutlich wird. Bevor diese jedoch weiterführend genauer dargelegt und deren Herleitung und Annahme theoretisch begründet

werden, soll in einem kurzen Überblick, der genaue Untersuchungsgegenstand und –bereich vorgestellt werden.

3.2 Fallauswahl und Feldzugang

Die nähergehende erfolgte Darstellung des ausgewählten spezifischen Betrachtungsbereichs der stationären Altenhilfe (vgl. Kap. 2.3) führt bereits zur multikausalen Begründung der Auswahl eben dieses Arbeitsfeldes für die Betrachtung der Forschungsfrage. Diese lässt sich zu Beginn noch einmal kurz zusammenfassen: Die stationäre Altenhilfe wird im Rahmen der demografischen Entwicklung eine elementare Funktion in der pflegerischen Versorgung zukommen, da mit dem Anstieg der hochaltrigen Menschen in Deutschland auch die Anzahl der Pflegebedürftigen zunehmen wird, welche nicht mehr ambulant zu versorgen sind. Die Sicherung und Verbesserung der Qualität der Pflege sowie sozialen Versorgung in den stationären Einrichtungen wird somit auch weiterhin von großer Bedeutung sein. Die Mitarbeiter, als ausführende Instanzen im QM, in den Einrichtungen sind ohnehin belastenden Arbeitsbedingungen und -anforderungen ausgesetzt und können somit die zusätzlichen Aufgaben des QMs als Mehrbelastung auffassen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in der Altenpflege für den Arbeitgeber von besonderer Bedeutung.

Als zu befragende Einrichtungen wurden die stationären Pflegeeinrichtungen der AWO Düsseldorf VITA gGmbH, sowie Einrichtungen der Diakonie Düsseldorf ausgewählt. Durch die Befragung zweier unterschiedlicher Träger, wird eine breitere Auswahl an unterschiedlichen Befragungsteilnehmern gewährleistet, sowie die Unterschiedlichkeit zweier Träger als nicht-kirchlicher und kirchlicher Wohlfahrtsverbände berücksichtigt. Da beide Träger unterschiedliche QM-Systeme verwenden, ist sowohl dadurch eine Vielfalt hinsichtlich der Gesamtstichprobe, als auch die Grundlage für die Untersuchung einer möglichen Unterschiedlichkeit zwischen zwei verschiedenen Trägern (vgl. Kap. 3.3) gewährleistet. Da die Teilnahme an der Befragung an die Freiwilligkeit und Bereitschaft der Einrichtungsleitungen gebunden war, wurden nicht alle Düsseldorfer Einrichtungen der AWO und Diakonie im Rahmen der Untersuchung befragt, sondern insgesamt vier Einrichtungen der AWO, sowie drei Einrichtungen der Diakonie. Durch die Art der Auswahl der Teilnehmer, welcher auf einem freiwilligen Kontext beruht, lässt sich die Stichprobe als willkürliche Stichprobe im Sinne einer Klumpenstichprobe durch Selbstselektivität beschreiben. Dadurch muss hinsichtlich der weiterführenden Ergebnisbetrachtung immer bedacht werden, dass diese nur eingeschränkt als repräsentative Ergebnisse (Madlberger 2013, S.221), jedoch durchaus als erste Hinweise für eben diese gewertet werden können.

3.3 Fragestellung und Hypothesen

Nach der vorangegangenen allgemeinen Erläuterung des übergeordneten Forschungsinteresses, mit der Erläuterung der Wichtigkeit der Untersuchungsdurchführung, der Vorstellung der aktuellen Forschungslage in diesem Feld, sowie der Vorstellung des Forschungsfeldes, sollen weiterführend die genaue forschungsleitende Fragestellung und die einzelnen Hypothesen der Untersuchung mit ihrer jeweiligen theoretischen Herleitung dargelegt werden. Wie bereits eingangs erläutert, geht es übergeordnet um die Fragestellung,

„Welche Unterschiede in der Akzeptanz von und Einstellungen zu QM lassen sich zwischen ver-

schiedenen Mitarbeitergruppen von stationären Altenpflegeeinrichtungen in Düsseldorf ausmachen und welche Faktoren zusätzlich unterschiedliche Einstellungen (Haltungen) bedingen“.

Die aus der Fragestellung resultierenden Hypothesen sollen nun weiterführend bezüglich ihrer Auswahl, ihrer Erstellung und ihrer theoretischen Herleitung ebenfalls näher betrachtet werden. Diese wurden aus dem theoretischen Diskurs, sowie aus Ergebnissen bisheriger Studien abgeleitete Hypothesen im Sinne von „Ex-Post-Erklärung[en]“ (Döring/Bortz 2016, S.628) generiert. Die ersten drei Hypothesen (H₁, H₂, H₃) befassen sich inhaltlich mit den Unterschieden zwischen den verschiedenen befragten Gruppen²⁰. Sie stellen somit ungerichtete Unterschiedshypothesen dar. Jede Hypothese wird durch die so genannte „Alternativ- oder Gegenhypothese“ (Raithel 2008, S.33) benannt (H_x). Sie stellt „die formulierte Hypothese [dar], die in der Untersuchung getestet werden soll. [...] ‘Alternativ’ deshalb, weil die aufgestellte Hypothese eine zu bisherigen Aussagen alternative bzw. innovative Erkenntnis beinhaltet und den Wissensstand zu ergänzen versucht.“ (ebd.). In Rahmen der Untersuchung formuliert die Alternativhypothese jeweils Unterschiede, zwischen den jeweils genannten Gruppen in Hinsicht auf die Akzeptanz zum QM. Demgegenüber steht jeweils die so genannte „Nullhypothese“ (H₀), welche als die konträre Position zur Alternativhypothese darstellt. Sie formuliert in der Regel die Annahme, dass jeweils kein Unterschied zwischen den untersuchten Gruppen/Merkmalen feststellbar ist (Töpfer 2012, S.307). Wichtig ist in diesem Zusammenhang das Verständnis, dass im Rahmen der statistischen Auswertung bei der Ablehnung der Nullhypothese, zunächst einer Annahme der Alternativhypothese ausgegangen werden kann (Döring/Bortz 2016, S.665 und Weiteres vgl. Kap. 4).

Diese drei ersten Hypothesen lassen sich wie folgend definieren, sowie theoretisch ableiten:

H₁: Es besteht ein Unterschied in der Akzeptanz von und Einstellung zu QM zwischen den Mitarbeitern der Pflege und der Sozialen Arbeit (Sozialdienst)

Der theoretische Diskurs attestiert beiden Professionen Veränderungen durch die ökonomisierten Rahmenbedingungen sowie die Etablierung des QMs in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Eine Verschärfung und Erhöhung von Dokumentationsaufgaben als Element des QMs wird dabei jedoch insbesondere der Pflege (umfasst Mitarbeiter der Pflege, sowie Wohnbereichsleitung (WBL)) mit ihrem Handlungsbereich der medizinisch ausgerichteten Behandlungspflege zugeschrieben, was dazu führt, dass insbesondere in der Pflege eine Einschränkung im direkten Bewohnerkontakt gesehen werden könnte. Auch die von der Hans-Böckler-Stiftung (2013) festgestellte hohe Arbeitsbelastung für Pflegemitarbeiter in der stationären Altenhilfe kann dazu führen, dass das QM mit seinen teilweise einschränkenden Elementen anders wahrgenommen wird als von Mitarbeitern des Sozialdienstes. Dies führt zu der Annahme, dass es Unterschiede in der Akzeptanz und Einstellung (in der Höhe der Ausprägung) zum QM zwischen Pflege- und Sozialdienstmitarbeitern gibt und sich diese zudem hinsichtlich unterschiedlicher „Itembereiche“/Variablen unterscheidet.

H₂: Es besteht ein Unterschied in der Akzeptanz von und Einstellung zu QM zwischen den Mitarbeitern der Leitungsebene und der Fachkräfteebene („Praktiker“)

„Qualitätsmanagement [wird] als Führungsaufgabe“ (Majewski/Seyband 2002, S.80) angesehen. Dies bedeutet, dass insbesondere die inhaltliche und steuernde Auseinander- und Umsetzung primär von Leitungsmitarbeitern (Heimleitung, Pflegedienstleitung (PDL) und Geschäftsführung, (vgl. auch Loffing/Geise 2010, S.86)) ausgeführt wird. Dagegen geschieht die praktische Auseinandersetzung auf der Ebene der Fachkräfte auf der Durchführungsebene („Praktiker“: Pflege, Sozialdienst, WBL, (vgl. ebd.)). Auch nimmt die Leitungsebene insbesondere im Zuge der Ökonomisierung eine vermehrt betriebswirtschaftliche Position ein. Daraus entsteht die Annahme, dass „Praktiker“ das QM aus einer anderen Perspektive wahrnehmen, als Mitarbeiter der Leitungsebene, da sie

²⁰ In der Soziologie wird eine (soziale) Gruppe anhand bestimmter gleicher Merkmale identifiziert. So verfolgen sie in der Regel gleiche Ziele und führen ähnliche Handlungen aus. Da die Gruppenzugehörigkeit in diesem Fall von der Berufszugehörigkeit bestimmt ist, lassen sich die Gruppen im Rahmen dieser Untersuchung als „formelle Gruppen“ bezeichnen, da die Gruppenbildung über die Organisationsstruktur vorgegeben ist (vgl. z.B. Spieß/Rosenstiel 2010).

die direkte Realisierbarkeit mit Vor- und Nachteilen erleben, wohingegen Leitungsmitarbeiter das QM aus einer administrativen betriebswirtschaftlichen Perspektive betrachten. Auch die nach Studie Beckmann et al. (2007) differenziert daher zwischen Mitarbeitern der Leitung und den Fachkräften auf der „Praktiker“-Ebene.

H3: Es besteht ein Unterschied in der Akzeptanz von und Einstellung zu QM zwischen den Mitarbeitern der Diakonie und der Arbeiterwohlfahrt Düsseldorf.

Die Arbeiterwohlfahrt Düsseldorf bedient sich im Bereich der stationären Altenhilfe eines anderen QM-Systems als die Diakonie Düsseldorf. Die AWO Düsseldorf verwendet nach DIN ISO angelehntes QM-System, welches zusätzlich zur internen Überprüfung extern zertifiziert wird (vgl. Kap. 2.2.2). Dieses System wird in der Literatur vermehrt als „starr“ und daher als „umstritten“ (Hanselmann 2005, S.21) für soziale Einrichtungen gesehen. Die Diakonie Düsseldorf bedient sich eines eigens in Kooperation mit wissenschaftlichen Institutionen entwickelten QM-Systems. Im Rahmen von Kooperation mit der Universität Witten-Herdecke im Sinne von „Praxis-Theorie-Vernetzung [...] werden „Produkte, Standards, Instrumente und Richtlinien entwickelt und getestet“ (Diakonie Düsseldorf 2016). Diese unterschiedlichen QM-Systeme, von denen das eine als bereits lang verwendetes, jedoch „starres“ ursprünglich extern der Sozialen Arbeit entwickeltes System gilt, das andere individuell entwickelt und nicht durch übergeordnete QM-Systeme geleitet (TQM etc.), jedoch in Kooperation mit wissenschaftlichen Institutionen geprüft und verbessert wird, könnten zu einer differenten Wahrnehmung, Haltung und weiterführend Akzeptanz des QMs bei den Mitarbeitern führen.

Zudem attestieren Dahme et al. 2005, S.57 f. kirchlichen Wohlfahrtsverbänden eine „Besonderheit“, welche sich auch auf den Umgang mit den Bedingungen der veränderten sozialstaatlichen Ausrichtung und weiterführend der Ökonomisierung der Sozialen Arbeit, als dessen Element die Etablierung des QMs gesehen werden kann, auswirkt. Daher unterscheiden auch Beckmann et al. (2007) in ihrer Untersuchung zwischen kirchlichen und nicht kirchlichen Wohlfahrtsverbänden, von denen hier zwei exemplarisch untersucht werden.

H4-H6: Es besteht innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen ein Unterschied Akzeptanz von und Einstellung zu QM zwischen lange im Beruf tätigen Mitarbeitern und erst seit einigen Jahren tätigen Mitarbeitern.

In den heutigen Ausbildungsinhalten von Pflegekräften und auch von Sozialarbeitern sind Lehrinhalte zu Elementen der Sozialwirtschaft, der Ökonomie und somit auch zum QM fest integriert (vgl. z.B. Schewior-Popp/Sitzmann/Ullrich 2012, S.91 ff.). Auch den Professionsalltag kennen erst kurz im Beruf tätige Mitarbeiter, im Gegensatz zu bereits seit mehreren Jahrzehnten im Beruf tätige Mitarbeiter, nicht mehr ohne die heutige Präsenz des QMs. Hinsichtlich der einzelnen Gruppen von H1 bis H3 soll daher weitergehend untersucht werden, ob es einen Unterschied zwischen Mitarbeitergruppen gibt, die unterschiedlich lange im Beruf arbeiten.

H7: Die Einstellung zur Ökonomisierung korreliert positiv mit der Akzeptanz des QMs

Das QM wird u.a. als Element und „Produkt“ der Ökonomisierung der Sozialen Arbeit aufgefasst. Als weitere Veränderungen und Elemente der Ökonomisierung lassen sich beispielhaft die Kundenorientierung und wirtschaftliche Ausrichtung von Einrichtungen Sozialer Arbeit gewertet (vgl. auch Kap. 2.1.2). Somit wird angenommen, dass umso höher die Akzeptanz des QMs ist, auch desto höher ist auch die Akzeptanz zu weiteren Elementen der Ökonomisierung.

Anhand welches theoretischen Modells die Untersuchung dieser Hypothesen erfolgen soll, wird im nachfolgenden Abschnitt der Arbeit erläutert.

3.4 Ausgewähltes Theoriemodell der Akzeptanz, Operationalisierung und Erhebungsinstrument

Die Bewertung der Haltung der Mitarbeiter zum QM soll im Kontext dieser Untersuchung anhand ihrer Akzeptanz und Einstellung erfolgen. Um einen gemeinsamen Konsens über diese Begrifflichkeit zu erlangen ist es nötig, zunächst einen theoretischen Hintergrund, sowie das verwendete Modell zu diesen Konstrukten darzulegen. Dies ist des Weiteren notwendig, um die erfolgte Operationalisierung im Rahmen des Fragebogens zu verstehen.

Kornmeier (2009, S.107) stellt zunächst fest, dass „im Rahmen des wissenschaftlichen Sprachgebrauchs [...] daher eine Präzisierung des Terminus [der Akzeptanz] unerlässlich [ist]“. Er bemerkt je-

doch auch kritisch, dass trotz des häufigen Gebrauchs auch im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen und Publikationen, wie auch hinsichtlich des Terminus „Qualität“, keine einheitliche „allgemeingültige Definition existiert“ (ebd.). Eine häufige Verwendung im (arbeits-)wissenschaftlichen Kontext stellt die Untersuchung der Aneignung von und Haltung gegenüber Technikinnovationen oder Systemen dar (vgl. z.B. Schliewe 2011). Die soziologische Sichtweise definiert Akzeptanz als „zustimmende bzw. ablehnende Haltung sozialer Gruppen oder Individuen gegenüber politischen, gesellschaftlichen und anderen öffentlichen Thematiken oder gegenüber Einstellungen bzw. Meinungsäußerungen anderer Individuen“ (Kornmeier 2009, S.108). Da es im Kontext dieser Arbeit ein Management-System, als Akzeptanzobjekt betrachtet wird, sollen in diesem Verständnis beide Definitionen der Akzeptanz fusioniert werden. Es soll somit mit „Akzeptanz“ die zustimmende bzw. ablehnende Haltung von Gruppen gegenüber einem System, dem QM-System und dessen Elementen, verstanden werden. Kornmeier (ebd., S.110) sieht zudem eine „korrespondierende“ Stellung des Einstellungsbegriffs zur Akzeptanz. Wohlfahrt (2004, S.28) sieht in diesem Konstrukt überdies eine Synonymität zum Konstrukt der Akzeptanz. Trotz der ebenfalls vorhandenen Schwierigkeit eines nicht allgemein anerkannten Einstellungskonzepts soll dieses jedoch hier als „zusammenfassende[...] Bewertung eines bestimmten Objekts mit einem gewissen Grad von Zuneigung oder Abneigung“ (Kornmeier 2009, S.111) verstanden werden. Sie wird im Zuge von quantitativen empirischen Untersuchungen in der Regel durch Zustimmung oder Ablehnung von (positiv oder negativ formulierten) Itemaussagen erhoben. Im Rahmen des erläuterten „einstellungsorientierten Akzeptanzkonzeptes“ (ebd., S.110) wird somit in dieser Untersuchung die Akzeptanz über eine Itematterie, welche die Einstellung zum QM erfragt, erfasst.

Das hier verwendete Modell beruht auf dem nach Rogers (1983) basierendem diffusionstheoretischen Akzeptanzmodell nach Moore und Benbasat (1991). Innerhalb des Modells werden insgesamt fünf Variablen definiert, welche die Akzeptanz definieren/operationalisieren, sowie anhand derer die Überprüfung von Akzeptanz erfolgen kann: (1) „Relativer Vorteil“, (2) „Kompatibilität“, (3) „Beobachtbarkeit“, (4) „Komplexität“²¹. Ähnliche Variablen lassen sich ebenso im Rahmen anderer Akzeptanzmodelle und deren Operationalisierung wiederfinden anderen (so umfasst bspw. Albrechts et al. (2015) Variablensammlung zur Einstellung „berufliche professioneller Standards und Werte“). Resultierend aus der Erläuterung des zugrunde liegenden Akzeptanzmodells nach Moore und Benbasat (1991) und dessen einzelnen Variablen ein Modell der Akzeptanz herleiten (abhängige Variable) und aufstellen, welches in Abb. 1 ebenso, wie die in den Hypothesen aufgegriffenen, zu testenden Einflussfaktoren (unabhängige Variablen) dargestellt wird.

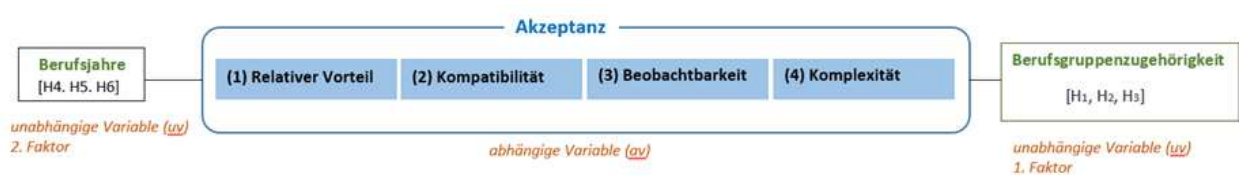


Abb. 1: Nach Moore und Benbasat hergeleitetes Modell der Akzeptanz mit zu testenden Faktoren (eigene Darstellung)

²¹ Arnold und Klee (2016, S.12) definieren diese Variablen des Akzeptanzmodells nach Moore und Benbasat wie folgt: Der (1) „Relative Vorteil“ beschreibt den Nutzenvorteil der betrachteten Innovation oder Steuerungsmodells zur Vorgangssituation, die (2) Kompatibilität „die Vereinbarkeit mit bestehenden Werten, Erfahrungen und Bedarfen“, die (3) „Beobachtbarkeit“ den „Grad, mit dem die Ergebnisse [...] für andere erkennbar sind“, sowie die (4) „Komplexität“ die Schwierigkeit, die Innovation zu verstehen und bedürfnisgerecht zu benutzen“.

Die in dem Rahmen des Akzeptanzmodells nach Moore und Benbasat (1991) aufgestellte, den jeweiligen Variablen zugeordnete, Itemsammlung wurde zu Teilen übernommen, einige modifiziert und an den Kontext der Sozialen Arbeit angepasst, sowie die einzelnen Itemkategorien/Variablen durch additive Items ergänzt (Herkunft/Ableitung der Items, s. Anhang Tab.1).

Des Weiteren umfasst der Fragebogen insgesamt neun Items, welche die Einstellung zu „ökonomischen Aspekten“ erfragt (Item 7.1-7.9). Diese Kategorie wurde in den Fragebogen aufgenommen, um feststellen zu können, wie die Mitarbeiter die in Kap. 2.1.2 erläuterten mit der Ökonomisierung einhergehenden Veränderungen einschätzen, also wie ihre Einstellung diesbezüglich ist. Diese wird im Rahmen der Hypothese H₈ hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit der Akzeptanz des QMs getestet.

Wie aus der Erläuterung des zugrunde liegenden Modells nach Moore und Benbasat ableitbar, das als Grundlage zur Operationalisierung diente, wurde zur Erfassung der Haltung der Mitarbeiter zum QM ein standardisierter Fragebogen als Instrument verwendet und quantitativ ausgewertet. Diese Methode bietet gegenüber eines qualitativen empirischen Vorgehens, wie bspw. über ein Interview-Verfahren, im Kontext dieses Forschungsfeldes verschiedene Vorteile, welche Döring und Bortz (2016, S.398) aufführen. „Als Befragungstechnik ist die Fragebogenmethode – ebenso wie die Interviewmethode – in der Lage, Aspekte des subjektiven Erlebens [...] zu erfassen [...]“ (Döring/Bortz 2016, S.398). Im Rahmen dieser Untersuchung stellte die Diskretion und höhere Anonymität des Fragebogens (ebd., S.589) gegenüber persönlichen Interviews einen relevanten Aspekt dar. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund von besonderer Bedeutung, dass eine Beeinflussung des Antwortverhaltens z.B. aufgrund von „Interviewereffekten“ (Bogner/Landrock 2015, S.5) oder aufgrund einer nicht frei auszuübenden Kritik der Mitarbeiter am Arbeitgeber und dessen Management-Systemen, so gering wie möglich gehalten werden soll. Durch die Verwendung der Fragebogenmethode mit einem primär quantitativen standardisierten Vorgehen sollte somit gewährleistet werden, dass die Realität in Form der tatsächlichen Meinung der Mitarbeiter bestmöglich und mit wenigen Einflussfaktoren von außen abzubilden (Weiteres vgl. Kap. 5). Des Weiteren stellt die Fragebogenmethode eine effiziente Form der Befragung dar; „In kurzer Zeit können Fragebogenantworten von vielen Befragungspersonen zu sehr vielen Merkmalen gesammelt werden“ (ebd.). Es lässt sich somit auch festhalten, dass hinsichtlich der Forschungsfrage und Hypothesen, die Fragebogenmethode als geeignetere Methode hinsichtlich der Gruppenvergleiche auszumachen ist, da somit eine große Anzahl an Personen aus den verschiedenen Gruppen befragt werden konnten.

Da der regelmäßige und freie Zugang zum Internet nicht für jeden Mitarbeiter in den ausgewählten stationären Altenpflegeeinrichtungen nicht gewährleistet ist, wurde die Umfrage in Papierform durchgeführt. Der Fragebogen (s. Anhang Abb.2) umfasst insgesamt zwei Seiten (Vorder- und Rückseite); die Ausfülldauer beträgt ungefähr zehn bis fünfzehn Minuten. Trotz der Orientierung an den Variablen und einzelnen Items nach Moore und Benbasat (1991, s.o.), ist es notwendig, aufgrund der neuartigen innovativen Fragestellung einen neuen, noch nicht erprobten Fragebogen zu erstellen (Wissing 2015, S.357), wodurch die Zusammensetzung der Itematterie im Rahmen der Auswertung spezifisch überprüft werden musste (vgl. Kap. 4).

Dieser umfasst im ersten Teil Items zur Erfassung verschiedener soziodemografischer Daten, welche

für die Testung der Hypothesen oder als Kontrollvariable nötig sind. Da diese Items auch die Berufszugehörigkeit und Position im Betrieb erfragen, wurden aufgrund der Wichtigkeit der Angabe hinsichtlich der Hypothesen, im Rahmen der Fragebogenkonstruktion die soziodemografischen Daten an den Anfang des Fragebogens gesetzt. Um bei den Mitarbeitern das Gefühl einer weiterhin hohen Anonymität zu erhalten, wurden nur wenige und ausgewählte notwendige soziodemografische Daten abgefragt.

Die Haltung der Mitarbeiter hinsichtlich des QMs wurde über eine fünfstufige Likert-Skala²² im Rahmen einer nach den Variablen des Akzeptanzmodells nach Moore und Benbasat gegliederten Itembatterie mit insgesamt 28 Items erhoben. „Um Antworttendenzen zu vermeiden, sollten sowohl positive Items [...] als auch negative Items [...] konstruiert werden“ (Döring/Bortz 2016, S.269). Daher werden verschiedene Items dem QM und dessen abgefragten Elementen gegenüber negativ formuliert. Im Rahmen der verwendeten fünfstufigen Ratingskala mit ihren jeweils einzeln benannten Antwortmöglichkeiten („stimme voll und ganz zu“, „stimme eher zu“, „neutral“, „stimme eher nicht zu“, „stimme nicht zu“, mit den zugehörigen festgelegten Itemcodes „1“ bis „5“) wird bewusst die Möglichkeit zur einer „mittigen“ Antwortmöglichkeit gegeben. Trotz der Gefahr zu einer „Tendenz zur Mitte“ (Bogner/Landrock 2015, S.4 und Greving 2009, S.73) im Antwortverhalten der Teilnehmer, wird so zum einen die Möglichkeit zur tatsächlich „mittig“ angeordneten neutralen Position oder Haltung gegeben (Porst 1998, S.29). Zum anderen ist diese Art der Skalierung nach Weiber und Jacob (2000, S.545) notwendig, um überhaupt von einer metrischen Skalierung ausgehen zu können, welche für die Art der angestrebten Hypothesenprüfung von Notwendigkeit ist (z.B. für den t-Test oder Varianzanalyse vgl. Kap. 4). Auch die einzelne „Verbalisierung“ der Skalenabstufungen unterstützt die Annahme einer metrischen Skala, da so eher die Annahme gleich großer Abstände zwischen den Antwortmöglichkeiten angenommen wird (ebd.). Ergänzt wird die verwendete fünfstufige Rating-Skala außerdem durch die Antwortkategorie „weiß nicht“, die eine Ausweichmöglichkeit zur nicht-Beantwortung oder willkürlichen ambivalenten Antworten bietet (Döring/Bortz 2016, S.249). Um den Teilnehmern im Rahmen der ansonsten vollstandardisierten Befragungsart die Möglichkeit einer offenen Mitteilungsvariante zu bieten, wird der Fragebogen um eine offene Frage ergänzt. Diese bietet den Teilnehmenden die Möglichkeit vollständig offen ihre Meinung hinsichtlich des QMs zu äußern, was neben der möglicherweise positive Wahrnehmung bei der Beantwortung der Fragen, die Möglichkeit bietet, nicht aufgeführte Aspekte zu nennen (Mummenday/Grau 2008, S.74) und diese ggf. bei Mehrfachnennungen zu kategorisieren und auszuwerten.

Nachfolgend wurde der Fragebogen nach der Fertigstellung der ersten Entwurfsvorlage mit der oben genannten Strukturierung, Einteilung und Itemauswahl mithilfe eines Vortestes, einem so genannten „Pretest“ evaluiert und überarbeitet. Der Pretest stellt nach Porst (2014, S.190) eine „unabdingbare Voraussetzung zur Vorbereitung der Hauptbefragung dar“ in der der Fragebogen als Prototyp getestet, evaluiert und verbessert wird (ebd.). Dabei soll es darum gehen „optimierte Erhebungsunterlagen“ zu erhalten, die „das Ausfüllen erleichtern und gleichzeitig die Datenqualität [der Untersu-

²² Bei dieser nach Rensis Likert benannten Ratingskala handelt es sich um die in den empirischen Sozialwissenschaften meistverwandten Skalenyp zur Einstellungsmessung. Aussagen zur Einstellung werden anhand ihrer zumeist in fünf- oder sieben-stufigen Skalenabstufungen erfasst. Weitere Informationen zu dieser Art der Skalierung führen bspw. Greving (2009, S.73 ff.) auf.

chung] erhöhen“ (Blanke/Gauckler/Sattelberger 2008, S.641). Eine möglichst realitätsgetreue Darstellung der Meinungen, unabhängig vom Durchführenden („Durchführungsobjektivität“, Böhm-Kasper/Schuchart/Weishaupt 2009, S.37), sowie eine möglichst hohe Rücklaufquote sollen somit durch eine optimierte Verständlichkeit, Reihenfolge und optische Anordnung (Porst 2014, S.191) der Fragebogenitems erreicht werden. Um insbesondere die Problematiken bezüglich der Verständlichkeit ausmachen zu können, wurde daher eine qualitative Methode der Vorabuntersuchung ausgewählt. Diesbezüglich wurde sich der Methode der „kognitiven Interview-Technik“ mit verschiedenen Nachfragetechniken und einer schriftlichen sowie auditiven Dokumentation bedient, welche eine häufig verwendete qualitative Pretest-Methode darstellt (Blanke/Gauckler/Sattelberger 2008, S.643 und Porst 2014, S.191). Blanke, Gauckler und Sattelberger (2008, S. 641) empfehlen hinsichtlich des Pretests eine Testung mit unterschiedlichen Personengruppen. Auch im Rahmen des Pretests dieser Untersuchung wurde der Fragebogen daher mehreren Personengruppen vorgelegt, was insbesondere hinsichtlich der Fragestellung der Untersuchung und den weiterführenden Hypothesen, die sich vor allem auf die Unterschiede zwischen verschiedenen Personengruppen beziehen, von besonderer Bedeutung ist. Die verschiedenen befragten Mitarbeitergruppen der Hauptuntersuchung sollen somit auch im Rahmen des Pretests jeweils durch mindestens eine Pretest-Testperson vertreten sein. Die Frage nach der Auswahl der Testpersonen „beantwortet[e] sich [somit] über die Zielgruppe [der] Hauptbefragung“ (Porst 2014, S.202). Da sich die Annahmen über die Unterschiede innerhalb der Hypothesen sich primär auf die Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Zuordnungen zur Führungs- oder Fachkräfte-Ebene beziehen, wurden zwei Diplom Sozialarbeiter (Heimleitung und Fachkraft=„Praktiker“), sowie zwei examinierte Altenpfleger (PDL und Fachkraft) aus der stationären Altenhilfe jeweils somit auf der Fachkräfte- und Führungskräfte-Ebene befragt. Zudem wurde darauf geachtet sowohl Mitarbeiter mit längerer Berufszugehörigkeit als auch Mitarbeiter, welche erst seit kürzerer Zeit in diesem Beruf tätig sind, zu befragen, um einerseits die Verständlichkeit der Fragebogenitems in verschiedenen Altersgruppen zu erfragen, als auch die Hypothese der unterschiedlichen Einstellung zum und Akzeptanz vom QM je nach Länge der Berufszugehörigkeit aufzugreifen (vgl. Kap. 3.2). Die Ergebnisse des Pretests wurden ausgewertet, kategorisiert und mithilfe einer Tabelle geordnet dargestellt (s. Anhang Tab.2), sowie anschließend Modifikationen am Fragebogen vorgenommen.

3.5 Untersuchungsablauf/Datenerhebung

Nach der beschriebenen mehrere Schritte umfassende Revision des Fragebogens durch den Pretest und weitere Veränderungen an Layout und Druck, begann am 21. März 2016 die Austeilung der Fragebögen. Als Voraussetzung für den Beginn der Datenerhebung erfolgte zuvor zunächst eine Kontaktaufnahme mit den jeweiligen Geschäftsführungen der AWO Vita gGmbH Düsseldorf und Diakonie Düsseldorf, welche eine Vorstellung der Arbeit, sowie das Untersuchungsvorhaben mit der Bitte der Durchführungsmöglichkeit beinhaltete. Zur An- und Übersicht wurden sowohl ein Muster des Fragebogens, sowie ein Abstract der Arbeit zugesandt. Es erfolgte eine Vermittlung der Kontaktdaten der jeweiligen Heimleitungen der Einrichtungen, um die Austeilung für den jeweiligen Einzelfall abzustimmen. Die Verteilung der Fragebögen in den einzelnen Einrichtungen erfolgte über ausgewählte

Kontaktpersonen welche die Fragebögen an die Mitarbeiter samt eines Erklärungsschreibens (s. Anhang Abb.1) weiterleiteten. Den Fragebögen wurde ein ausführliches Anschreiben zur Information über das Forschungsvorhaben, sowie zur Rückmeldung bei Fragen oder Problemen beigelegt. Aufgrund der Arbeitszeitenstrukturierung des Schichtdienstes in den stationären Altenpflegeeinrichtungen mit ständig wechselnden Mitarbeiterzusammensetzungen, sowie der zeitlichen Einschränkungen in Übergaben zwischen den verschiedenen Arbeitsschichten, war die nach Döring und Bortz (2016, S.413) „einfachste und ökonomischste Form der Datenerhebung mittels Paper-Pencil-Fragebogen [in Form von] Austeilen und Einsammeln in einer Face-to-Face-Gruppensituation“ nicht möglich. Daraus ergab sich der positive Effekt, dass ein „Versuchsleitereffekt“ (ebd.) zu großen Teilen vermieden werden konnte, jedoch resultierte daraus auch weniger Kontrolle über Rücklaufquote, welche „bei Face-to-Face Austeilungen „nahe 100%“ erzielt werden kann“ (ebd.). Dagegen liegt die Rücklaufquote bei schriftlichen Befragungen ohne spezifische Maßnahmen selten bei über zwanzig Prozent (Diekmann 1995, S.441).

Nach Beendigung des Rücklaufs erfolgte nach Abschluss der Eingabe des Fragebogens mit den jeweiligen Items und Skalentypen die Dateneingabe in das ebenfalls zur Auswertung vorgesehene Statistikprogramm. Die weiterfolgenden Arbeitsschritte der Datenauswertung werden im nächsten Abschnitt der Arbeit beschrieben, sowie die resultierenden Ergebnisse interpretiert.

4 Untersuchungsauswertung, Forschungsergebnisse und Interpretation

Das nachfolgende Vorgehen der Datenbearbeitung sowie -auswertung im quantitativen Forschungsprozess orientiert sich an Döring und Bortz (2016, S.616 f.) fünf „zentrale[n] Arbeitsschritte der quantitativen Datenanalyse“ mit der „1. Datenbereinigung, 2. Stichprobenbeschreibung, 3. Dateninspektion und deskriptivstatistische Analyse, 4. Inferenzstatistische Analyse [und] 5. Inhaltliche Interpretation der statistischen Ergebnisse“. Die Erläuterung der jeweiligen Arbeitsschritte hinsichtlich der statistischen Auswertungsmethoden und deren Bedeutung soll jeweils zusammen mit der Betrachtung der Ergebnisse erfolgen, um diese in einem direkten Zusammenhang sehen und verstehen zu können. Die Durchführung der jeweiligen Rechenoperationen erfolgt dabei, ebenso wie die Datenverwaltung, primär mit der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics 20 und 23. Diese ermöglicht es, neben der Eingabe der einzelnen Items, Variablen und jeweiligen Skalentypen, die Rechenoperationen, sowie die passende Grafikerstellung, sowohl über ein Kontextmenü, als auch über eine Syntax (Befehle über eine Programmiersprache) auszuführen.

Im Fokus des Vorgehens steht dabei die Orientierung an der einzelnen Beantwortung der Forschungshypothesen, jedoch betont Micheel (2010, S.114), dass die Datenanalyse in den Sozialwissenschaften des Weiteren auch in einem hohen Maße einer „explorativen Vorgehensweise“ folgt. Dies bedeutet, dass neben der vorher fest angestrebten Untersuchung der Hypothesen weiterführend auch „auskundschaftend“ vorgegangen wird. Es wird nach weiteren Zusammenhängen und Strukturen gesucht, die zuvor nicht durch theoriegeleitete Hypothesen festgelegt wurden, sondern aus denen ggf. vollständig neuartige Erkenntnisse gewonnen werden können.

Zu Beginn jeglicher Auswertungsverfahren steht dabei die Datenaufbereitung (ebd.), welche die Da-

tenkodierung, -eingabe, sowie deren Bereinigung umfasst. Die Datenkodierung als Grundbaustein der Datenaufbereitung ist dabei die Voraussetzung für die Eingabe der Daten in das ausgewählte Auswertungsprogramm. Die weiterführende Datenbereinigung umfasst dabei überdies sowohl die Entscheidung hinsichtlich des Umgangs mit fehlenden Antworten oder Antwortverweigerungen, s.g. „missing values“ (ebd., S.116), welche im Rahmen dieser Auswertung zur Identifikation und zur nicht-Einberechnung die Codierung „99“ zugewiesen wurde. Weiterhin ist eine „Umkodierung/-polung“ der Skalen negativ formulierter Itemaussagen notwendig um eine einheitliche Skalierung zu erhalten (Kordts-Freudinger 2015), innerhalb dessen die beispielhafte Itembeantwortung „stimme voll und ganz zu“ (Code 1) zu der am anderen Ende der Polung liegende Antwortmöglichkeit „stimme nicht zu“ (Code 5) umgepolt wird. Dieser Schritt stellt eine Notwendigkeit zur Bewertung der Zustimmung des abgebildeten Konstrukts der Akzeptanz durch die einstellungsbasierte Ratingskala dar; nur so sind die weiterfolgenden Rechenoperationen durchführbar. Überdies umfasst die Datenaufbereitung außerdem statistische Methoden zur bspw. Überprüfung der internen Konsistenz und somit Reliabilität eines Konstruktes. Es soll überprüft werden, inwiefern die jeweiligen Items der jeweils vier Variablen/Itemgruppen ((1) Relativer Vorteil: insgesamt 14 Items, (2) Kompatibilität: insgesamt 6 Items, (3) Beobachtbarkeit: insgesamt 4 Items und (4) Komplexität: insgesamt 4 Items) miteinander innerhalb ihrer hier aufgeführten Itemgruppe/Variable in Beziehung stehen und somit inwiefern die Items des Fragebogens als Messinstrument für das jeweilige Konstrukt geeignet sind. Der statistische Kennwert „Cronbachs α “ zeigt an „ob dieser angestrebte Zusammenhang gegeben ist, [...], [also] inwieweit die Bearbeitung der Skala durch die Probanden konsistent ist, inwieweit also ähnliche Aufgaben oder Fragen in ähnlicher Weise bearbeitet werden“ (Schecker S.1). Der Wert α der jeweils vier getesteten Variablen/Itemgruppen liegt bei (1) 0,8, (2) 0,6, (3) 0,82, und (4) 0,6, sowie $\alpha = 0,9$ für das Gesamtkonstrukt der Akzeptanz (Item 3.1-6.4), was für eine ausreichende interne Konsistenz spricht und somit mit einer unveränderten Form des Messinstrumentes und seinen Ergebniswerten weitergearbeitet werden kann.

Der tatsächliche Auswertungsprozess der Ergebnisse beginnt mit der s.g. „deskriptivstatistischen“ oder beschreibenden Datenanalyse. „Mittels deskriptivstatistischer Methoden soll eine erste Visualisierung der Daten in Form von Tabellen, Diagrammen, einzelnen Kennwerten und Grafiken erfolgen“ (Raab-Steiner/Benesch 2012, S.85). Diese dienen einer ersten übersichtlichen und ordnenden Darstellung der Datenlage und sind somit außerdem „Voraussetzung für das Verständnis weiterführender oder schließender Auswertung“ (Spriestersbach et al. 2009, S.578) zur Betrachtung der Hypothesen. Die deskriptive Statistik kann dabei zum einen die Darstellung der Häufigkeiten (relativ und absolut), zum anderen der Lagemaße (Modalwert, arithmetisches Mittel \bar{x} , Median, Quantile), sowie der Streuungsmaße (Spannweite, Varianz, Standardabweichung σ) umfassen. Welche deskriptiven Parameter dabei betrachtet werden (dürfen), ist vom Skalenniveau des betrachteten Merkmals und vom Betrachtungsschwerpunkt abhängig. Einige ausgewählte deskriptive Kennwerte, welche hinsichtlich der weiterführenden Untersuchungsschritte von Relevanz sind, sollen folgend kurz dargestellt werden.

Zunächst erfolgt die Darstellung von ausgewählten Häufigkeiten der Stichproben, um einen Überblick

über diese zu gewinnen. Die Gesamtstichprobe umfasst einen Stichprobenumfang von $n_{\text{gesamt}} = 109$. Weitergehend ist zudem die Verteilung der Häufigkeiten über die jeweiligen Gruppen für die weitere Betrachtung der Untersuchung der Hypothesen von Bedeutung. Insgesamt lassen sich 21 (19,3 %) der Untersuchungsteilnehmer den Leitungskräften zuordnen (Item 2.2), sowie 85 (78,0 %) den „Praktikern“. Diese wiederum bestehen zu 70,1 % (61) aus Mitarbeitern der Pflege, sowie 29,9% (26) im Sozialdienst tätigen Mitarbeitern (s. Anhang Abb.3). 32 Befragte (29,4 %) sind in Einrichtungen der Diakonie Düsseldorf, 77 (70,6 %) in Einrichtungen der AWO Düsseldorf tätig (s. Anhang Abb.4). Darüber hinaus lassen sich weitere Kennwerte betrachten, welche ebenfalls für die weitergehende Untersuchung oder hinsichtlich eines Überblicks über die Stichprobe von Bedeutung sind. Die Werte der Dauer der Berufsjahre (Item 2.6) streuen von 0-40 Jahre, der Mittelwert \bar{x} beträgt 13,63, der ersten Gruppe (1-10 Jahre) lassen sich dabei 36,7% (absolut 40), der zweiten (11-20 Jahre) 33,9% (37) und der dritten Gruppe (21 und mehr Jahre) 22% (25) der Befragten zuordnen. 17,4 % der Untersuchungsteilnehmer sind befristet (absolut 19), 79,8% (absolut: 37) sind nicht befristet angestellt (3 fehlende Werte). Item 2.7 erfragt die Einschätzung der Mitarbeiter hinsichtlich ihres Stundenumfanges, die sie durchschnittlich in der Woche mit dem QM verbringen. Diese Einschätzung liegt bei $\bar{x}_{\text{Stundenumfang}}=13,45$ Stunden, die kleinste Angabe liegt 0 Stunden, der maximale Wert bei 39 Stunden, die Standardabweichung des Mittelwerts ist mit $\sigma = 12,94$ sehr hoch und zeigt, wie unterschiedlich die Einschätzung der zeitliche Beschäftigung mit dem QM variiert (weitere Kennwerte der Verteilung s. Anhang Tab. 4).

Im Rahmen der deskriptiv-statistischen Auswertung lässt sich zunächst das arithmetische Mittel zum Gesamtkonstrukt der Akzeptanz ermitteln (zur Verteilung der Antworthäufigkeiten s. Anhang Abb.5). Dieses liegt mit $\bar{x}_{\text{Gesamt}} = 2,96$ sehr nahe bei der mittleren Skalenbewertung „neutral“ (Code 3). Weiterführend wird außerdem das Antwortverhalten sowohl insgesamt über alle Gruppen hinweg, als auch für die einzelnen Berufsgruppen betrachtet. Diese Betrachtung erfolgt wiederum sowohl für die übergeordneten vier Itemkategorie/Variablen des Akzeptanzmodells, als auch für die einzelnen Variablen. Diesbezüglich lässt sich die Beurteilung der Mitarbeiter hinsichtlich der Diskurs theoretisch hergeleiteten und erläuterten Vor- und Nachteile des QMs in der Sozialen Arbeit und spezifisch in der stationären Altenhilfe, sowie hypothesengeleitet hinsichtlich der weiterführenden Auswertungsverfahren zu den Gruppenunterschieden feststellen. Übergeordnet erfolgt daher zunächst die deskriptive Auswertung der einzelnen Items über alle Gruppen hinweg (s. Anhang Tab. 5). Dabei wird der Schwerpunkt auf einzelne ausgewählte Items mit im Vergleich zu anderen Items auffallenden Kennwerten gelegt. Die ausgewählten und hier dargestellten Items (negative Zustimmung, ab von $\bar{x} \geq 3,0$) mit ihren Antwortkennwerten werden nachfolgend in einer Übersicht dargestellt, sowie erläutert.

Item	3.2 Schnel- ligkeit	3.3 Zeit (für den Bewoh- ner)	3.7 Effizie nz	4.3.Selbs tkontrol- le	4.5.zeitF reiraum	4.6.Hand lungs- möglich- keiten	5.2.Anse hen	5.3Wettb erwerber	6.2einfac h	6.3Aufw and
\bar{x}	3,05	3,57	3,13	3,28	3,47	3,29	3,24	3,18	3,08	3,69
Median	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4
σ	1,17	1,21	1,16	1,23	1,22	1,12	1,24	1,17	1,19	1,09

Tab. 1: Betrachtung ausgewählter Items des Gesamtantwortverhaltens

Die Werte des arithmetischen Mittels in der obigen Darstellung (Tab.1), weisen bereits auf die Items hin, die übergeordnet (nicht zwischen Gruppen unterschieden) eine vergleichsweise geringere Akzeptanzwerte aufweisen. So wird insbesondere hinsichtlich der Aspekte der zeitlichen Komponente (Item 3.3, $\bar{x}_{\text{Zeit}} = 3,57$), sowie hinsichtlich des zeitlichen Freiraums im Umgang mit den Bewohnern (Item 4.5; $\bar{x}_{\text{zeitlFreiraum}} = 3,47$) und der Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit den Bewohnern innerhalb der Standards (Item 4.6; $\bar{x} = 3,29$) das QM durch eine negativere Einstellung und somit geringeren Akzeptanz bewertet (das arithmetische Mittel übersteigt das gesamt arithmetische Mittel von 2,96 um mehr als 0,5 Skalenwerte). Ähnlich bewerten die Mitarbeiter den Aufwand für das QM ($\bar{x} = 3,69$); dieser scheint so ebenfalls ein Element zu sein, der zu einer insgesamt durchschnittlich geringeren Akzeptanz eben des QMs führt. Diese Ergebnisse knüpfen an wesentliche im theoretischen Diskurs aufgegriffene Diskussionspunkte an. Auch dort wird die Einschränkung des zeitlichen und inhaltlichen Freiraums im Umgang mit den Bewohnern durch den Mehraufwand des QMs ebenso bemängelt, wie der insgesamt hohe Aufwand (vgl. Kap. 2.2.3 u. 2.3.3). Entgegen der im Rahmen des theoretischen Diskurses starken Kritik gegenüber des Aspekts der mangelnden Betrachtung der Ergebnisebene des QMs wird diese durch die Mitarbeiter nicht auffallend negativ bewertet (Item 3.9 zur Effizienz und 3.12 zur Ergebnisqualität, s. Anhang Tab. 5). Auch wird insgesamt der die Komptabilität der Elemente des QMs zum den Grundsätzen des Berufsverständnisses (Item 4.1) konträr zum theoretischen Diskurs nicht auffallend negativ beurteilt. Daneben lässt sich festhalten, dass analog zum Diskurs ebenfalls die Orientierungsmöglichkeit durch die Standards des QMs als unterstützend wahrgenommen wird (Item 3.6, $\bar{x} = 2,56$). Auch die Einstellung zu Item 3.1 „Das QM bietet viele positive Veränderungen“ ist im Durschnitt mit einem arithmetischen Mittel von ebenfalls $\bar{x} = 2,56$ genauso wie die Einstellung zu Item 3.13 „Mit den Ergebnissen des QMs wird weitergearbeitet um meine Arbeit langfristig zu verbessern“ mit $\bar{x} = 2,52$ als eher zustimmend einzuordnen. Auch hier lässt sich zunächst annehmen, dass die Mitarbeiter entgegen der theoretischen Grundlage, die positiven Aspekte durch das QM wahrnehmen, sowie auch seine langfristige Wirkung als positiv einordnen. Ein wahrgenommener positiver Aspekt könnte somit die vermehrt gewonnenen Orientierung durch die Standards des QMs sein, welcher hinsichtlich der Betrachtung der Einzelitemaussagen über alle Gruppen hinweg ebenfalls als positiv bewertet einzuordnen ist (Item 3.6, $\bar{x} = 2,56$).

Weiterführend lassen sich nun die übergeordneten Variablen des abgefragten Akzeptanzmodells hinsichtlich ihrer in der Befragung ermittelten Werte aller Befragten über die Gruppen hinweg vergleichen. (s. auch Anhang Abb.6-9).

Variable	(1) Relativer Vorteil	(2) Kompatibilität	(3) Beobachtbarkeit	(4) Komplexität
\bar{x}	2,81	3,01	3,05	3,15
Median	3	3	3	3
σ	0,722	0,889	1,00	0,931

Tab. 2: Betrachtung der Variablen (1) bis (4) des Gesamtantwortverhaltens aller Befragten

Im Rahmen dieser Betrachtung der in Tab. 2 dargestellten Werte zeigt sich eine Annäherung der Werte an den Mittleren Skalencode von „3“ aufgrund der Betrachtung der übergeordneten Itemka-

tegorien und einer allgemeinen „Tendenz zur Mitte“ bei einer gegebenen mittleren Antwortkategorie (vgl. Kap.3.3). Dennoch können die Variablen hinsichtlich ihrer über die Gruppen hinweg erfolgten Bewertung vorsichtig interpretiert werden. So scheint die Haltung insgesamt hinsichtlich des (1) Relativen Vorteils des QMs (in Form von Arbeitserleichterung, Orientierung, insgesamt geschaffene positive Veränderungen) als vergleichsweise positiv wahrgenommen zu werden. Die Werte des Antwortverhaltens liegt bei über „3“ („neutral“), jedoch nähern sich die Werte besonders nah um die Mitte, wodurch diese Abweichung nicht zu hoch bewertet werden darf. Es lässt sich jedoch bereits vermuten, dass die (4) Komplexität des QMs tendenziell negativer bewertet wird.

Da in der weiterführenden Untersuchung, insbesondere hinsichtlich der Hypothesen, die einzelnen definierten Berufsgruppen hinsichtlich ihrer Akzeptanz des QMs verglichen werden, werden die ermittelten Kennwerte zum Gesamtmodell in dieser Hinsicht zunächst ebenfalls deskriptiv verglichen.

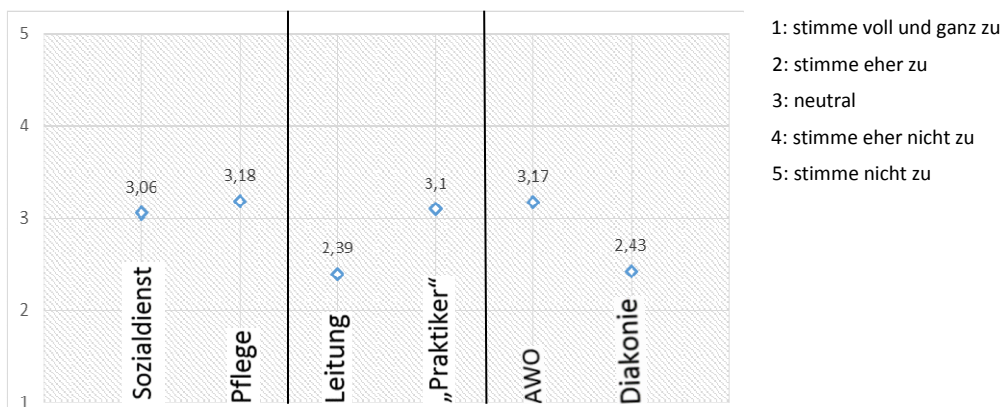


Abb. 2: Vergleich der arithmetischen Mittel (\bar{x}_{Gesamt}) zum Gesamtkonstrukt nach Gruppen

Abb. 2 zeigt die unterschiedlichen arithmetischen Mittel der Aussagewerte zum Gesamtkonstrukt der Akzeptanz nach Gruppen geordnet. Es wird bereits deutlich, dass sich diese, insbesondere im Vergleich zwischen der Leitungsebene ($\bar{x} = 2,38$) und der der „Praktiker“ ($\bar{x} = 3,1$), sowie zwischen den Trägern (AWO $\bar{x} = 3,17$, Diakonie $\bar{x} = 2,43$) unterscheiden. Hier beträgt der Unterschied des arithmetischen Mittels mehr als 0,7 Werte auf der Skalenbewertung. Inwiefern dieser Unterschied jedoch statistisch signifikant ist und somit nähergehend interpretiert werden kann, kann erst im Rahmen nachfolgender inferenzstatistischer Analysen entschieden werden. Dennoch kann bereits auch hinsichtlich der Gruppenunterschiede eine weitere deskriptiv-statistische Betrachtung erfolgen, die ebenfalls im weiteren Verlauf weiterführend untersucht werden soll. So sollen auch zwischen den einzelnen Gruppen die einzelnen Komponenten, d.h. Itemgruppen/Variablen des Akzeptanzmodells separat betrachtet werden, um spezifischere Aussagen hinsichtlich der Akzeptanz und möglicher Problembereiche identifizieren zu können (s. Anhang Tab. 5). Auch hinsichtlich der einzelnen Itemgruppen/Variablen sind jedoch ebenso in der ersten deskriptiven Betrachtung insbesondere Unterschiede der Einzelwerte des arithmetischen Mittels zwischen der Gruppen Leitung und „Praktiker“, sowie wie zwischen AWO und Diakonie auffallend, wohingegen sich die Einzelwerte der Gruppen Pflege und Sozialdienst nicht auffallend zu unterscheiden scheinen.

Im Rahmen der deskriptiven Auswertung gewonnene Identifikationen von bestimmten Mustern und Kennwerte des Antwortverhaltens, können ergänzend zur theoriegeleiteten Hypothesenbeantwor-

tung im Sinne einer der deskriptiven Statistik zuzuordnenden „explorativen Statistik“ erste Strukturen und Hinweise innerhalb der untersuchten Datenmenge ergeben (Micheel 2010, S.117). Die tatsächliche Analyse der Daten hinsichtlich der Hypothesen und weitergehenden Zusammenhängen lässt sich jedoch erst im Rahmen inferenzstatistischer Methoden durchführen. Während die erfolgten deskriptiven Methoden ausschließlich beschreibend die Datenlage der Stichprobe betrachtet, „ermöglicht die Inferenz- bzw. analytische Statistik, über diese Stichprobe hinaus etwas über die dahinterstehende Grundgesamtheit (Population) auszusagen“ (Raab-Steiner/Benesch 2012, S.15), sowie deskriptiv ermittelte Werte auf ihre statistische Signifikanz zu prüfen. Kritisch zu bedenken ist in Bezug auf diese Auswertung jedoch, dass durch die Art der Stichprobe nicht völlig bedenkenlos auf die Grundgesamtheit der Population zurückgeschlossen, jedoch durchaus als erster Hinweis oder erste Tendenz gesehen werden kann.

Zur Analyse und Testung der ersten drei Hypothesen (H₁ bis H₃), welche drei einzelne Gruppenvergleiche zwischen jeweils zwei Gruppen hinsichtlich ihrer Unterschiede der Akzeptanz umfassen, wurde das Verfahren des t-Tests ausgewählt. Dieser Test eignet sich für metrische Skalierungen der Variablen des zu testenden (abhängigen) Konstrukts (= Akzeptanzmodell), sowie nominalskalierten (unabhängigen) Gruppenvariablen (vgl. Abb. 1 Kap.3.3). Die Mittelwerte in der erfolgten deskriptivstatistischen Auswertung weisen Unterschiede im Vergleich mit der jeweils anderen Gruppe auf (vgl. Abb. 2), jedoch ist erst durch die Ermittlung von Signifikanzwerten mithilfe des t-Tests²³ ermittelbar, ob diese Unterschiede tatsächlich statistisch signifikant sind. Im Rahmen dieses Tests wird die Annahme der Nullhypothese (H₀, vgl. Kap. 3.3) getestet, welche im Rahmen der Testung entweder angenommen oder verworfen und somit die Alternativhypothese (H₁/H₂/H₃) angenommen und somit von einem Unterschied zwischen den Gruppen ausgegangen werden kann. Die nachfolgende Tabelle (Tab. 3) bietet eine Übersicht über die Ergebnisse der einzelnen Ergebnisse mit den wichtigsten Kennwerten der Signifikanzprüfung von H₁ bis H₃:

Hypothese	H1: Pflege-Sozialdienst	H2: Leitungsebene-Praktiker	H3: AWO-Diakonie
arithmetische Mittel \bar{x}	3,06 <-> 3,18	2,39 <-> 3,1	3,17 <-> 2,43
p-Wert	0,434	0,002	0,000
Signifikanz	nicht signifikant*	signifikant*	signifikant*
Null-/Alternativhypothese	Annahme der Nullhypothese	Ablehnung der Nullhypothese und Annahme der Alternativhypothese	Ablehnung der Nullhypothese und Annahme der Alternativhypothese

Tab. 3: Übersicht über die Ergebnisse der t-Tests

* Annahme Signifikanzniveau von 5% ($p \leq 0,05$)

Die Ergebnisse der in Tabelle 3 dargestellten Ergebnisse lassen sich zunächst statistisch interpretieren. Der ermittelte p-Wert wird als Kennzahl der Signifikanz gesehen, er gilt als Aussage darüber, wie groß die sog. „Irrtumswahrscheinlichkeit“ ist, d.h. wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, dass die Alternativhypothese fälschlicherweise angenommen oder aber abgelehnt wird. Wenn dieser p-Wert der Signifikanz $\leq 0,05$ ist wird von einem statistisch signifikanten Unterschied der Mittelwerte ausgegan-

²³ Weitere detaillierte Informationen zum t-Test und dessen Kennwerte, sowie Voraussetzungen, Möglichkeiten und Einschränkungen bieten Rasch et al. (2010, S.43 ff.)

gen, somit die Nullhypothese abgelehnt und die Alternativhypothese, die von einem Unterschied zwischen den Gruppen ausgeht, angenommen.

Tab. 3 zeigt die Ergebnisse des t-Tests für die ersten drei Hypothesen H₁, H₂ und H₃ in einer Übersicht. Es zeigt sich, dass nur hinsichtlich der Mittelwertunterschiede von Hypothese H₂, sowie H₃ ein signifikanter Unterschied eben dieser feststellbar ist ($p \leq 0,05$). Hinsichtlich eben dieser beiden Hypothesen kann die Nullhypothese verworfen, die Alternativhypothesen von H₂ und H₃, die von einem Unterschied zwischen den Gruppen ausgehen, können vorerst angenommen werden. Hinsichtlich H₁ wird dagegen die Nullhypothese zunächst angenommen und somit die Alternativhypothese abgelehnt. Es lässt sich somit feststellen, dass nur die Werte der deskriptiv-statistischen ermittelten Mittelwertunterschiede zwischen der Leitungsebene und den „Praktikern“ ($\bar{x}_{\text{GesamtLeitung}} = 2,39$ und $\bar{x}_{\text{GesamtPraktiker}} = 3,1$), sowie zwischen AWO und Diakonie ($\bar{x}_{\text{GesamtAWO}} = 3,17$ und $\bar{x}_{\text{GesamtDiakonie}} = 2,43$) als statistisch signifikant einzuordnen sind, die Unterschiede der Werte zwischen den Mitarbeitergruppen der Pflege und des Sozialdienstes jedoch nicht. Aus den im Rahmen dieser Untersuchung ermittelten Ergebnisse lässt sich somit zunächst vermuten, dass zum einen, wie in den jeweiligen Hypothesen, sowie theoretischen Herleitungen definiert, insbesondere die Position in der Einrichtung der Mitarbeiter für die Haltung zum QM von Relevanz sind. Die in der Theorie erläuterten Faktoren der Möglichkeit der vermehrten theoretischen Annäherung an das QM mit möglicher einhergehender Ermittlung positiver Faktoren dessen, sowie die eher administrative und betriebswirtschaftlichen Position könnten Grund für eine eher zustimmendere Akzeptanz zum QM sein. Auch die Trägerzugehörigkeit führt zum anderen im Rahmen dieser Ergebnisse zu unterschiedlichen Akzeptanzhaltungen. Auch hinsichtlich dieses Gruppenunterschiedes lässt sich der Grund dafür im Zuge dieser Untersuchung nicht genau ermitteln, sondern nur hypothetisch anhand der theoretischen Herleitung vermuten. Die Diakonie Düsseldorf bedient sich eines eigens entwickelten, an den christlichen Leitlinien des Wohlfahrtsverbandes orientierten (vgl. „Qualitätsverständnis der Diakonie“, Haas 2000) QM-Systems, welches in Kooperation mit verschiedenen Institutionen und Hochschulen mithilfe wissenschaftlicher Methoden kontinuierlich verbessert wird (Diakonie Düsseldorf 2016). Schwachstellen werden dadurch ggf. verbessert und positive Effekte des QMs verstärkt durch die Mitarbeiter wahrgenommen. Das von der AWO verwandte QM-System der DIN ISO bedient sich vorab festgelegter Standards, welche als einschränkender wahrgenommen werden könnten. Dies lässt sich auch aus einer Analyse zweier ausgewählter Items 4.5 und 4.6 mittels t-Test bzgl. der Wahrnehmung der Standards ermitteln, hinsichtlich derer bei der AWO eine signifikant negativere Haltung ermittelt werden kann (AWO: $\bar{x}_{4.5} = 3,63$ u. $\bar{x}_{4.6} = 3,53$, Diakonie: $\bar{x}_{4.5} = 3,07$ u. $\bar{x}_{4.6} = 2,68$, $p_{4.5/4.6} < 0,05$). Diese möglichen Gründe hinsichtlich der Unterschiede der Träger lassen sich jedoch nur als aus der Theorie abgeleitete und vermutete Faktoren ausmachen; Einflüsse als statistisch nachgewiesene kausale Faktoren werden im Rahmen dieser Untersuchung nicht ermittelt. Darüber hinaus ist der Einfluss weiterer, externer, nicht ermittelter Einflüsse zu bedenken, sowie die Tatsache, dass insgesamt 28,16 % der befragten Mitarbeiter der Diakonie Leitungskräfte sind, wohingegen nur 16,7% der befragten Mitarbeiter der AWO dieser Gruppe zugeordnet werden kann (s. Anhang Tab.4). Da die Leitungskräfte, wie ermittelt, eine signifikant höhere Akzeptanz zum QM aufweisen, muss dieser Einfluss im Rahmen der

ungleichen Verteilung bei der Betrachtung und Bewertung der Ergebnisse bedacht werden. Für die Durchführung des t-Tests müssen verschiedene Bedingungen (Normalverteilung, welche vorab überprüft wurde, sowie zwei ca. gleich große untersuchte Gruppen) erfüllt sein, sowie vor Durchführung überprüft werden. Zwar stellt Bortz (2005, S.131) fest, dass der t-Test relativ robust gegenüber Verstößen gegenüber Nichterfüllung der Bedingungen ist, jedoch sollen weiterführend die Ergebnisse der Signifikanzprüfung des t-Tests durch den „Mann Whitney-U-Test“²⁴ verifiziert werden, da die einzelnen Stichproben, u.A. bedingt durch die Fragestellung²⁵, ungleiche Fallzahlen umfassen. Dabei ergeben sich hinsichtlich der Signifikanzüberprüfung der Mittelwertunterschiede des t-Tests hinsichtlich der Annahme oder Ablehnung der Nullhypothese gleiche Ergebnisse (s. Anhang Tab.8). Folgend lassen sich weiterführend mithilfe des Mann-Whitney-U-Tests auch die Signifikanzen der Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der einzelnen Itemgruppen/Variablen ((1) bis (4)) des Gesamtkonstrukts der Akzeptanz betrachten (s. Anhang Tab.9). Die Ergebnisse der Unterschiede der Gruppen hinsichtlich der einzelnen Itemgruppen führen zu ähnlichen Ergebnissen wie bei der vorangegangenen Betrachtung des Gesamtkonstruktes der Akzeptanz (Gruppenunterschiede bei „Leitungsfunktion-Praktiker“ und „Träger“, kein Unterschied zwischen Sozialdienst und Pflege) (s. Anhang Abb. 10-12). Einzige Ausnahme bildet dabei der Gruppenunterschied zwischen Leitung und „Praktiker“ hinsichtlich der Variable „Komplexität“. Hier lässt sich kein signifikantes Ergebnis der Mittelwertunterschiede feststellen (s. Anhang Abb. 11), sodass davon ausgegangen werden kann, dass die Gruppe der Führungskräfte die Komplexität nicht signifikant anders beurteilt als die der „Praktiker“. Der Aufwand, sowie das Verständnis der QM Inhalte und Elemente werden von beiden Gruppen als ähnlich bewertet. Hinsichtlich der insgesamt nicht signifikanten Unterschiede der Mittelwerte zwischen der Gruppen der Pflege und des Sozialdienstes lässt sich hinsichtlich der Variable der „Komplexität“ außerdem ein nur sehr knapp nicht signifikantes Ergebnis feststellen ($\bar{x}_{\text{Pflege}} = 3,18$, $\bar{x}_{\text{Sozialdienst}} = 3,41$, $p=0,075$). Dies bedeutet zwar aus statistischer Sicht, dass von keinem Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Haltung zur Komplexität ausgegangen werden kann, jedoch zeigt sich, dass ein beinahe signifikantes Ergebnis hinsichtlich der Unterschiede besteht. Dabei bewerten, entgegen der theoretischen Herleitung, Mitarbeiter des Sozialdienstes das QM im Durchschnitt negativer, als Mitarbeiter der Pflege, obwohl diesen im Rahmen des theoretischen Diskurses eine Mehrbelastung hinsichtlich der medizinischen Dokumentation und Überprüfungen externer Überprüfungsinstanzen zugeschrieben wird.

Um weiterführend, anhand der Hypothesen H4 bis H6 geleitet, den Einfluss zweier Faktoren auf die (abhängige Variable der) Akzeptanz einschätzen und interpretieren zu können (vgl. Abb. 1 Kap. 3.3) wird als Alternative zu einer paarweisen Durchführung von einzelnen t-Tests das statistische Verfahren der Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt. Dieses Verfahren bietet aus statistischer Sicht verschiedene Vorteile gegenüber separierten t-Tests (vgl. Rasch et al. 2010, S.2 ff.) und eignet sich somit insbesondere bei Gruppenvergleichen von $m > 2$, sowie bei der Prüfung von Einflüssen mehrerer

²⁴ Der Mann-Whitney-U-Test ermittelt die Signifikanz der Übereinstimmung zweier Verteilungen als s.g. „nicht parametrischer Test“. Er ist somit weniger Aussagekräftig als der t-Test, kann aber bei nicht normalverteilten, nicht metrisch skalierten, sowie kleinen oder ungleich großen Gruppen angewandt werden (Weiteres vgl. Rasch et al. 2006).

²⁵ Aufgrund der strukturellen Gegebenheiten in den Einrichtungen war ein unterschiedlicher Stichprobenumfang zwischen Leitung und „Praktiker“, sowie Sozialdienst und Pflege vorab anzunehmen.

Faktoren auf ein Konstrukt. Daher wird mithilfe einer univariaten zweifaktoriellen Varianzanalyse der Einfluss der beiden unabhängigen Variablen des bereits getesteten Faktors der „Berufsgruppenzugehörigkeit“ und des weiteren Faktors der „Dauer im Beruf“ auf die abhängige Variable des Akzeptanzmodells getestet, um ergänzend zu der „einfachen“ Testung zwischen den Berufsgruppen, den Einfluss der Berufsjahre (Item 2.6) auf die Akzeptanz des QMs zu testen und dabei zusätzlich die Berufsgruppen nicht außer Acht zu lassen (H4-H6). Die Ergebnisse hinsichtlich des Unterschieds zwischen den Mitarbeitergruppen mit verschiedenen Berufsjahre lassen sich übergeordnet hinsichtlich keiner der drei Hypothesen als signifikant (p -Wert $> 0,05$) einordnen. Daher werden auch weiterführend nicht mittels s.g. „Post-hoc-Tests“ (vgl. Bühner/Ziegler 2009 S.365) die expliziten paarweisen Unterschiede zwischen den einzelnen Untergruppen der Berufsjahre jeweils ermittelt, da auch dort keine signifikanten Werte zu erwarten sind. Es ist somit im Rahmen dieser Untersuchung zunächst anzunehmen, dass zwischen den verschiedenen Mitarbeitergruppen mit unterschiedlichen Berufsjahren keine Unterschiede hinsichtlich ihrer Akzeptanz von QM bestehen. Demnach lässt sich annehmen, dass, obwohl Unterschiede zwischen AWO/Diakonie und Leitungsfunktion/„Praktiker“ auszumachen sind (vgl. Tab. 3), jedoch darüber hinaus jedoch keine Unterschiede zwischen schon länger im Beruf arbeitenden Mitarbeitern (welche das QM nicht in ihrer Grundausbildung kennen gelernt haben und den Beruf ggf. auch ohne QM-Elemente in dieser Form kennen) und erst seit kürzerer Zeit im Beruf tätigen Mitarbeitern (welche das QM als Ausbildungselement kennengelernt haben und die Berufsausübung nur mit QM-Elementen kennen) festzumachen sind. Es lässt sich aus den analysierten Daten somit zunächst konstatieren, dass nur die Faktoren der Berufsgruppenzugehörigkeit der Leitungsebene/nicht-Leitungsebene und des Trägers Unterschiede in der Akzeptanz des QMs hervorgerufen, nicht jedoch die Dauer im Beruf.

Weiterführend sollen sowohl hypothesengeleitet als auch explorativ mithilfe von Korrelationsanalysen die Zusammenhänge zwischen jeweils zwei ausgewählten Variablen anhand eines s.g. „Scatterplots“ und anhand der zugehörigen statistischen Kennzahlen ausgewertet werden. Als Grundlage der Betrachtung im Rahmen dieses Verfahrens dienen die Hypothesen H7 und H8, welche sich komplementär zu den bisher betrachteten Hypothesen als Zusammenhangshypothesen bezeichnen lassen. „Während sich Unterschiedshypothesen auf Gruppen [...] beziehen, stellen Zusammenhangshypothesen die Beziehungen zwischen Variablen [...] her“ (Böhm-Kasper/Schuchart/Weishaupt 2009, S.138). Mithilfe von „Scatterplots“, einer Version von Streudiagrammen lässt sich der Zusammenhang zwischen den einzelnen Variablen graphisch darstellen. Daraus erkennen lassen sich in einer ersten Sichtung bereits erste Zusammenhänge, welche sich durch den Korrelationskoeffizienten r als „Maßzahl für Richtung und Stärke des Zusammenhangs“ (ebd., S.139) weiterführend untersuchen lassen. Dabei lassen Werte unter 0 nahe -1 auf einen negativen Zusammenhang (umso mehr desto weniger), Werte über 0 nahe +1 auf einen positiven Zusammenhang schließen (je mehr desto mehr) und Werte nahe 0 auf keinen Zusammenhang schließen. Umso höher die Annäherung an den jeweiligen „Pol“ (-1 oder 1) desto stärker ist von einem Zusammenhang auszugehen.

Um die Zusammenhänge zwischen den übergeordneten Itemkategorien/Variablen ausmachen zu können, wurde die Korrelation (nach Pearson) zwischen den Itemkategorien/ Variablen (1) „Relativer

Vorteil“, (2) „Kompatibilität“, (3) „Beobachtbarkeit“ und (4) „Komplexität“, sowie (5) „Ökonomische Bedingungen“ errechnet (s. Anhang Tab. 10 u.11). Es lässt sich feststellen, dass alle Variablen hinreichend miteinander korrelieren ($r > 0,5$ und $p > 0,05$) (ebd., S.138). Einige Werte korrelieren dabei besonders signifikant positiv miteinander ($r > 0,7$) (ebd.). Diese sollen daher nun weiterführend betrachtet und analysiert werden. Hinsichtlich Hypothese H7 lässt sich somit zunächst festhalten, dass alle einzelnen Itemkategorien/Variablen (1) bis (4) positiv mit der Variable der (5) „Ökonomischen Bedingungen“ korrelieren. Gleiches gilt für das Gesamtmodell der Akzeptanz ($r = 0,658$). Es lässt sich im Rahmen der Auswertung somit feststellen, dass eine zustimmende (oder ablehnende) Haltung zu Elementen der Ökonomisierung auch eine zustimmende (oder ablehnende) Haltung zum des QMs bedingt. H7 kann daher im Rahmen dieser Auswertung angenommen werden. Dies bedeutet, dass bei Mitarbeitern, bei welchen eine positive Haltung zu Elementen der wirtschaftlichen Ausrichtung und ökonomisierten Bedingungen in den Einrichtungen auszumachen ist (die so bspw. die Bewohner als Kunden wahrnehmen (Item 7.9)) auch eher eine positive Haltung, also erhöhte Akzeptanz zum QM feststellbar ist²⁶.

Betrachtet man explorativ vorgehend weiterführend die Korrelation der Variable (1) „Relativer Vorteil“ mit der Variable (2) „Kompatibilität“ sowie auch (4) „Komplexität“ ist ein eine hohe Korrelation festzustellen ($r = 0,745$ und $r = 0,789$) (s. auch Anhang Tab.11 u. Abb.13/14/15). Dies bedeutet, dass zwischen den beiden Variablen ein als sehr hoch zu wertender positiver Zusammenhang besteht. Dies lässt sich weitestgehend interpretieren, dass umso positiver der (1) „Relative Vorteil“ des QMs eingeschätzt wird, desto positiver wird auch die Kompatibilität zu professionellen Grundsätzen und Werteverständnissen eingeschätzt, sowie desto positiver wird auch die Komplexität, d.h. die Einfachheit in der Umsetzung und im Verständnis des QMs gesehen (s. Anhang, Tab.10/11 u. Abb.13/14/15). Inhaltlich bedeutet dies, dass umso positiver ein „Relativer Vorteil“ (z.B. in Form von entstehender Erleichterung, Orientierung etc.), durch das QM gesehen wird, desto positiver wird der Aufwand für das QM, hinsichtlich seiner Übersichtlichkeit, seiner einfachen Umsetzung und seines Aufwandes im Verhältnis zu den Ergebnissen eingeschätzt.

Ein weiterer sehr hoher positiver Zusammenhang ($r = 0,819$) besteht zwischen den Variablen der „Komplexität“ und „Kompatibilität“. Es lässt sich im Rahmen der Untersuchung ableiten, dass Probanden, die die Kompatibilität des QMs zu ihren beruflichen Grundsätzen und praktischen Umsetzungsmöglichkeiten positiv einschätzen, die Komplexität des QMs auch eher positiv bewerten und weniger Schwierigkeiten hinsichtlich der Umsetzung und Verständlichkeit sehen

Aus den vorgestellten Korrelationswerten und der Annahme von H8 lässt sich zusammenfassend somit ableiten, dass der Aufwand des QMs umso mehr positiv wahrgenommen wird, d.h. die Akzeptanz gegenüber des Aufwandes eher gegeben ist, wenn der Nutzen des QMs gesehen wird, bzw. die Inhalte eher kompatibel mit dem eigenen Berufsverständnis eingeschätzt werden. Umso wichtiger scheint die Wahrnehmung eben dieser Faktoren in der Praxis für eine Akzeptanz des QMs zu sein, was folgend im Rahmen der Konsequenzen für die Praxis noch einmal aufgegriffen werden soll.

²⁶ Äquivalent führt im Sinne des „positiven Zusammenhangs“ einer Korrelation eine negative Einstellung hinsichtlich der einen Variablen wiederum eher zu einer negativen Einstellung der anderen. Diese Bedeutung soll hiermit auch hinsichtlich der weiterführend betrachteten Zusammenhänge miteinbezogen werden.

5 Kritische Würdigung und weiterführende Überlegungen

Nach der vorangegangenen Ermittlung der Forschungsergebnisse und deren Interpretation soll weiterführend eine kritische Würdigung eben dieser stattfinden. Es sollen mögliche Einflussfaktoren ermittelt werden, um die Forschungsergebnisse vor eben diesen betrachten zu können. Daran anschließend kann der wissenschaftliche Beitrag der Forschungsarbeit eingeschätzt, Überlegungen zu weiterführenden Untersuchungen aufgestellt sowie abschließend Konsequenzen und Handlungsempfehlungen für die Praxis vorgestellt werden.

Um sowohl die Güte einer Untersuchung zu erhalten, als auch daran anknüpfend die Ergebnisse als gültig ansehen zu können, müssen mögliche Störfaktoren soweit wie möglich ausgeschlossen werden. Dennoch lassen sich Forschungsprozesse niemals vollständig verobjektivieren, da bspw. immer ein „interaktive[r] Prozess zwischen Forscher und Erforschtem“ (Lamnek 2010, S.18) besteht. Im quantitativen Forschungsprozess sollen durch Standardisierung des Untersuchungsinstrumentes eine möglichst hohe Objektivität erreicht werden; es soll gewährleistet, dass die Ergebnisse unabhängig vom Durchführenden erhoben und ausgewertet werden. Dennoch lässt sich durch die Teilnahme des Forschers am „interaktiven und kommunikativen Forschungsprozess“ (ebd.) auch hier eine vollständige „Objektivierung und Quantifizierung“ (ebd.) nicht vollziehen. Des Weiteren hinsichtlich der statistischen Auswertungsebene die unterschiedlichen, jedoch erwartete und teilweise nicht vermeidbaren Fallzahlen (z.B. weniger Führungskräfte als „Praktiker“) der einzelnen Gruppen bei der Betrachtung der Ergebnisse bedacht werden. Diesbezüglich wurden im Rahmen der Auswertung überprüfende Auswertungsverfahren (vgl. Kap. 4 „Mann-Whitney-U-Test) angewandt, jedoch sollte dieser Faktor bei der Bewertung der Ergebnisse nicht ungeachtet bleiben.

Daneben sind trotz der standardisierten Vorgehensweise auch im Rahmen dieser Forschungsarbeit einige mögliche Faktoren zu identifizieren, welche hinsichtlich der Betrachtung der Ergebnisse bedacht werden müssen und zumindest als möglicher Einfluss in Betracht kommen. Als besonders relevant muss im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung der Einfluss der „sozialen Erwünschtheit“ (Social Desirability) (Stocké 2004, S.303 ff.) auf das Antwortverhalten der Teilnehmer beurteilt werden. Mitarbeiter stehen in einem möglichen besonderen Beantwortungskontext sowohl hinsichtlich ihres Arbeitgebers als auch gegenüber ggf. hinsichtlich bei der Beantwortung anwesenden Kollegen. Denkbar ist somit, trotz mehrfach schriftlich zugesicherter Anonymität, sowie der sparsamen Abfragung soziodemografischer Daten die Angst vor Kritik gegenüber einem Leitungselement des Arbeitgebers. Daneben muss sich allgemein kritisch die Frage gestellt werden, wer auf der Individualebene an Umfragen auf freiwilliger Basis teilnimmt; ob nicht insbesondere Mitarbeiter mit einer negativen Haltung angeregt sind den Fragebogen auszufüllen. Hinzu kommt, dass eine Teilnahme auf institutioneller Ebene immer an die Zustimmung zur Teilnahme durch die Einrichtungsleitung gebunden ist und somit keine Vollerhebung im Raum Düsseldorf durchführbar war.

Die genannten möglichen Einflussfaktoren sind hinsichtlich der Beurteilung der Ergebnisse zu bedenken. Dennoch lassen sich sowohl aus der Darstellung des Diskurses des QMs, sowie aus den Ergebnissen der empirischen Arbeit erste Erkenntnisse als wissenschaftlicher Beitrag generieren. Daraus re-

sultiert auch ein daran anknüpfendes und zukünftiges Forschungspotenzial. Insbesondere hinsichtlich einer größeren Stichprobengröße wäre eine erneute Studie im größeren Umfang (ggf. deutschlandweit), welche außerdem weitere Träger miteinbezieht von Bedeutung. Insbesondere der Einbezug der Befragung Mitarbeiter privat-wirtschaftlicher Träger wäre hinsichtlich der gewinnorientierten Ausrichtung der Einrichtungen, in dessen Rahmen dem QM ggf. auch aus Mitarbeitersicht aus einer anderen Position betrachtet werden könnte, von Interesse. Im Rahmen einer erneuten und umfassenderen Befragung könnten auch aus den bisherigen Erkenntnissen resultierende weiterführende Hypothesen aufgestellt werden, das Forschungsdesign angepasst werden und weiterführend ggf. und mehrfaktorielle generierte Strukturmodelle untersucht werden. Weiterführende Hypothesen ließen sich daneben auch im Sinne eines „Vorstudienmodells“ aus einer vorangestellten qualitativen Untersuchung im Sinne der „mixed methods“ (Döring/Bortz 2016, S.184) generieren und weiterführend untersuchen.

Neben der aufgeführten wissenschaftlichen Bedeutung lassen sich außerdem weiterführende Überlegungen und Handlungsempfehlungen als „Implikation“ für die Praxis generieren. Diese sind insbesondere im Rahmen der „Praxis Forschung“ (Meyer 2016) von besonderem Belang, in dessen Rahmen „Forschung mit der Praxis und für die Praxis“ (ebd.) erfolgt. Es stellt sich in diesem Rahmen die Frage, welche Bedeutung die Ergebnisse für die Praxis haben und welche Konsequenzen daraus gezogen werden können.

Aus den Ergebnissen lässt sich in der Gesamtheit eine nur bedingte Akzeptanz bestimmter Mitarbeitergruppen, sowie Unterschiede zwischen den Gruppen ableiten. Mitarbeiter, welche im direkten Bewohnerkontakt in ausführenden praktischen Tätigkeiten arbeiten („Praktiker“) weisen eine signifikant niedrigere Akzeptanz hinsichtlich des QMs auf ($\bar{x}_{\text{GesamtPraktiker}} = 3,1$) als Leitungsmitarbeiter ($\bar{x}_{\text{GesamtLeitung}} = 2,39$). Es stellt sich somit die Frage, wie die Akzeptanz des QMs insbesondere innerhalb dieser Gruppe verbessert werden könnte, um eine verbesserte Umsetzung und somit der positiven Aspekte des QMs zu ermöglichen. Eine eingeschränkte Akzeptanz des QMs, welchem mit Misstrauen begegnet wird (Gehrmann und Müller 2013, S.158)) führt ggf. im Rahmen sowieso belastenden Arbeits(platz)situationen sowohl in der Sozialen Arbeit (vgl. auch Wohlfahrt 2007 und Kap. 2.1.2 zu Ökonomisierung) als auch in der Pflege zu einer „Unattraktivität“ des Arbeitsfeldes. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels (Wübker 2015, S.1) und der einhergehenden Problematik der „Gewinnung qualifizierten Personals“ (Cremer/Goldschmidt/Höfer 2013, S.226) für die Praxis von besonderer Bedeutung. Daher können die weiterführenden Hinweise hinsichtlich möglicher Verbesserungen in weiterführenden Überlegungen bedacht, sowie mit einbezogen werden.

Schritte der „Entbürokratisierung“ und weiteren Erleichterungen für Pflege- und Sozialdienst-Mitarbeitern hinsichtlich bspw. Dokumentationsaufgaben des QMs würden eine Möglichkeit bieten diese zu vereinfachen. Erste Ansätze lassen sich bereits im bereits aufgeführten Pilotprojekt der AWO (AWO Wiesbaden 2016) sowie in verschiedenen Digitalisierungsarten zur Vereinfachung der täglichen Pflegedokumentationsaufgaben wiederfinden (vgl. z.B. Herzog/Rügge/Lawo 2007, S.162). Diese könnten auf weitere Elemente des QMs übertragen und ausgeweitet werden.

Denkbar ist außerdem die Umsetzung regelmäßiger Fortbildungen hinsichtlich des QMs für Mitarbei-

ter aller Ebenen, da „Personalqualifizierung – [als] notwendige Voraussetzung zur Einführung von QM“ (Döcker 2003, S.130) gesehen wird. Diese wird im Rahmen von Fortbildungen nach Escher (1997 S.56 f.) insbesondere im Pflegebereich defizitär umgesetzt. Da jedoch insbesondere auf der „praktisch“-ausführenden Mitarbeiterebene eine vergleichsweise geringere Akzeptanz des QMs feststellbar ist, sind Fortbildungen für eben diese Mitarbeiterebene hinsichtlich des QMs von besonderer Bedeutung. Nur so kann jedoch ein reflektierter Umgang, auch hinsichtlich der Vor- und Nachteile, auf allen Mitarbeiterebenen vollzogen werden, und mögliche Verbesserungen aus der Sicht aller Positionsebenen reflektiert werden (ebd.). Die beiden genannten Aspekte und Hinweise für die Praxis zur Vereinfachung des Aufwandes der Pflegedokumentation und weiterer QM-Elemente sowie Fortbildungen zur Reflexion des QMs bekommen ferner vor dem Hintergrund eines weiteren Forschungsergebnisses eine besondere Bedeutung: Die ermittelten hohen Korrelationswerte zwischen den Variablen „Komplexität“ und „Relativer Vorteil“/„Kompatibilität“ führen zur Wichtigkeit der Wahrnehmung und Bewusstmachung der Vorteile des QMs (Elemente des „Relativen Vorteils“), sowie der „Passgenauigkeit“ der Elemente des QMs zum Berufsverständnis und zu den Arbeitsvollzügen (Elemente der „Kompatibilität“). Die Ergebnisse lassen ableiten, dass durch eine eben solche Wahrnehmung auch die „Komplexität“ und somit der Aufwand positiver, und somit weniger belastend empfunden wird.

Auch einzelne Überlegungen und eine kritische Reflexion zur Verbesserung und Modifikation einzelner Überprüfungselemente durch gemeinsame Diskussionen in Gruppengesprächen, bestehend aus MDK-Mitgliedern, Mitgliedern der Praxis (Einrichtungsleitungen, Pflege- und Sozialdienstmitarbeiter), sowie Wissenschaft könnten zu einer Weiterentwicklung der bestehenden übergeordneten Überprüfungsdurchführungen des MDKs sowie weiterführend angepasst der einzelnen QM-Systeme führen. In diesem Rahmen lässt sich außerdem auch reflektieren, welche Elemente als Vorgaben und Überprüfungselemente beibehalten werden sollten, und welche insbesondere im Rahmen sozialer Faktoren nicht standardisiert überprüft werden können. Erste Hinweise zu möglicherweise problematischen QM-Inhalten bieten dabei auch die weiteren Ergebnisse dieser Untersuchung auf der Ebene der Einzelitem-Analyse. Eine geringe Akzeptanz aus Mitarbeitersicht lässt sich diesbezüglich bspw. hinsichtlich der Beachtung der Wohnervielfalt im Rahmen der Standards des QMs ermitteln. Alternativ könnten diese, nicht im Rahmen von Standards festhaltbaren, Elemente ggf. durch angepasste Überprüfungsverfahren mithilfe wissenschaftlicher Methoden erhoben werden.

Da im Rahmen der Untersuchung zwischen den Mitarbeitern der verschiedenen Trägern eine differente Akzeptanz des QMs auszumachen sind, lässt sich außerdem ein Austausch der Träger hinsichtlich der genutzten Systeme und deren Verbesserungen als möglicherweise sinnvoll bewerten. Als elementar lässt sich insgesamt bei jeglicher Reflexion zur Verbesserung der Einbezug verschiedener stellvertretende Mitarbeiter aus der Praxis bewerten, da diese die Umsetzungsrealität in den Einrichtungen beurteilen können. Eine Mitarbeiterorientierung und sollte nicht nur Element des QMs sein (vgl. Büker 2010, S.284), sondern sollte auch im Rahmen des QMs für dessen Verbesserung tatsächlich umgesetzt, sowie hinsichtlich dessen Wichtigkeit zur gelingenden Umsetzungsrealität nicht unterschätzt werden.

6 Zusammenfassung und Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Entwicklung des ursprünglich aus der Industrie stammenden QMs in der Sozialen Arbeit eine lange und vielschichtige Entwicklung darstellt, deren Hintergründe sowohl in den Bedingungen und Auswirkungen der Ökonomisierung der Sozialen Arbeit, als auch in teilweise (sozial)rechtlichen Veränderungen liegt. Heute ist das QM in der Profession der Sozialen Arbeit fest verankert; es haben sich verschiedenste Methoden, Konzepte und QM-Systeme bei den verschiedenen Trägern und in den verschiedenen Arbeitsbereichen ent- und weiterentwickelt. Dennoch lassen sich in Profession und auch Disziplin verschiedenste befürwortende, aber auch kritikgeleitete Positionen zum QM ausmachen, welche unterschiedliche Aspekte aus verschiedenen Blickwinkeln bewerten. Als diskutierte Aspekte lassen sich bspw. die mangelnde Betrachtung der Ergebnisqualität, inhaltlich und zeitlich einschränkende Standards, sowie im zeitlichen Aufwand ausmachen. Im Professionsfeld der stationären Altenhilfe ist das QM als festes Steuerungs- und Leitungselement der Träger implementiert, um sowohl die Qualität der Arbeit zu verbessern, als auch mit dem Ziel, Effektivität und Effizienz der Arbeit zu erhöhen und sich im ökonomischen Wettbewerb gegenüber anderen Anbietern durchzusetzen. Darüber hinaus ist die Umsetzung qualitätsprüfender Maßnahmen auf verschiedenen gesetzlichen Ebenen für stationäre Altenpflegeeinrichtungen als verpflichtende Maßnahme festgelegt und wird durch externe und offizielle Überprüfungsinstanzen kontrolliert. Mitarbeiter der stationären Altenhilfe sind somit im besonderen Maße mit den Umsetzungselementen des QMs in ihrem beruflichen Alltag in Kontakt. Da in der theoretischen Diskussion „der Praxis [der stationären Altenhilfe] noch eine weit verbreitete Unsicherheit und Skepsis, die die Wirkung von Qualitätssicherungsmaßnahmen deutlich einschränken“ (Nübling et al. 2004, S.139) zugeschrieben wird und in der Sozialen Arbeit allgemein „eine unzureichende Umsetzungspraxis [...] [konstatiert]“ (Merchel 2013, S. 213) wird, ist die Wichtigkeit der empirischen Ermittlung der Haltung (in Form von Akzeptanz und Einstellung) der Mitarbeiter zum QM und dessen theoretisch kontrovers diskutierten Aspekten festzustellen. Als Untersuchungsergebnisse diesbezüglich lassen sich im Rahmen der Arbeit hypothesengeleitet Differenzen in der Haltung der Mitarbeiter hinsichtlich ihrer Berufsgruppen feststellen, welche zwischen Mitarbeitern der Leitungsebene und den Trägern auszumachen sind. Auch lassen sich Unterschiede in der Einstellung zu den abgefragten Elementen und Inhalten des QMs, sowie Zusammenhänge in der Haltung zwischen eben diesen Inhalten feststellen. Die in der Untersuchungswertung ermittelten und spezifizierten Ergebnisse, aber auch Einschränkungen, führen zu verschiedenen Implikationen für die Praxis hinsichtlich der „Schnittstelle“ QM und Mitarbeiter. Da dem QM auch in der Zukunft der Profession der Sozialen Arbeit weiterhin eine wichtige Bedeutung zukommen wird, ist eine multiperspektivische Auseinandersetzung, sowie kontinuierliche Überprüfung, Weiterentwicklung und Verbesserung unabdingbar. Bei dieser sollte auch die Wahrnehmung der Mitarbeiter eine elementare Funktion einnehmen, indem die Umsetzungsrealität zwischen Mitarbeitern aus der Praxis, der Managementebene und der Wissenschaft gemeinsam diskutiert wird, und auch in weiteren Untersuchungen empirisch erfasst, sowie evaluiert wird.

Literaturverzeichnis

Abderhalden, C./ Needham, I. (1999): Das Verständnis von Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz: Ergebnisse einer Delphi-Studie. Maastricht: Universität Maastricht.

Ackermann, A. (2005): Empirische Untersuchungen in der stationären Altenhilfe: Relevanz und methodische Besonderheiten der gerontologischen Interventionsforschung mit Pflegeheimbewohnern. Münster: LIT Verlag.

Albert, M. (2006): Die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit. Neue Hierarchien innerhalb der Profession? In: Sozial Extra. Juli/August 2006. S.26-31.

Albrecht, W./ Garipkus, S./ Gatzemeier, C./ Hartleib, M./ Kotzian, N./ Röske, D./ Siegler, T./ von Werder, J. (2015): Ökonomisierung der Sozialen Arbeit – Am Beispiel der Jugendberufshilfe. Hildesheim: Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst.

Altenheim (2016): Institut errechnet große Lücke in der Versorgung. 5/2016. S.9.

Albrecht et al. (2015): Ökonomisierung der Sozialen Arbeit – Am Beispiel der Jugendberufshilfe. Hildesheim: HAWK.

Ammenwerth et al. (2002): Auswirkungen EDV-gestützter Pflegedokumentation – Ergebnisse von Studien am Universitätsklinikum Heidelberg. In: PflegelInformatik. Nr.11/02. S.85-92.

Aner, K. (2010): Soziale Altenhilfe als Aufgabe Sozialer Arbeit. In: Aner, K./ Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS.

Arnegger, M./ Spatschek, C. (2008): „Der Begriff der Ökonomisierung im Kontext der Sozialen Arbeit – Die Vermessung eines umkämpften Terrains“. In: Arnegger, M./ Spatschek, C. et al.(Hrsg.): Soziale Arbeit und Ökonomisierung. Analysen und Handlungsstrategien. Uckerland: Schibiri-Verlag. S.9-25.

Arnold, U. (2009): Qualitätsmanagement in sozialwirtschaftlichen Organisationen. In: Arnold, U./Maelicke, B. (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialwirtschaft. 3. Auflage. Baden-Baden: Nomos. S.458-496.

Arnold, C./Klee, C. (2016): Akzeptanz von Produktinnovationen. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer.

Auth, D. (2012): Ökonomisierung von Pflege in Großbritannien, Schweden und Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 07.2012. Wiesbaden: Springer Verlag.

AWO-Bundesverband (2015): Das Tandem-Modell der AWO. Abrufbar unter: https://www.awo.org/fileadmin/user_upload/documents_Awo/zertifikate/Aufsatz_Grundlagen_AWO_Normen.pdf [Stand 25.05.2016, 17:55 h].

AWO Wiesbaden (2016): AWO erprobt eine schlankere Pflegedokumentation. Abrufbar unter: <http://www.awowiesbaden.de/blog/awo-erprobt-eine-schlankere-pflegedokumentation/> [Stand 14.05.2016, 20:56 h].

Bachstein, E. (2007): Praxiswissen Arbeitsrecht für die PDL: Rechtssicherer Umgang mit Mitarbeitern in der Pflege. München und Jena: Urban & Fischer.

Bakic, J./ Diebäcker, M./ Hammer, E. (2007): Wiener Erklärung zur Ökonomisierung und Fachlichkeit in der Sozialen Arbeit. Abrufbar unter: http://www.armutskonferenz.at/files/bakic_ua_oekonomisierung_soziale_arbeit-2007.pdf [Stand 16.04.2016, 18:28 h].

Beckmann, C./ Otto, H.U./ Schaarschuch, A./ Schrödter, M. (2007): Qualitätsmanagement und Professionalisierung in der Sozialen Arbeit. Ergebnisse einer Studie zu organisationalen Bedingungen ermächtigender Formalisierung. In: Zeitschrift für Sozialreform. Heft 3. Stuttgart: Lucius und Lucius. S.275-295.

Blanke, K./ Gauckler, B./ Sattelberger, S. (2008): Fragebogen auf dem Prüfstand: Testmethoden und deren Einsatz in der amtlichen Statistik.

Bleck, C. (2011): Effektivität und Soziale Arbeit. Analysemöglichkeiten und -grenzen in der beruflichen Integrationsförderung. Berlin: Frank & Timme.

Bodenbender, W. (2003): Der „Kunde“ in der Sozialen Arbeit: Ausdruck eines Paradigmenwechsels? In: Brückers, R. (Hrsg.) Tandem QM. Das integrierte QM-Konzept in der Sozialen Arbeit. Bonn. S.66-75.

Boessenecker, K.H. (1999): Marktorientierung in der sozialen Arbeit ohne Alternative? In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 2/1999, S. 43-47.

Bogner, K./ Landrock, U. (2015): Antworttendenzen in standardisierten Umfragen. Abrufbar unter: http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/40905/ssoar-2014-bogner_et_al-Antworttendenzen_in_standardisierten_Umfragen.pdf?sequence=1 [Stand 16.05.2016, 21:50 h].

Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 6. Auflage. Wiesbaden: Springer.
Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (2009): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Böhm-Kasper, O./ Schuchart, C./ Weishaupt, H. (2009): Quantitative Methoden in den
Erziehungswissenschaften. Darmstadt: WBG.

Brüggemann, H./ Bremer, P. (2012): Grundlagen Qualitätsmanagement. Von den Werkzeugen über
Methoden zum TQM. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer Vieweg.

Bruhn, M. (2013): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Handbuch für ein erfolgreiches
Qualitätsmanagement. Grundlagen – Konzepte – Methoden. 9. vollständig überarbeitete und
erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Gabler.

Buestricht, M./ Wohlfahrt, N. (2008): Die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit. In: Bundeszentrale für
politische Bildung: Aus Politik und Zeitgeschichte: Abrufbar unter:
<http://www.bpb.de/apuz/31339/die-oekonomisierung-der-sozialen-arbeit> [Stand 16.04.2016, 18:21
h].

Buestricht et al. (2010): Die Ökonomisierung Sozialer Dienste und Sozialer Arbeit. Entwicklung –
Theoretische Grundlagen – Wirkungen. 2.unveränderte Auflage. In: Bock, K./ Dörr, M./ Homfeld,
H.G./ Schulze-Krüdener, J./ Thole, W. (Hrsg.): Grundlagen der Sozialen Arbeit. Band 18.
Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohergehen.

Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (2015): QM-Grundsätze der
Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege. Abrufbar unter:
<http://www.bagfw.de/qualitaet/qualitaetsmanagement/qm-grundsaeetze-der-spitzenverbaende/>
[Stand 27.05.2016, 21:28 h].

Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2012): Die soziale Situation in Deutschland.
Lebenswartung. Abrufbar unter:
<http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61547/lebenserwartung> [Stand 26.04.2016, 17:28 h].

Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2014): Die soziale Situation in Deutschland. Arbeitslose
und Arbeitslosenquote. Abrufbar unter:
http://www.bpb.de/wissen/H9NU28,0,Arbeitslose_und_Arbeitslosenquote.html [Stand 26.02.16,
19:28 h].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2005): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Abrufbar unter: https://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/pdf/140603_-_Aktive_PDF_-_Charta.pdf [Stand 14.05.2016, 10:56].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Qualitätssicherung in den Heimen. Abrufbar unter: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/6-qualitaetssicherung-in-den-heimen.html> [Stand 30.05.2016, 20:47h].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2010): Sechster Altenbericht. Abrufbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Stand 30.05.2016, 20:57].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2012): Evaluation und Selbstevaluation in der sozialpädagogischen Familienhilfe. Kontext der Diskussion von Evaluation - Qualität in der Sozialen Arbeit. Abrufbar unter: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/spfh/11-Evaluation-und-selbstevaluation-in-der-sozialpaedagogischen-familienhilfe/11-2-kontext-der-diskussion-von-evaluation-qualitaet-in-der-sozialen-arbeit,did%3D61688,render%3DrenderPrint.html> [Stand 20.05.2016, 20:50 h].

Bundesministerium für Gesundheit (2015): Pflegefachkräftemangel. Abrufbar unter: <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegekraefte/pflegefachkraeftemangel.html> [Stand 26.04.2016, 14:05 h].

Brock, D. (2008): Globalisierung. Wirtschaft-Politik-Kultur-Gesellschaft. Wiesbaden: VS.

Butterwegge, C. (2005): Krise und Zukunft des Sozialstaates. Abrufbar unter: <http://www.christophbutterwegge.de/texte/Krise%20und%20Zukunft%20des%20Sozialstaates.pdf> [Stand 13.02.15, 19:14 h].

Bühner/Ziegler (2009): Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. München: Pearson.

Büker, C. (2010): Spezielle Aufbau- und Ablauforganisation des Pflegeunternehmens. In: Loffing, C./Geise, S. (Hrsg.): Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege. Lehrbuch für Führungskräfte, Weiterbildungsteilnehmer und Studenten. Bern: Verlag Hans Huber. S.142-177.

Cremer, G./Goldschmidt, N./Höfer, S. (2013): Soziale Dienstleistungen. Ökonomie, Recht, Politik. Freiburg u.A.: UTB Verlag.

Dahme, H.J./ Kühnlein, G./ Wohlfahrt, N./ Burmester, M. (2005): Zwischen Wettbewerb und Subsidiarität. Wohlfahrtsverbände unterwegs in die Sozialwirtschaft. Berlin: edition sigma.

Dahmen, S. (2011): Evidenzbasierte Soziale Arbeit? Zur Rolle wissenschaftlichen Wissens für sozialarbeiterisches Handeln. Baltmannsweiler: Schneider Verlag.

Davis, F.D. et al. (1989): Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use and User Acceptance of Information Technology. MIS Quarterly. 13. S.319-339.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2010): ICN Ethikcodex für Pflegende. Abrufbar unter: <http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/ICN-Ethik-E04kl-web.pdf> [Stand 16.05.16, 21:55 h].

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) (o.J.): Qualitätskriterien des DBSH. Grundraster zur Beurteilung der Qualität in den Handlungsfeldern Sozialer Arbeit. Abrufbar unter: http://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/Qualit_ts_kriterien.pdf [Stand 16.04.2016, 19:00 h].

Deutsche Gesellschaft für Qualität (2014): Audit. Abrufbar unter: <http://www.dgq.de/themen/audit/> [Stand 23.05.2016, 23:04 h].

de Groote, K./ Nebauer, F. (2008): Kulturelle Bildung im Alter. Eine Bestandsaufnahme kultureller Bildungsangebote für Ältere in Deutschland. München: kopaed.

Diakonie Düsseldorf (2016): Selbstbestimmt leben in den Pflegeheimen der Diakonie. Abrufbar unter: <http://www.diakonie-duesseldorf.de/leben-im-alter/pflege/pflegeheime/pflege-bei-der-diakonie/> [Stand 25.05.2016, 16:21 h].

Diekmann, A. (1995): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg: rowohlt.

Döcker (2003): Personalqualifizierung – notwendige Voraussetzung zur Einführung von Qualitätsmanagement. In: Brückers, R. (Hrsg.): Tandem QM. das integrierte QM-Konzept in der Sozialen Arbeit. Bonn: Gesellschaft für Organisationsentwicklung und Sozialplanung. S..130-136.

Döring, N./ Bortz, J. (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. Auflage. Wiesbaden: Springer.

Duden. (2000): Die deutsche Rechtschreibung. 22. völlig neu überarbeitete und erweiterte Auflage. Mannheim u.A: Dudenverlag.

Die Bundesregierung (2016): Reform der Pflegeberufe im Bundestag. Einheitliche Ausbildung für die Pflege. Abrufbar unter:
<https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2016/01/2016-01-13-reform-pflegeberufe.html> [Stand 26.04.2016, 14:00 h].

Engelke, E./ Borrmann, S./ Spatscheck, C. (2009). Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage. Freiburg: Lambertus.

Enggruber, R. (2010): Professionelle Grundlagen Sozialer Arbeit für den Arbeitsmarkt. In: Burghardt, H./ Enggruber, R. (Hrsg.): Soziale Dienstleistungen am Arbeitsmarkt in professioneller Reflexion Sozialer Arbeit. Berlin: Frank und Timme, S.13-59.

Escher, N. (1997): Qualität und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. In: Maelicke, B. (Hrsg.): Qualität und Kosten sozialer Dienstleistungen. Baden-Baden: Nomos. S.47-58.

Feldhoff, K. (2013): Entgelt und Eingruppierung von BA- Absolventen im Sozial- und Erziehungsdienst. Abrufbar unter:
https://www.fhmuenster.de/fb10/downloads/ungeschuetzt/bachelor/praxisbuero/Feldhoff_Info_Eingruppierung_29-01-2013.pdf [Stand 16.04.2016, 18:54 h].

Fichtner, J. (2003): Evaluationen in der Sozialen Arbeit: Für eine sozialwissenschaftliche Option im betriebswirtschaftlichen Mainstream. In: Soziale Arbeit. 52 Jg., Heft 2/2003. S.49-53.

Fink, F. (2013): Schlechtes Zeugnis für die Pflegenoten. In: neue caritas. Ausgabe 19/2013. Abrufbar unter:
<https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2013/artikel/schlechtes-zeugnis-fuer-die-pflegenoten> [Stand 23.05.2016, 23:02 h].

Flock, W. (2003): Überlegungen zum Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Abrufbar unter:
http://www.bagprax.de/data/publikationen/lag/qualitaetsmanagement_sa.pdf [Stand 16.04.2016, 19:04 h].

Flösch, D. (2011): Ethisch handeln. Grundlagen und Prinzipien. In: Köther, I. (Hrsg.): Altenpflege. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme.S.70-87.

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: VS Verlag. S.235-250.

Fuchs, M. (2006): Vom Kulturnutzer der Zukunft. Der demographische Wandel als kulturelle Herausforderung. In: Zimmermann, O./ Geißler, T. : Kultur, Kompetenz, Bildung. Konzeption kulturelle Bildung. Ausgabe 6, Sep.-Okt. 2006. Regensburg: ConBrio Verlagsgesellschaft GmbH. S.1-2.

Gaitanides, S. (2000): Soziale Arbeit – im Spagat zwischen Ökonomisierung und Menschenrechtsprofession. In: Elsen, S./Lange, D./Wallimann, I. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Ökonomie. Neuwied: Luchterhand. S.125-135.

Gaitanides, S. (2001): Soziale Arbeit – im Spagat zwischen Ökonomisierung und Menschenrechtsprofession. Basel: Basler Institut für Sozialforschung und Sozialplanung.

Galuske, M. (2002): Flexible Sozialpädagogik. Elemente einer Theorie Sozialer Arbeit in der Arbeitsgesellschaft. Weinheim, München: Gebhardt (2006)

Gerull, K.P.(2004): Qualitätsmanagement in der Jugend- und Sozialhilfe. Literaturanalytische und empirische Studien. Abrufbar unter: <http://hdl.handle.net/11858/00-1735-0000-0006-B3BE-6> [Stand 16.04.2016, 19:05 h].

Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse (2011): Qualitätsmanagement in ärztlichen Großpraxen und medizinischen Einrichtungen 2011. Eine deutschlandweite Befragung von Ärztinnen und Ärzten in ärztlichen Großpraxen, Medizinischen Versorgungszentren und ambulant versorgenden Kliniken. Eine gemeinsame Studie der Stiftung Gesundheit und dem TÜV SÜD durchgeführt von der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse. Abrufbar unter: https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Studie_QM_2011.pdf [Stand 14.05.2016, 19:59 h].

Greving, B. (2009): Messen und Skalieren von Sachverhalten. In: Albers, S. et al. (Hrsg.): Methodik der empirischen Forschung. Wiesbaden: Springer. S.65-78.

Grosser, H. (o.J.): QM Handbuch. QM Handbuch nach der ISO 9001. Abrufbar unter: <http://www.iso9001.info/qm-handbuch-2/> [Stand 25.05.2016, 15:38 h].

Große-Böckmann, M. (2010): Qualität in produzierenden Unternehmen Deutschlands 2010. Aachen: Fraunhofer IPT.

Haas, H.S. (2000): Qualität – eine diakoniewissenschaftliche Annäherung. In: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.): Diakonie Dokumentation 02.2000: Qualität, Güte und Nächstenliebe – Diakonie im 21. Jahrhundert. Abrufbar unter: <http://www.diakonie.de/media/DD-2000-02.pdf> [Stand 25.05.2016, 16:46 h].

- Hamburger, F. (2001): Neue Bedingungen für die Soziale Arbeit. Abrufbar unter:
http://www.sfz.uni-mainz.de/Dateien/Fachtagung_Hamburger_2001.pdf [Stand 24.04.2016, 21:02].
- Hans-Böckler Stiftung (2013): Studie: Schlechte Arbeitsbedingungen können zu Fachkräftemangel führen. Soziale Dienste Beschäftigte zwischen Kostendruck und Anspruch an ihre Arbeit. Abrufbar unter:
http://www.boeckler.de/41907_42739.htm [Stand 26.04.2016, 18:12 h].
- Hanselmann, P.G. (2005): Wirkungen des Qualitätsmanagements: Qualitätskultur durch Qualitätsmanagement – Systeme. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege.
- Hellmich, C. (2010): Qualitätsmanagement und Zertifizierung im Rettungsdienst. Grundlagen, Techniken, Modelle, Umsetzungen. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Heiner, M. (1996): Evaluation zwischen Qualifizierung, Qualitätsentwicklung, Qualitätssicherung. Möglichkeiten der Gestaltung von Evaluationssettings. In: Heiner, M. (Hrsg.): Qualitätsentwicklung durch Evaluation. Freiburg im Breisgau: Lambertus.. S.20-47.
- Hensen, P. (2016): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen für Studium und Praxis. Wiesbaden: Springer.
- Herzog, O./ Rügge, I./ Lawo, M. (2007): Mobile Lösungen für die Gesundheitswirtschaft. In: Groß, D. (Hrsg.): E-Health und technisierte Medizin: neue Herausforderungen im Gesundheitswesen. Münster: LIT Verlag. S.159-164.
- Hibbeler, B. (2009): Pflegeeinrichtungen: MDK-Prüfungen allein sorgen nicht für eine gute Pflege. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg.106, Heft 1-2. S.14-15.
- Homfeldt, H.G. (2005): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In: Thole, W. (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, S.318-330.
- Kaspar, T. (2006): Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit aus Systemischer Perspektive. Aspekte zur Entwicklungsarbeit mit und am Widerstand. Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege.
- Keitel, P./Loffing, C./Kristen-Seydel, E.M. (2010): Qualitätsmanagement für Pflegeunternehmen. In: Loffing, C./Geise, S. (Hrsg.): Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege. Lehrbuch für Führungskräfte, Weiterbildungsteilnehmer und Studenten. Bern: Verlag Hans Huber. S.275.-362.

Kittl-Satran, H./ Simon, G.(2010): Soziale Arbeit für ältere Menschen in Österreich. In: Aner, K./ Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS.

Kleve, H. (2003): Geschichte, Theorie Arbeitsfelder und Organisationen Sozialer Arbeit. Fragmente – Definitionen, Einführungen und Übersichten. Abrufbar unter:
www.ash-berlin.eu/hsl/docs/2427/Reader.doc [Stand 29.05.2016, 17:09h].

Knorr, A. (2005): Ökonomisierung der öffentlichen Verwaltung –einige grundsätzliche ordnungstheoretische Anmerkungen. In: Knorr, A./ Lemper, A./ Sell, A./ Wohlmuth, K. (Hrsg.): Materialien des Wissenschaftsschwerpunktes „Globalisierung der Weltwirtschaft“. Band 36. Bremen: Universität Bremen.

Kordts-Freudinger, R. (2015): Item- und Skalenanalyse. Abrufbar unter:

<https://blogs.uni-paderborn.de/fips/category/auswertung/quantitativ/> [Stand 31.05.2016, 20:42 h].

Kornmeier, K. (2009): Determinanten der Endkundenakzeptanz mobilkommunikationsbasierter Zahlungssysteme - Eine theoretische und empirische Analyse. Abrufbar unter:

https://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-21559/Dissertation_Kornmeier.pdf [Stand 05.05.2016, 21:46 h].

Köther, I. (2011): Altenpflege. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag.

Krems, B. (2011): Input - Output - Outcome – Zusatzinformationen. Abrufbar unter:

<http://www.olev.de/o/outcome.htm> [stand 25.04.2016, 12:47 h].

Kunze, A./ Uken, M. (2014): Der Pflege Aufstand. Abrufbar unter:

<http://www.zeit.de/2014/24/pflegeheime-beurteilung> [Stand 24.04.2016, 21:38 h].

Lambach, R. (2003): Messung von Ergebnisqualität. In: Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e.V. (Hrsg.): Qualitätsentwicklung und Qualitätswettbewerb. Dokumentation der Fachtagung „Qualitätsentwicklung und Qualitätswettbewerb der stationären Erziehungshilfe“ am 7. und 8. November in Berlin. München: SOS-Kinderdorf e.V..

Lambers, H. (2015): Management in der Sozialen Arbeit und in der Sozialwirtschaft. Weinheim und Basel: Beltz.

Lamnek, S./Krell, C. (2010): Qualitative Sozialforschung. 5. überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz.

Loffing, C./ Geise, S. (2010): Unternehmensorganisation und Management des Pflegeunternehmens. In: Loffing, C./ Geise, S. (Hrsg.): Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und

stationären Altenpflege. Lehrbuch für Führungskräfte, Weiterbildungsteilnehmer und Studenten. Bern: Verlag Hans Huber. S.68-139.

Lütjen, R. (2013): Subjektorientierung und Psychoseverständnis – Version 2013. Abrufbar unter: https://www.fh-kiel.de/fileadmin/data/sug/pdf-Dokument/Luetjen/Psychoseverstaendnis_1309.pdf [Stand 11.04.2016, 21:04 h].

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: VS Verlag. S.235-250.

Mader, F.H. (2013): Allgemeinmedizin und Praxis: Anleitung in Diagnostik, Therapie und Betreuung. Facharztprüfung Allgemeinmedizin. 7. Auflage. Wiesbaden: Springer.

Madlberger, M. (2013): Electronic Retailing: Marketinginstrumente und Marktforschung im Internet. Wiesbaden: Deutscher Universitäts Verlag.

Majewski, K./ Seyband, E. (2002): Erfolgreich arbeiten mit Qfs. Qualitätsmanagement und fachliche Standards für Organisationen im sozialen Bereichen. Weinheim und München: Juventa.

Maywald, A. (2009): Professionalisierung Sozialer Arbeit durch Qualitätsmanagement. Eine Studie zur Effektivität und Effizienz von QM-Systemen für den sozialen Bereich. Hamburg: Diplomica Verlag.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund (MDS) (2014): Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI in der stationären Pflege. Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/transparenzvereinbarungen/pvts_neu_ab_2014_01_01stationaer/2014_Pflege_Pruefgrundlagen_stationaer.pdf

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) (o.J.a): Aufgaben und Leistungen der Medizinischen Dienste. Abrufbar unter: <http://www.mdk.de/317.htm> [Stand 26.04.2016, 16:45 h].

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) (o.J.b): MDK-Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen. Abrufbar unter: <http://www.mdk.de/1328.htm> [Stand 24.04.2016, 22:17 h].

Meinhold, M. (1998): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Einführung und Arbeitshilfen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Meinhold, M./ Matul, C.(2003): Qualitätsmanagement aus der Sicht von Sozialarbeit und Ökonomie. Baden-Baden: Nomos.

Merchel, J. (2003): Zum Stand der Diskussion zur Effizienz und Qualität in der Produktion sozialer Dienstleistungen. In: Möller, M. (Hrsg.): Effektivität und Qualität sozialer Dienstleistungen. Kassel: university press. S.4-25.

Merchel, J. (2006): Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Erfahrungen zur Verarbeitung und zur Umsetzung des Themas „Qualität“. In: Der pädagogische Blick. Ausgabe 14, 4/2006. S.195-208.

Merchel, J. (2013): Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 4.Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Meyer, T. (2016): Praxisforschung in der Sozialen Arbeit. Abrufbar unter:
<http://www.dhbw-stuttgart.de/themen/bachelor/fakultaet-sozialwesen/kontakt/praxisforschung-in-der-sozialen-arbeit/> [Stand 19.05.2016, 20:29 h].

Micheel, H.G. (2010): Quantitative empirische Sozialforschung. München: Reinhardt Verlag.

Ministerium für Gesundheit Emanzipation Pflege und Alter des Landes Nordrhein- Westfalen (MGEPA) (2016): Rechtsgrundlagen. Das Alten- und Pflegegesetz (APG NRW): Abrufbar unter:
http://www.mgepa.nrw.de/pflege/rechtsgrundlagen_2014/index.php [Stand 31.05.2016, 22:03 h].

Mohr, K. (2007): Soziale Exklusion im Wohlfahrtsstaat: Arbeitslosensicherung und Sozialhilfe in Großbritannien und Deutschland. Wiesbaden: VS Verlag.

Moore, G. C./ Banbasat, I. (1991): Development of an Instrument to Measure the Perceptions of Adopting an Information Technology Innovation, in: Information Systems Research. 2. Jg., H. 3. S. 192–222.

Möwisch, A./ Hons, C./ Both, C. (2005): Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung in der Pflege: mit umfangreicher Einführung und ausführlichen rechtlichen Erläuterungen. Heidelberg: C.F. Müller.

Mummenday, H.D./ Grau, I. (2008): Die Fragebogenmethode. 5. überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen u.A: Hogrefe Verlag.

Müller, H. (2015): Arbeitsorganisation in der Altenpflege: Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und –sicherung. Hannover: schlütersche.

Müller-Schöll, A. (1993): Das Konzept „Sozialmanagement als Grundlage der Befähigung zur Organisationsentwicklung. In Schönig, W./Brunner, E.J. (Hrsg.): Organisationen beraten – Impulse für Theorie und Praxis. Freiburg: Lambertus. S.138-160.

Nerl, R. (2014): Entbürokratisierung der Pflegedokumentation – Anregung zur kritischen Reflexion. Abrufbar unter:

<http://densip.de/netzwerk/entburokratisierung-der-pflegedokumentation-%E2%80%93-anregung-zur-kritischen-reflexion/> [Stand 15.05.2016, 12:20 h].

Nübling, R. et al. (2004): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Altenpflege. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. Jg. 47 , H. 2. S. 133-140.

Osterloh, F. (2015): Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff: „Das Verfahren ist praktikabel“. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 112, Heft 7. S.260.

Peukert, R. (2001): Qualität Sozialer Arbeit– Prädikat: Gesellschaft besonders wertvoll. Qualitätsentwicklung, -sicherung und Management in der Sozialen Arbeit. In: Bassarak , H./ Steppuhn, U.D. (Hrsg.): Angewandte Forschung und Entwicklung an Fachhochschulen Sozialer Arbeit. Düsseldorf: Setzkasten.S.79-84.

Pfeifer, T./ Schmitt, R. (2007): Qualitätsmanagement als Basisaufgabe für den Unternehmenserfolg. In: Pfeifer, T./Schmitt, R. (Hrsg.): Masing. Handbuch Qualitätsmanagement. München: Hanser Verlag. S.1-2.

Pfeiffer-Schaupp, U. (2005): Die Schatten der Globalisierung und der Sozialen Arbeit. In: Pfeiffer-Schaupp, U.(Hrsg.): Globalisierung und Soziale Arbeit. Grundbegriffe-Problemfelder-Perspektiven. Hamburg: VSA Verlag. S.11-51.

Pharmazeutische Zeitung online (2015): Pflegeheime: Neues Bewertungssystem Ende 2017. Abrufbar unter:

<http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=57237>. [Stand 31.05.2016, 22:07h].

Piechotta, B. (2008): Qualitätsmanagement für psychotherapeutischen Praxen. Wiesbaden: Springer.

Pointer, N. (2010): In den Fängen der Ökonomie? Ein kritischer Blick auf die Berichterstattung über Medienunternehmen in der deutschen Tagespresse. Wiesbaden: Springer VS.

Porst, R. (1998): Im Vorfeld der Befragung: Planung, Fragebogenentwicklung, Pretesting. Abrufbar: <http://www.s-hb.de/~klaus.boenkost/pdf-docs/Im-Vorfeld-der-Befragung.pdf> [Stand 05.05.2016, 20:45 h].

Porst, R. (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: Springer.

Proske, H./ Reichert, J.F./ Triebfürst, S. (2014): Effektivität im Job. Freiburg: Haufe.

Puhl, A. (2003): Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen. Abrufbar unter: imbuk.info/uni-augsburg/qualitaet/docs/QMinsozialenEinrichtungen.doc [Stand 16.04.2016, 19:09 h].

Raab-Steiner, E./ Benesch, M. (2012): Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung. 3. Aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien: facultas.

Raithel, J. (2008): Quantitative Sozialforschung. Ein Praxiskurs. Wiesbaden: Springer VS.

Rasch, B./ Friese, M./ Hofmann, W./ Naumann, E. (2010): Quantitative Methoden 1. Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. Wiesbaden: Springer. Abrufbar unter: <file:///C:/Users/User/Downloads/9783642052675-c1.pdf> [Stand 25.05.2016, 18:03].

Renteln-Kruse von, W. (2001): Epidemiologische Aspekte der Morbidität im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Mai 2001, Ausgabe 34. S 10-15.

Rogers, E. M. (1983): Diffusion of Innovations, 3rd Edition, New York: Free Press.

Roth, G. (2002): Qualität in Pflegeheimen: Expertise im Auftrag des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.

Ruckstuhl, B./ Kolip, P./ Gutzwiller, F. (2001): Qualitätsparameter in der Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S.38-50.

Rugor, R./ von Studzinski, G. (2012): Qualitätsmanagement nach der ISO Norm. Eine Praxisanleitung für MitarbeiterInnen in sozialen Einrichtungen. 2., aktualisierte Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Sackett, D./ Rosenberg, W./ Gray, J./ Haynes, R./ Richardson, W. (1996): Evidence-based Medicine: What It Is and What It Isn't. In: British Medical Journal. 312, 1996. London: British Medical Association. S. 71–72.

Sauter, D./ Bischofberger, I. (2006): Lehrbuch psychiatrische Pflege. 1. Aufl. Bern: Huber.

Schecker, H. (2014): Überprüfung der Konsistenz von Itemgruppen mit Cronbachs α . In: Krüger, D./ Parchmann, I./ Scheckr H. (Hrsg.): Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung. Wiesbaden: Springer. S.1-7. Abrufabr unter:
file:///C:/Users/User/Downloads/Cronbach%20Alpha%20(5).pdf [Stand 28.05.2016, 18:21 h].

Schedler, K./ Proella, I. (2000): New Public Management. Bern u.A.: Verlag Paul Haupt.

Schiemann, D. (2010): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

Schlieve, J. (2011): Akzeptanz innovativer Self-Service-Technologien. Eine geschlechtsfokussierte Betrachtung der Akzeptanz von Selbstbedienungskassen im Einzelhandel. Ilmenau: Universitätsverlag.

Schmidt, R. (2010): Soziale Arbeit in der pflegerischen Versorgung. In: Aner, K./ Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter.

Schmitz, M. (1998): Mitarbeiterorientiertes Qualitätsmanagement von Dienstleistungen. Hamburg: DiplomarbeitenAgentur.

Schneider, U. (2014): Mehr Mensch! Gegen die Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt a.M.: Westend Verlag.

Schewior-Popp, S./ Sitzmann, F./Ullrich, L. (2012): Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in der Ausbildung. 12. Auflage. Stuttgart: Thieme.

Schwarz, P. (1992): Management in Nonprofit-Organisationen. Eine Führungs-, Organisations- und Planungslehre für Verbände, Sozialwerke, Vereine, Kirchen, Parteien usw. Bern/Stuttgart/Wien: Verlag Paul Haupt.

Seithe, M. (2012): Schwarzbuch Soziale Arbeit. 2., durchgesehene und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS.

- Seithe, M./ Wiesner-Rau, C. (2013): „Das kann ich nicht mehr verantworten“. Stimmen zur Lage der Sozialen Arbeit. Neumünster: Paranus Verlag.
- Sievers, N. (2008): Wir werden älter. Demographische Faktor und die Kultur. In: AKP. 1/2008. Bielefeld: AKP Verlag. S.41-43.
- Slotala, L. (2011): Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. Wiesbaden: Springer VS.
- Spieß, E./ Rosenstiel, L. (2010): Organisationspsychologie. Basiswissen, Konzepte und Anwendungsfelder. Oldenburg, München: Beck. S. 47–56
- Spiestersbach, A. et al. (2009): Deskriptive Statistik. Angabe statistischer Maßzahlen und ihre Darstellung in Tabellen und Grafiken. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg.106, Heft 36. S.578-583.
- Stark, C.(2006): Klient oder Kunde? Kritische Überlegungen zum Kundenbegriff in der Sozialen Arbeit. Abrufbar unter:
http://www2.fhstp.ac.at/~webmaster/equal_template/content/Downloads/03_Qualit%E4t-in-der-Beratung-Betreuung/Kundenbegriff_der_Sozialen-Arbeit.pdf [Stand 16.04.2016, 18:48 h].
- Staub-Bernasconi, S. (2007): Vom beruflichen Doppel- zum professionellen Dripelmandat. In: SiO. Sozialarbeit in Österreich. Fachzeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik. Ausgabe 02/07. S.8-17.
- Steiner, B. (1998): Profilierung Sozialer Arbeit in der stationären Altenhilfe. In: Gerontologie und Geriatrie. Band 31, Heft 5. S.343-347.
- Stocké, V. (2004): Entstehungsbedingungen von Antwortverzerrungen durch soziale Erwünschtheit. Ein Vergleich der Prognosen der Rational-Choice Theorie und des Modells der Frame-Selektion. In: Zeitschrift für Soziologie. Jg. 33, Heft 4, August 2004. S. 303–320.
- Stockmann, R. (2002): Qualitätsmanagement und Evaluation – Konkurrierende oder sich ergänzende Konzepte? Abrufbar unter:
http://www.ceval.de/modx/fileadmin/user_upload/PDFs/workpaper3.pdf [Stand 30.05.2016, 19:31 h].
- Stockmann, R. (2006): Evaluation in Deutschland. In: Stockmann, R. (Hrsg.): Evaluationsforschung – Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder. Opladen: Leske + Budrich, S.11-40.

Thole, W. (2012): Die Soziale Arbeit – Praxis Theorie Forschung und Ausbildung. Versuch einer Standortbestimmung. In: Thole, W. (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag. S.19-72.

Töpfer, A. (2012): Erfolgreich Forschen: Ein Leitfaden für Bachelor-, Master-Studierende und Doktoranden. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer.

Trube, A./ Wohlfahrt, N.(2010): Der aktivierende Sozistaat“ - Sozialpolitik zwischen Individualisierung und einer neuen politischen Ökonomie der inneren Sicherheit. Abrufbar unter: <http://basisgruen.gruene-link.de/fachbereiche/fiwiso/soziales/00-10--trube-sozialstaat.pdf> [Stand 16.05.16, 22:09 h]

Universitätsklinikum Jena (2015): Was ist Pflege? Abrufbar unter: http://www.uniklinikum-jena.de/ukjm/Pflege/Patienten/Was+ist+Pflege_.html [Stand 23.05.2015, 22:53 h].

Vomberg, E. (Hrsg.) (2002): Qualitätsmanagement als Zukunftsstrategie für die Soziale Arbeit. Theoretische Konzepte und praktizierte Beispiele aus sozialen Einrichtungen. Schriftenreihe des Fachbereiches Sozialwesen der Hochschule Niederrhein.

Waltermann, R. (2014): Sozialrecht. 11. Auflage. Heidelberg: C.F. Müller.

Warzecha, B. (2010): Ungesunde Ordnung. In: brandeins Wirtschaftsmagazin. Ausgabe 10/2010. Abrufbar unter: <http://www.brandeins.de/archiv/2010/qualitaet/ungesunde-ordnung/> [Stand 11.04.2106, 20:43 h].

Weiber, R./ Jacob, F. (1995): Kundenbezogene Informationsquelle. In: Kleinaltenkamp, M./ Plinke, W. (Hrsg.): Technischer Vertrieb: Grundlagen des Business-to-Business Marketing. Berlin und Heidelberg: Springer. S.525-612.

Weigert, J. (2008): Der Weg zum leistungsstarken Qualitätsmanagement. Ein praktischer Leitfaden für die ambulante, teil- und vollstationäre Pflege. 2., aktualisierte Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Wendt, W.R. (2006): Die Disziplin der Sozialen Arbeit und ihre Bezugsdisziplinen. Abrufbar unter: http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Wendt_Sozialarbeitswissenschaft.pdf [Stand 08.04.2016, 13:14 h].

Wilhelm, D.B. (2011): Nutzerakzeptanz von webbasierten Anwendungen Modell zur Akzeptanzmessung und Identifikation von Verbesserungspotenzialen. Wiesbaden: Springer.

Wingenfeld et al. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abrufbar unter: http://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Abschlussbericht_Ergebnisqualitaet_.pdf [Stand 20.05.2016, 21:34 h].

Wissing, F. (2015): Mitarbeiterbefragungen in deutschen Krankenhäusern: Ein wirksames Instrument des Qualitätsmanagements? Frankfurt, New York: Campus Verlag.

Wittenius, U. (2015): Das Tandem-Modell der Arbeiterwohlfahrt. Abrufbar unter: https://www.awo.org/fileadmin/user_upload/documents_Awo/zertifikate/QM_2_reader_02.pdf [Stand 16.04.2016, 19:13 h].

Wolf, T. (2011): Der aktivierende Sozialstaat zwischen Freiheit und Zwang: Der begrenzte Spiel-raum moderner Sozialpolitik. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.

Wohlfahrt, J. (2004): Akzeptanz und Wirkungen von Mobile-Business-Anwendungen. Hamburg: Kovac.

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.

Wohlfahrt, N. (2007): Entwicklung der Beschäftigungsverhältnisse in der Sozialen Arbeit – auf dem Weg zum Niedriglohnberuf. In: Enggruber, R./Mergener, U. (Hrsg.): Lohndumping und neue Beschäftigungsverhältnisse in der Sozialen Arbeit. Berlin: Frank und Timme. S.43-60.

Wohlfahrt, N. (2014): Die Ökonomisierung sozialer Dienste – Auswirkungen auf Beruf und Berufsvollzüge. Abrufbar unter: http://www.hs-empden-leer.de/fileadmin/user_upload/Fachbereiche/FB_SAG/Veranstaltungen/Berichte_und_Materialien/Tagung_Widerstand_gegen_die_Oekonomisierung/Wohlfahrt_Folgen_der_O_ekonomisierung.pdf [Stand 16.04.2016, 18:49 h].

Wübker, A. (2015): Herausforderungen für die Altenpflege in der Zukunft. Abrufbar unter: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/impact-notes/rwi_impact_note_herausforderungen_fuer_die_altenpflege_der_zukunft.pdf [Stand 08.04.2016, 13:00h].

Zapp, W./Otten, S. (2008): Ergebnisse einer empirischen Untersuchung in der Stationären Altenhilfeunter besonderer Berücksichtigung der Qualitätskosten. In: Zapp, W. (Hrsg.): Qualitätskostenrechnung für die Stationäre Altenhilfe. Köln: EUL Verlag. S.1-101.

Anhang

Übersicht

Abb. 1: Beiliegendes Anschreiben/Informationsblatt an die Mitarbeiter der Einrichtungen.....	III
Tab. 1: Herkunft/Ableitung einzelner Items	IV
Tab. 2: Zusammenfassung der Ergebnisse des Pretests	VI
Abb. 2: Fragebogen	VII
Tab. 3: Verteilung Berufsgruppen Leitung – Praktiker und Pflege – Sozialdienst.....	XI
Abb. 3: Verteilung Berufsgruppen Leitung – Praktiker und Pflege – Sozialdienst	XI
Abb. 4: Verteilung Berufsgruppen AWO – Diakonie	XII
Tab. 4: SPSS Ausgabe zur Verteilung Führungskraft/Praktiker über die Träger	XII
Abb. 5: Grafische Darstellung der Verteilung des Antwortverhaltens (relativ) zum Gesamtmodell der Akzeptanz	XIII
Abb. 6: Grafische Darstellung der Verteilung des Antwortverhaltens (relativ) zur Variablen (1) „Relativer Vorteil“	XIII
Abb. 7: Grafische Darstellung der Verteilung des Antwortverhaltens (relativ) zur Variablen (2) „Kompatibilität“	XIV
Abb. 8: Grafische Darstellung der Verteilung des Antwortverhaltens (relativ) Variablen (3) „Beobachtbarkeit“	XIV
Abb. 9:Grafische Darstellung der Verteilung des Antwortverhaltens (relativ) zur Variablen (4) „Komplexität“.....	XV
Tab. 5: SPSS-Ausgabe der Kennwerte der einzelnen Itemaussagen über alle Gruppen hinweg.....	XVI
Tab. 6: SPSS-Ausgabe der Kennwerte der Itemkategorien/Variablen (1) bis (4) über alle Gruppen hinweg.....	XVII
Tab. 7: Vergleich des arithmetischen Mittels der Variablen (1)-(4) nach Gruppen.....	XVII
Tab. 8: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests über das Gesamtmodell der Akzeptanz.....	XVIII
Tab. 9: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests hinsichtlich der verschiedenen Variablen (1) bis (4) im Gruppenvergleich.....	XVIII
Abb.10: SPSS-Ausgabe zum Mann-Whitney-U-Test, Signifikanz der Variablen im Vergleich Pflege-Sozialdienst	XIX
Abb.11: SPSS-Ausgabe „nicht-parametrischer-Test“, Signifikanz der Variablen im Vergleich Leitungskräfte -“Praktiker“	XIX
Abb.12: SPSS-Ausgabe zum Mann-Whitney-U-Test, Signifikanz der Variablen im Vergleich AWO-Diakonie.....	XX
Tab. 10: SPSS-Ausgabe der Korrelationswerte der Itemkategorien/Variablen nach Pearson.....	XXI
Tab. 11: Grafische Darstellung der Korrelationswerte r der Variablen.....	XXI
Abb. 13: Grafische Darstellung der Korrelationswerte r der Itemgruppen/Variablen des Akzeptanzmodells (Übersicht)	XXII
Abb. 14: Scatterplot zur Korrelation der Variablen „Komplexität“ und „Kompatibilität“	XXIII

Abb.15: Scatterplot zur Korrelation der Variablen „Komplexität“ und „Relativer Vorteil“	XXIII
Eidesstattliche Erklärung.....	XXIV

Abb. 1: Beiliegendes Anschreiben/Informationsblatt an die Mitarbeiter der Einrichtungen

Birthe Sander
E-Mail: birthesander@hotmail.de

Düsseldorf, den 21.03.2016

Unterstützung bei einer Fragebogenstudie für meine Abschlussarbeit an der Hochschule Düsseldorf

Liebe MitarbeiterInnen des _____-Hauses,

ich bin **Studentin** des Bachelorstudiengangs **Sozialarbeit/Sozialpädagogik** an der Hochschule Düsseldorf. In meinem nächsten und gleichzeitig letzten Semester steht der letzte Schritt des Studiums mit dem Verfassen der **Abschlussarbeit** an.

In dessen Rahmen beschäftige ich mich mit dem Thema des **Qualitätsmanagements (QM)** in der **stationären Altenhilfe**. Hierbei geht es mir um **die Akzeptanz und Einstellung der MitarbeiterInnen** der Pflege, des Sozialdienstes und der Einrichtungsleitungen zu diesem Thema. Die Befragung findet in **mehreren Einrichtungen** der Arbeiterwohlfahrt und Diakonie Düsseldorf statt.

Um diese erfassen zu können, wäre es mir eine große Hilfe, wenn Sie, als Mitarbeiter

- **der Pflege** (auch Pflegedienstleitung und Wohnbereichsleitung)
- **des Sozialdienstes**
- **und der Einrichtungsleitung**

den beiliegenden Fragebogen ausfüllen könnten.

Da es mir um die jeweils persönliche Wahrnehmung geht, ist es wichtig hervorzuheben, **dass alle Antworten richtig sind! Bitte füllen Sie daher den Fragebogen ehrlich und nach Ihrer tatsächlichen Meinung aus.**

Selbstverständlich werden Ihre jeweiligen Antworten **anonym behandelt, nicht an Dritte weitergegeben** oder anderweitig verwendet. Die Daten werden elektronisch und Einrichtungs-unabhängig ausgewertet; eine Zuordnung zu einzelnen Personen ist nicht möglich.

Bei **Fragen oder Problemen** jeglicher Art können Sie mich gerne unter der oben angegebenen E-Mail kontaktieren.

Ich bin für jeden **ausgefüllten Fragebogen dankbar** und würde mich freuen, wenn so viele MitarbeiterInnen wie möglich den Bogen ausfüllen würden!

Ich bedanke mich herzlich für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Birthe Sander

Tab. 1: Herkunft/Ableitung einzelner Items

Item	Ableitung aus dem theoretischen Diskurs	Andere Untersuchungsmodelle/Fragebögen
(1) 3. Relativer Vorteil		
3.1 Das QM schafft viele positive Veränderungen.		
3.2 Die Nutzung des QMs ermöglicht es mir, meine Aufgaben schneller zu erledigen.	Merchel 2013, S.9	Moore und Benbasat (1991, S.216)
3.3 Durch das QM habe ich weniger Zeit für die Bewohner.	Flock 2003, S.4	
3.4 Die Nutzung des QMs verbessert die Qualität meiner Arbeit.		Moore und Benbasat (1991, S.216)
3.5 Die Nutzung des QMs erleichtert meine Arbeit.		Moore und Benbasat (1991, S.216)
3.6 Die QM-Standards bieten mir eine helfende Orientierung.	Wittenius 2003, S.24	
3.7 QM ist vor allen Dingen nutzloser Papierkram.		Dahme et al. 2005, S.268
3.8 Die Nutzung des QMs erhöht die Effektivität(Verhältnis vom angestrebten Ziel zum erreichten Ziel) meiner Arbeit.	Merchel 2013, S.9	Moore und Benbasat (1991, S.216)
3.9 Die Nutzung des QMs erhöht die Effizienz (Verhältnis von Aufwand (Geld, Zeit) und Ergebnis) meiner Arbeit.	Merchel 2013, S.9	
3.10 Das QM betrachtet die Bedingungen in der Einrichtung (z.B. Arbeitsplatz/ Materialien/Ausstattung).	Merchel 2013, S.218	
3.11 Das QM betrachtet die einzelnen Schritte/Arbeitsabläufe meiner Arbeit.	Merchel 2013, S.218	
3.12 Das QM betrachtet die tatsächlichen End-Ergebnisse meiner Arbeit.	Merchel 2013, S.218, Heiner 1996, S.256	
3.13 Mit den Ergebnissen der QM-Überprüfungen (z.B. Audits) wird weitergearbeitet um Dinge langfristig zu verbessern.		
3.14 Ohne QM wäre meine Arbeit genauso gut		
(2) 4. Kompatibilität		
4.1 Die festgelegten QM-Standards lassen sich gut mit den Zielen und Grundsätzen meiner Arbeit/meines Berufs vereinbaren.	Merchel 2013, S.11, Wittenius 2003, S.24	Moore und Benbasat (1991, S.216)
4.2 Der QM-Beauftragte weiß gut über die Inhalte meines Berufs Bescheid.	DBSH o.J., S.4	

4.3 Die kollegiale Selbstkontrolle wird immer mehr durch Fremdkontrolle ersetzt.	Beckmann et al. 2007, S.275, Wilken 2000, S.12	Dahme et al. 2005, S.267
4.4 Die Zeit für intensive Team- und Fallbesprechungen hat abgenommen		Dahme et al. 2005, S.268
4.5 Die Elemente des QMs lassen mir genügend zeitlichen Freiraum in meinem Umgang mit den Bewohne		Dahme et al. 2005, S.268
4.6 Die QM-Standards ermöglichen mir viele Handlungsmöglichkeiten um die Vielfältigkeit/Unterschiedlichkeit der Bewohner zu berücksichtigen.	Gaitanides 2001	
(3) 5. Beobachtbarkeit		
5.1 QM trägt dazu bei, meine Arbeit nach außen (Politik, Gesellschaft etc.) zu legitimieren.		Dahme et al. 2005, S.268
5.2 QM trägt dazu bei, dass das Ansehen meiner Arbeit in der Gesellschaft steigt.		Dahme et al. 2005, S.268
5.3 Durch unser QM sind wir besser als andere Wettbewerber (andere Einrichtungen/Träger).	Wohlfahrt (2003, S.15)	
5.4 Durch unsere QM-Ergebnisse nehmen uns Wettbewerber stärker als Konkurrenz wahr	Wohlfahrt (2003, S.15)	
(4) 6. Komplexität		
6.1 Die Inhalte des QMs sind Unübersichtlich und unklar.	Merchel 2006, S.199	
6.2 Die Elemente/Aufgaben des QMs sind einfach umsetzbar.		
6.3 Der Aufwand für das QM ist groß.	Bruhn 2013, S.231	
6.4 Der Aufwand des QMs lohnt sich für die Verbesserungen, die dadurch entstehen.	Bruhn 2013, S.231	

Tab. 2: Zusammenfassung der Ergebnisse des Pretests

Aus den Interviews gewonnene Möglichkeiten der Verbesserungen	
Strukturelle Ebene	Inhaltliche Ebene
Reihenfolge verändern → Inhalte zur Einstellung zu „Wirtschaftlichen Bedingungen“ ans Ende setzen	Unterscheidung von Item 4.5 um „Zeitlich ergänzen, sonst inhaltlich nicht verständlich und nicht von 4.6 zu unterscheiden
Mitarbeiterberufsgruppen weniger different → „Gefühl der stärkeren Anonymität“ eher gegeben	Item 4.6: „Vielfältigkeit“ spezifizieren/weitere Definition → bessere Verständlichkeit
Hinweis Einleitungstext, dass die Erhebung in mehreren Einrichtungen durchgeführt wird → Anonymität	
Polung der Items: Einstieg nicht mit vielen negativ gepolten Items beginnen → Tendenz des Fragebogens	
Hinweis Einleitungstext, dass die männliche Formulierung für beide Geschlechter gleichermaßen gilt	

Abb. 2: Fragebogen

EvaSys	Akzeptanz von und Einstellung zu Qualitätsmanagement [Copy] [Copy] [Copy] [Copy]	Electric Paper elektronische
HS Düsseldorf	WAS-Stelle	HSD Hochschule Düsseldorf University of Applied Sciences
Sozial- und Kulturwissenschaften	BABirtheSanderNEU	

Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
 Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

1. Einleitung

*Liebe TeilnehmerInnen,
vielen Dank für Ihr Mitwirken an dieser Umfrage! Mit der Teilnahme unterstützen Sie mich bei meiner **Abschlussarbeit** im **Studium der Sozialarbeit/Sozialpädagogik** an der Hochschule Düsseldorf. Ich möchte im Rahmen dieser Arbeit Ihre Meinung zum **Qualitätsmanagement (QM)** und zu **ökonomischen Bedingungen in Ihrer Einrichtung** erfragen. Es geht um **Ihre persönliche Einschätzung und Meinung**; daher sind alle Antworten richtig. Selbstverständlich werden Ihre gesamten Angaben **anonym behandelt** und nicht an Dritte weitergeben. Zur Vereinfachung wurde in den Fragen nur die männliche Form verwendet; sie gilt für beide Geschlechter gleichermaßen. Die Umfrage findet in mehreren Einrichtungen der Diakonie und Arbeiterwohlfahrt Düsseldorf statt. Vielen Dank für Ihre Teilnahme!
Birthe Sander*

2. Allgemeines (Bitte wählen Sie eine Antwort aus)

2.1 Träger der Einrichtung

- Arbeiterwohlfahrt Diakonie

2.2 Arbeitsfeld

- Sozialdienst Pflege Wohnbereichsleitung
 Pflegedienstleitung Einrichtungsleitung Geschäftsführung

2.3 beschäftigt als...

- examinierter Alten-/Krankenpfleger Pflegekraft nicht examiniert (z. B. Kranken-/Altenpflegehelfer) zusätzliche Betreuungskraft
 Ergotherapeut/Physiotherapeut (Ausbildung oder Studium) Dipl./Bachelor/Master Sozialarbeiter/Sozialpädagoge anderes nämlich _____

2.4 Beschäftigungsform Arbeitsform

- Vollzeit Teilzeit Honorartätigkeit
 Ehrenamt Leiharbeit sonstiges nämlich: _____

2.5 Beschäftigungsform Befristung

- befristet unbefristet

2.6 Dauer im Beruf in Jahren insgesamt (bei einstelligen Zahlen bitte eine 0 davorsetzen z.B. 07)

2.7 Wie viele **Stunden in der Woche** verbringen Sie schätzungsweise durchschnittlich direkt oder indirekt mit Qualitätsmanagement? (bei einstelligen Zahlen bitte eine 0 davorsetzen z.B. 07)

Bitte beachten Sie die Rückseite!



3. Relativer Vorteil

Es geht um **IHRE MEINUNG!**
 Bitte wählen Sie eine Antwort aus

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	weiß nicht
3.1 Das QM schafft viele positive Veränderungen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Die Nutzung des QMs ermöglicht es mir, meine Aufgaben schneller zu erledigen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Durch das QM habe ich weniger Zeit für die Bewohner .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Die Nutzung des QMs verbessert die Qualität meiner Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Die Nutzung des QMs erleichtert meine Arbeit .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 Die QM-Standards bieten mir eine helfende Orientierung .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Qualitätsmanagement ist vor allen Dingen nutzloser Papierkram .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8 Die Nutzung des QMs erhöht die Effektivität (Verhältnis vom angestrebten Ziel zum erreichten Ziel) meiner Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9 Die Nutzung des QMs erhöht die Effizienz (Verhältnis von Aufwand (Geld, Zeit) und Ergebnis) meiner Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10 Das QM betrachtet die Bedingungen in der Einrichtung (z.B.Arbeitsplatz/ Materialien/Ausstattung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11 Das QM betrachtet die einzelnen Schritte/Arbeitsabläufe meiner Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12 Das QM betrachtet die tatsächlichen End-Ergebnisse meiner Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13 Mit den Ergebnissen der QM-Überprüfungen (z.B. Audits) wird weitergearbeitet um Dinge langfristig zu verbessern .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.14 Ohne QM wäre meine Arbeit genauso gut .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Kompatibilität

4.1 Die festgelegten QM-Standards lassen sich gut mit den Zielen und Grundsätzen meiner Arbeit/meines Berufs vereinbaren .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Der QM-Beauftragte weiß gut über die Inhalte meines Berufs Bescheid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4. Kompatibilität [Fortsetzung]

	<input type="checkbox"/> stimme voll und ganz zu	<input type="checkbox"/> stimme eher zu	<input type="checkbox"/> neutral	<input type="checkbox"/> stimme eher nicht zu	<input type="checkbox"/> stimme nicht zu	<input type="checkbox"/> weiß nicht
4.3 Die kollegiale Selbstkontrolle wird immer mehr durch Fremdkontrolle ersetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Die Zeit für intensive Team- und Fallbesprechungen hat abgenommen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 Die Elemente des QMs lassen mir genügend zeitlichen Freiraum in meinem Umgang mit den Bewohnern .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Die QM-Standards ermöglichen mir viele Handlungsmöglichkeiten um die Vielfältigkeit/Unterschiedlichkeit der Bewohner zu berücksichtigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Beobachtbarkeit

5.1 QM trägt dazu bei, meine Arbeit nach außen (Politik, Gesellschaft etc.) zu legitimieren .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 QM trägt dazu bei, dass das Ansehen meiner Arbeit in der Gesellschaft steigt .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Durch unser QM sind wir besser als andere Wettbewerber (andere Einrichtungen/Träger).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 Durch unsere QM-Ergebnisse nehmen uns Wettbewerber stärker als Konkurrenz wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Komplexität

6.1 Die Inhalte des QMs sind unübersichtlich und unklar .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Die Elemente/Aufgaben des QMs sind einfach umsetzbar .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Der Aufwand für das QM ist groß .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 Der Aufwand des QMs lohnt sich für die Verbesserungen , die dadurch entstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beachten Sie die Rückseite!



7. Ökonomische Bedingungen

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	weiß nicht
7.1 Wirtschaftliche Aspekte spielen bei der Arbeit eine zunehmende Rolle .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 Ein zu großer Fokus auf die wirtschaftlichen Aspekte verschlechtert meine Arbeitsbedingungen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 Mit weniger Kollegen erledigen wir heute das gleiche Arbeitspensum .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4 Die Dokumentationsaufgaben nehmen immer mehr zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5 Ein mehrheitlicher Fokus auf die wirtschaftlichen Aspekte verschlechtert meine Arbeitsergebnisse .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6 Schneller und somit kostengünstiger zu arbeiten verschlechtert meine Arbeitsergebnisse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.7 Einrichtungen Sozialer Arbeit sollen ihre erbrachten Leistungen offen darlegen und mit anderen vergleichen müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.8 Einrichtungen Sozialer Arbeit sollen wirtschaftlich arbeiten .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.9 Ich sehe unsere Bewohner als Kunden .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Weiteres

- 8.1 Ich **beschäftige** mich mehrmals in der Woche mit den Inhalten des **QM-Handbuchs** (Standards, Handlungsanweisungen, Empfehlungen etc.).
- 8.2 Weiteres: Probleme/Vorteile/Meinungen etc. zum Qualitätsmanagement:

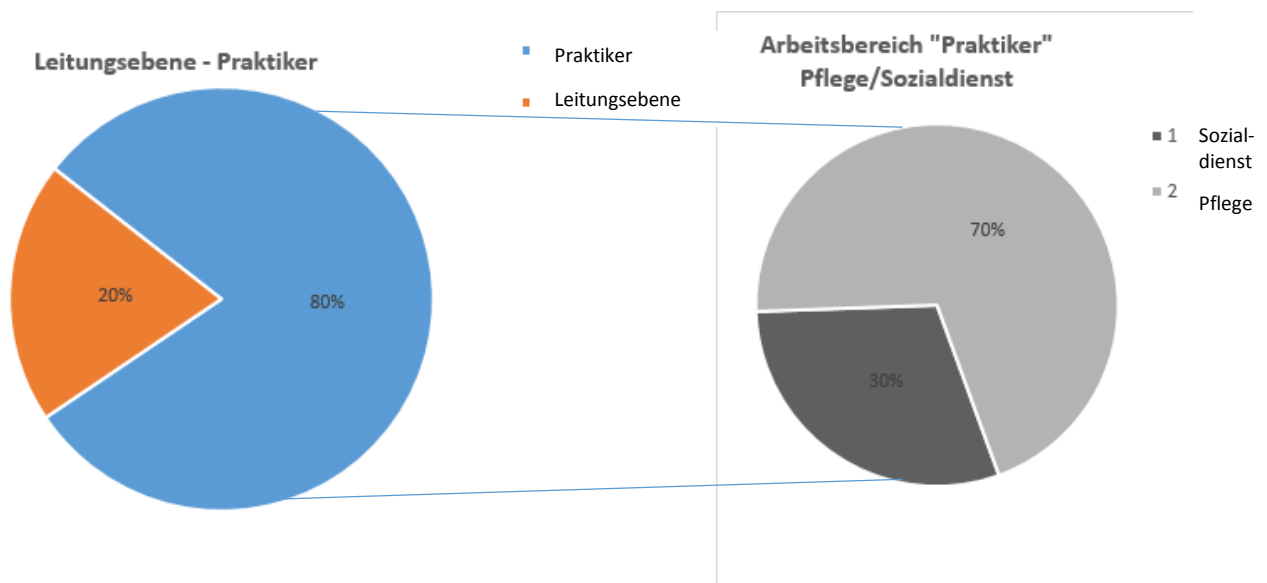
Vielen Dank für Ihre Beantwortung der Fragen!



Tab. 3: Verteilung Berufsgruppen Leitung – Praktiker und Pflege – Sozialdienst

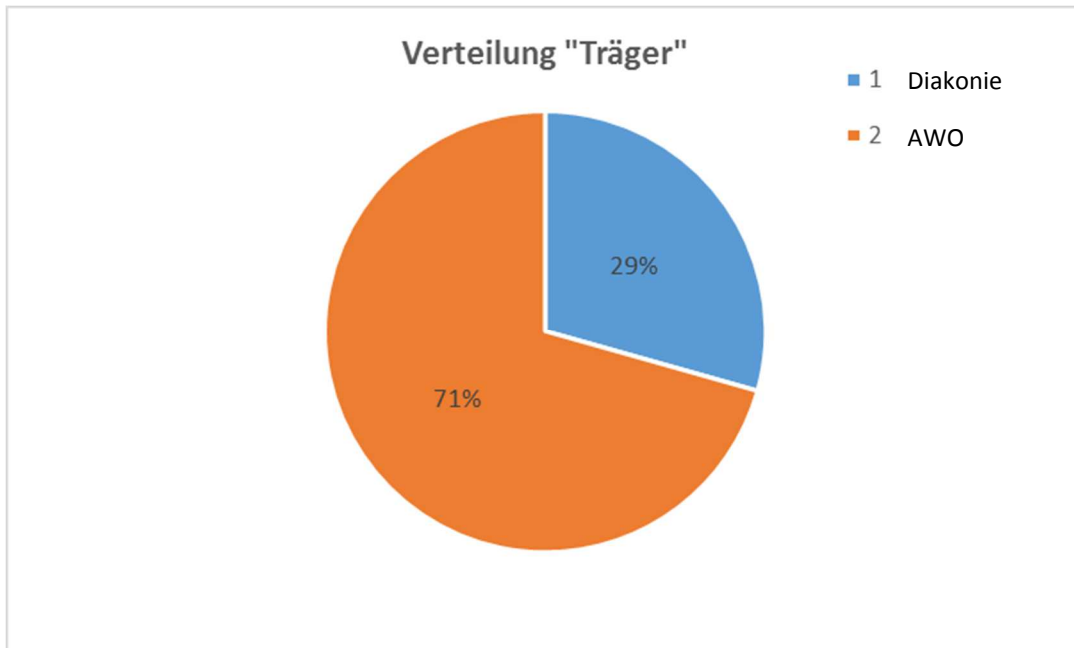
Leitung	19,3 %		
Praktiker	78 %	Pflege	70,1%
		Sozialdienst	29,9%

Abb. 3: Verteilung Berufsgruppen Leitung – Praktiker und Pflege – Sozialdienst



(gerundete Werte)

Abb. 4: Verteilung Berufsgruppen AWO – Diakonie



(gerundete Werte)

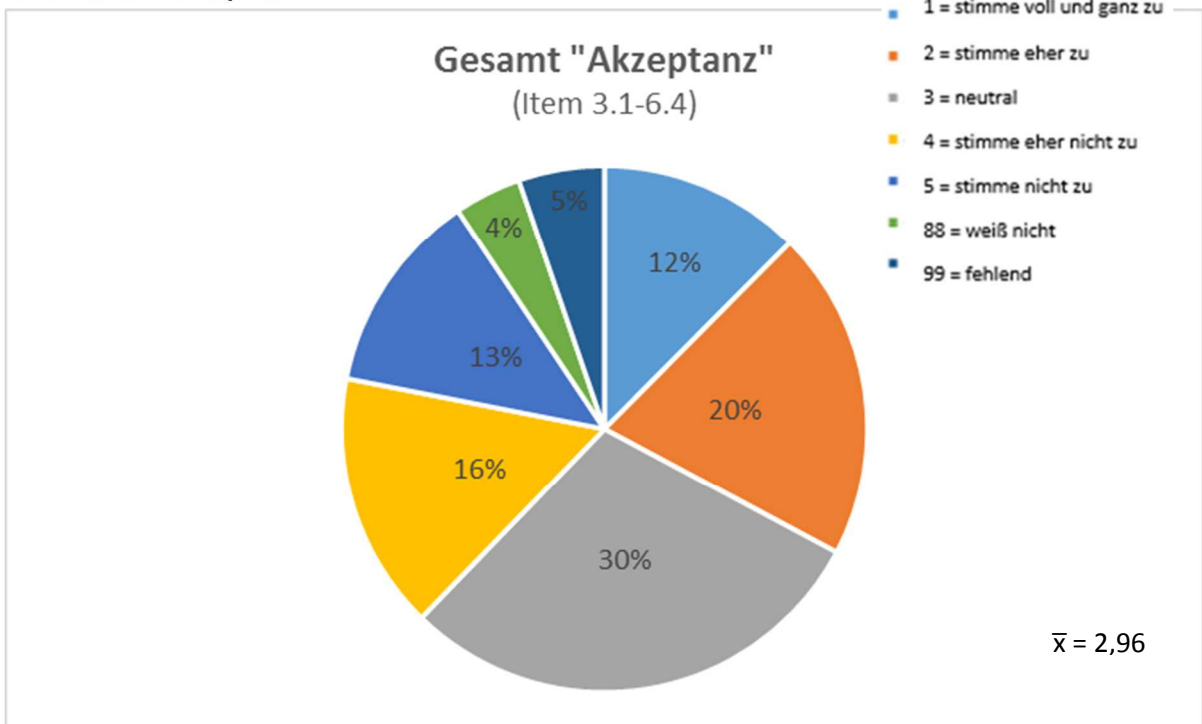
Tab. 4: SPSS Ausgabe zur Verteilung Führungskraft/Praktiker über die Träger

Träger * Führungskraft Kreuztabelle

Anzahl

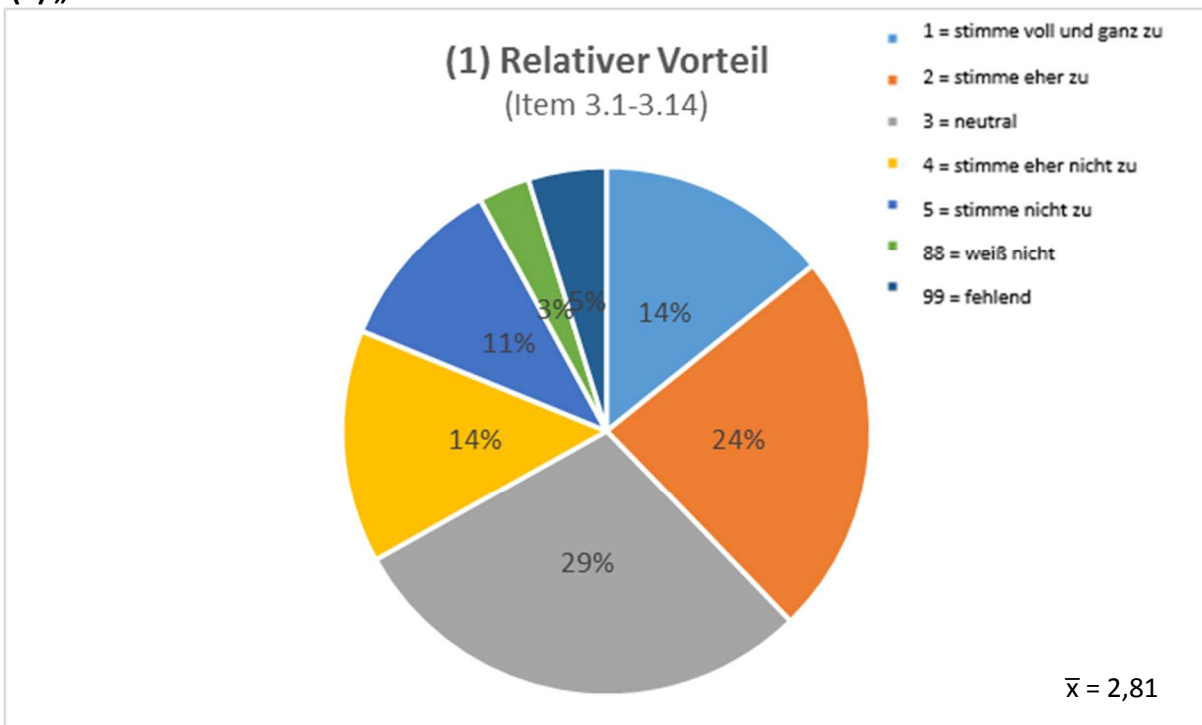
		Führungskraft			Gesamt
		Fehlend	Führungskraft	"Praktiker"	
Träger	Arbeiterwohlfahrt	2	12	62	76
	Diakonie	0	9	23	32
Gesamt		2	21	85	109

Abb. 5: Grafische Darstellung der Verteilung des Antwortverhaltens (relativ) zum Gesamtmodell der Akzeptanz



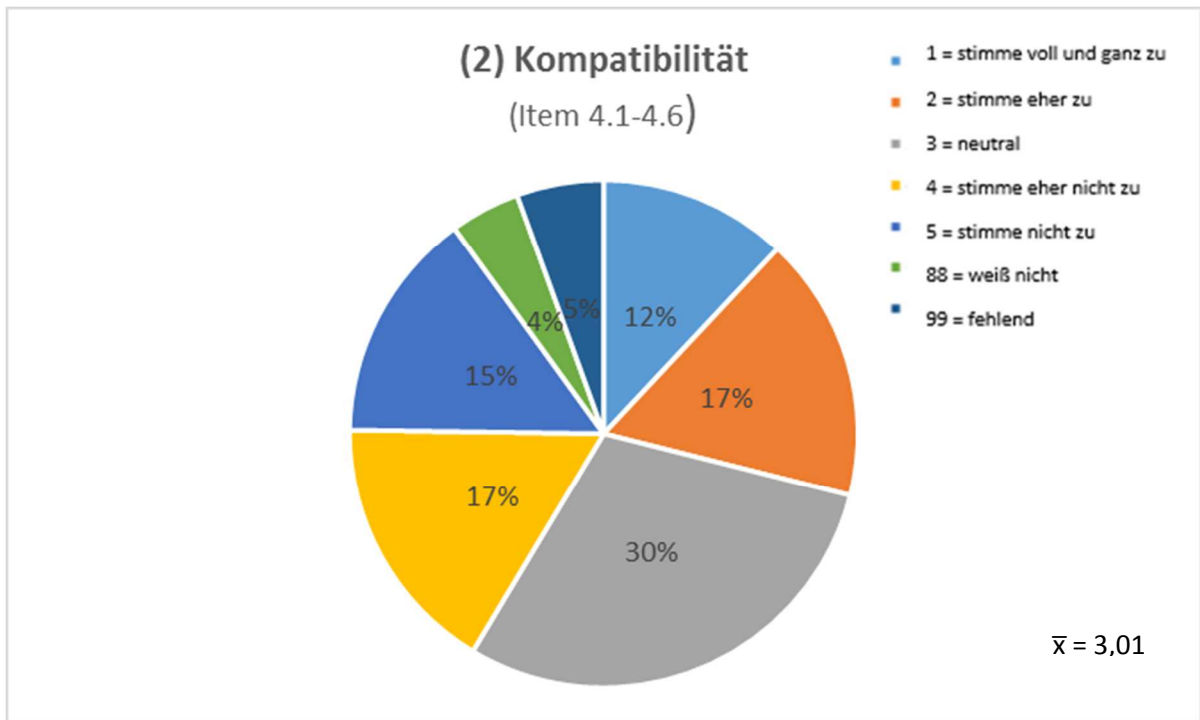
(gerundete Werte)

Abb. 6: Grafische Darstellung der Verteilung des Antwortverhaltens (relativ) zur Variablen (1) „Relativer Vorteil“



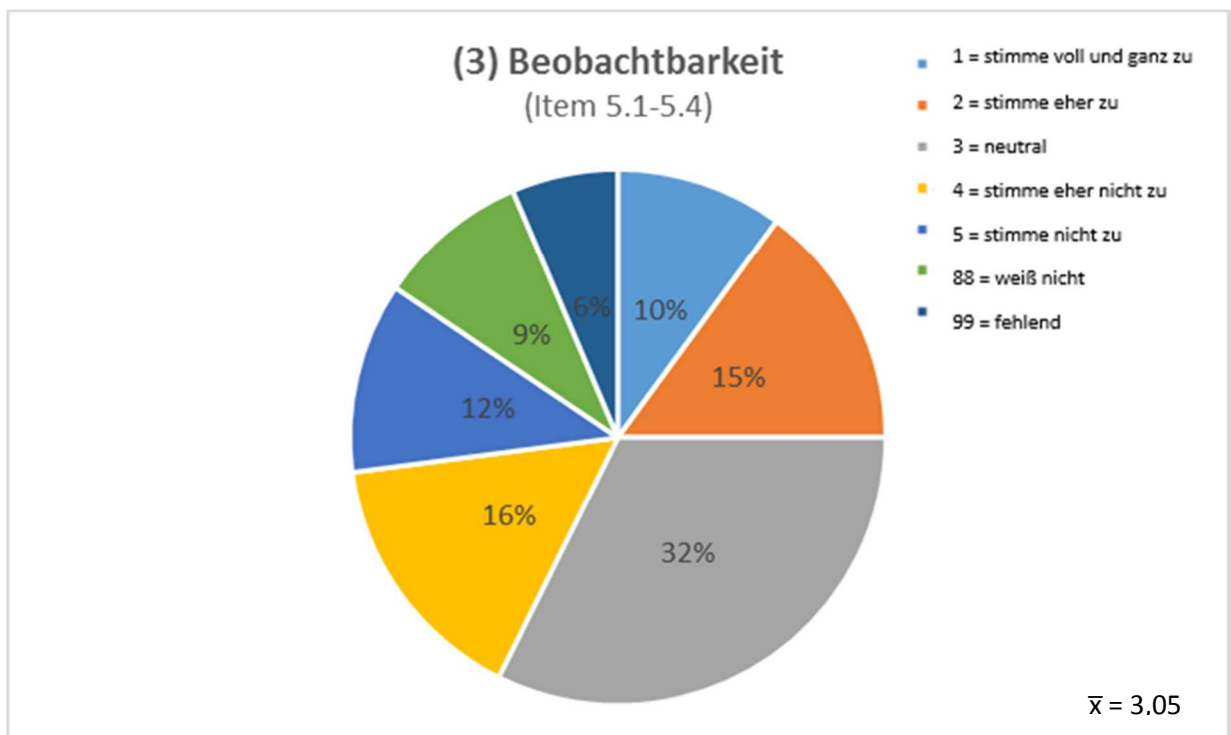
(gerundete Werte)

Abb. 7: Grafische Darstellung der Verteilung des Antwortverhaltens (relativ) zur Variablen (2) Kompatibilität“



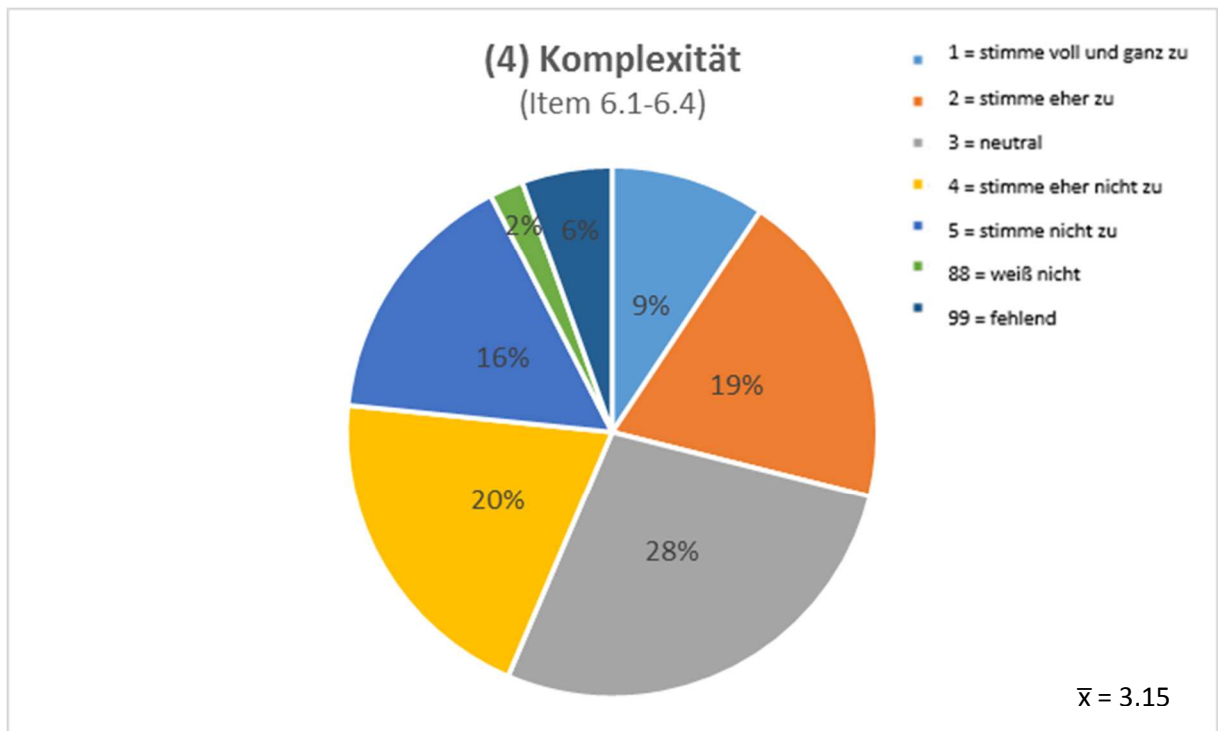
(gerundete Werte)

Abb. 8: Grafische Darstellung der Verteilung des Antwortverhaltens (relativ) Variablen (3) „Beobachtbarkeit“



(gerundete Werte)

Abb. 9: Grafische Darstellung der Verteilung des Antwortverhaltens (relativ) zur Variablen (4) „Komplexität“



(gerundete Werte)

Tab. 5: SPSS-Ausgabe der Kennwerte der einzelnen Itemaussagen über alle Gruppen hinweg

Deskriptive Statistik					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
3.1 Veränderungen	99	1,00	5,00	2,5657	1,13535
3.2 Schnelligkeit	101	1,00	5,00	3,0495	1,16941
3.3 Zeit	102	1,00	5,00	3,5686	1,20650
3.4 Qualität	103	1,00	5,00	2,6214	1,09470
3.5 Erleichterung	101	1,00	5,00	2,9505	1,14347
3.6 Orientierung	103	1,00	5,00	2,5631	1,14335
3.7 Papierkram	99	1,00	5,00	3,1313	1,41166
3.8 Effektivität	102	1,00	5,00	2,8137	1,15810
3.9 Effizienz	99	1,00	5,00	3,0505	1,09147
3.10 Strukturqualität	97	1,00	5,00	2,7526	1,09002
3.11 Prozessqualität	100	1,00	5,00	2,4700	1,08670
3.12 Ergebnisqualität	97	1,00	5,00	2,8454	1,19321
3.13 Langfristigkeit	99	1,00	5,00	2,5152	1,27266
3.14 Gleichheit	102	1,00	5,00	2,6765	1,32128
4.1 Grundsätze	99	1,00	5,00	2,5960	,96805
4.2 QMBeauftragter	94	1,00	5,00	2,7340	1,26300
4.3 Selbstkontrolle	98	1,00	5,00	3,2755	1,23339
4.4 Teambesprechungen	97	1,00	5,00	2,9691	1,43943
4.5 zeitlFreiraum	100	1,00	5,00	3,4700	1,21817
4.6 Handlungsmöglichkeiten	97	1,00	5,00	3,2887	1,11765
5.1 außenLegitimation	93	1,00	5,00	2,8065	1,12538
5.2 Ansehen	95	1,00	5,00	3,2421	1,24384
5.3 Wettbewerber	91	1,00	5,00	3,1758	1,16993
5.4 Konkurrenz	89	1,00	5,00	2,9326	1,12611
6.1 unübersichtlich	101	1,00	5,00	2,9505	1,25201
6.2 einfach	100	1,00	5,00	3,0800	1,19494
6.3 Aufwand	102	1,00	5,00	3,6863	1,08983
6.4 Verbesserungen	100	1,00	5,00	2,8600	1,20621
Gültige Werte (Listenweise)	57				

Tab. 6: SPSS-Ausgabe der Kennwerte der Itemkategorien/Variablen (1) bis (4) über alle Gruppen hinweg

Deskriptive Statistik					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
(1) Relativer Vorteil	106	1,00	4,57	2,8134	,72228
(2) Kompatibilität	106	1,00	5,00	3,0146	,88921
(3) Beobachtbarkeit	100	1,00	5,00	3,0534	1,00320
(4) Komplexität	102	1,00	5,00	3,1462	,93160
Gültige Werte (Listenweise)	97				

Tab. 7: Vergleich des arithmetischen Mittels der Variablen (1)-(4) nach Gruppen

		(1) relativer Vorteil	(2) Kompatibilität	(3) Beobachtbarkeit	(4) Komplexität
Pflege	\bar{x}	2,89	3,09	3,30	3,17
Sozialdienst	\bar{x}	3,07	3,29	3,03	3,47
Leitungsebene	\bar{x}	2,28	2,48	2,40	2,69
„Praktiker“	\bar{x}	2,94	3,15	3,22	3,27
AWO	\bar{x}	3,04	3,21	3,29	3,35
Diakonie	\bar{x}	2,27	2,53	2,46	2,62

Tab. 8: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests über das Gesamtmodell der Akzeptanz

Hypothese	H1:Pflege-Sozial- dienst	H2:Leitungsebene- Praktiker	H3: AWO-Diakonie
arithmetische Mittel \bar{x}	3,06 - 3,18	2,39 - 3,1	3,17 – 2,43
p-Wert	0,220	0,008	0,000
Signifikanz	nicht signifikant*	signifikant*	signifikant*
Null-/Alternativhypothese	Annahme der Nullhypothese	Ablehnung der Nullhypothese und Annahme der Alternativhypothese	Ablehnung der Nullhypothese und Annahme der Alternativhypothese

*Annahme Signifikanzniveau von 5% ($p \leq 0,05$)

Tab. 9: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests hinsichtlich der verschiedenen Variablen (1) bis (4) im Gruppenvergleich

	Pflege - Sozialdienst				Leitungsebene - Praktiker				AWO – Diakonie			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	(4)
arithmetische Mittel \bar{x}	2,89	3,09	3,3	3,17	2,28	2,48	2,40	2,69	3,04	3,21	3,29	3,35
	3,07	3,29	3,03	3,47	2,94	3,15	3,22	3,27	2,27	2,53	2,46	2,62
p-Wert	0,182	0,349	0,487	0,075	0,013	0,037	0,009	0,179	0,000	0,000	0,000	0,002
Signifikanz	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓

*Annahme Signifikanzniveau von 5% ($p \leq 0,05$)

✗ nicht signifikant
✓ signifikant

(1) relativer Vorteil
(2) Komptabilität
(3) Beobachtbarkeit
(4) Komplexität

Abb.10: SPSS-Ausgabe zum Mann-Whitney-U-Test, Signifikanz der Variablen im Vergleich Pflege-Sozialdienst

➔ **Nicht parametrische Tests**

Hypothesentestübersicht

	Nullhypothese	Test	Sig.	Entscheidung
1	Die Verteilung von RelativerVorteil ist über die Kategorien von SozialdienstPfleger identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,182	Nullhypothese beibehalten
2	Die Verteilung von Kompatibilität ist über die Kategorien von SozialdienstPfleger identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,348	Nullhypothese beibehalten
3	Die Verteilung von Beobachtbarkeit ist über die Kategorien von SozialdienstPfleger identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,487	Nullhypothese beibehalten
4	Die Verteilung von Komplexität ist über die Kategorien von SozialdienstPfleger identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,075	Nullhypothese beibehalten

Asymptotische Signifikanzwerte werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

Abb.11: SPSS-Ausgabe „nicht-parametrischer-Test“, Signifikanz der Variablen im Vergleich Führungskräfte -“Praktiker“

➔ **Nicht parametrische Tests**

Hypothesentestübersicht

	Nullhypothese	Test	Sig.	Entscheidung
1	Die Verteilung von RelativerVorteil ist über die Kategorien von Führungskraft identisch.	Kruskal-Wallis-Test bei unabhängigen Stichproben	,013	Nullhypothese ablehnen
2	Die Verteilung von Kompatibilität ist über die Kategorien von Führungskraft identisch.	Kruskal-Wallis-Test bei unabhängigen Stichproben	,037	Nullhypothese ablehnen
3	Die Verteilung von Beobachtbarkeit ist über die Kategorien von Führungskraft identisch.	Kruskal-Wallis-Test bei unabhängigen Stichproben	,009	Nullhypothese ablehnen
4	Die Verteilung von Komplexität ist über die Kategorien von Führungskraft identisch.	Kruskal-Wallis-Test bei unabhängigen Stichproben	,179	Nullhypothese beibehalten

Asymptotische Signifikanzwerte werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

Abb.12: SPSS-Ausgabe zum Mann-Whitney-U-Test, Signifikanz der Variablen im Vergleich AWO-Diakonie

➔ **Nicht parametrische Tests**

Hypothesentestübersicht

	Nullhypothese	Test	Sig.	Entscheidung
1	Die Verteilung von RelativerVorteil ist über die Kategorien von Träger identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,000	Nullhypothese ablehnen
2	Die Verteilung von Kompatibilität ist über die Kategorien von Träger identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,004	Nullhypothese ablehnen
3	Die Verteilung von Beobachtbarkeit ist über die Kategorien von Träger identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,000	Nullhypothese ablehnen
4	Die Verteilung von Komplexität ist über die Kategorien von Träger identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,002	Nullhypothese ablehnen

Asymptotische Signifikanzwerte werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

Tab. 10: SPSS-Ausgabe der Korrelationswerte der Itemkategorien/Variablen nach Pearson

		RelativerVorteil	Kompatibilität	Beobachtbarkeit	Komplexität	WirtschaftlicheAspekte
RelativerVorteil	Korrelation nach Pearson	1	,745**	,628**	,789**	,605**
	Signifikanz (2-seitig)		,000	,000	,000	,000
	N	106	105	99	101	103
Kompatibilität	Korrelation nach Pearson	,745**	1	,555**	,819**	,604**
	Signifikanz (2-seitig)	,000		,000	,000	,000
	N	105	106	100	102	104
Beobachtbarkeit	Korrelation nach Pearson	,628**	,555**	1	,642**	,577**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000		,000	,000
	N	99	100	100	98	98
Komplexität	Korrelation nach Pearson	,789**	,819**	,642**	1	,605**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000		,000
	N	101	102	98	102	101
WirtschaftlicheAspekte	Korrelation nach Pearson	,605**	,604**	,577**	,605**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	
	N	103	104	98	101	104

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tab. 11: Grafische Darstellung der Korrelationswerte r der Variablen

	(1) relativer Vorteil	(2) Kompatibilität	(3) Beobachtbarkeit	(4) Komplexität	(5) Wirtschaftliche Aspekte
(1) relativer Vorteil		0,745	0,628	0,789	0,605
(2) Kompatibilität	0,745		0,555	0,819	0,604
(3) Beobachtbarkeit	0,628	0,555		0,624	0,577
(4) Komplexität	0,789	0,819	0,624		0,605
(5) Wirtschaftliche Aspekte	0,605	0,604	0,577	0,605	

r > 0,7

0,7 - > 0,6

0,6 - 0,5

-0,5 - -0,6

> 0,6 - -0,7

> -0,7



sehr stark positiv



stark positiv



positiv

0



negativ



stark negativ



sehr stark positiv

Abb. 13: Grafische Darstellung der Korrelationswerte r der Itemgruppen/Variablen des Akzeptanzmodells (Übersicht)

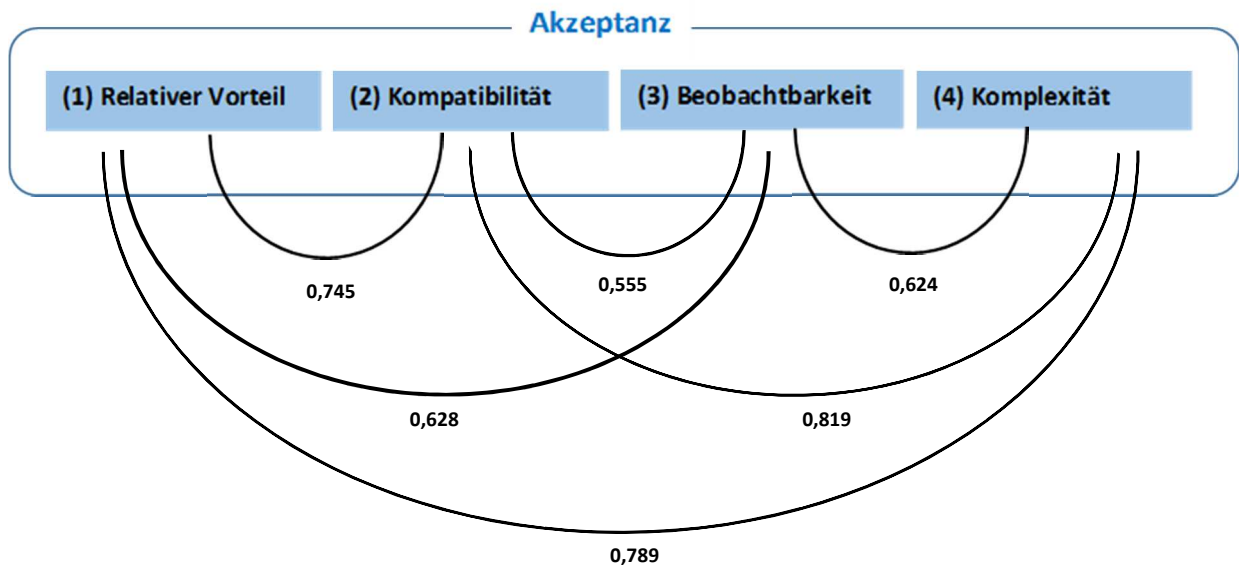


Abb. 14: Scatterplot zur Korrelation der Variablen „Komplexität“ und „Kompatibilität“

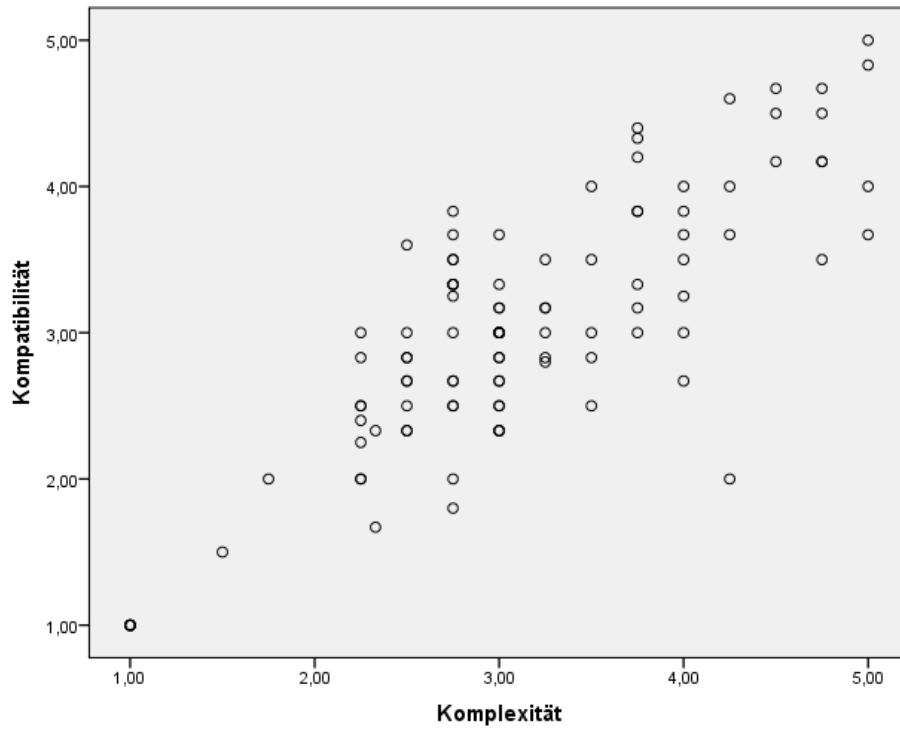
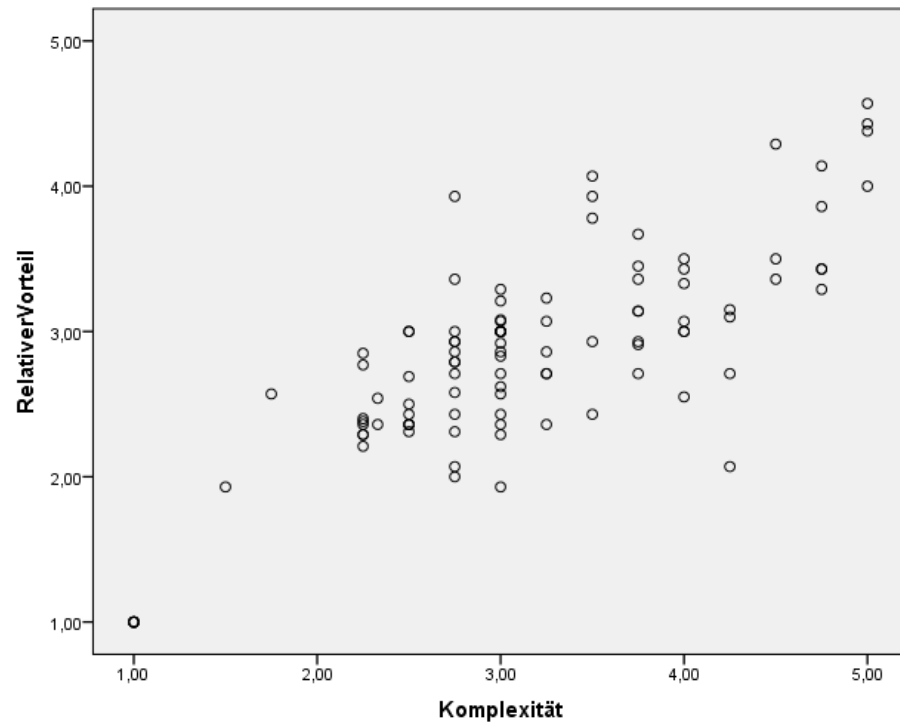


Abb.15: Scatterplot zur Korrelation der Variablen „Komplexität“ und „Relativer Vorteil“



Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich meine Bachelor-Thesis zum Thema „Akzeptanz von und Einstellung zu Qualitätsmanagement in stationären Altenpflegeeinrichtungen - Eine quantitative Untersuchung aus Sicht von Fach- und Führungskräften“ selbstständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel, als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die von Autoren wörtlich oder sinngemäß übernommen sind, habe ich durch Angabe von Quellen als Zitat kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Ich bin damit einverstanden, dass ein Exemplar meiner Bachelor-Thesis zur Einsicht ausgelegt wird.

Düsseldorf, den 7. Juni 2016

Birthe Sander