Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung

Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention

Grundsätze, Methoden und Anforderungen

Band 15

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden z.B. Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung
Band 15

Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention

Grundsätze, Methoden und Anforderungen

Eine aktuelle Bestandsaufnahme im Auftrag der BZgA, konzipiert und koordiniert durch die Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover, unter der Leitung von Dr. Marie-Luise Dierks, Dr. Ulla Walter und Professor Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Köln 2001

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen : Eine aktuelle Bestandsaufnahme im Auftrag der BZgA, konzipiert und koordiniert durch die Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover, unter der Leitung von Dr. Marie-Luise Dierks, Dr. Ulla Walter und Professor Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA.
[Red.: Katharina Salice-Stephan]. – Köln : BZgA, 2001
(Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung ; Bd. 15)

ISBN 3-933191-57-2

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Herausgeberin:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln
Tel.: 02 21/89 92-0
Fax: 02 21/89 92–300

Projektleitung: Manfred Lehmann
E-Mail: m.lehmann@bzga.de

Alle Rechte vorbehalten.

Redaktion: Katharina Salice-Stephan
Satz: Salice-Stephan, Köln
Druck: Schiffmann, Bergisch Gladbach

Auflage: 1.3.10.01
Gedruckt auf Recyclingpapier.

Band 15 der Fachheftreihe ist erhältlich
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,
und über Internet unter der Adresse http://www.bzga.de

Bestellnummer: 60 615 000

Vorwort

In den 90er Jahren ist die Qualität bzw. die Qualitätssicherung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zum breit diskutierten Thema geworden. Wirksame Konzepte und Instrumente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements, die in der Wirtschaft, im Gesundheitswesen, im Sozialwesen (Wohlfahrtsverbände) u.a entwickelt wurden, sind auch in der Gesundheitsförderung bekannt geworden. Das vorliegende Buch zeigt, dass diese Konzepte auch in die Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention eingeführt wurden. Heute ist es kaum noch vorstellbar, dass sich jemand in der Gesundheitsförderung und Prävention dem Thema Qualität entziehen kann.

Das Thema Qualität stellt sich nicht alleine wegen des Kostendrucks und des damit verbundenen möglichst effizienten Einsatzes der Mittel. Aus Sicht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist es notwendig, die Qualität von Programmen und Maßnahmen, die sich an die Bevölkerung oder an große Teilpopulationen richten, zu sichern, damit die nach dem wissenschaftlichen Stand der Erkenntnisse richtigen Informationen gegeben und die Interventionen erfolgreich durchgeführt werden. Die Vermeidung von ungewollten schädlichen Wirkungen steht dabei gleichberechtigt als Kriterium neben der Zielerreichung.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat von Anfang an großen Wert auf die Evaluation ihrer Aufklärungsarbeit gelegt. Seit der Qualitätssicherungsdiskussion der 90-er Jahre gewinnt aber darüber hinaus die Qualitätssicherung die Bedeutung eines eigenen Schwerpunktthemas in der Arbeit der BZgA. 1996 hat die BZgA deshalb das Thema „Qualitätssicherung“ als explizites Ziel in ihre Aufgabenbeschreibung aufgenommen. Dieser Reader stellt eine erste Bestandsaufnahme dar und gibt einen systematischen und umfassenden Überblick über Theorie und Praxis der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention.

Ich bin Herrn Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz sehr dankbar, dass er diese Aufgabe gemeinsam mit uns in Angriff genommen hat. Als Leiter der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover, Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen und Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der BZgA ist er dafür in besonderer Weise prädestiniert gewesen. Seinen Mitarbeiterinnen Frau Dr. Dierks, Frau Dr. Walter und Frau Windel danke ich für ihre konzeptionelle, koordinierende und redaktionelle Mitarbeit ebenfalls sehr herzlich.

Mein herzlicher Dank gilt auch den Autoren. Ohne ihre Beiträge wäre das Ziel, einen theoretischen und praktischen Überblick über den Stand der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung zu ermöglichen, nicht zu erreichen gewesen. Sie haben sich bereit erklärt, für ein lediglich symbolisches Honorar an dem Reader mitzuarbeiten. Mit der

Gesamtheit der Beiträge zeigen sie die Vielfalt der Konzepte und Umsetzungsmöglichkeiten im Bereich der Qualitätssicherung auf. Sie machen deutlich, dass es in einer erfolgreichen Gesundheitsförderung und Prävention auf eine sorgfältige Analyse des Problems, auf eine systematische Planung, eine gute fachliche Begründung für das Programm/die Maßnahme und eine kompetente Umsetzung ankommt. Der Erfolg, bzw. die Qualität sind anhand von wissenschaftlich begründeten „Outcome-Parametern" zu belegen. Die Autoren machen darüber hinaus deutlich, dass die Erwartungen an die Gesundheitsförderung und Prävention nicht angemessen erfüllt werden können ohne eine kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung der Markt- und Nutzerorientierung. Gezieltes Handeln, wie das Setzen von Prioritäten, die Entwicklung von strukturellen Voraussetzungen und die Organisation von Arbeitsprozessen werden ebenfalls als Bestandteile eines umfassenden Konzepts von Qualitätssicherung dargestellt. Es war mir wichtig, mit der Herausgabe des Readers diese Gesamtschau des Qualitätsmanagements für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu ermöglichen. Zum einen soll diese Gesamtschau eine Strukturierung der Ansätze, die insbesondere im deutschsprachigen Raum erprobt wurden, ermöglichen und damit eine Orientierungshilfe geben. Zum anderen sollen insbesondere die präsentierten Beispiele zeigen, wie Qualitätssicherung in der Praxis machbar ist.

Ich hoffe, dass mit dem vorgelegten Band die Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung ermutigt werden, ihre Bemühungen um die Sicherung der Qualität zu verstärken.

Köln, November 2001

Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Steckbrief des Projekts

Thema des Projekts:	Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention
Ziele:	• Bestandsaufnahme von Konzepten und Ansätzen der Qualitätssicherung für die Gesundheitsförderung und Prävention • Diskussion von geeignet erscheinenden Möglichkeiten und spezifischen Aspekten des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung • Darstellung praktischer Erfahrungen mit der Einführung und Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen in Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Prävention • Erarbeitung von Grundlagen und Empfehlungen für die Implementation eines Qualitätsmanagements in Gesundheitsförderung und Prävention
Projektzeitraum:	Juli 1998 bis Dezember 2000
Konzeption und Projektdurchführung:	Medizinische Hochschule Hannover Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung Carl-Neuberg-Str. 1 30625 Hannover Tel.: (0511) 532-4422 Fax: (0511) 532-5347 www.epi.mh-hannover.de
Projektteam:	Dr. Marie-Luise Dierks Dr. Ulla Walter Irmtraut Windel, MPH Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz
Auftraggeberin:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln Tel.: +49(0)221/89 92-0 Fax: +49(0)221/89 92-3 00
Projektleitung:	Manfred Lehmann

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort 11
Ilona Kickbusch

Einleitung: Ziel und Struktur des Readers 13
Marie-Luise Dierks, Ulla Walter, Irmtraut Windel, Friedrich Wilhelm Schwartz

1 Qualitätsmanagement als Aufgabe in Gesundheitsförderung und Prävention 17

1.1 Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention 18
Ulla Walter, Friedrich Wilhelm Schwartz, Friederike Hoepner-Stamos

1.2 Qualitätsparameter in der Prävention 38
Brigitte Ruckstuhl, Petra Kolip, Felix Gutzwiller

1.3 Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung 51
Alf Trojan

1.4 Professionelle Organisationsentwicklung als Qualitätsdimension der Gesundheitsförderung 73
Ralph Grossmann, Klaus Scala

1.5 Entwicklung eines Qualitätssicherungskonzepts in der Prävention 87
Uwe Koch, Stefan Kawski, Jürgen Töppich

2 Qualitätsmanagement – Aspekte, Ansätze und Entwicklungen 97

2.1 Von der Qualitätskontrolle zum Total Quality Management 98
Günter Ollenschläger

2.2 Die Qual der Wahl – das „richtige“ Qualitätsmanagement für die Gesundheitsförderung 113
Walter Simon

2.3 Rechtliche Aspekte des Qualitätsmanagements 129
Dieter Hart, Robert Francke

2.4 Leitlinien als Entscheidungshilfe in der gesundheitswissenschaftlichen Praxis 142
Elke Jakubowski, Rüdiger Krech

2.5 Qualitätszirkel als Instrument der Qualitätssicherung 151
Ottomar Bahrs

2.6 Patienten- und Mitarbeiterbefragungen – Methoden zur Aufdeckung von Schwachstellen? 163
Stefanie Siebeneick, Hans Dörning, Christoph Lorenz

3 Qualitätsmanagement in der praktischen Umsetzung – Beispiele aus der Praxis 169

3.1 Praxisnahes Qualitätsmanagement jenseits von Zertifizierungsautomatismen und Leitlinieninflation – Basiskonzept der Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung für Gesundheit 170
Thomas Altgeld, Iris Bunzendahl, Uwe Prümel-Philippsen

3.2 Effektivität und Effizienz als Leitziele der Qualitätssicherung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 182
Harald Lehmann, Jürgen Töppich

3.3 Trägerqualität als Aspekt der Qualitätssicherung – Potenziale für Qualitätssicherung bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 191
Manfred Lehmann

3.4 Qualitätsmanagement als Strategie – ISO 9001 als unterstützendes Instrument strategischer Planung im Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZEPRA) 200
Peter Gut

3.5 „Qualitätsmanagement in gesundheitsbezogenen Einrichtungen“ – Bericht über ein Münchner Modellprojekt 209
Gerlinde Appel, Reinhard Fuß

3.6 Qualität(en) in der Gesundheitsförderung – Das Qualitätsmanagementkonzept des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Baden-Württemberg 218
Barbara Leykamm, Jürgen Burmeister

3.7 Marktbeobachtung und Marktanalyse – Ein Ansatz der BZgA zur Förderung und Sicherung der Qualität in Gesundheitsförderung und Prävention 230
Monika Meyer-Nürnberger

3.8 Dokumentationssysteme als Beitrag zur Qualitätssicherung – Das Dokumentationssystem für Prävention, Öffentlichkeitsarbeit und Arbeitskreise des Badischen Landesverbandes gegen die Suchtgefahren e.V. 237
Beate Locher

3.9 Qualität in Bewegung – Das „Praxisorientierte Qualitätshandbuch“ der Berliner Mobilitätshilfedienste 243
Sonja Kubisch

3.10 Vergleichsweise immer besser – Qualitätsmanagement und Benchmarking in niedersächsischen Suchtberatungsstellen 253
Heinz Lutter

3.11 Externe Evaluation als Instrument des Qualitätsmanagements? – Vor- und Nachteile am Beispiel zweier Projekte der AOK Niedersachsen 262
Günter Tempel

3.12 Mitarbeiter- und Patientenbefragungen als Instrumente des Qualitätsmanagements – Ein Beispiel im Rahmen eines WHO-Projekts zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus 269
Alfred Oppolzer, Alf Trojan, Helmut Hildebrandt

3.13 Transparenz schaffen und Qualität entwickeln in Zusammenarbeit von Praxis und Forschung – Qualitätsentwicklung in den Suchtberatungsstellen des Kantons Aargau 282
Lisa Guggenbühl

3.14 Qualitätsmanagement für kleine freie Träger – Entwicklung eines Konzepts am Beispiel Berliner Frauenprojekte und der Berliner Selbsthilfe-Kontaktstellen (SEKIS) 295
Karin Stötzner

3.15 Qualitätssiegel Gesundheitssport – Eine gemeinsame Aktion des Landessportbundes Berlin und der Berliner Landesärztekammer 305
Thomas Siebert

4 Empfehlungen für die Zukunft – Zusammenfassender Leitfaden für die Umsetzung eines Qualitätsmanagements in Gesundheitsförderung und Prävention 315
Ulla Walter, Marie-Luise Dierks, Irmtraut Windel, Friedrich Wilhelm Schwartz

5 Anhang 321

5.1 Literaturübersicht 322

5.2 Verzeichnis der Autorinnen und Autoren 334

5.3 Glossar 338

Geleitwort

Das Thema Qualitätsmanagement gewinnt in zahlreichen Bereichen an Bedeutung – auch in der Gesundheitsförderung und Prävention. Es wird intensiv über Ziele, Anforderungen und Methoden eines Qualitätsmanagements diskutiert, da ein erfolgreiches Qualitätsmanagement entscheidend ist für eine langfristige Wirksamkeit und eine fachliche, politische wie auch finanzielle Akzeptanz. Während in der kurativen und rehabilitativen Medizin die Anstrengungen, ein entsprechendes System zu entwickeln und zu implementieren, nicht zuletzt durch gesetzliche Vorgaben des Sozialgesetzbuches forciert wurden, ist das Thema in der Gesundheitsförderung stark von der Profession selbst angetrieben worden. Das erklärt sich nicht zuletzt aus der Notwendigkeit, die starke Prozessorientierung der Gesundheitsförderung mit verlässlichen Instrumenten der Qualitätskontrolle zu begleiten.

So standen Fragen einer Qualitätsbewertung und Qualitätsverbesserung seit Mitte der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts im Zentrum zahlreicher internationaler und nationaler Kongresse zur Gesundheitsförderung. Erwähnt seien hier nur das kanadische *Symposium on the Effectiveness of Health Promotion* (1996) und die dritte *European Conference on Health Promotion and Education Effectiveness* (1996). Auch im Rahmen der an der Organisationsentwicklung orientierten Setting-Projekte, wie z.B. Gesundheitsförderndes Krankenhaus, Gesundheitsfördernder Arbeitsplatz, Gesundheitsfördernde Schule, war Qualitätsmanagement stets ein Thema. Diese Projekte setzten ein Umdenken in Gang, das die Suche nach geeigneten Instrumenten und Strategien eines Qualitätsmanagements in der Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention verstärkte. Sie führten aber auch zu dem interessanten Umkehrschluss, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen selbst ein Kriterium guten Managements sein können.

In diesem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung herausgegebenen Reader werden erstmals die im deutschsprachigen Raum bislang nur vereinzelt vorliegenden Ansätze für ein Qualitätsmanagement strukturiert zusammengefasst. Praktiker aus den verschiedensten Einrichtungen und Settings der Gesundheitsförderung und Prävention stellen ihre Erfahrungen sowohl mit der Umsetzung einzelner Methoden und Instrumente als auch mit der Einführung eines Total Quality Management vor. Ihre theoretische Fundierung, Konzepte und Handlungsorientierungen werden von Experten der Public-Health-Forschung aufgezeigt.

Die Beispiele machen Mut und fordern zur Nachahmung auf. Dabei darf jedoch nicht aus den Augen verloren werden, dass sich ein Qualitätsmanagement an den Wirkungszielen der Gesundheitsförderung und Prävention, d.h. an der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und einer Optimierung der hierzu erforderlichen Wege und Strategien, orientieren

sollte. Diese Ziele setzen a priori auch stets ein hohes Maß an Partizipation voraus. Zudem müssen die eingesetzten Methoden und Instrumente wirtschaftlich vertretbar sein. Unter dieser Prämisse kann ein effektives Qualitätsmanagement die Akzeptanz und die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention fördern. In diesem Sinne wünsche ich dem Reader eine hohe Verbreitung und allen Anwendern viel Erfolg.

Yale, Juli 2000

Prof. Dr. Ilona Kickbusch
Direktorin, Division of Global Health,
Department of Epidemiology and Public Health,
Yale University, New Haven, Connecticut

Einleitung: Ziel und Struktur des Readers

Marie-Luise Dierks, Ulla Walter, Irmtraut Windel, Friedrich Wilhelm Schwartz

Die Qualität gesundheits- und krankheitsbezogener Dienstleistungen im Gesundheitswesen ist zu einem beherrschenden Thema geworden. Qualitätssicherung oder Total Quality Management, Evaluation, Outcome-Orientierung und Evidence-based Medicine sind nur einige Stichwörter zu dieser Debatte.

Die in den letzten Jahren kontrovers geführte Diskussion um den Bedarf, die Zielgruppen, die Inhalte, die Methodik und nicht zuletzt die Wirksamkeit von Gesundheitsförderung und Prävention haben auch in diesem Versorgungsbereich dazu geführt, dass die Forderung nach Qualität und Qualitätssicherungsmaßnahmen immer häufiger gestellt wird, insbesondere wenn es um die personelle und materielle Ausstattung von Einrichtungen und Institutionen geht. So kann sich eine Einrichtung heute kaum noch der Frage nach der überprüften und dokumentierten Qualität ihrer Arbeit entziehen – und wird es in Zukunft immer weniger können. Gleichzeitig sehen immer mehr dieser Institutionen und die in ihnen Beschäftigten selbst die Notwendigkeit eines Qualitätsmanagements und möchten mit den ersten Schritten in diese Richtung beginnen.

Die Kernfragen hierbei lauten:

- Welche Konzepte und Methoden des Qualitätsmanagements gibt es für die Gesundheitsförderung und Prävention?
- Wie gelingt es einer Einrichtung, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in die eigene Arbeit zu integrieren und zu implementieren?
- Welche Bedingungen führen zum Erfolg, welche zum Scheitern?

Zur Beantwortung dieser Kernfragen will der vorliegende Reader beitragen. Dabei will er einerseits durch theoretische Überlegungen zur Einführung von Qualitätsförderungsmaßnahmen motivieren. Andererseits soll er durch die Vorstellung praktischer Beispiele den unmittelbaren Nutzen von Qualitätsmanagement dokumentieren und Handlungswissen für die Praxis vermitteln.

Warum Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention?

Wir gehen davon aus, dass den Personen, die im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention arbeiten, die Qualität der eigenen Arbeit und ihre Verbesserung ein wesentliches Anliegen ist. Dennoch wissen alle Experten, dass es in nahezu jeder Institution Bedingungen gibt, die ein Erreichen des wünschenswerten Maßes an Qualität erschweren oder sogar

verhindern. Ein zielgerichtetes Qualitätsmanagement kann helfen, Systeme, Prozesse und Abläufe so zu beeinflussen, dass damit die Basis für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung gelegt ist.

Wenn in einer Einrichtung die Frage nach der Qualität der eigenen Arbeit gestellt wird, löst dies bei den Beschäftigten manchmal Ängste und Abwehr aus. Hinter dieser Frage werden nicht nur sinnvolle Verbesserungspotenziale, sondern auch Einspar- und Rationalisierungsmaßnahmen bei Abläufen und Prozessen vermutet. Die Befürchtung, dass Qualitätssicherung nur ein Euphemismus für Kostenreduktion und Qualitätsminderung aufgrund wirtschaftlichen Drucks sein könnte, verringert die Motivation.

Auf der anderen Seite ist die Forderung nach Qualität in der präventiven und gesundheitsfördernden Arbeit ohne Frage viel mehr als ein Trend oder eine Modeerscheinung. Da Projekte und Maßnahmen z.T. große Bevölkerungsgruppen betreffen und häufig stark in das Leben Einzelner eingreifen, ist es ethisch unverzichtbar, dass die angewendeten Methoden und Verfahren nachprüfbar keinen Schaden anrichten und nach gegenwärtigem Wissensstand optimale Hilfe gewähren. Zudem hat derjenige, der gesellschaftliche Ressourcen verbraucht, der Gesellschaft gegenüber auch eine „Pflicht zur Qualität". Er muss nachweisen können, dass er alle Mittel mit höchster Effektivität und unter angemessener Kosten-Nutzen-Relation eingesetzt hat.

Es bleibt die Frage, welche Konzepte und Modelle des Qualitätsmanagements bzw. welche erprobten Methoden der Qualitätssicherung sich im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung umsetzen lassen. Bislang liegen hierzu nur vereinzelt systematisch dokumentierte Erfahrungen vor.

Welches Ziel verfolgt dieser Reader?

Der vorliegende Reader soll dazu beitragen, Qualitätsgrundsätze in der Gesundheitsförderung und Prävention zu definieren und praxisgerecht umzusetzen. Er intendiert eine Auseinandersetzung mit der Idee eines umfassenden Qualitätsmanagements bzw. will zu Überlegungen anregen, welche anderen Ansätze denkbar wären. Er stellt allgemeine Konzepte und Methoden vor, erörtert ihre Relevanz für Prävention und Gesundheitsförderung und veranschaulicht ihre Übertragbarkeit auf diesen Bereich.

Erstmals werden Beispiele für die Anwendung einzelner Methoden und Instrumente sowie Erfahrungen mit der Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements in der Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention zusammengefasst. Die Berichte nennen Voraussetzungen für ein Gelingen und stellen den Nutzen der Einführung qualitätssichernder Verfahren dar. Dabei weisen die Praktiker auch auf anfängliche Barrieren hin und zeigen Möglichkeiten zu deren Überwindung auf. Die Beispiele sollen die Leser zu einer Auseinandersetzung mit der Qualität in ihren eigenen Arbeitsbereichen anregen und ihnen

helfen, geeignete Strategien für ein Qualitätsmanagement zu finden. Sie sollen den Leserinnen und Lesern Mut machen, die Frage nach der Qualität in die tägliche Arbeit zu integrieren, so dass Qualitätsmanagement zukünftig zu einem selbstverständlichen Bestandteil in der Gesundheitsförderung und Prävention werden kann.

An wen wendet sich der Reader?

Der Reader richtet sich an alle Personen, die an der Auswahl, Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention beteiligt sind. Hierzu zählen Leiter und Mitarbeiter von Einrichtungen, Experten, die diese Interventionen wissenschaftlich begleiten, Entscheidungsträger, die für die Planung, Durchführung und Evaluation in Gesundheitsförderung und Prävention verantwortlich sind sowie Kostenträger, die die Leistungen finanzieren.

Trägern, Planern und Dozenten von Fortbildungsveranstaltungen und Qualifizierungsangeboten kann der Reader eine Orientierungs- und Planungshilfe bieten. Für die Fachöffentlichkeit ist er vor allem dadurch interessant, dass er einen Überblick über den derzeitigen Wissensstand über das Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention liefert.

Theoretische Fundierung und praktische Umsetzung – zur Struktur des Readers

Der Reader enthält theoriegeleitete Basistexte zum Qualitätsmanagement von ausgewiesenen Fachwissenschaftlern sowie Praxisbeispiele aus dem deutschsprachigen Raum.

Die *Basisartikel* zeigen die Bedeutung und verschiedene Aspekte des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung und Prävention (*Kapitel 1*) und bieten einen Einblick in Konzepte und Entwicklungen des Qualitätsmanagements (*Kapitel 2*).

Der *Praxisteil* (*Kapitel 3*) veranschaulicht, inwieweit die vorhandenen Modelle des Qualitätsmanagements in die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention integriert werden können oder in dieser bereits zur Anwendung kommen. Mitarbeiter verschiedener Einrichtungen und Institutionen zeigen, wie sie sich dem Ziel einer Qualitätsverbesserung der eigenen Leistungen genähert haben. Beispielhaft wird der Einsatz verschiedener Methoden in unterschiedlichen Settings dargestellt. Dabei wird deutlich, ob die angewendeten Methoden zum Erreichen der gewünschten Qualität geführt haben, und welche Konsequenzen die Einrichtungen aus den Ergebnissen gezogen haben. Da die Beispiele von Praktikern auf der Basis ihrer spezifischen Erfahrungen formuliert wurden, können nicht zuletzt auch Strategien zur Überwindung der Hindernisse, die einer Einführung von Qualitätssicherungskonzepten in der Alltagspraxis manchmal entgegenstehen, benannt werden.

Welche Kriterien liegen der Auswahl der Praxisbeispiele zugrunde?

Bei der Auswahl der Beispiele ging es nicht darum, besonders spektakuläre Projekte zur Qualitätsverbesserung vorzustellen. Vielmehr wurden die Beispiele ausgewählt, die „alltagstauglich“ und „machbar“ sind, d.h. ohne unzumutbar großen personellen und finanziellen Mehraufwand auf ähnliche Einrichtungen übertragen werden könnten. Sie sollen also vor allem dazu ermutigen, Maßnahmen der Qualitätssicherung in die Gesundheitsförderung und Prävention hineinzutragen.

Die Projekte entsprechen den grundsätzlichen Zielen und Konzepten der Gesundheitsförderung und Prävention. Das heißt, bei der Planung und Konzeption sind von den Verantwortlichen u.a. Fragen nach Bedarfsgerechtigkeit, Zielgruppenbezug und Ergebnisqualität im gesellschaftlichen Sinn und die Nachhaltigkeit berücksichtigt worden.

Dass die Sicherung und Verbesserung der Qualität nicht von der Größe oder Struktur einer Einrichtung abhängig ist, zeigt die Auswahl unterschiedlich komplexer Modelle. So werden neben den Qualitätsbemühungen z.B. einer einzelnen Einrichtung auch das Qualitätsmanagement in vernetzten Einrichtungen einer Kommune dargestellt.

Jedes einzelne Beispiel musste darüber hinaus folgende Bedingungen erfüllen:

- Es sollte bereits durchgeführt und erprobt worden sein.
- Über das Projekt sollte ein vollständiger Bericht vorliegen.
- Das Projekt sollte mindestens ein zentrales Konzept der Qualitätssicherung abdecken.
- Die angewandte Qualitätssicherungsmethode sollte von Anfang an explizit eingesetzt worden sein.
- Es sollte sich um ein gelungenes Beispiel handeln.

Abschließende Kapitel

Ein auf der Basis der dargestellten Konzepte und Praxiserfahrungen formulierter Leitfaden (*Kapitel 4*) ergänzt den Praxisteil, um Einrichtungen und Fachkräften der Gesundheitsförderung und Prävention bei der praktischen Umsetzung des Qualitätsmanagements eine Orientierung zu bieten.

Zur Erleichterung einer weiteren vertiefenden Auseinandersetzung sind die Literaturhinweise, die sich zu spezifischen Aspekten jeweils am Ende eines Beitrags befinden, im Anhang nochmals zu einer Literaturübersicht zusammengefasst. Das Adressenverzeichnis schließlich ermöglicht eine direkte Kontaktaufnahme zu den einzelnen Autoren, was vor allem für den Austausch von Praxiserfahrungen hilfreich sein kann. Den Abschluss des Readers bildet ein Glossar, das wesentliche Begriffe des Qualitätsmanagements erläutert und auch als Nachschlagewerk dienen kann.

1

Qualitätsmanagement als Aufgabe in Gesundheitsförderung und Prävention

1.1 Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention

Ulla Walter, Friedrich Wilhelm Schwartz, Friederike Hoepner-Stamos

Hintergrund

Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Primärprävention wird in Deutschland wie auch international erst seit ca. zehn Jahren breit diskutiert. Eng damit verbunden ist die Suche nach geeigneten Parametern zur Evaluation, die eine wesentliche Methode und Voraussetzung eines laufenden Qualitätsmanagements darstellt. Forciert wurde diese Debatte in der Gesundheitsförderung und Prävention durch die wachsenden Forderungen nach dem Ausbau eines Qualitätsmanagements in der kurativen und rehabilitativen Medizin sowie durch den finanziell motivierten Druck optimaler Ressourcennutzung in der weiter andauernden Kostendämpfungsdebatte des Gesundheitswesens.

In der Vergangenheit konzentrierten sich die Bemühungen vor allem auf die Entwicklung und die Implementation der Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen selber, auf die Umsetzung des Setting-Ansatzes[1] der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie auf den Aufbau von Kooperationen. Wurden Evaluationen vorgenommen, fokussierten sie häufig lediglich die Zahl der erreichten Personen, möglicherweise ihre Zufriedenheit mit dem Angebot und organisatorische Aspekte. Weitere Aspekte im Hinblick auf den Nutzen der Initiativen – ob die erhofften gesundheitlichen Verbesserungen erfolgten und ob die anvisierte Zielgruppe tatsächlich erreicht wurde – wurden vielfach vorausgesetzt und nicht weiter hinterfragt. Auch die Kosten-Nutzen-Relation wurde bislang nur selten betrachtet.

Eine Übernahme von Methoden des Qualitätsmanagements in die Gesundheitsförderung und Prävention, die bereits seit längerem in der medizinischen Versorgung angewandt werden, erfolgt bis heute erst ansatzweise und vereinzelt. Der Anstoß zur Etablierung eines Qualitätsmanagements kommt dabei häufig von außen, z.B. durch den Förderer von (modellhaften) Maßnahmen oder durch erhöhten Wettbewerbsdruck um Ressourcen und die damit verbundene Notwendigkeit einer professionellen Präsentation von Angeboten und Ergebnissen. Interne Auslöser, wie z.B. eigene Unzufriedenheit mit den oft anzutreffenden rudimentären Dokumentationsverfahren, sind eher selten.

Auch wenn Praktikern des Präventions- und Gesundheitsförderungsbereichs heute viele Grundzüge des Qualitätsmanagements vertraut erscheinen mögen, so ist hinsichtlich der

1 Als Settings werden Lebensbereiche mit ihren spezifischen sozialen und organisatorischen Strukturen bezeichnet, z.B. Schule, Betrieb, Familie. Die Strategie, ein Setting als Ort und Ansatzpunkt der Gesundheitsförderung zu wählen, wird seit Mitte der 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts verfolgt.

Umsetzung eines systematischen Qualitätsmanagements sowie der damit verbundenen Auswahl geeigneter Methoden und Instrumente immer noch ein großer Informationsbedarf zu verzeichnen. Vielfach besteht auch Unsicherheit bei der Wahl adäquater Maßnahmenziele, der Auswahl der Zielgruppen und der Auswahl geeigneter Ergebnis-, Prozess- oder Strukturparameter, die den oft vielschichtig und langfristig verlaufenden Gesundheits-, Verhaltens- oder Setting-Änderungen Rechnung tragen.

In diesem einleitenden Beitrag werden – ausgehend von einer Übersicht zur bisherigen Diskussion von Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention im deutschsprachigen Raum – Grundsätze zu Zielen, Nutzenparametern und Zielgruppen der Prävention und Gesundheitsförderung dargelegt. Es wird vor allem thematisiert, worauf sich ein zielorientiertes Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention konzentrieren sollte.

Aktuelle Ansätze

Bis heute gibt es noch kein einheitliches Konzept für ein Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Primärprävention. Für die Sekundärprävention, auf die im Nachfolgenden nicht näher eingegangen wird, bestehen insbesondere an die damit verbundenen Instrumente zur Früherkennung und den Zeitpunkt eines Screenings bereits abgestimmte Qualitätsanforderungen (Schwartz/Walter 1998). In der klinischen Prävention liegen – in Kanada und in den USA – zielgruppenorientierte Empfehlungen zur Durchführung präventiver Maßnahmen vor (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination 1999; US Preventive Services Task Force 1996).

Für die betriebliche Gesundheitsförderung wurde 1997 ein EU-weiter Konsens über die erforderlichen Bedingungen und Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung hergestellt. 1999 wurden in Anlehnung an das Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) Qualitätskriterien entwickelt[2] (European Network for Workplace Health Promotion 1997; BKK Bundesverband/Europäisches Informationszentrum 1999; zu EFQM vgl. auch *Kapitel 2.2*). Um Schwachstellen in Strukturen und Prozessen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements identifizieren zu können, konzipierten Badura, Ritter und Scherf (1999) einen Leitfaden für das Qualitätsmanagement betrieblicher Gesundheitsförderung. Ziel dieses von der Hans-Böckler-Stiftung und mehreren Krankenkassen geförderten Vorhabens ist die Institutionalisierung eines Qualitätsmanagements im betrieblichen Alltag.

2 Die Qualitätskriterien sind sechs Bereichen zugeordnet: betriebliche Gesundheitsförderung und Unternehmenspolitik, Personalwesen und Arbeitsorganisation, Planung betrieblicher Gesundheitsförderung, soziale Verantwortung, Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung, Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung.

Auch im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung sowie in der Primärprävention sind auf verschiedenen Ebenen Bemühungen zu verzeichnen, den Prozess zur Entwicklung und Abstimmung eines Qualitätsmanagements voranzubringen.

1992 führte die Bundesvereinigung für Gesundheit gemeinsam mit der Zeitschrift *Prävention* eine der ersten Expertentagungen in Deutschland zur „Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung" durch, deren deutschsprachige Beiträge 1993 in einem Schwerpunktheft der Zeitschrift erschienen sind.

Eine erste kriterienorientierte Bewertungshilfe für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen gab die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1993) mit dem „Qualitätsraster Adipositas" für Maßnahmen gegen Übergewicht heraus, und 1997 entwickelte die Bundesvereinigung für Gesundheit zusammen mit den Landesvereinigungen Leitfragen zum Qualitätsmanagement für gesundheitliche Einrichtungen (Altgeld et al., 1997; vgl. auch *Kapitel 3.1*). Im selben Jahr erschien in der Schweiz ein Leitfaden zur Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten (Ruckstuhl/Somaini/Twisselmann 1997). Ein Handbuch zur Qualitätsentwicklung für Projekte und freie Träger sozialer Dienste liegt bereits in der zweiten Auflage von der Berliner Selbsthilfe-, Kontakt- und Informationsstelle SEKIS (1999) vor (vgl. auch *Kapitel 3.14*).

Für den Bereich des Freizeitsports analysierten Bös et al. (1998) im Auftrag des Deutschen Sportbundes gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein, ihre Qualitätsorientierung sowie Ansatzpunkte für ein Qualitätsmanagement.[3] Ziel ist dabei u.a. eine stärkere Vernetzung mit Einrichtungen im Gesundheitswesen (Deutscher Sportbund 1999). Günther (1997) befasst sich mit dem Qualitätsmanagement für die Dienstleistung Ernährungsberatung und entwickelt aus der Sicht der Teilnehmer, der Anbieter und der Qualitätssicherer Qualitätsmerkmale für Gruppenberatungsprogramme.

In aktuellen Tagungen wird das Konzept des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung und Prävention derzeit öffentlich diskutiert und seine Bedeutung in die Praxis hineingetragen. Durch die Einrichtung von Qualitätszirkeln für Koordinatoren und Mitarbeiter, in denen die Alltagsarbeit reflektiert und die Qualität in der Planung und Umsetzung optimiert werden soll, wird dieser Prozess durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gefördert (vgl. auch den Beitrag von Bahrs in *Kapitel 2.5*). Wesentlich im Hinblick auf die Beurteilung von Maßnahmen und das Qualitätsmanagement sind auch die Transparenz und Verbreitung von Angeboten und (Forschungs-) Ergebnissen zur Wirksamkeit von Interventionen (Speller/Evans/Head 1997). Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bündelt die bestehenden deutschen Studien und Maßnahmen zur Zeit in einem Projekt, um sie den Fachkräften im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zugänglich zu machen.

3 Zur Vergabe eines Qualitätssiegels „Gesundheitssport" siehe *Kapitel 3.15*.

Entwicklungen in der deutschen Gesetzgebung zur gesetzlichen Krankenversicherung

Qualitätskriterien für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen der Krankenkassen sowie die Sicherung der Qualität wurden bereits im Vorfeld der 1996 erfolgten vorübergehenden Streichung der Leistungen der Gesundheitsförderung nach § 20 Sozialgesetzbuch (SGB) V diskutiert. Entsprechende Empfehlungen der Kassen (Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. 1994) kamen damals allerdings zu spät, um die politische Kritik des Jahres 1996 an der Präventionspraxis wirkungsvoll aufzufangen. Mit der Ausrichtung an Bedarfs- und Zielgruppenorientierung sowie mit der expliziten Nennung von Zugangswegen versucht das am 1. Januar 2000 in Kraft getretene GKV-Gesundheitsreformgesetz in der Neufassung des § 20 SGB V, „Prävention und Selbsthilfe", die Kritik an dem alten § 20 SGB V und seiner Umsetzung aufzugreifen. Kritisiert worden war insbesondere der Mangel an klaren gesundheitlichen Zielen, der Mangel an Zielgruppenorientierung und eine zu starke „Mittelstandsorientierung" in Marketing und Umsetzung, die dazu geführt hat, dass in der Praxis die Leistungen vor allem durch gesundheitsbewusste Versicherte aus dem Mittelstand in Anspruch genommen werden. Mit der Einführung von Anforderungskriterien kann zugleich der Konzeption von Präventionsmaßnahmen allein unter Marketingaspekten entgegengewirkt werden (Schwartz/Walter 1997; Kirschner/Radoschewski/Kirschner 1995).

In der Neufassung des § 20 hat der Gesetzgeber auch die salutogenetisch orientierte Sichtweise der WHO teilweise aufgegriffen und Leistungen der Primärprävention als solche definiert, die „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen" sollen (§ 20 Abs. 1 SGB V). Auch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung können von den Krankenkassen durchgeführt werden (§ 20 Abs. 2 SGB V). Für beide Bereiche gibt der Gesetzgeber den Kassen ein Ausgabenlimit von fünf DM pro Mitglied im Jahr 2000 vor. Selbst wenn dieser Betrag in den Folgejahren angehoben werden sollte, zwingt der vorgegebene Rahmen zu einem effektiven und effizienten Einsatz der Mittel. Zudem gilt auch für Leistungen des § 20 SGB V, dass sie nach dem geltenden Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches (§ 12 in Verbindung mit § 106 SGB V) „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich" sein müssen. Das heißt, sie sollten nicht nur bedarfsgerecht – im Sinne eines objektiv feststellbaren Bedarfs – und wirksam sein, sondern auch fachgerecht (qualitätsgesichert) mit akzeptabler Kosten-Nutzen-Relation erbracht werden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind nach der Neufassung des § 20 SGB V aufgefordert, gemeinsam und einheitlich prioritäre Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung in den Bereichen der primären Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung auszuarbeiten. Dieser Aufforderung sind sie mit einem im Juni 2000 veröffentlichten Handlungsleitfaden nachgekommen, der laut Präambel „kontinuierlich an neue Erkenntnisse sowie an die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen" angepasst werden soll (AOK-Bundesverband et al. 2000:2).

In dem Referentenentwurf des § 20 SGB V (vom 25. Mai 1999) zur GKV-Gesundheitsreform 2000 gingen die Überlegungen zur Qualitätssicherung wesentlich weiter als die am 22. Dezember 1999 letztlich vom Gesetzgeber verabschiedete Fassung, indem hier die Qualitätssicherung explizit genannt und zusätzlich eine Evaluation gefordert wurde. Entsprechend wurden die damit verbundenen Diskussionen geführt. So forderte Schwartz (1999) zum Zwecke der Fachaufsicht sowie der wissenschaftlichen Überprüfung (Sicherung der Transparenz), die Ergebnisse des laufenden Qualitätsmanagements oder der Evaluationsverfahren bei einer geeigneten öffentlichen Stelle, z.B. bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, zu hinterlegen. Auch Rosenbrock (1999a) betonte die Notwendigkeit einer Qualitätssicherung – hinsichtlich Struktur, Prozess und Ergebnis – mit Rückkopplung an die Wissenschaft und Praxis. Ziel sei dabei die Entwicklung und der Einsatz „nachweisgestützter Verfahren und Interventionen" im Sinne einer *evidence based health promotion*. In einem 1999 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen durchgeführten Workshop wurde die Einrichtung eines unabhängigen Expertenausschusses „Prävention" zur Beurteilung der Angebote favorisiert (AOK-Bundesverband et al. 1999).

Auch wenn Qualitätssicherung und Evaluation in der verabschiedeten Fassung des § 20 SGB V nicht mehr explizit genannt werden, und somit das Gesetz hinter dem Referentenentwurf zurückbleibt, sind dennoch mit der Festlegung gemeinsamer Kriterien erstmalig Ansätze eines Qualitätsmanagements im Bereich der Primärprävention für die soziale Krankenversicherung (GKV) in Deutschland gesetzlich verankert (vgl. auch den Beitrag von Hart und Francke, *Kapitel 2.3*). Darüber hinaus gilt auch für den § 20 SGB V die Verpflichtung zur Qualitätssicherung nach § 135a SGB V.

Begriffe und Ziele der Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention wird nach den gängigen wissenschaftlichen Definitionen als Krankheitsverhütung verstanden. Prävention im Sinne einer generellen Vermeidung eines schlechteren Zustands umfasst daher alle zielgerichteten Maßnahmen und Aktivitäten, die eine bestimmte gesundheitliche Schädigung verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern. Nach diesem Verständnis lassen sich drei Ebenen der Prävention unterscheiden (Schwartz/Walter 1998):

– Primärprävention bezeichnet die generelle Vermeidung auslösender oder vorhandener Teilursachen (Risikofaktoren) bestimmter Erkrankungen bzw. Gesundheitsstörungen oder ihre individuelle Erkennung und Beeinflussung. Sie setzt vor Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung ein. Gesundheitspolitisches Ziel der Primärprävention ist die Senkung der Inzidenzrate[4] oder der Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum bzw. einer (Teil-)Population.

4 Inzidenzrate: Rate der Neuerkrankungen an einer Krankheit in einer Zeitperiode, bezogen auf die dem Erkrankungsrisiko ausgesetzte Bevölkerung.

– Sekundärprävention bezieht sich demgegenüber auf die Entdeckung eines eindeutigen (auch symptomlosen) Frühstadiums einer Krankheit und deren erfolgreiche Frühtherapie. Diese Frühbehandlung sollte gegenüber einer später einsetzenden Normalbehandlung einen gesicherten Zusatznutzen aufweisen, um unnötige Kosten, unnötiges Leid und unnötige Risiken zu vermeiden. In jüngster Zeit wird als Sekundärprävention auch die Verhinderung eines Wiedereintritts eines Krankheitsereignisses nach erfolgter Ersterkrankung verstanden. Gesundheitspolitisches Ziel der Sekundärprävention ist die Inzidenzabsenkung manifester oder fortgeschrittener Erkrankungen.
– Tertiärprävention kann im weiteren Sinne verstanden werden als die wirksame Behandlung einer symptomatisch gewordenen Erkrankung mit dem Ziel, ihre Verschlimmerung zu verhüten. Engere Konzepte der Tertiärprävention subsumieren die Behandlung manifester Erkrankungen unter Kuration und bezeichnen lediglich bestimmte Interventionen zur Verhinderung bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbußen als Tertiärprävention. Gesundheitspolitisches Ziel von Tertiärprävention im Sinne von Rehabilitation ist diesem Verständnis nach, die Leistungsfähigkeit soweit als möglich wiederherzustellen, zu erhalten und bleibende Einbußen und Behinderungen zu verhüten.

Während Prävention eine gezielte Vermeidung von Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen durch eine Reduktion von Belastungen und Risiken anstrebt, setzt Gesundheitsförderung nach der Ottawa-Charta der WHO (1986) dagegen vor allem bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale an. Dies bezieht sich zum einen auf den einzelnen Menschen (höheres Maß an Selbstbestimmtheit) und zum anderen auf alle gesellschaftlichen Ebenen (z.B. politisch-administrative Veränderung der Rahmenbedingungen) mit dem Ziel, Ungleichheiten in der Gesundheits- und Lebenserwartung zu reduzieren (Brößkamp-Stone/Kickbusch/Walter 1998). Zur Umsetzung der Gesundheitsförderung wurden verschiedene Konzepte und Strategien entwickelt, wie z.B. der Setting-Ansatz mit dem Ziel „gesunder Organisationen“ (vgl. auch *Kapitel 1.4*). Insbesondere im medizinischen Bereich – und auch vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994 – wird Gesundheitsförderung dagegen nicht so umfassend, sondern wie die Prävention in erster Linie im Hinblick auf Krankheitsvermeidung verstanden, wobei zu den Maßnahmen der Gesundheitsförderung – im Gegensatz zu solchen der Prävention – unspezifische Maßnahmen gerechnet werden.

Sowohl die krankheitsorientierte Herangehensweise der Prävention als auch der salutogene Ansatz der Gesundheitsförderung zielen letztlich – wenn auch aus unterschiedlichen Blickwinkeln und mit verschiedenen Strategien – auf die Gesundheit der Bevölkerung und sollten als einander ergänzend betrachtet werden. Auch Prävention sollte demnach nicht nur der gezielten Krankheitsvermeidung, sondern auch der allgemeinen Gesundheitsverbesserung dienen. Bei der Entwicklung von Strategien, Programmen und Maßnahmen zur Prävention ist immer nach beiden Aspekten zu fragen:
– Welche Risiken und Belastungen können im Hinblick auf (spezifische) Krankheitsvermeidung und (allgemeine) Gesundheitsverbesserung gesenkt werden, und
– welche Ressourcen können gestärkt werden?

Begriffe und Ansätze des Qualitätsmanagements

Qualität bezeichnet nach der Definition des US-amerikanischen Institute of Medicine „das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Behandlungsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen professionellen Wissensstand übereinstimmen“ (Lohr 1990). Mit dem Ziel der Verbesserung der Gesundheit kann diese Definition analog auch für die Gesundheitsförderung und Prävention übernommen werden.[5] Dabei kann sich Qualität in der Gesundheitsförderung und Prävention entsprechend den verschiedenen Ansätzen auf drei Referenzsysteme beziehen:

– auf ein Setting (z.B. gesundheitsfördernde Schule),
– auf ein Interventionsprogramm oder
– auf eine Organisation (Ruckstuhl/Studer/Somaini 1998; siehe auch den Beitrag von Grossmann und Scala, *Kapitel 1.4*).

Der Qualitätsbegriff wird gegenwärtig häufig operationalisiert durch die Einteilung in die Teilkomponenten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian 1966), die sich u.a. auf die Qualität der vorliegenden Rahmenbedingungen, die Qualität der Durchführung einer Maßnahme und die Qualität des Nutzens und die Kosten-Nutzen-Relation beziehen. Diese Begrifflichkeit wird sowohl beschreibend-analytisch für Untersuchungen der Versorgungsqualität als auch normativ als Ansatz- und Zielpunkte von qualitätsfördernden Maßnahmen verwendet.[6]

Qualitätsmanagement soll dazu dienen, Systeme, Organisationen, Prozesse und Abläufe so zu optimieren, dass die Basis für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung geschaffen und das Hauptziel erreicht wird: die Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisqualität. Die Optimierung des Ergebnisses wird deshalb in diesem Beitrag in den Mittelpunkt gerückt.

Eine Prozessbewertung kann insbesondere helfen, hemmende und fördernde Aspekte in der Akzeptanz und in der Umsetzung zu identifizieren. Die Ergebnisse der Prozessevaluation verbessern zusammen mit kurz- und langfristigen gesundheitlichen und ökonomischen Ergebnisindikatoren das Verständnis von Maßnahmen der Gesundheitsförderung; ihre Veröffentlichung ermöglicht auch Dritten angemessene Programmentscheidungen.

Partizipative und multistrategische Ansätze wie die der Gesundheitsförderung erfordern ohnehin häufig eine besondere Betrachtung des Prozesses. Bislang wurde dieser Prozess – insbesondere Fragen zu Kooperationsstrukturen, Akteurskonstellationen, zur Bürgerbeteili-

5 Zum Beispiel, indem „Intervention“ als „Gesundheitsleistungen“ und „Behandlungsergebnisse“ als „Organisations- sowie Setting-Entwicklung“ verstanden werden.

6 Siehe hierzu detailliert auch die Beiträge von Ruckstuhl, Kolip und Gutzwiller zum Qualitätsmanagement in der Prävention (*Kapitel 1.2*) sowie von Trojan zum Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung (*Kapitel 1.3*).

gung und Netzwerkförderung – allerdings erst ansatzweise untersucht. Instrumente hierzu liegen kaum vor[7] (Lauterbach/Trojan 1999).

Generell liegen für ein Qualitätsmanagement zahlreiche Methoden und Instrumente vor, die vor allem im industriellen Bereich und in der klinischen Medizin eingesetzt werden (Perleth/Schwartz 2000; Perleth 1998). Dass sich einige auch für eine Anwendung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention eignen, zeigen die Erfahrungen der Praxisbeispiele in diesem Band.

Der bloße Einsatz derartiger Werkzeuge führt allerdings nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung der Qualität. Um die für ein Qualitätsmanagement notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen sinnvoll und zielgerichtet zu nutzen, ist es – sowohl bei der Einführung eines Qualitätsmanagements als auch beim Einsatz einzelner Instrumente – bei den meist sehr komplexen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen notwendig, sich auf die laufende Sicherung und Verbesserung der wichtigsten Programmparameter zu konzentrieren. Durch vorausgegangene eigene Studien, Studien Dritter oder durch eigene modellhafte Evaluationen sollten diese hinsichtlich ihrer Relevanz und Wirkungen vorab gesichert sein. Sie haben sich auch an gesetzlichen Verpflichtungen, am gesellschaftlichen Auftrag, an fachlich-wissenschaftlichen Standards sowie an institutionellen und unternehmerischen Zielen auszurichten. Teilweise werden relevante Programmparameter erst aufgrund einer begleitenden Evaluation während der Feldphase deutlich, wenn Zielerreichung, Schwachstellen und nicht-intendierte Nebeneffekte gemessen werden. Für eine wiederholte Durchführung der Maßnahmen müssen die Programmparameter entsprechend angepasst und in ein geändertes Qualitätsmanagement eingefügt werden.

Definition von Zielen bzw. Nutzenerwartungen, Zielgruppen und zielgruppenspezifischen Zugangswegen

Qualitätsmanagement beginnt bereits bei der Festlegung von Zielen und der Auswahl der Zielgruppen, Zugangswege und Interventionsverfahren (siehe *Abbildung 1*). Eine wesentliche Voraussetzung für die Beurteilung der Qualität ist die möglichst genaue und theoretisch fundierte Festlegung des Ziels, das der Maßnahme, der Auswahl der Zielgruppen, ihrer Zugangswege und der einzubeziehenden Kooperationspartner zugrunde liegt. Diese Phase des Qualitätsmanagements wird auch als konzeptionelle, initiale Planungs- oder Assessmentqualität bezeichnet. Ihr sollte besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, da sie die Umsetzungsqualität der Maßnahme in die Praxis, ihre Durchführung und damit auch die Qualität der Ergebnisse entscheidend bestimmt.

7 Zur Qualität des Prozesses und der Struktur siehe auch *Kapitel 1.2* und *1.3*.

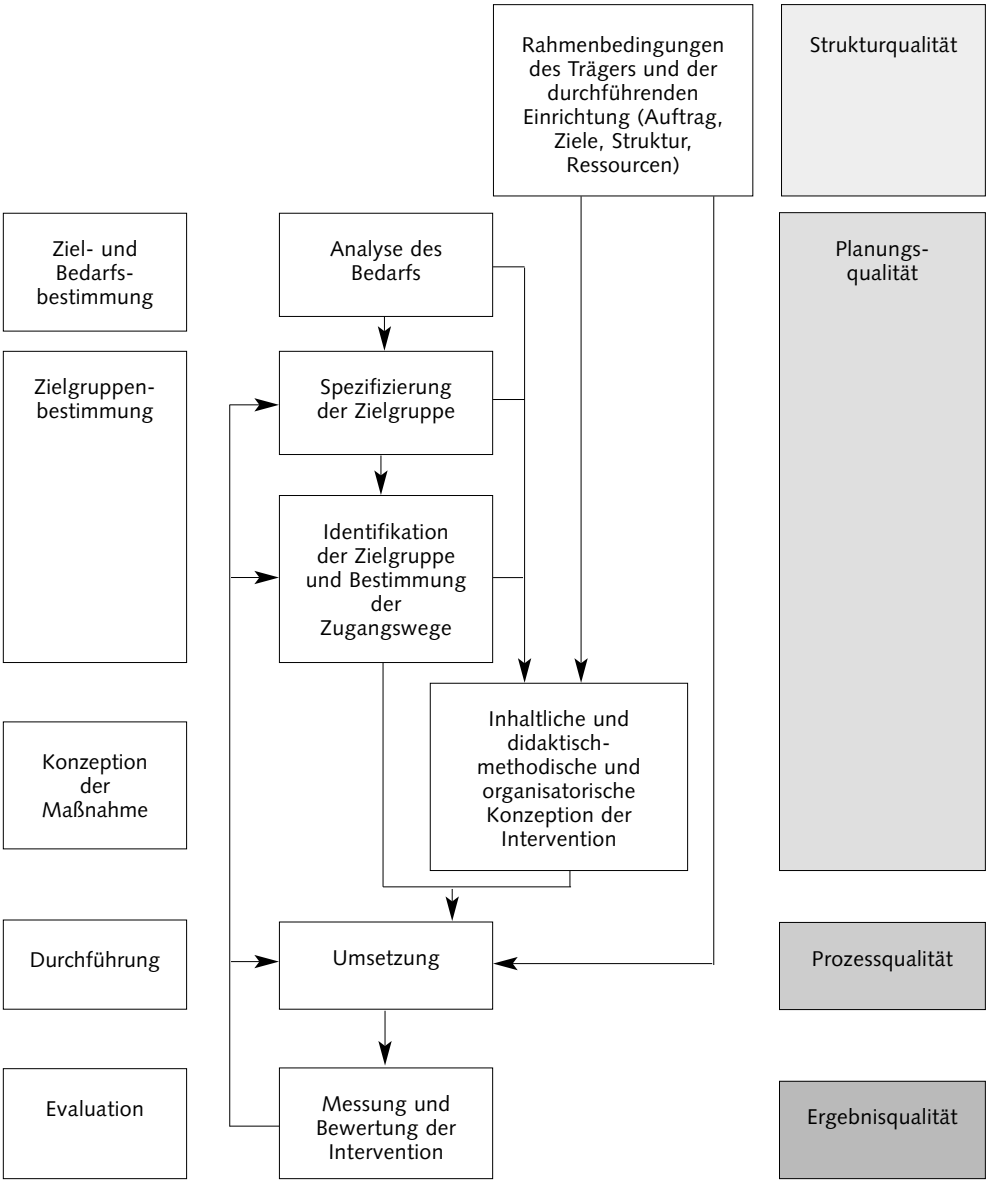

Abb. 1: Phasen präventiver und gesundheitsfördernder Interventionen und Ansätze für ein Qualitätsmanagement

Oberstes Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Optimierung der Gesundheit der Zielpopulation. Die bei zahlreichen Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung langfristig angestrebten objektiven gesundheitlichen Erträge können in den meist kurzzeitig angelegten Messperioden von zwei bis maximal fünf Jahren in der Regel

allerdings nicht erhoben werden. Es müssen deshalb „intermediäre“ Outcome-Parameter identifiziert und eingesetzt werden, die möglichst zuverlässig eine Abschätzung der weiteren gesundheitlichen Entwicklung der Teilnehmer erlauben.

Um für Bevölkerungsgruppen optimale Ergebnisse zu erzielen, sollten die präventiven bzw. gesundheitsförderlichen Maßnahmen möglichst eng an spezifischen Zielgruppen ausgerichtet sein. Dies erfordert zunächst die (professionelle) Ermittlung des objektiven und subjektiven Bedarfs. Die Kenntnis der subjektiven Erwartungen, Bedürfnisse und Gewohnheiten der Zielgruppe ist vor allem für die Ansprache und Motivation der Zielpersonen sowie für die didaktische und organisatorische Ausgestaltung der Maßnahme erforderlich.

Diese Zielgruppenorientierung und die Professionalität ihrer Ausführung spiegelt sich auch in der von den Zielpersonen subjektiv wahrgenommenen Angebotsqualität wider (Øvretveit 1996). Die auch von der Bundesregierung stärker forcierte Patienten- bzw. Kundenorientierung im Gesundheitswesen erfordert eine verbesserte Transparenz und Verständlichkeit der Angebote und der dargebotenen Informationen (Dierks/Schwartz/Walter 2000). Wird dieser wichtige Teil des Qualitätsmanagements ernst genommen, leistet er – im Sinne der Ziele der Ottawa-Charta der WHO (1986) – auch einen Beitrag zu einer besseren Befähigung der Bürger, ihre eigene Lebenssituation und Gesundheit aktiv zu verbessern (*Empowerment*).

Neben dem subjektiven Bedarf der Zielpersonen bzw. der Zielgruppen muss selbstverständlich auch ihr objektiver Bedarf bestimmt werden, nämlich das Ausmaß und das Reduktionspotenzial der Krankheitslast, der Risiken und Belastungen in der Zielgruppe. Daraus sind die spezifischen Interventionsziele für die Zielgruppe zu entwickeln. Hieran knüpfen in der Regel auch die wesentlichen Qualitätserwartungen der Kooperationspartner sowie die der Förderer bzw. Träger (Stakeholder-Perspektive) an (Christiansen 1999).

Im Einzelnen kann die *Auswahl der Zielgruppe* nach folgenden Kriterien erfolgen:
- Altersgruppen mit erhöhten Risiken (z.B. Säuglinge, Kinder, Jugendliche, Ältere, Hochbetagte),
- Bevölkerungsgruppen in risiko-erhöhten Lebensphasen (z.B. Schwangere, Personen im Übergang zum „Ruhestand“, Personen nach Trennung bzw. Tod eines Partners, pflegende Angehörige),
- vulnerable[8] und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen (z.B. Arbeitslose, Obdachlose, Migranten),
- Personengruppen mit spezifisch erhöhten Krankheitsrisiken (z.B. für Rückenbeschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Osteoporose).

Für die Zielgruppe müssen geeignete *Settings bzw. Interventionsorte* für die Interventionen festgelegt sowie adäquate Identifikationsstrategien und Zugangswege gewählt werden. Mögliche Interventions-Settings sind:

8 Vulnerabel: verletzlich, verwundbar.

– Alltagsbezogene Institutionen (z.B. Schule, Betrieb, Altenheim),
– Lebensräume (z.B. Region, Stadtteil),
– Lebensgemeinschaften (z.B. Nachbarschaft, Kirchengemeinde),
– kurzfristig in Anspruch genommene Einrichtungen (z.B. Erholungsheim, Krankenhaus),
– punktuell wahrgenommene Einrichtungen des Gesundheitswesens (z.B. Arztpraxis, Apotheke, ambulante Pflege),
– Verbände (z.B. Krankenkassen).

Die über ein Setting definierte Zielgruppe ist oft noch zu unspezifisch für eine zielgerichtete Intervention, so dass weitere Instrumente für nachfolgende Auswahl und *Identifikation der definierten Zielgruppe* erforderlich sind. Hierzu eignen sich z.B.:
– Selbsteinschätzungsfragebogen,
– telefonische und Vor-Ort-Befragung (z.B. durch professionelle Berater),
– Assessment (z.B. durch Gesundheitsberater, Arzt oder Pflegekraft),
– versorgungsbezogene Routinedaten und soziodemographische Stammdaten der Sozialversicherung.

Je unspezifischer die Zugangswege sind, desto eher ist der nachfolgende Einsatz der genannten Instrumente zur weiteren Eingrenzung der Zielgruppe erforderlich. Während sich Routinedaten am besten zur Identifikation von Personen mit Krankheitsvorerfahrungen, d.h. zur Sekundär- und Tertiärprävention eignen, ließen sich die soziodemographischen Stammdaten beispielsweise zur Selektion von Berufsgruppen und zur Identifikation besonderer Belastungssituationen, wie Übergang in den „Ruhestand", Pflege von Angehörigen und Tod des Ehepartners,[9] nutzen.

Bei der Wahl der *Zugangswege* sind besondere Sorgfalt, aber auch Kreativität und Einfühlungsvermögen nötig, um vor allem die Personen zu erreichen, die eher schlechtere Gesundheitschancen haben und präventive bzw. gesundheitsfördernde Maßnahmen bislang kaum in Anspruch genommen haben. Als Wege zur ersten Information und Kontaktaufnahme kommen u.a. folgende Zugänge in Betracht:
– Schriftliche Information, Anschreiben,
– telefonische Kontaktaufnahme,
– aufsuchende Beratung,
– Information über Medien, Plakate etc.

Als Mittler können dabei sowohl (geschulte) professionelle Personen als auch kompetente Laien eingesetzt werden. Letztere können, vor allem wenn sie der Zielgruppe angehören, einen besonders effektiven und empathischen Zugang haben. Die personelle Ansprache kann damit erfolgen über:

9 Eine indirekte Identifikation über Angehörige ist allerdings nur möglich, wenn beide Personen bei der gleichen Krankenkasse versichert sind.

– Professionen im Setting (z.B. Arzt, Apotheker, Psychologe, Pflegekraft, Fußpfleger),
– Mitglieder der Peergroup,
– ausgebildete Laien.

Auswahl von Interventionen

Aufgrund der Vielzahl an möglichen präventiven und gesundheitsfördernden Interventionen wie auch der Begrenzung der verfügbaren Mittel ist es in der Regel sinnvoll oder notwendig, bei der Auswahl von Maßnahmen eine Priorisierung vorzunehmen. Ziele, Settings und/oder die erste Auswahl der Zielgruppe der Intervention werden dabei von dem gesellschaftlichen Auftrag des Trägers bzw. der durchzuführenden Einrichtung und der damit verbundenen institutionellen Zielsetzung mitbestimmt. Die Auswahl der zu vermeidenden Gesundheitsstörung und die Spezifizierung der Zielgruppe sollten sich am Bedarf orientieren.

Bei der *Auswahl einer zu vermeidenden Gesundheitsstörung* sollten folgende Kriterien zugrunde gelegt werden (Sachverständigenrat 2001; Schwartz/Walter 1998; Kirschner/Radoschewski/Kirschner 1995; Field 1995):
– Die Gesundheitsstörung bzw. das Gesundheitsrisiko sollte auf einen objektiv nachprüfbaren Bedarf an Interventionen hindeuten, d.h. sie sollte in einer Bevölkerungsgruppe häufig vorkommen und einen angemessenen Schweregrad aufweisen.
– Die Gesundheitsstörung bzw. das Gesundheitsrisiko sollte durch präventive bzw. gesundheitsfördernde Interventionen hinreichend beeinflussbar sein.
– Die Gesundheitsstörung bzw. das Gesundheitsrisiko sollte auch volkswirtschaftlich relevant sein.

Aus der so identifizierten Gesundheitsstörung sollten die spezifischen Zielgruppen ableitbar sein und möglichst genau definiert werden können. Alternativ können gemäß dem Ziel der Gesundheitsförderung – gleiche Gesundheitschancen und soziale Gerechtigkeit – Zielgruppen auf Basis soziodemographischer Merkmale der Benachteiligung identifiziert werden.

Es ist davon auszugehen, dass sowohl die konkreten Feinziele von Interventionen als auch die einzuschlagenden Zugangswege und insbesondere auch die anzuwendenden Methoden nur in Abhängigkeit von der Zielgruppe bestimmt und gezielt angewandt werden können.

Bei der *Auswahl und Durchführung der Maßnahmen* sollten folgende Voraussetzungen erfüllt sein:
– Die Intervention sollte hinsichtlich der zu vermeidenden Gesundheitsstörung bzw. Krankheitslast und bei der ausgewählten Zielgruppe wirksam sein und einen positiven Nettonutzen aufweisen.
– Sie sollte keine unvertretbaren Risiken bzw. unerwünschten Wirkungen haben.

– Die Maßnahme sollte fachgerecht erbracht werden, d.h. derart, dass sie keine vermeidbaren Schäden verursacht oder der mögliche Nutzen nicht ausgeschöpft wird.
– Die Aufwendungen (Kosten) für die vorgesehene Maßnahme sollten angemessen sein.

Durchgearbeitete und evidenzbasierte Empfehlungen (auf Basis von Studien im Sinne von *evidence based medicine*) liegen derzeit in der Prävention und Gesundheitsförderung vor allem für die „klinische Prävention“[10] vor (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination 1999; US Preventive Services Task Force 1996). Mit dem im Auftrag der Europäischen Kommission erstellten Bericht der International Union for Health Promotion and Education (2000) zur Wirksamkeit von Gesundheitsförderung in den vergangenen 20 Jahren liegen erstmals für primärpräventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen Empfehlungen vor, die sich an evidenzbasierten Kriterien anlehnen. Rosenbrock (1999b) weist darauf hin, dass eine analoge Übertragung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin auf die Primärprävention und Gesundheitsförderung dazu führen wird, besser untersuchte, in der Regel weniger komplexe Interventionen zu bevorzugen. Allerdings bedeutet, wie Lauterbach (1999) betont, die Auswertung vorhandener Studien nach der besten verfügbaren Evidenz nicht, dass ein Verfahren, zu dem nur wenige und methodisch nicht einwandfreie Studien vorliegen, nicht weiter berücksichtigt wird, sondern dass man sich der bestehenden Schwächen und Wissenslücken bewusst wird. Umso wichtiger wird bei Unsicherheit eine mehrmalige ergebnisorientierte Evaluation eigener Maßnahmen und Programme sowie ein nachdrücklich ergebnisorientiertes ständiges Qualitätsmanagement sein.

Gerade weil für einige wichtige konzeptionelle Teile heutiger Ansätze der Gesundheitsförderung bislang nur beschränkte Ergebnisse einer empirischen Überprüfung vorliegen (wie z.B. für den Ansatz der Salutogenese; Bengel/Strittmatter/Willmann 1998), werden heute auch für diese Angebote wirkungsorientierte und überprüfbare Ziele gefordert.[11] Für die gesamte Gesundheitsförderung wird zur Zeit intensiv nach geeigneten Indikatoren gesucht, die die Ergebnisse adäquat abbilden und sich auch für eine Evidenzbasierung eignen (Leger 1999; Rada/Ratima/Howden-Chapman 1999; Speller/Learmonth/Harrison 1997).

Auswahl von Ergebnisparametern im Qualitätsmanagement von Gesundheitsförderung und Prävention

Die Verbesserung der Gesundheit der ausgewählten Bevölkerungsgruppe nimmt unter den möglichen Nutzen-Dimensionen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zweifellos den wichtigsten Rang ein. Diese und weitere Dimensionen mit daraus abgeleiteten Zielparametern zeigt die *Tabelle 1*.

10 Hierzu zählen gezielte Präventionsmaßnahmen, die von Ärzten und/oder fachlichem Praxispersonal in klinischen Settings, insbesondere Praxen, durchgeführt werden.

11 Vgl. hierzu auch die Beiträge von Trojan (*Kapitel 1.3*) sowie von Ruckstuhl, Kolip und Gutzwiller (*Kapitel 1.2*) in diesem Band.

Dimensionen	Zielparameter
I Gesundheit	• Langfristige Parameter: Inzidenzabsenkung vermeidbarer Krankheits- oder Sterbeereignisse, z.B. Mortalität, Morbidität, Behinderungen, Beeinträchtigungen • Intermediäre physiologische und funktionale Parameter: z.B. Blutdruck, Herzfrequenz, Blutwerte, Body-Mass-Index, Hautbild, Funktionsfähigkeit • Intermediäre Verhaltensparameter: z.B. Ernährungsmuster, Bewegungsmuster, rückenschonende Arbeitsweise, Stressbewältigung, Suchtverhalten • Einschätzung der subjektiven Gesundheit, Lebensqualität, Funktionalität: z.B. über „SF-36“, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
II Kompetenz/ Empowerment	• Wissen • Einstellung • Wahrgenommene Kontrolle (*perceived/actual control*) • Selbstwert/Selbstbewusstsein • Selbstwirksamkeit • Kompetenzgesteuerte, nachhaltige Verhaltensänderung • Partizipation, z.B. bei Umfeldgestaltung
III Umfeld (physikalische und soziale Umwelt)	• Setting, z.B. Arbeitsplatzorganisation, Wohnbedingungen, soziale Unterstützung • Physikalische Umwelt, z.B. Wohnbedingungen, Lärm, Schadstoffbelastung • Soziale Umwelt, z.B. soziales Netz, soziale Unterstützung • Politik, z.B. öffentliche Bewusstseinsbildung • Gesetzliche Grundlagen
IV Leistungen der Sozialversicherung	• Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgung, Arbeitsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Medikamentenverschreibung
V Kosten	• *Return on investment* (aufgewendete Kosten zu Kostenersparnisse) • Aufgewendete Kostenkomponenten, z.B. Programmkosten, Teilnehmerkosten, Overheadkosten • Kostenersparnisse, z.B. durch Verringerung der Leistungen der Sozialversicherung, verminderte Eigenaufwendungen
VI Zugangswege	• Akzeptanz bei spezifischen Zielgruppen • Wirksamkeit spezifischer Zugangswege (Erreichbarkeit)
VII Strukturbildung (*capacity building*)	• Befähigung von Professionellen und Institutionen • Institutionalisierung der Interventionen • Ressourcennutzung, z.B. Kooperationen, Zusammenarbeit mit zentralen Akteuren, Netzwerke • Diffusion von Programmen
VIII Service/Marketing	• Zufriedenheit der Zielgruppe • Bekanntheitsgrad

Tab. 1: Nutzen-Dimensionen und Zielparameter für Prävention und Gesundheitsförderung

Die Dimensionen sind dabei von oben nach unten entsprechend ihrer zunehmenden Entfernung von dem eigentlichen Ziel, der Verbesserung der Gesundheit, geordnet. Effekte in den Dimensionen V bis VIII können dabei als unter Umständen notwendig, nicht aber als hinreichend für die Erreichung der eigentlichen Wirkungsziele von Gesundheitsförderung und Prävention (Dimensionen I bis III) angesehen werden.[12]

Die Optimierung der Gesundheit als angestrebtes Ziel sollte langfristig in einer objektiv feststellbaren geringeren Krankheitslast und verminderten Mortalität erkennbar werden. Diese Zielparameter eignen sich jedoch nicht, um kurz- bis mittelfristig die Ergebnisse einer Intervention beurteilen zu können. Hierzu eignen sich intermediäre Outcome-Parameter, die einerseits durch die Maßnahme selbst beeinflusst werden und andererseits das gesundheitliche Ergebnis hinreichend sicher beeinflussen. Dies können z.B. physiologische, biochemische oder funktionale Parameter wie Blutdruck, Blutwerte und Hautbild sein. Allerdings können diese objektiven Parameter zum Teil nicht ohne ärztliche bzw. pflegerische Mitwirkung gemessen werden. Alternativ bzw. ergänzend bieten sich subjektive Parameter an. Dabei hat sich in den letzten 20 Jahren bei der Bewertung der gesundheitlichen Versorgung die Erhebung der so genannten gesundheitsbezogenen Lebensqualität fest etabliert. Sie ist ein psychologisches Konstrukt, mit dem – entsprechend der komplexen WHO-Definition von Gesundheit – das psychische Befinden, die körperliche Verfassung, die sozialen Beziehungen und die Funktionsfähigkeit erhoben werden können (Bullinger 1996). Aber auch Verhaltensmuster, die z.B. durch Protokolle oder Beobachtungen ermittelt werden, liefern Aussagen zur Gesundheitsorientierung und zu Risikoverhalten.

Die zweite Dimension in *Tabelle 1* bezieht sich insbesondere auf Ressourcensteigerung im Sinne des WHO-Verständnisses von Prävention und Gesundheitsförderung. Die Kompetenzentwicklung und der Partizipationsgrad der Zielpersonen wird meist über Änderungen von Wissen, Einstellung und Verhalten gemessen. Als neueres Konzept ist das der Selbstwirksamkeit zu nennen, d.h. die (Selbst-)Einschätzung eigener Fähigkeiten, ein angestrebtes Verhalten tatsächlich zu verwirklichen (Fuchs/Schwarzer 1994).

Auch die verhältnispräventive Beeinflussung der physikalischen und sozialen Umwelt sowie des politisch-gesellschaftlichen Umfeldes (Dimension III) kann ein primäres oder intermediäres Ziel der Gesundheitsförderung sein. Während sich gesundheitliche Expositionen oder gesundheitsfreundlichere Entwicklungsstrukturen z.B. am Arbeitsplatz noch quantitativ bzw. qualitativ erfassen lassen, kann die Beeinflussung sozialer Umwelten im Großen, z.B. der Politik und deren Niederschlag in gesetzlichen Regelungen, oft nur schwer erhoben werden. Geeignete Instrumente liegen hierfür zur Zeit nicht vor.

---

12 Bei der Prävention der Krankenkassen sind für die Beurteilung ihrer Wirksamkeit insbesondere die Dimensionen I (Gesundheit), II (Kompetenz/Empowerment), IV (Leistungen der Sozialversicherung) und V (Kosten) wichtig. Die Berücksichtigung der Dimension der Kosten ist nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§12 SGB V) erforderlich.

Die Dimension IV umfasst krankheitsbedingte versorgungsbezogene Leistungen der Sozialversicherungen, wie z.B. Arbeitsunfähigkeit, stationäre Aufenthalte und Medikamentenverbrauch. Insbesondere sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen können zu einer Reduktion dieser Leistungen führen. Die Nutzung dieser Routinedaten als Outcome-Parameter für die Prävention (und *disease management*) steht noch am Anfang.

Ein mögliches Nutzenziel ist auch die in der fünften Ziel-Nutzen-Dimension aufgezeigte Realisation ökonomischer Einsparungen bei den Versorgungs- oder Krankheitsfolgekosten, d.h. ein so genannter *(over-)return on investment*. Hierbei (über)kompensieren die durch die Intervention eingesparten Kosten und Folgekosten – z.B. durch die Verringerung des Medikamentenkonsums, der Krankenhausaufenthalte (ohne Verschiebung auf den ambulanten Sektor), der Arbeitsunfähigkeits(AU)-Zeiten und auch der Heimeinweisungen – die Kosten der Maßnahme (Kosten-Nutzen-Analyse). Ein wichtiges Problem der Praxis liegt darin, dass solche Kostenreduktionen nicht immer (voll) jenen Institutionen zugute kommen, die Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen tragen und finanzieren. Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsmaßnahmen gelten in der Literatur zudem dann als effizient, wenn ein wichtiges gesundheitliches Ergebnis – z.B. gewonnene Lebensjahre – zu relativ geringen Kosten ermöglicht wird (Kosten-Wirksamkeits-Analyse) (Leidl 1998). Kosten sind dabei umfassend definiert (Gorsky/Teutsch 1995; Luce et al. 1996).

Die zu betrachtenden Kostenbestandteile umfassen die Kosten des Programms – z.B. für die Erstellung des Interventionskonzepts, die Schulung der Mitarbeiter, für Organisation und Koordination –, Kosten für die Gewinnung der Teilnehmer und Kosten für Räume. Hinzu kommen die Kosten der Teilnehmer. Hierzu gehören z.B. Eigenleistungen und Arbeitsausfallzeiten. Um die Effizienz von Gesundheitsförderung und Prävention beurteilen zu können, genügt es nicht, allein die Programmkosten zu bestimmen. Der potenzielle Erfolg von Interventionen drückt sich – ökonomisch – in Einsparungen bei direkten Folgekosten, wie z.B. stationären Krankenhausaufenthalten und Medikamentenkonsum, aus. Theoretisch sollten diese Wirkungen bis zum Lebensende berücksichtigt werden. Ebenfalls in Betracht zu ziehen sind die indirekten Kosten, die z.B. durch Arbeitsausfall aufgrund von Erkrankung (Arbeitsunfähigkeit, Berufs-/Erwerbsunfähigkeit) und vorzeitigen Tod entstehen. Darüber hinaus sollten auch die – methodisch nur aufwendig zu erfassenden – so genannten intangiblen Kosten wie Lebensqualität, psychische Belastungen, Angst etc. berücksichtigt werden.

Eine bislang eher vernachlässigte sechste Bewertungsdimension für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ist die Beurteilung der Zugangswege. Zwar wurden in der Vergangenheit verschiedene Strategien ausprobiert, eine zusammenfassende systematische Beurteilung ihrer Wirksamkeit im Hinblick auf spezifische Zielgruppen liegt jedoch nicht vor. Zur besseren Ausschöpfung und adäquaten Wahl der Zugangswege sind sowohl die Kenntnis möglicher Barrieren und Ablehnungsgründe auf Seiten der Zielgruppe als auch Hemmnisse und Optimierungspotenziale in der Durchführung wichtig.

Ein bedeutender indirekter Ergebnisparameter – insbesondere für die programm- oder professionsgetragene Gesundheitsförderung – ist die in *Tabelle 1* als siebte Nutzen-Dimension genannte Strukturbildung. Als Grundlage für die Einschätzung der Dauerhaftigkeit angestoßener Entwicklungen gilt das so genannte *capacity building*. Dieser relativ neue Indikator wird in der Literatur noch unterschiedlich weit gefasst: von der im Wesentlichen gemeinten Bereitschaft und Befähigung, geeignete Strukturen zu entwickeln, um eine spezifische Maßnahme erfolgreich anzubieten und aufrechtzuerhalten bis hin zur Nutzung und Mobilisierung geeigneter Ressourcen und Kooperationsstrukturen und der Entwicklung adäquater Strategien zur Umsetzung und Implementierung von Maßnahmen (Hawe et al. 1998; Hawe et al. 1997). Capacity building kann auf fünf Ebenen erfolgen:

- der einzelnen Fachkraft,
- des Mitarbeiterteams,
- der Einzelorganisation,
- verschiedener Organisationen und
- der Gemeinde.

Capacity building ist für Förderer und Zielpersonen in der Regel unsichtbar und wird häufig selbst von Mitarbeitern nicht als explizites Projektziel auf dem Wege zur Erreichung der übergeordneten Gesundheitsziele wahrgenommen. Damit entzieht es sich häufig auch einem Qualitätsmanagement. Mit der ausdrücklichen Erwähnung in der Jakarta-Deklaration der WHO zur Entwicklung von Gesundheitsförderung (WHO 1997) und als bedeutendes Prinzip in der Evaluation der Gesundheitsförderung (WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation 1998) wurde dem capacity building ein wichtiger Stellenwert eingeräumt.

Einer der häufigsten Indikatoren für den Service- und Marketingeffekt von Programmen (achte Dimension in *Tabelle 1*) bildet die Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Infrastruktur, der Durchführung des Programms und der persönlichen Betreuung. Die subjektiv wahrgenommene Qualität der angebotenen Maßnahme kann sich darüber hinaus auf die Zufriedenheit mit dem Inhalt der präventiven bzw. der gesundheitsfördernden Maßnahme, aber auch auf die daraus resultierende persönlich erfahrene Lebensqualität beziehen. Ähnlich wie medizinische Maßnahmen (Dörning et al. 1996) kann die Zufriedenheit der Betroffenen als eine Mischung aus Interventions-Erwartung und wahrgenommenem Interventions-Ergebnis angesehen werden. Für das Gesundheitswesen werden Erfahrungen und Urteile der Patienten bzw. Kunden heute als ein wichtiger Faktor für ein funktionierendes Qualitätsmanagement betrachtet (Bitzer/Dörning/Schwartz 2000).

Auch in der Prävention und Gesundheitsförderung können, ähnlich wie in der Therapie, Inhalte und Anforderungen von Maßnahmen zu Konflikten bei den Betroffenen führen, die sich bei einer nur kurzfristigen Betrachtung der Zufriedenheit vorübergehend negativ auswirken können (Kahn/Goodstadt 1999). Insofern stellen Zufriedenheitsmessungen mit nur einem Item nicht immer einen adäquaten Parameter dar und sollten keinesfalls als einziges Kriterium herangezogen werden.

Die Analyse der erhobenen Ergebnisparameter sollte dazu führen, dass Konzept und Durchführung der Intervention reflektiert werden und zu deren Optimierung beitragen. Die Qualität der so modifizierten Maßnahme sowie ihre Ergebnisse sind im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in einer späteren Durchführungsphase erneut zu überprüfen und anzupassen.

Literatur

Altgeld, T. / Bunzendahl, I. / Prümel-Philippsen, U. / Schumacher, M. (1997): *Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen – Leitlinien und Leitfragen.* Bonn: Bundesvereinigung für Gesundheit.

AOK-Bundesverband / BKK Bundesverband / IKK-Bundesverband / See-Krankenkasse / Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen / Bundesknappschaft / Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. / AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (Hrsg.) (1999): „Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention bei der Umsetzung von § 20 SGB V (n.F.)“: Workshop der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen am 24. Juni 1999 in Köln. Tagungsdokumentation. Bergisch Gladbach.

Badura, B. / Ritter, W. / Scherf, M. (1999): *Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis.* Berlin: Edition Sigma.

Bengel, J. / Strittmatter, R. / Willmann, H. (1998): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese.* (5. Auflage 2000) Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6).

Bitzer, E. / Dörning, H. / Schwartz, F. W. (2000): *Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach Leisten- und Hüftgelenksoperationen.* St. Augustin: Asgard.

BKK Bundesverband / Europäisches Informationszentrum (Hrsg.) (1999): *Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung.* Essen.

Bös, K. / Brehm, W. / Opper, E. / Saam, J. (1998): „Gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein. Analysen und Hilfen zum Qualitätsmanagement“. Expertise im Auftrag des Deutschen Sportbundes. Universitäten Frankfurt/M., Bayreuth, Darmstadt.

Brößkamp-Stone, U. / Kickbusch, I. / Walter, U. (1998): „Gesundheitsförderung.“ In: Schwartz, F. W. / Badura, B. / Leidl, R. / Raspe, H. / Siegrist, J. (Hrsg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen.* München: Urban & Schwarzenberg, 141-150.

Bullinger, M. (1996): „Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36.“ *Health Survey. Rehabilitation* 35, XVII-XXX.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1993): *Qualitätsraster Adipositas.* Eine Anleitung zur Beurteilung von Maßnahmen gegen Übergewicht. Köln.

Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (1999): *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care.* Ottawa: Health Canada.

Christiansen, G. (1999): *Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung.* Eine Expertise im Auftrag der Europäischen Kommission, GD Gesundheit und Verbraucherschutz. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 8).

Deutscher Sportbund (Hrsg.) (1999): *DSB-Expertise. Gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein.* Analysen zum Qualitätsmanagement – Kurzfassung. Frankfurt am Main.

Dierks, M. L. / Schwartz, F. W. / Walter, U. (2000): „Konsumentenrolle und Konsumenteninformation aus Sicht der Public-Health-Forschung.“ *Psychomed* 12/2, 77-82.

Dörning, H. / Bitzer, E. M. / Schwartz, F. W. (1996): „Patientenzufriedenheit als Health Care Outcome – das Beispiel der operativen Korrektur der Nasenscheidewand.“ *Gesundheitswesen* 58, 510-518.

Donabedian, A. (1966): „Evaluating the quality of medical care.“ *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44, 166-203.

European Network for Workplace Health Promotion (1997): „Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union.“ November 1997.

Field, M. J. (1995): *Setting priorities for clinical practice guidelines.* Washington: National Academy Press.

Fuchs, R. / Schwarzer, R. (1994): „Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität: Reliabilität und Validität eines neuen Meßinstruments.“ *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 15, 141-154.

Gorsky, R. D. / Teutsch, S. M. (1995): „Assessing the effectiveness of disease and injury prevention programs: costs and consequences.“ *MMWR* 44, 1-10.

Günther, U. (1997): *Qualitätsmanagement in der Ernährungsberatung. Überlegungen anhand einer Evaluationsstudie*. Frankfurt: VAS-Verlag für Akademische Schriften.

Hawe, P. / King, L. / Noort, M. / Gifford, S. M. / Llyod, B. (1998): „Working invisibly: health workers talk about capacity-building in health promotion.“ *Health Promotion International* 13 (4), 285-295.

Hawe, P. / Noort, M. / King, L. / Jordaens, C. (1997): „Multiplying health gains: the critical role of capacity-building within health promotion programs.“ *Health Policy* 39, 29-42.

International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (Hrsg.) (2000): *„The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe.“* Report for the European Union. (2. Aufl.) Brüssel, Luxemburg.

Kahn, B. / Goodstadt, M. (1999): „Continuous quality improvement and health promotion: can CQI lead to better outcomes?“ *Health Promotion International* 14 (1), 83-91.

Kirschner, W. / Radoschewski, M. / Kirschner, R. (1995): *§ 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen.* Sankt Augustin: Asgard.

Lauterbach, K. (1999): „Verfahren zur Aufnahme von Maßnahmen in den Katalog von präventivmedizinischen Leistungen der Krankenkassen.“ In: AOK-Bundesverband et al. (Hrsg.) (1999): „Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention bei der Umsetzung von § 20 SGB V (n.F.).“ Workshop der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen am 24. Juni 1999 in Köln. Tagungsdokumentation. Bergisch Gladbach, 16-32.

Lauterbach, K. W. / Trojan, A. (1999): „Qualitätssicherung und Evaluation in Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe.“ Antragsskizze für einen Public-Health-Forschungsschwerpunkt bei der DGPH.

Leger, L. S. (1999): „Health promotion indicators. Coming out of the maze with a purpose.“ *Health Promotion International* 14 (3), 193-195.

Leidl, R. (1998): „Der Effizienz auf der Spur: Eine Einführung in die ökonomische Evaluation.“ In: Schwartz, F. W. / Badura, B. / Leidl, R. / Raspe, H. / Siegrist, J. (Hrsg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen.* München: Urban & Schwarzenberg, 346-369.

Lohr, K. N. (Hrsg.) (1990): *Medicare – a strategy for quality assurance.* Washington D.C.: Institute of Medicine.

Luce, B. R. / Manning, W. G. / Siegel, J. E. / Lipscomb, J. (1996): „Estimating costs in cost-effectiveness analysis.“ In: Gold, M. R. / Siegel, J. E. / Russell, L. B. / Weinstein, M. C. (Hrsg.): *Cost-effectiveness in Health and Medicine.* Oxford: Oxford University Press New York.

Øvretveit, J. (1996): „Quality in health promotion.“ *Health Promotion International* 11 (1), 55-62.

Perleth, M. (1998): „Anwendung von Methoden des Qualitätsmanagements auf Präventionsmaßnahmen.“ Magisterarbeit, Ergänzungsstudiengang Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen (Public Health): Medizinische Hochschule Hannover.

Perleth, M. / Schwartz, F. W. (2000): „Methoden des Qualitätsmanagements.“ In: Eichborn, P. / Seelos, H. J. / von der Schulenburg, J. M. (Hrsg.): *Praxisbuch Krankenhausmanagement*. München: Urban & Fischer, 321-327.

Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung (1993): Schwerpunktheft „Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung.“ 1. Quartal.

Rada, J. / Ratima, M. / Howden-Chapman, P. (1999): „Evidence-based purchasing of health promotion: methodology for reviewing evidence.“ *Health Promotion International* 14 (2), 177-187.

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) vom 25. Mai 1999.

Rosenbrock, R. (1999a): „Prävention und Gesundheitsförderung als Handlungsfeld der Gesetzlichen Krankenversicherung.“ In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe als Zukunftsaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitspolitische Perspektiven.* Hannover, 15-21.

Rosenbrock, R. (1999b): „Qualitätssicherung für Leistungen der primären Prävention durch die gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen des § 20 SGB V n.F.“ In: AOK-Bundesverband et al. (Hrsg.) (1999): „Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention bei der Umsetzung von § 20 SGB V (n.F.).“ Workshop der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen am 24. Juni 1999 in Köln. Tagungsdokumentation. Bergisch Gladbach, 6-15.

Ruckstuhl, B. / Studer, H. / Somaini, B. (1998): „Eine Qualitätskultur für die Gesundheitsförderung!“ *Sozial- und Präventivmedizin*, 43, 221-228.

Ruckstuhl, B. / Somaini, B. / Twisselmann, W. (1997): *Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.).

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): *Sachstandsbericht 1994. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen.* Baden-Baden: Nomos.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): *Sondergutachten 1995. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden:* Nomos.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): *Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation.* Baden-Baden: Nomos.

Schwartz, F. W. (1999): „Strukturelle Einbettung und Qualität von Gesundheitsförderung und Selbsthilfeförderung: GKV-konforme Ansätze und Strategien.“ In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe als Zukunftsaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitspolitische Perspektiven.* Hannover, 7-14.

Schwartz, F. W. / Walter, U. (1997): „Gesundheitsförderung im Spannungsfeld der Gesundheitsreformen.“ In: Altgeld, T. / Laser, I. / Walter, U. (Hrsg.): *Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse.* Weinheim: Juventa, 53-68.

Schwartz, F. W. / Walter, U. (1998): „Gesundheitsförderung und Prävention.“ In: Schwartz, F. W. / Badura, B. / Leidl, R. / Raspe, H. / Siegrist, J. (Hrsg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen.* München: Urban & Schwarzenberg, 141-170.

Selbsthilfe-Kontakt- und Informationsstelle SEKIS (1999): *Schritte auf dem Weg zur Qualität – Leitfaden zur Qualitätsentwicklung für Projekte und kleine freie Träger.* (2. Auflage) Berlin.

Speller, V. / Evans, D. / Head, M. J. (1997): „Developing quality assurance standards for health promotion practice in the UK.“ *Health Promotion International* 12 (3), 215-224.

Speller, V. / Learmonth, A. / Harrison, D. (1997): „The search for evidence of effective health promotion.“ BMJ 315, 361-363.

US Preventive Services Task Force (1996): *Guide to Clinical Preventive Services.* (2. Auflage) Alexandria VA: International Medical Publishing.

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (1994): „Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach § 20 Abs. 3 SGB V.“ Gemeinsame Stellungnahme der Ersatzkassen und ihrer Verbände vom 14. 1. 1994. *Ernährungs-Umschau* 41 (7), 269-271.

WHO (1986): *Ottawa-Charta for Health Promotion.* Genf: WHO <www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>

WHO (1997): *Die Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert.* Genf: WHO <www.who.int/hpr/docs/jakarta/english.html>

WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation (1998): *Health promotion Evaluation: Recommendations to Policymakers.* Brighton 1 to 3 April 1998.

1.2 Qualitätsparameter in der Prävention

Brigitte Ruckstuhl, Petra Kolip, Felix Gutzwiller

Hintergrund

Gesundheitsförderung und Prävention haben in den vergangenen fünfzehn Jahren einen enormen Aufschwung erlebt. Zu dieser Entwicklung haben viele verschiedene Faktoren beigetragen. Ein wesentlicher Faktor ist die Ottawa-Charta der WHO von 1986. Sie ist einerseits ein Ergebnis verschiedener Entwicklungslinien, die zu einer neuen Grundlage für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit (Salutogenese) sowie zu neuen Lösungsansätzen in Public Health (*New Public Health*) geführt haben (Noack 1996; von Troschke et al. 1996). Andererseits repräsentiert die Charta einen Beginn für die Umsetzung von neueren Ansätzen in Prävention[1] und Gesundheitsförderung. Sie gab der Gesundheitsförderungsbewegung enormen Aufschwung und bereicherte auch die präventiven Ansätze mit neuen Impulsen und methodischen Zugängen. Diese Entwicklung führte dazu, dass sich Prävention und Gesundheitsförderung in vielen Handlungsfeldern etablieren konnten.

Inzwischen sind aber bereits Ernüchterungen eingetreten, weil sich viele Erwartungen nicht erfüllen ließen. So ist die Wirkung vieler Maßnahmen unklar geblieben. Während dieser mangelnde Wirksamkeitsnachweis in den ersten Jahren noch toleriert wurde, stehen präventive Konzepte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Zuge knapper werdender finanzieller Ressourcen stärker unter Druck, ihre Wirksamkeit nachweisen zu müssen.

Nach einer ersten Phase, in der Aktionismus eine wesentliche Rolle spielte und es oft lediglich darauf ankam, überhaupt etwas im präventiven Bereich anzubieten, setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass die Angebote bestimmte Anforderungen erfüllen müssen, vor allem, dass wirkungsorientierte Ziele gefordert sind und diese überprüfbar sein müssen. Die wissenschaftlichen Grundlagen interventiven Handelns wurden ausgebaut; insbesondere die Evaluationsforschung hat hier einen nennenswerten Beitrag geleistet. Mit den komplexer werdenden Methoden und Ansätzen sind aber auch die Anforderungen an die Umsetzung gestiegen. Es erfordert neue Techniken, unter anderen auch des Managements und Qualitätsmanagements, um Projekte und Programme wirksam planen, umsetzen und überprüfen zu können.

1 In dem vorliegenden Beitrag konzentrieren wir uns auf Prävention außerhalb des engeren medizinischen Kontextes (Suchtprävention, Aidsprävention etc.). Medizinische Prävention im engeren Sinne (Screening, Mammographie etc.) hat andere Methoden, Strategien, Maßnahmen und Prozesse, die diese Unterscheidung notwendig machen.

Qualität und Qualitätsmanagement haben jedoch erst ansatzweise in Gesundheitsförderung und Prävention Einzug gehalten, und bislang ist weitgehend ungeprüft, wie sich die aus der Industrieproduktion stammenden Techniken optimal für die Interventionspraxis nutzen lassen. Ausgehend von dem Anspruch, eine hohe Wirksamkeit zu erzielen, stehen die Anbieter von Präventionsmaßnahmen allerdings zunehmend vor der Notwendigkeit, sich mit Konzepten der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements auseinander zu setzen, weil zukünftig sicherlich nur solche Maßnahmen finanziert werden, die hohen Qualitätsstandards Rechnung tragen.

Eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung von Qualitätsstrategien sind Qualitätskriterien. Solche Kriterien müssen für jedes Gebiet, so auch für die Prävention, formuliert werden – und das möglichst im Konsens, um sich etablieren zu können. Was sind beispielsweise Kriterien, die in der Prävention ein qualitativ gutes Projekt ausmachen? Sie basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungswerten und gelten in der Umsetzung als Orientierungshilfen, was beachtet werden muss und was als erstrebenswert erachtet wird. Erst wenn solche Kriterien vorhanden sind, können Projekt- und Qualitätsmanagementtechniken sinnvoll eingesetzt werden, können in der Praxis Strategien und Methoden identifiziert werden, wie diese Kriterien möglichst optimal erfüllt werden können. Längerfristig lassen solche Kriterien auch Vergleiche zwischen Projekten zu. Die gegenwärtige Phase ist dadurch gekennzeichnet, dass Sensibilisierungsprozesse (Fachleute für Qualitätsmanagement gewinnen), Entwicklungsprozesse (Kriterien und Qualitätsmanagementtechniken entwickeln) und Etablierungsprozesse (Anwendung und Überprüfung) gleichzeitig ablaufen (Bobzien 1998; Central Sydney Area Health Service 1994; Evans/Head/Speller 1994; Leykamm et al. 1997).

Qualitätsphilosophien

Bevor auf Qualitätskriterien oder Parameter näher eingegangen wird, sollen nochmals explizit die zwei wichtigsten Qualitätsphilosophien vorgestellt und dargelegt werden. Die eine wird mit dem Begriff „Erfüllungsparadigma“ (Verbeck 1998) umschrieben. In dieser Qualitätsphilosophie konzentrieren sich die Managementtechniken hauptsächlich darauf, festgelegte Kriterien zu erfüllen und Standards einzuhalten. Dieses vor allem aus der Industrie entwickelte System zielt darauf ab, den Produktionsprozess so zu gestalten, dass am Ende das gewünschte Produkt herauskommt. Daneben gibt es das „Optimierungsparadigma“ (Verbeck 1998). Es hat nicht nur die Erfüllung der Kriterien zum Ziel, sondern konzentriert sich gleichzeitig und in gleichem Maße auf eine ständige Weiterentwicklung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen. Das Optimierungsparadigma, repräsentiert in Total-Quality-Management-Modellen (Seghezzi 1996; Simon 1996; Zink 1995), zeichnet sich hauptsächlich durch die folgenden drei Punkte aus:

– *Kontinuierliche Verbesserung:* Strukturen und Prozesse werden mit adäquaten Mitteln verbessert mit dem Ziel, die Wirksamkeit von Interventionen ständig zu vergrößern.

– *Nutzerorientierung/Kundenorientierung:* In der Prävention gibt es verschiedene Anspruchsgruppen mit selten einheitlichen Ansprüchen und Bedürfnissen. Diese unterschiedlichen Ansprüche gilt es zu identifizieren, insbesondere auch diejenigen der Zielgruppen. Hier ist es notwendig, die Bedürfnisse, die besonderen Lebenswelten und die spezifischen kulturellen Codes von Geschlecht, Schicht und Herkunft zu kennen.
– *Umfassende Konzeption:* Das Qualitätsmanagement bezieht sich nicht auf einzelne Aspekte, sondern es berücksichtigt gleichermaßen die Struktur, den Prozess und das Ergebnis. Darüber hinaus blickt umfassendes Qualitätsmanagement nicht nur auf das jeweilige Projekt oder die jeweilige Maßnahme, sondern es bezieht das Gesamtprogramm und die anbietende Organisation mit ein.

Für den Bereich Prävention und auch Gesundheitsförderung ist das Optimierungsparadigma vorzuziehen. Interventionen bestehen aus sehr komplexen Handlungsabläufen und sind ständig mit sich wandelnden Umwelten konfrontiert, was eine kontinuierliche Entwicklung unabdingbar macht.

Im Zentrum dieses Beitrags stehen Qualitätsparameter, die für erfolgreiche, sprich wirksame Projekte in der Prävention relevant sind. Sie werden im Kontext der Qualitätsdimensionen diskutiert, wobei die bekannten Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufgrund von Erfahrungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung (Ruckstuhl/Studer/Somaini 1998) mit der weiteren Dimension Assessmentqualität ergänzt werden. Dieses Vorgehen unterstützt den geforderten umfassenden Blick, dass Wirksamkeit nicht nur durch die Konzentration auf das Ergebnis erreicht werden kann, sondern dass alle genannten Ebenen berücksichtigt werden müssen. Erläutert werden die Qualitätsparameter am Beispiel der Suchtprävention in der Schule.

Assessmentqualität

Jede Intervention hat mit komplexen sozialen Systemen zu tun. Für das Qualitätsmanagement bedeutet dies, dass dieses System mit möglichst allen seinen Facetten vor der Planung einer Intervention bekannt sein muss. Ein Assessment stellt das Fundament dar, auf dem eine Intervention aufgebaut wird und das die weiteren Elemente vorgibt: die Ziele, die Strategien und die Maßnahmen. Ein gutes Assessment sagt also etwas aus über die Solidität der Grundlagen, auf denen eine Intervention basiert, und kann in seiner Bedeutung kaum unterschätzt werden.

Suchtpräventionsprogramme in der Schule beispielsweise unterscheiden sich durch jeweils unterschiedliche soziale und institutionelle Kontexte, die es im Rahmen des Assessment zu analysieren und zu erkennen gilt.

Eine Intervention bedarf zudem einer Legitimation: der Bedarf muss nachgewiesen werden, wozu sich die unterschiedlichsten Datenquellen heranziehen lassen. In der Schule muss

zunächst ermittelt werden, inwieweit überhaupt ein Bedarf für ein suchtpräventives Angebot besteht. Hierzu gehört auch zu ermitteln, in welchen Gruppen ein erhöhter Bedarf besteht, beispielsweise in höheren Klassenstufen, bei Schülerinnen und Schülern aus unteren sozialen Schichten, bzw. ob ein differenziertes Angebot notwendig ist. Als Beispiel seien präventive Maßnahmen für Schülerinnen und Schüler erwähnt, die noch nie geraucht haben bzw. lediglich experimentiert haben; Resistenzprogramme für Schülerinnen und Schüler mit sporadischem, aber regelmäßigem Konsum; Entwöhnungsprogramme für regelmäßige Raucherinnen und Raucher. Des Weiteren muss das Bedürfnis eruiert werden. So kann es sein, dass zwar ein objektiver Bedarf gegeben ist, aber andere Probleme stärker im Vordergrund stehen. Hat man die Nutzerorientierung vor Augen, dann ist eine Intervention sicher wirkungsvoller, wenn sie da einsetzt, wo Probleme von den Einzelnen wahrgenommen oder gar als Druck erlebt werden.

Das Assessment spielt vor allem in der ersten Phase einer Intervention eine zentrale Rolle. Im Voraus kann jedoch kaum umfassend genug eingeschätzt werden, welche Informationen für das ganze Projekt wichtig sein werden. Deshalb wird es nötig sein, auch während des Ablaufs weiter notwendige Informationen zu sammeln, um Wissen und Verständnis des Kontextes zu vertiefen.

Parameter der Assessmentqualität

- Abklärung von Bedarf und Bedürfnis

Der *Bedarf* umfasst die objektiven Aspekte, inwiefern eine Intervention als notwendig und relevant erscheint und wodurch ein Nutzen abgeschätzt werden kann. Er wird ermittelt durch epidemiologische Untersuchungen, Monitoringberichte, Trendanalysen etc. Im vorliegenden Beispiel wäre es denkbar, unter den Schülerinnen und Schülern eine Befragung durchzuführen, um problematisches Konsumverhalten und Konsummuster zu identifizieren.

Das *Bedürfnis* umfasst die subjektiven Aspekte und sagt etwas darüber aus, ob die Zielgruppe für das Gesundheitsproblem sensibilisiert ist bzw. ob eine Nachfrage nach einem Angebot besteht. Mit schriftlichen oder mündlichen Umfragen oder durch Fokusgruppen wäre die subjektive Einschätzung der Schülerinnen und Schüler sowie die des Lehrkörpers mit einzubeziehen.

Für eine Intervention ist der Bedarf Voraussetzung. Ein Bedürfnis jedoch muss nicht schon zwangsläufig vorhanden sein, damit eine Intervention stattfinden kann. Zwingend ist aber, dass man sich darüber im Klaren ist, ob ein Handlungsbedarf für das bestimmte Problem da ist oder ob andere Probleme nicht eine viel größere Bedeutung haben. Wenn in einer Schule beispielsweise die Gewaltproblematik vorherrscht, dürfte die Beschäftigung mit Sucht nicht sehr motiviert sein. Ein Anschluss an die Bedürfnisse und Interessen der Zielgruppe muss auf jeden Fall gefunden werden.

- Theoretische Grundlagen

Ein Konzept soll nicht nur implizit auf theoretischen Annahmen begründet sein, sondern es sollte explizit dargestellt werden, welche theoretischen Annahmen ihm zugrunde liegen,

welches Veränderungspotenzial, welche Strategien und Maßnahmen sich davon ableiten. Dies ist Voraussetzung, damit theoretisch unterschiedliche Zugänge längerfristig auf ihre Wirkung hin überprüft werden können. Gerade im Bereich der schulischen Suchtprävention ließ sich lange Zeit beobachten, dass Interventionen ohne theoretisches Fundament angeboten wurden. Einzelne Lehrpersonen entwickelten für ihren Unterricht oder im Rahmen einer Projektwoche Übungen oder Angebote, die ihnen passend erschienen, ohne dass diesen Angeboten theoretische Überlegungen zugrunde lagen oder diese sogar mit umfassenderen Programmen abgestimmt worden wären. Mittlerweile liegen jedoch Programmpakete vor, die auf wissenschaftlichen Grundlagen entwickelt und im Rahmen sorgfältiger Evaluationsstudien überprüft wurden (Leppin et al. 1996).

- Erfahrungswerte aus anderen Projekten

In wissenschaftlichen Arbeiten ist es eine Selbstverständlichkeit, die eigene Forschung in die bestehende Forschungslandschaft einzubetten, d.h. andere Forschungsresultate zur Kenntnis zu nehmen, an diesen anzuknüpfen und dadurch neue Erkenntnisse zu gewinnen. In Präventionsprojekten hat sich diese Praxis leider noch zu wenig durchgesetzt, und es stellt sich die Frage, warum das so ist.

In den meisten Fällen finden die Präventionsbemühungen im Rahmen von Projekten statt. Ein Team, das ein solches Projekt durchführt, sammelt somit enorme praktische Erfahrungen, gibt diese oft aber zu wenig systematisch weiter. Dies wirft verschiedene Fragen auf, vor allem aber: Wie können Erfahrungen und Kompetenzen bezüglich Interventionen sowohl für die eigene Institution als auch für die Präventionslandschaft möglichst optimal sichergestellt werden? Bei einer hohen Fluktuation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und fehlenden Vermittlung der Resultate nach außen gehen sehr wichtige Erfahrungen verloren. Optimaler Wissens- und Erfahrungstransfer nach innen und außen ist Voraussetzung, damit gemachte Erfahrungen in neue Projekte Eingang finden können.

- Kenntnisse über die rechtlichen, kulturellen und politischen Rahmenbedingungen

Rahmenbedingungen sind gegebene Fakten, die bei der Planung einer Intervention bekannt sein und berücksichtigt werden müssen. Zum einen sind es harte Faktoren, wie beispielsweise gesetzliche Bestimmungen, zum anderen eher weichere, wie kulturelle Codes, Gebräuche und Rituale in einer spezifischen Gruppe. Wesentlich ist auch zu erkennen, in welchem politischen Spannungsfeld ein Projekt angesiedelt ist, um mögliche Konflikte zu umgehen oder mit ihnen konstruktiv umgehen zu können.

Strukturqualität

Die Strukturqualität betrifft den organisatorischen und institutionellen Rahmen sowie die Rahmenbedingungen, unter denen ein Projekt abläuft, d.h. unter anderem: die Trägerschaft der Intervention, die Vertragsbedingungen, die Organisation des Projekts sowie seine Vernetzung und Verankerung.

Die Strukturqualität ist bedeutsam, weil sie wiederum in starkem Maße die Prozessqualität beeinflusst. Im Rahmen der schulischen Suchtprävention können die Fragen zur Strukturqualität die Schule selbst betreffen, zumal dann, wenn das Präventionsangebot in der Schule selbst entwickelt wird. Gerade hier stellt sich oftmals die Frage, über welche finanziellen und personellen Ressourcen, Erfahrungen, Kompetenzen und Strukturen eine Schule verfügt, um die Entwicklung und Implementation eines Präventionsprojekts zu fördern und umzusetzen. Wird das Präventionsangebot von außerschulischen Anbietern in die Schule hineingetragen, ergeben sich Fragen der Strukturqualität auch in Bezug auf diese Anbieter. Im Rahmen der Sexualerziehung und Aidsprävention ist dieser Schritt üblich – wenn zum Beispiel Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pro Familia ein Angebot zur Aidsprävention in den Schulen durchführen –, in der Suchtprävention ist das „Einkaufen" externer Expertise noch eher die Ausnahme. Hier stellt sich die Frage, welche Strukturen optimal sind, um als außenstehende Institution schnell Fuß fassen und Akzeptanz gewinnen zu können.

Parameter der Strukturqualität

- Trägerschaft

Ein Projekt ist meist in eine Organisation eingebettet, die die notwendigen Rahmenbedingungen für eine optimale Umsetzung schafft. Es ist sinnvoll, sich über diese Rahmenbedingungen im Klaren zu sein, um sie für das Projekt nutzen zu können. Welche Qualitäten hat die Organisation? Welche Kompetenzen kann sie zur Verfügung stellen, welches Image hat sie nach außen? Hat die Organisation genügend finanzielle und personelle Ressourcen, ermöglicht und fördert sie die Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter? Hat die Organisation einen hohen Reflexionsgrad bezüglich den Arbeitsleistungen und leistet sie Projektcoaching? Sind die Projekte in ein Gesamtcontrolling eingebettet? Hat die Institution eine gut ausgestattete Infrastruktur und gute Supportdienste? Aus den Fragestellungen geht hervor, dass es sich empfiehlt, sorgfältig zu entscheiden, wer für ein Projekt als Träger in Frage kommt und bestimmte Rahmenbedingungen erfüllen kann. Werden Suchtpräventionsprogramme in der Schule entwickelt, dann ist es langfristig sinnvoll, wenn mindestens zwei Personen des Lehrkörpers für solche Interventionen ausgebildet werden, damit im Schulhaus längerfristig Kompetenzen aufgebaut und weiterentwickelt werden können.

- Organisation

Da Interventionen in der Regel im Rahmen abgegrenzter Projekte ablaufen, muss eine Projektorganisation aufgebaut werden: Projektleitung, Projektteam sowie – je nach Bedarf und Aufgaben des Projekts – ergänzende Gremien wie etwa wissenschaftliche Begleitung, Beirat oder Fachgruppen. Sie ergeben ein in sich kohärentes Gebilde, das in einem Organigramm visualisiert werden sollte. Rollen und Aufgaben werden in einer solchen Struktur nicht einfach zugeteilt, sondern in einem gemeinsamen Prozess geklärt und expliziert. Diese Struktur bildet die Basis für die Projektarbeit und bedarf großer Aufmerksamkeit und Sorgfalt. Selbst in kleineren Projekten ist eine Projektorganisation mit klaren Rollen unabdingbar. Die Projektleitung erfordert besondere Qualifikationen,

was oft unterschätzt wird, wie etwa für Managementaufgaben, Teambildung und Projektcoaching. Geht man davon aus, dass die Projektleitung für eine möglichst optimale Berücksichtigung aller Dimensionen verantwortlich ist, dann wird bei jedem Projekt, egal wie klein es ist, eine angemessene Professionalität notwendig sein.

- Verankerung/Vernetzung

Wirkung entsteht nicht zuletzt auch durch das Ausmaß der geographischen, organisatorischen und personellen Ausdehnung. Ein kleines Projekt kann unter Umständen große Wirkung erzielen, wenn es versteht, mit Schlüsselpersonen, anderen Organisationen und Interessenvertretern Kontakte zu knüpfen und diese in das Projekt einzubinden. Ein wesentlicher Faktor für das Gelingen von solchen Vernetzungen ist sicher die *Win-win*-Strategie, d.h. eine Strategie, aus der alle Beteiligten als Gewinner hervorgehen. Möchte man beispielsweise eine bekannte und beliebte Politikerin für ein Projekt in einer Schule gewinnen, dann sollte sie ihre Teilnahme für ihre Karriere nutzen können. Dem Projekt ist dieser Kontakt förderlich, da dadurch möglicherweise auch Eltern und andere Behördenmitglieder zur Mitarbeit zu motivieren sind. Eine möglichst große und effiziente Vernetzung fördert sicher auch die nachhaltige Wirkung.

- Kommunikationsstruktur

Ein großer Teil eines Interventionsprojekts besteht aus Kommunikation. Auf der Strukturebene geht es darum, wie Kommunikation organisiert ist, welche Organisationskanäle eingerichtet und benutzt werden.
Dies betrifft zum einen die Kommunikation *innerhalb der Projektorganisation*: Wie wird Information weitergegeben, damit alle jederzeit über den Informationsstand verfügen, den sie für die Bewältigung ihrer Aufgaben benötigen? Ist die Kommunikationsstruktur so gestaltet, dass sie eine effiziente und umfassende Information und, wenn notwendig, Konsensfindung ermöglicht? Sind die Mittel adäquat? Ist für alle transparent, wer für welche Informationsweitergabe verantwortlich ist?
Zentral ist auch die *Kommunikationsstruktur nach außen*. Es empfiehlt sich, zu Beginn des Projekts ein Kommunikationskonzept zu entwerfen mit dem Ziel, effiziente, dem Ziel adäquate Kommunikationskanäle zu schaffen, sei es zu Personen, Organisationen oder Medien. Ein solches Konzept unterstützt ein gezieltes Vorgehen und überlässt Außenkontakte nicht dem Zufall. Da Kommunikation sehr aufwendig ist, müssen Prioritäten gesetzt werden, wo es sich zu investieren lohnt. Es geht letztendlich darum, mit einem kleinstmöglichen Aufwand eine möglichst große Wirkung zu erzielen. Ein Suchtpräventionsprojekt in der Schule kann beispielsweise mit den Resultaten einer Aktionswoche an die Öffentlichkeit treten und für den Auftritt bekannte Leute gewinnen. Dieses Vorgehen hilft dem Image der Schule, sie gewinnt Akzeptanz, und gleichzeitig werden Schülerinnen, Schüler und Lehrkräfte zu weiteren Aktivitäten motiviert.

- Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Zur Durchführung einer Intervention sind auf verschiedenen Ebenen spezifische Qualifikationen notwendig: Es braucht Wissen und Erfahrung in dem spezifischen Fachgebiet, in dem

eine Intervention durchgeführt wird; es braucht Wissen und Erfahrung für die Planung und Umsetzung einer Intervention; und es braucht zusätzliches Wissen und Erfahrung in der Rolle der Projektleitung. Zu Beginn der Umsetzungsphase stellen sich somit die Fragen, welche Qualifikationen notwendig sind und ob diese im Team abgedeckt werden können, wo zusätzliche Qualifikationen erforderlich sind und wie diese allenfalls anzueignen sind.

- Klare Vertragslage/Leistungsauftrag

Zu einer klaren Struktur gehören klare Vertragsbedingungen. Kundenorientiert arbeiten heißt, die Anforderungen des Auftraggebers zufrieden stellend zu erfüllen. Dazu muss geklärt werden, welche Leistungen für das entsprechende Budget gefordert sind, und zwar möglichst präzise. Nur so ist zu verhindern, dass der Auftraggeber während der Projektlaufzeit mit Leistungserwartungen kommt, die der Auftragnehmer weder budgetiert noch eingeplant hat, oder am Ende des Projekts Leistungen vorhanden sind, von denen der Auftraggeber eine ganz andere Vorstellung hatte. Unterschätzt werden auch Verhandlungen im Vorfeld von Verträgen, die häufig nicht schriftlich fixiert sind. Ein Protokoll von jeder noch so unwichtig geglaubten Verhandlung kann viel Ärger ersparen.

- Finanzielle und personelle Ressourcen

Ein Projekt kann nur dann für Qualität bürgen, wenn es über die notwendigen Ressourcen verfügt, die die geplante Umsetzung zu garantieren vermögen. Auch die personellen Ressourcen müssen mit den aufzubringenden Leistungen übereinstimmen. Wird beispielsweise ein Budget gekürzt, muss eventuell über die zu erbringenden Leistungen nochmals verhandelt werden.

Prozessqualität

Die Verlaufs- oder Prozessqualität bezieht sich auf sämtliche Abläufe, die während der Umsetzung eines Projekts notwendig sind. Ist das Projekt geplant, dann geht es darum, dieses in der Realität umzusetzen. Da die Realität nicht wirklich abgebildet werden kann, müssen aufgrund der gerade bestehenden Situation aufgaben- und problemorientierte Entscheidungen gefällt werden, um das Ziel optimal erreichen zu können. Dieser Vorgang der Steuerung ist schwierig und bedarf spezifischer Instrumente (Meilensteine, Feedbackschlaufen) und ständiger Reflexion. Zielsetzung, Planung, Dokumentation und Feedbackschlaufen bilden die Voraussetzung für eine solche Steuerung und sind gleichzeitig deren Instrumente.

Ein zentraler Bestandteil der Prozessqualität ist die Gestaltung der Beziehungen in einem Projekt. Wie werden Beziehungen gestaltet, wie wird kommuniziert, werden Rituale gepflegt und in welcher Form, wie wird mit Erfolg, wie mit Fehlern umgegangen? Es geht um die Etablierung einer Projektkultur, die das Ziel hat, mit personellen Ressourcen sorgfältig umzugehen, aber auch darum, Motivation und Engagement der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu fördern.

Parameter der Prozessqualität

- Projektplanung

Planung ist ein wesentlicher Bestandteil der Umsetzungsphase eines Projekts. Bevor Planung aber möglich wird, muss klar sein, was genau erreicht werden soll. Dazu braucht es eine präzise Zielsetzung mit „smarten" Zielen (**s**pezifisch, **m**essbar, **a**mbitiös, **r**ealistisch und **t**erminiert). Nur operationalisierte Zielsetzungen sind überprüfbar und somit zentrale Elemente für die Qualitätsmessung oder Qualitätsbeurteilung.

Ein Ziel ist die Beschreibung eines zukünftigen Zustands, den man erreichen will. Je besser man sich nun diesen Zustand vorstellen kann, desto klarer sind die Ziele zu formulieren. Hilfreich ist es, seine Vorstellungen zu visualisieren und darzustellen, wer alles von einer Veränderung mitbetroffen ist und in irgendeiner Art miteinbezogen werden muss. Der Prozess der Zielfindung nimmt Zeit in Anspruch und darf nicht unterschätzt werden. Steht die Zielsetzung fest, gilt es festzulegen, wie man zum Ziel gelangen kann. Das Projekt wird in Phasen eingeteilt und dazugehörige Maßnahmen und Teilziele (Meilensteine) werden formuliert. Entsteht eine Idee für ein Projekt, so handelt es sich zunächst oftmals um eine Maßnahme, von deren Durchführung man sich eine Wirkung erhofft. Eine Maßnahme aber ist noch kein Projekt.

In einer Schule besteht zum Beispiel ein Alkoholproblem mit einigen Peerleadern, und es wird befürchtet, dass sich dieses Verhalten auf andere Mitschüler negativ auswirken könnte. Es entsteht Handlungsdruck und einige Lehrpersonen entwickeln eine Maßnahme, um dem vorzubeugen. In der Schule wird nun Alkohol thematisiert, um die Schülerinnen und Schüler für die Problematik zu sensibilisieren. In diesem Fall gab es weder ein Assessment, das eine Analyse der Problematik gefordert hätte, noch eine Auseinandersetzung mit dem Ziel respektive mit der Frage, welche Wirkung erreicht werden sollte. Erst eine umfassende Betrachtungsweise ermöglicht ein kohärentes Vorgehen entsprechend dem *Public Health Action Cycle* (Ruckstuhl/Somaini/Twisselmann 1997).

- Feedbackschlaufen

Eine Planung legt die zeitliche und inhaltliche Vorgehensweise fest. Da mit der Planung jedoch Zustände antizipiert werden müssen, wird man in der Realität ständig mit unvorhergesehenen Ereignissen und Konstellationen konfrontiert. Feedbackschlaufen sind deshalb in einem Projekt unersetzlich, da sie die Möglichkeit geben, über die bereits erreichten Teilziele zu reflektieren, ob sie erreicht sind oder nicht, und wenn nicht, warum das so ist. Auf diese Weise können Strategien und Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin überprüft oder aber auch gänzlich hinterfragt werden.

Feedbackschlaufen sind ein zentrales und unerlässliches Steuerungsinstrument eines Projekts. Am Anfang der Umsetzungsphase soll deshalb geklärt sein, wo und in welchen Bereichen Feedbacks gesammelt werden müssen, ob regelmäßig oder punktuell und auch in welcher Form, so etwa durch Interviews, Fragebogen und evaluative Gespräche. Im Kontext der schulischen Suchtprävention sind hier sowohl regelmäßige Fragebogenerhebungen denkbar als auch Interviews mit Schülerinnen und Schülern, beteiligten Lehrerinnen und Lehrern und Eltern sowie Beobachtungsprotokolle, beispielsweise beim Besuch von so genannten „Raucherecken".

- Qualitätsziele

Für spezifische Abläufe sollen Qualitätsziele formuliert werden. Diese beziehen sich nicht auf das Ziel des Projekts, sondern auf dessen Durchführung. Qualitätsziele sagen etwas darüber aus, wie etwas genau gemacht wird, d.h. welchen Standard sie festsetzen. Sie sind auf zentrale Punkte zu konzentrieren, die für das Projekt von besonderer Bedeutung sind oder früh als Schwachpunkte erkannt werden. Ist in einem Projekt beispielsweise der Kontakt zu den Behörden zentral, da für eine nachhaltige Entwicklung Unterstützungsgelder notwendig sind, bedarf es besonderer Bemühungen, um erfolgreich zu sein. Um diese Herausforderung bewusst zu gestalten, kann als Qualitätsziel formuliert werden: „Zu den Behörden besteht eine optimale, vertrauensbildende Beziehung." Was das genau heißt, wird mit Indikatoren genauer umschrieben. Zur Erreichung dieses Qualitätsziels werden konkrete Strategien und Maßnahmen formuliert, wie etwa: „Die Behörden werden regelmäßig (alle x Wochen) und optimal (Form/Stil) informiert und kontaktiert". Auch bei den Qualitätszielen ist es notwendig, Abläufe zu dokumentieren, damit Zwischenziele überprüft werden können.

- Dokumentation

Ein Projekt erfordert die Beobachtung des Verlaufs während der Umsetzung. Sind beispielsweise die Zielsetzung einer einzelnen Maßnahme klar und die Kriterien, die für einen Erfolg sprechen, festgelegt, dann muss der Ablauf einer Maßnahme in einer Weise dokumentiert sein, die es erlaubt, darüber Auskunft zu geben, inwieweit das Ziel der Maßnahmen erreicht worden ist. Um die Effizienz nicht aus den Augen zu verlieren, sind für Dokumentationen Prioritäten zu setzen. Nicht jede Information ist relevant, aber wenn Informationen gesammelt werden, dann ist es wichtig zu wissen, wozu sie dienen sollen und wie die Information für die Feedbacks verwendet werden kann.

- Wohlbefinden aller im Projekt involvierten Personen

Mit einem Projekt wird ein Vorhaben umgesetzt, das meist viel Unvorhergesehenes mit sich bringt und von allen Flexibilität und ein hohes Reflexionsvermögen verlangt. Ein Projekt verlangt darüber hinaus auch Lust an Auseinandersetzungen sowie die Bereitschaft, sich an der Entwicklung von innovativen Lösungen zu beteiligen. Damit diese Anforderungen optimal realisiert werden können, braucht es eine konstruktive Atmosphäre, in der unterschiedliche Positionen zum Tragen kommen können und gegenseitig Wertschätzung ausgedrückt wird. Es ist hauptsächlich Aufgabe der Projektleitung, ein solches Klima zu schaffen und zu fördern.

- Umgang mit Konflikten

Mit klaren Rahmenbedingungen wie Projektorganisation, Rollen- und Aufgabenklärung können Konflikte reduziert werden. Es wird in der Regel aber kaum möglich sein, Konflikte ganz zu vermeiden. Vielmehr sollten Konflikte oder Konfliktherde frühzeitig erkannt und angesprochen werden, damit Eskalationen verhindert werden können.

Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität betrifft das Ergebnis selber. Im Zentrum steht dabei die Zielsetzung, denn letztlich hängt die Ergebnisqualität von der Qualität der Zielsetzung selbst ab. Ein Qualitätsmerkmal wird sein, dass die Ziele und Wirkungen, die zu Beginn formuliert oder im Verlauf des Projekts reformuliert worden sind, erreicht wurden. Im Bereich schulischer Suchtprävention ist oftmals nicht klar, welches Ziel und welche Wirkung erreicht werden sollen. Soll die Zahl der Neueinsteiger in Tabak- und Alkoholkonsum reduziert werden? Soll die Zahl der regelmäßig rauchenden Schülerinnen und Schüler gesenkt werden, zum Beispiel über Raucherentwöhnungsprogramme, oder geht es um Risikomanagement? Viele Angebote geben sich damit zufrieden, das Wissen über legale Drogen zu vermehren bzw. die Einstellungen zum Konsum zu verändern, ohne dass Erfolgsparameter auf der Ebene der Sensibilisierung, der Einstellung und des Verhaltens formuliert werden. Die vorliegenden Erfahrungen haben gezeigt, dass durch suchtpräventive Angebote vor allem Wissen gesteigert wird und allenfalls Einstellungen verändert werden können, dass der Erfolg aber gerade auf der Ebene der „härtesten" Indikatoren, des Konsums von Alkohol und Tabak, weitgehend ausbleibt. Hier scheinen vor allem diejenigen von einem Programm zu profitieren, die solche Angebote am wenigsten nötig haben, weil sie sowieso zu der Gruppe der am wenigsten gefährdeten Jugendlichen gehören (Leppin et al. 1999). Die Formulierung von Zielen und Ergebnisparametern ist also besonders wichtig, wenn es darum geht, den Erfolg eines Programms zu beurteilen.

Parameter der Ergebnisqualität

- Zielerreichung und Wirkung

Qualität heißt: Erfüllen der gestellten Anforderungen. Dies aber setzt eine präzise Formulierung dieser Anforderungen voraus. Fehlt diese Präzisierung, lässt die Beurteilung der Ergebnisqualität sehr viel Spielraum, d.h. sie ist letztlich Interpretationssache. Im Voraus muss nicht nur genau festgehalten werden, was man erreichen will (Ziel), wie man es erreichen will (Strategien und Maßnahmen) und wie viel Zeit und Geld dafür aufgewendet werden sollen (Ressourcen), sondern auch, welche Wirkungsweise erwartet werden kann (Impakt). Erst die Kombination all dieser Elemente ermöglicht eine Einschätzung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses. Am Ende des Projekts hat nicht nur eine Analyse der erwünschten Ziele und Wirkungen zu erfolgen, sondern auch der nicht intendierten erwünschten und nicht erwünschten.

- Wirkungen bei der Zielgruppe

Ein Erfolg am Ende des Projekts ist, wenn möglichst viele Mitglieder der Zielgruppe erreicht werden konnten und die erzielte Wirkung eingetroffen ist. Aus Interventionsforschungen ist bekannt, dass Menschen aus unteren sozialen Schichten schwerer erreichbar und für Verhaltensänderungen motivierbar sind. Dieser Effekt lässt sich auch im Bereich der schulischen Suchtprävention beobachten. Künftig sind deshalb vermehrt Anstrengungen zu unternehmen, um auch bisher vernachlässigte Zielgruppen zu erreichen. Dazu sind besondere Maßnahmen, adäquate Ansprechmittel und -wege unter Berücksichtigung der

Bedürfnisse der jeweiligen Gruppierung notwendig. Dies setzt aber auch voraus, dass die Zielgruppen genau definiert werden und daraus Maßnahmen abgeleitet werden.

- Günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis

Eine Intervention kann nicht in absoluten Ergebnissen und Wirkungen interpretiert werden, sondern nur im Verhältnis von Aufwand und Ertrag. Ein Projekt weist eine hohe Qualität auf, wenn die Kosten und der Nutzen in einem ausgewogenen Verhältnis stehen.

- Nachhaltigkeit

Ein Projekt hat einen Anfang und ein klares Ende. Die große Leistung eines Projekts besteht darin, innerhalb der Laufzeit Maßnahmen umzusetzen, die so angelegt sind, dass sie eine nachhaltige Wirkung erzielen und/oder dass eine nachhaltige Struktur etabliert wird, die für nachhaltige Wirkung sorgt. Die Frage der Nachhaltigkeit stellt sich somit von Anfang an und ist eine der herausforderndsten Aufgaben.

Die Wirkungsweise eines Projekts hängt von den gewählten Strategien und Maßnahmen ab. Es ist ein wesentlicher Unterschied, ob beispielsweise ein Informationsblatt zur Suchtprävention produziert und in der Schule verteilt wird, oder ob ein solches Faltblatt in ein breites Suchtpräventionsprojekt eingebettet ist. Die Frage: „Wodurch zeigt sich Nachhaltigkeit?“ muss deshalb am Anfang eines Projekts gestellt und beantwortet und während des Verlaufs sichtbar gemacht werden. Gerade im Bereich schulischer Suchtprävention war es lange Zeit üblich, lediglich einzelne kurzfristige Maßnahmen anzubieten, etwa im Rahmen einer Projektwoche. Mittlerweile hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass diese kurzfristigen Angebote wenig effektiv und nachhaltig sind. Schulische Suchtprävention hat erst dann Aussicht auf Erfolg, wenn verschiedene Angebote aufeinander aufbauen und ineinander integriert sind.

Fazit

Ziel von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten ist es, eine möglichst große Wirkung zu erzielen. Um dies zu erreichen, bedarf es der Berücksichtigung vieler sich gegenseitig beeinflussender Faktoren, wie sie hier dargestellt wurden. Da präventive Interventionen in einem sozialen, höchst dynamischen Feld stattfinden, verändert sich auch ständig das Kräfteverhältnis. Veränderungen wahrzunehmen und darauf flexibel und adäquat zu reagieren, ist eine große Herausforderung bei Interventionen.

In einem solch komplexen Feld genügt es nicht, einmal formulierte Standards zu erfüllen. Das Verständnis von Qualitätsförderung, wie es in diesem Beitrag vertreten wird, nimmt das prozesshafte Geschehen einer Intervention auf und setzt auf die kontinuierliche Verbesserung der sich gegenseitig beeinflussenden Qualitätsebenen: Assessment, Struktur, Prozess und Ergebnis. Qualitätsförderung ist nicht oder nicht nur eine Frage der Technik und der Instrumente, sondern erfordert eine hohe Anspruchshaltung. Die Aufgabe wird

sein, in Institutionen und bei Auftraggebern Rahmenbedingungen zu schaffen, unter denen diese Anspruchshaltung realisiert und gefördert werden kann.

Literatur

Bobzien, M. (1998): „Nichts ist mehr, wie es einmal war!" Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialbereich. *Impulse*, 6-8.

Central Sydney Area Health Service (1994): *Program Management Guidelines for Health Promotion.* Sydney: State Health Publication.

Evans, D. / Head, M. J. / Speller, V. (1994): *Assuring Quality in Health Promotion. How to develop standards of good practice.* London: Health Education Authority.

Leppin, A. / Kolip, P. / Hurrelmann, K. (1996): „Gesundheitsförderung in der Schule." *Prävention* 19, 52-54.

Leppin, A. / Pieper, E. / Szirmak, S. / Freitag, M. / Hurrelmann, K. (1999): „Prävention auf den zweiten und dritten Blick. Differentielle Effekte eines kompetenzorientierten Suchtpräventionsprogramms." In: Kolip, P. (Hrsg.): *Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter.* Weinheim: Juventa, 215-234.

Leykamm, B. / Geiger, I. / Krauss, J. / Burmeister, J. / Haas, G. (1997): „Qualitätsmanagement in der Prävention/Gesundheitsförderung. Ein Projekt im Öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg." *Prävention* 20, 117-120.

Noack, R. H. (1996): „Old Public Health – New Public Health. Stand und Entwicklung der gesundheitswissenschaftlichen Ausbildung und Forschung in Europa und Nordamerika." In: Grossmann, R. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung und Public Health*. Wien: Facultas-Universitätsverlag, 349-359.

Ruckstuhl, B. / Somaini, B. / Twisselmann, W. (1997): *Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument*. Zürich.

Ruckstuhl, B. / Studer, H. / Somaini, B. (1998): „Eine Qualitätskultur für die Gesundheitsförderung!" *Sozial- und Präventivmedizin* 43, 221-228. [Das in dem Artikel beschriebene Projekt ist inzwischen abgeschlossen und das entwickelte Produkt „quint-essenz" wird im Internet unter www.quint-essenz.ch angeboten. Dort sind auch Qualitätskriterien für Projekte in der Prävention und Gesundheitsförderung formuliert.]

Seghezzi, H. D. (1996): *Integriertes Qualitätsmanagement. Das St. Galler Konzept.* München: Carl Hanser.

Simon, W. (1996): *Die neue Qualität der Qualität. Grundlagen für den TQM- und KAIZEN-Erfolg.* Offenbach: Gabal.

Troschke, J. von / Reschauer, G. / Hoffmann-Markwald, A. (1996): *Die Bedeutung der Ottawa Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland.* Freiburg: Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health (Schriftenreihe der Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/ Public Health).

Verbeck, A. (1998): *TQM versus QM. Wie Unternehmen sich richtig entscheiden.* Zürich: vdf.

Zink, K. J. (1995): TQM als integratives Managementkonzept. Das Europäische Qualitätsmodell und seine Umsetzung. München: Carl Hanser.

1.3 Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung

Alf Trojan

Gesundheitsförderung kann als erweiterter Präventionsansatz betrachtet werden: Auf der *Ebene von Einzelpersonen* geht es nicht mehr nur um die Verhaltensprävention, d.h. um eine Gesundheitserziehung, die danach trachtet, Krankheitsrisiken zu vermeiden, sondern um die Befähigung von Menschen bzw. um eine Steigerung ihrer Kompetenzen, damit sie ihre Gesundheitschancen durch selbstbestimmtes Handeln besser nutzen können – in der Terminologie der WHO häufig als *Empowerment* oder *Developing Personal Skills* bezeichnet. Die Grundsätze, nach denen für die individuelle Gesundheitsförderung Qualität gesichert werden kann, sind weitgehend identisch mit denen in der Verhaltensprävention und Gesundheitserziehung: Auch in diesen Fällen handelt es sich in der Regel um Angebote, die in ihrer Konzeption und Durchführung bestimmten Kriterien genügen müssen.

Auf der *Ebene der Verhältnisprävention* bildet nach wie vor der strukturelle Schutz vor Krankheitsrisiken den „harten Kern" aller präventiven Bemühungen. Mit dem Ansatz der Gesundheitsförderung kam als Interventionsziel hinzu, Ressourcen zu verbessern, wobei der Begriff Ressourcen so weit wie möglich zu verstehen ist. Es geht um den Ausbau und die Weiterentwicklung aller Mittel und Möglichkeiten, die Lebensqualität in dem Sinne zu verbessern, dass die Chancen für physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden für alle vergrößert werden. Dabei lässt sich keine eindeutige Grenze ziehen zwischen der Bekämpfung von Krankheitsrisiken einerseits und der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebens- und Umweltbedingungen andererseits. Maßnahmen beispielsweise zur Verkehrsberuhigung lärmbelasteter Straßen oder für verbesserte Arbeitsbedingungen bringen einen Gesundheitsgewinn für alle, die von diesen Maßnahmen erreicht werden, egal ob sie schon erkrankt (Tertiärprävention), hochgefährdet oder gesund sind, sich aber von dem Verkehrslärm belästigt fühlen bzw. ein gewisses Maß an Unzufriedenheit mit ihrer Arbeitssituation aufweisen.

Die Überlegungen dieses Beitrags sollen sich vorrangig auf den Bereich der Gestaltung gesünderer Lebensbedingungen – sei es durch Gesundheitsschutz oder durch Gesundheitsförderung – im Rahmen komplexer Programme (*Policies*) konzentrieren.

Qualitätsmanagement und Evaluation durchdringen sich wechselseitig: Sowohl in der Evaluation wie auch in der Qualitätsentwicklung werden häufig die Aspekte Struktur, Prozess und Ergebnis als Gliederungselemente benutzt. Strukturevaluation dient der Verbesserung der Strukturqualität, Prozessevaluation der Verbesserung der Prozessqualität und Ergebnisevaluation der Verbesserung der Ergebnisqualität. Alle diese Elemente von Qualitätsentwicklung sind eng miteinander verknüpft.

Liegt der Akzent auf Prozessen, wird mit Standards oder Leitlinien gearbeitet. Standards und Leitlinien werden dann zu guten Ergebnissen führen, wenn sie auf geprüften Kausal- und Interventionsmodellen basieren (vgl. Badura 1999:17/18). Liegt der Akzent auf der Messung und Verbesserung von Ergebnissen, kann die Qualität am Ausmaß erreichter Ziele oder durch Vergleiche[1] erreicht werden. Zertifikate oder Gütesiegel können nach außen hin signalisieren, dass sich ein Angebot, eine Institution oder ein Aktionsprogramm nachweislich um alle Aspekte von Qualität bemüht oder einen bestimmten Mindeststandard an Qualität erreicht hat.

Die genannten Konzepte und Aspekte des Qualitätsmanagements werden in anderen Beiträgen dieses Bandes noch ausführlicher und systematischer besprochen. In dem vorangegangenen Beitrag von Ruckstuhl, Kolip und Gutzwiller (*Kapitel 1.2*) werden bereits die wichtigsten Qualitätsparameter für eine erfolgreiche Prävention angesprochen, und zwar gegliedert nach den Qualitätsbereichen Assessment (Situationsanalyse könnte man sagen), Struktur, Prozess und Ergebnis einschließlich der Impaktqualität. Selbstverständlich sind die Qualitätsparameter, wie sie dort dargestellt werden, auch für den gesamten Bereich der Gesundheitsförderung gültig. Dies hängt sicher vor allem damit zusammen, dass die Autoren als Beispiel die Suchtprävention in der Schule gewählt haben. Damit haben sie nicht nur ein einzelnes Angebot, sondern ein Programm mittlerer Komplexität und zeitlicher Ausdehnung ins Auge gefasst. Außerdem geht es um die Intervention in einem Setting, d.h. einem „Schauplatz" der Lebenswelt. Damit kommt ein ganzer Mikrokosmos ins Blickfeld, wie es für den Ansatz der Gesundheitsförderung typisch ist. Als Prävention lässt sich das Beispielprojekt Suchtprävention vor allem deswegen kennzeichnen, weil der Zielbereich der Interventionen eingeschränkt wird auf die Verringerung des Risikoverhaltens einer bestimmten Zielgruppe, nämlich der Schüler in diesem Interventionsfeld.

Interventionen auf einem in etwa gleichen Komplexitätsniveau, aber mit einem stärkeren Akzent auf Gesundheitsförderung sind z.B. gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein (vgl. Bös et al. 1998). Hierbei geht es primär um die Steigerung von Gesundheitsressourcen bzw. -chancen. Wenngleich solche Angebote des gesundheitsorientierten Sports im Verein primär als krankheitsunspezifische Angebote der Gesundheitsförderung aufzufassen sind, enthalten sie doch auch Elemente krankheitsspezifischer Prävention: Bewegungsmangel ist als Risikoverhalten insbesondere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufzufassen, und einzelne Angebote in solchen Programmen, wie z.B. Wirbelsäulengymnastik, haben den Charakter tertiärer Prävention, d.h. sie sollen das Fortschreiten schon eingetretener Gesundheitsbeeinträchtigungen verhindern (vgl. hierzu auch *Kapitel 3.15*).

1 Interventions- versus Kontrollgruppe; Vergleich mittels standardisierter Kennziffern von unterdurchschnittlicher, durchschnittlicher und überdurchschnittlicher Performance, d.h. Vergleich erzielter Ergebnisse mit Benchmarks.

In ihren Analysen und Hilfen zum Qualitätsmanagement nennen Bös et al. (1998:23) die folgenden Parameter als entscheidende Dimensionen einer umfassenden Qualitätssicherung gesundheitsorientierter Sportprogramme:

- Zielsetzungen: Benennung und Begründung,
- Zielgruppen: Umgrenzung, Begründung, Ausschlusskriterien,
- Struktur des Programms: Bausteine, Dauer, Übungseinheiten/-sequenzen, notwendige Ausstattung, flankierende Maßnahmen, Eingangs-/Endtest,
- Übungsleiter: Qualifikationen,
- interne und externe Vernetzung sowie Kommunikation des Programms,
- Dokumentation des Programms,
- Qualitätssicherung, Formen, Ergebnisse, Dokumentation.

Als Instrumente der Qualitätskontrolle werden in Verbänden und Vereinen vor allem wissenschaftliche Begleitung (Nutzerbefragungen) und Evaluation, Qualitätszirkel/Arbeitskreise, Zertifizierungen/Gütesiegel und Qualifizierungsprogramme für Übungsleiter verwendet.

Trotz ihrer Vielfalt sind die genannten Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung (Suchtprävention und Gesundheitsförderung durch Sport) als nur mittelgradig komplex anzusehen: Auf der Programmebene gibt es in der Regel zwar mehrere, jedoch einfach strukturierte Programme (Übungsprogramme; Programme zur Verhaltensänderung) mit begrenzter zeitlicher Ausdehnung – zumeist Kurse, die sich über mehrere Wochen oder Monate bzw. eine bestimmte Stundenzahl erstrecken. Adressaten dieser Programme sind vor allem die Endverbraucher; im Anfangsstadium sind auch die Übungsleiter Adressaten, nämlich von Qualifizierungsprogrammen im Hinblick auf den Gesundheitsaspekt ihrer Arbeit. Auf der Akteursebene handelt es sich um relativ homogene Gruppen, die jedoch auf unterschiedlichen Hierarchieebenen angesiedelt sind (Verbände auf Bundes- und Landesebene, einzelne Sportvereine) sowie ergänzende Akteure derselben „Arena", z.B. sportwissenschaftliche Institute. Solche Programme mittlerer Komplexität erlauben mit relativ überschaubaren Kriterien die Kontrolle und kontinuierliche Qualität.[2]

Gesundheitsförderung, die als gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebens- und Umweltbedingungen verstanden wird, erfordert jedoch Programme höherer Komplexität, d.h. Aktions- bzw. Politikprogramme (statt Angebotsprogrammen), unspezifische Adressaten (die Öffentlichkeit, die Medien, die Bevölkerung), eine Mischung von Akteuren aus verschiedenen gesellschaftlichen (Staat, Bürgergruppen, Marktsektor) und politischen Bereichen (z.B. Umwelt, Soziales, Stadtentwicklung, Bildung) sowie eine Mischung unterschiedlicher Interventionsansätze und Projekte. Plakativ könnte man sagen: Lebensqualitätsmanagement heißt, die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse sozialen Wandels im Sinne nachhaltiger Gesundheitsförderung zu gestalten.

2 Beispielsweise im Rahmen des Programms „Pluspunkt Gesundheit. DTB – Gütesiegel für gesundheitsfördernde Vereinsangebote"; vgl. Bös et al., 1998, Seite 218 ff.

Nachfolgend sollen zunächst einige allgemeine Aspekte des Qualitätsmanagements für dieses eigentlich „maßlos“ ambitionierte (mehr gesellschafts- als gesundheitspolitische) Großprojekt diskutiert und danach Beispiele für die Qualitätsförderung in den beiden relevantesten Bereichen – Arbeitswelt und (städtische) Lebenswelt – angesprochen werden. Diese Beispiele wurden in Anknüpfung an einen Kernsatz der Ottawa-Charta ausgewählt: „Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“ (WHO, 1986). Abschließend (Bilanz und Perspektiven) werden Hinweise zur möglichen Weiterentwicklung von Qualitätsmanagement und Evaluation in der Gesundheitsförderung gegeben.

Allgemeine Qualitätsparameter

Die allgemeinen Parameter beziehen sich auf die konzeptionelle, die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität. Dabei enthält die konzeptionelle Qualität auch den Aspekt Assessment (Situationsanalyse) und die Ergebnisqualität den Aspekt der Impaktqualität (vgl. *Kapitel 1.2*).

Konzeptionelle Qualität

Komplexe Programme der Gesundheitsförderung sind leider oft auch diffuse Programme. Ein entscheidender Qualitätsaspekt ist also, programmatische Klarheit über die konzeptionellen Grundlagen herzustellen.

Klarheit heißt in erster Linie Konkretisierung und Eingrenzung. Die Ottawa-Charta kann beispielsweise als ein Konsensus-Papier von Experten verstanden werden, in dem Leitlinien für die Gesundheitsförderung vorgegeben werden. Dabei wird jedoch nicht getrennt zwischen normativ und wissenschaftlich begründeten Leitprinzipien. Das große Gewicht, das auf Selbstbestimmung und Bürgerbeteiligung gelegt wird, basiert nicht auf empirischen Nachweisen eines unmittelbaren Gesundheitsgewinns durch Projekte, die diese Prinzipien berücksichtigen, sondern lässt sich vorrangig aus dem Leitbild des aufgeklärten, informierten Bürgers in einer *civil society* erklären.

Andererseits enthält die Ottawa-Charta implizit und explizit auch zahlreiche Zielbereiche, für die ein unmittelbarer Einfluss auf die Bevölkerungsgesundheit oder die Gesundheit des Einzelnen nachgewiesen ist. So wurden in einer großen Übersichtsarbeit neun Bereiche als Determinanten der Gesundheit identifiziert, für die umfangreiche empirische Forschungen einen Einfluss auf die Gesundheit nachweisen (Federal Provincial and Territorial Advisory Committee 1994; vgl. auch Wilkinson/Marmot 1998):

- Einkommen und sozialer Status,
- soziale Unterstützung und soziale Netzwerke,
- Arbeit und Arbeitsbedingungen,
- physische Umwelt,
- Gesundheitsdienste,
- persönliches Gesundheitsverhalten und Bewältigungskompetenzen,

– gesunde kindliche Entwicklung,
– Ausbildung,
– biologische und genetische Ausstattung.

Ein wichtiger Qualitätsparameter eines Programms ist also Klarheit darüber, auf welche dieser Determinanten der Gesundheit Einfluss genommen werden soll und welche empirisch geprüften Theorien und Wissensbestände zugrunde gelegt werden. Erst auf dieser Basis wird die Legitimation für Programme hergestellt, in denen wegen ihrer langen Laufzeiten und Wirkungslatenzen keine unmittelbare Endpunkt-Evaluation im Sinne messbar verringerter Krankenbestände vorgenommen werden kann. Eine ausgezeichnete Zusammenfassung, die sich als Grundlage für die Konzeptualisierung von empirisch begründeten Gesundheitsförderungsprojekten eignet, liegt seit kurzem vor (IUHPE 1999).

Ein weiterer Qualitätsparameter ist eine angemessene und vollständige Situationsanalyse als Ausgangspunkt des Programms. Eine solche Zustandsbeschreibung, z.B. mittels eines Gesundheitsberichts, erfordert Indikatoren, mit denen die Ausgangssituation gemessen wird. Nur auf dieser Basis ist Qualität im Sinne erfolgreicher Veränderungen zu messen. Obwohl es eine große Zahl von Vorbildern und umfangreiche Literatur zum Thema der Indikatoren gibt, ist diese Forderung leichter aufzustellen als tatsächlich zu berücksichtigen. Für komplexe Programme gibt es Indikationen ähnlicher Komplexität, wie z.B. den *Index of Sustainable Economic Welfare (ISEW)*, den *Index of Social Well-Being (ISWB)* oder auch den *Genuine Progress Indicator (GPI)*[3] (vgl. Eckersley 1998). Alle diese Indikatoren sind jedoch nicht so weit entwickelt, dass sie in normalen Gesundheitsförderungsprogrammen verwendet werden könnten. Wie aus einem Editorial in *Health Promotion International* (Leger 1999) hervorgeht, gibt es im Bereich der Gesundheitsförderung derzeit noch keine abschließende, befriedigende Lösung für dieses Qualitätsproblem. Im Idealfall sind jedoch Indikatoren vorhanden, um zu Beginn eines Programms Bedarf und Bedürfnisse zu ermitteln und im Rahmen einer kontinuierlichen Berichterstattung Fortschritte und Erfolge messen zu können.

Komplexe Programme scheitern häufig daran, dass sie die Komplexität ihrer Umgebungsrealitäten nicht ausreichend berücksichtigen. Pauschal gesprochen gilt es, in der Situationsanalyse auch parallele Programme (implizite und explizite) zu identifizieren und zu berücksichtigen. Dazu gehören aktuell vor allem Programme der Kostenreduktion und Ökonomisierung der Gesellschaft. Diese können sich als unüberwindliche Hindernisse erweisen. Andererseits gibt es auch Programme, von denen durch geschickte Verflechtung synergistische Effekte zu erwarten sind, z.B. Programme sozialer Stadtentwicklung (Stadtteil-Management), Programme für nachhaltige Entwicklung (Agenda 21) oder

3 ISEW: „Index eines nachhaltigen wirtschaftlichen Wohlstands, Wohlstandsindikator"; ISWB: „Index sozialen Wohlstands"; GPI: „Indikator für tatsächlichen Fortschritt, Wohlstand", Fortschrittsmesswert. Während Indikatoren wie Bruttoinlandsprodukt oder Bruttosozialprodukt sich an klassischen volkswirtschaftlichen Größen wie Produktion und Einkommen orientieren, berücksichtigen diese Indikatoren auch nicht marktgängige Größen. So bezieht der ISEW beispielsweise auch Aspekte wie z.B. Hausarbeit, Nachhaltigkeit (*sustainability*) und Verteilung von Arbeit und Einkommen mit ein.

Programme der Organisations- bzw. Qualitätsentwicklung sowie der Verwaltungsreform in für Gesundheitsförderung relevanten Settings, wie Krankenhaus, Schule, Betrieb, oder im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Als dritter Aspekt konzeptioneller Klarheit sei hier die *Formulierung von expliziten Gesundheitszielen* erwähnt. Die Formulierung solcher Ziele hat einen methodischen Aspekt (zielorientierte Projektplanung bzw. *Management by Objectives;* vgl. Schwartz/Wismar 1998). Darüber hinaus gibt es jedoch auch den inhaltlichen Aspekt: Zielformulierung heißt eingrenzen durch Prioritätensetzen und bildet die Grundlage für kontinuierliches Qualitätsmanagement durch fortlaufende Kontrolle, inwieweit Ziele erreicht werden.

Strukturqualität

Die besonderen Anforderungen hinsichtlich der Strukturqualität erklären sich aus der Vielzahl der Akteure, die in komplexen Programmen zusammenarbeiten müssen. Besonders in Projekten wie „Gesunde Städte" und „Gesunde Gemeinden" geht es darum, diese Akteure in geeigneten Träger- und Organisationsformen zusammenzuführen. Insbesondere das politisch-administrative System und einfache Bürgerzusammenschlüsse (aber auch der Marktsektor) repräsentieren nicht nur unterschiedliche Interessen, sondern auch unterschiedliche Wertekulturen, Arbeits- und Kommunikationsstile.

Die Zusammenführung dieser Akteure in lockeren Netzwerken stellt lediglich einen Anfang dar. Für die längerfristige Zusammenarbeit bedarf es festerer Kooperationsstrukturen, wie z.B. regionaler Arbeitsgemeinschaften oder Gesundheitsförderungskonferenzen. Diese Kooperationsstrukturen benötigen einen *rechtlichen Rahmen* mit Vorgabe klarer Entscheidungsstrukturen. Ohne eine solche formelle Grundlage bleibt die Zusammenarbeit unverbindlich. Einstimmigkeit als Entscheidungsprinzip führt in der Regel nur zu an Endadressaten gerichteten Angeboten auf der Basis eines Minimalkonsens über traditionelle Risiko- bzw. Gefährdungsfaktoren.

Die Strukturqualität wird auch bestimmt durch das Ausmaß der für Aktivitäten verfügbaren Ressourcen. Dabei ist einerseits zu beurteilen, in welchem Ausmaß von allen Beteiligten Ressourcen in den gemeinsamen Kooperationszusammenhang eingebracht werden. Andererseits dürften sich Zusammenschlüsse, in denen die Entscheidungsgewalt über Ressourcen unterschiedlich verteilt ist, kaum als nachhaltige Strukturen erweisen.

Zu den Ressourcen gehört auch eine *professionelle Infrastruktur.* Dabei ist es weniger wichtig, ob diese „Koordinationsbüro", „Gesundheitshaus", „Geschäftsstelle" oder ähnlich genannt wird. Es kommt vielmehr darauf an, dass, wie auch in anderen Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung, eine für die Aufgabe angemessene Qualifizierung vorliegt. Dabei geht es einerseits um die Befähigung zum Managen, andererseits aber auch um bisher kaum in systematischen Ausbildungen gelehrte Kompetenzen wie das Vermitteln, Befähigen und anwaltschaftliche Eintreten für Gesundheit.

Der Erfolg der Arbeit wird sich vor allem daran messen lassen müssen, ob es gelingt, in der Öffentlichkeit sichtbare und in ihren Zielbereichen wirksame Akteurskonstellationen zusammenzuschmieden und zusammenzuhalten.

Strukturen für komplexe Gesundheitsförderungsprogramme, wie in regionalen Settings oder Einzelsystemen einer Gemeinde (Krankenhaus, Schule etc.), benötigen ein *Höchstmaß an Flexibilität* und andererseits ein *Höchstmaß an Verbindlichkeit und Kontrolle*. Dabei muss die Planung gleichermaßen sinnhaftig wie auch stringent sein. Ohne ein klares Rahmenkonzept der Arbeit droht die Verzettelung in beliebigen Projekten.

Prozessqualität

In der Prozessqualität fließen Elemente von systematischer Organisationsentwicklung, (Selbst-)Evaluation und kontinuierlicher Qualitätsverbesserung zusammen. Im Grenzbereich zwischen Struktur- und Prozessqualität sind das Rahmenkonzept und Selbstverständnis bzgl. der eigenen Arbeitsweise angesiedelt. *Rahmenkonzept und Selbstverständnis* müssen sich im Sinne einer Lernschleife, die interne und externe Umgebungsfaktoren ständig aufnimmt und in ihrer Beziehung zur eigenen Arbeit bewertet, dynamisch weiterentwickeln.

Im Basiskonzept der Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Altgeld/Bunzendahl/Prümel-Philippsen 1997) sind Fragen zusammengetragen worden, mit deren Hilfe das Selbstverständnis und die Arbeitsweise dieser Gesundheitsförderungszusammenschlüsse einem ständigen Reflexions- und Verbesserungsprozess unterworfen werden (vgl. ebd. S. 12 und S. 22). Sie werden im Folgenden wiedergegeben.[4]

Leitfragen zum Selbstverständnis:
- Welches Verständnis von Gesundheit wird der Arbeit zugrunde gelegt?
- In welchem Verhältnis zueinander werden die verschiedenen Ebenen der Ottawa-Charta in die Arbeit eingebunden?
- Ist die Arbeit sowohl auf Verhältnis- als auch auf Verhaltensprävention ausgerichtet?
- Wird mit dem Setting-Ansatz gearbeitet? In welchen Settings?
- Welche Zielgruppen werden angesprochen?
- Welche Vernetzungen und interdisziplinären Kooperationen finden statt?
- Wie wird der Partizipationsgedanke umgesetzt?
- Wie wird Selbstbestimmung gefördert?

Leitfragen zur Arbeitsweise:
- Welche konkreten Ziele hat die Arbeit? Wie werden neue Aktivitäten begonnen?
- Wird das Qualitätsmanagement auf die tatsächlichen Kapazitäten und Ressourcen in der Einrichtung abgestimmt?

4 Vgl. ausführlich hierzu den Beitrag von Altgeld, Bunzendahl und Prümel-Philippsen in *Kapitel 3.1* in diesem Band.

– Was wird unternommen, um die Organisationsstruktur auf sich ständig verändernde Situationen einzustellen?
– Wie wird auf Probleme reagiert?
– Welche Maßnahmen der Qualitätssicherung kommen zum Einsatz?
– Welche Qualifikationen und Kompetenzen haben die MitarbeiterInnen? Welche werden gebraucht?
– Wie sind die Verantwortlichkeiten zwischen den MitarbeiterInnen verteilt? Sind die MitarbeiterInnen über alle Aktivitäten im notwendigen Maße informiert?
– Wie wird die Kommunikation an den verschiedenen Schnittstellen gesichert?
– Welche Netzwerke werden genutzt?
– Wie ist der Umgang mit KooperationspartnerInnen?

Diese Fragen nach Selbstverständnis und Arbeitsweise sind immer dann zu stellen, wenn es um die Qualitätssicherung in Organisationen der Gesundheitsförderung geht, also auch z.B. in Gesundheitsämtern (vgl. z.B. Schmacke 1995).

Unter normativen Gesichtspunkten sind in der Gesundheitsförderung in Settings insbesondere Qualität und Umfang von *Bürgerbeteiligungsverfahren* sowie die *Qualität intersektoraler Zusammenarbeit* als relevante Prozessdimensionen hervorzuheben. Diese Aspekte werden normativ u.a. auch deswegen von der WHO vorgegeben, weil für diese Prinzipien im Sinne einer Gesundheitsförderung als Politik sicher zu Recht vermutet wird, dass sie den Erfolg von Aktionen, insbesondere die Interessenvertretung für Gesundheit nach außen, verbessern helfen. Allerdings bedürfte es hier noch gründlicher Forschung, um die Frage zu klären, ob diese Annahmen mit hoher Alltagsplausibilität tatsächlich auch einen nachweisbaren Einfluss auf die Ziele und Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprogrammen haben.

Ergebnisqualität

Einerseits gibt es keinen Zweifel, dass die Ergebnisse komplexer Programme im Prinzip nachweisbar sind, andererseits gibt es für schlüssige Nachweise der Ergebnisqualität von Gesundheitsförderungsprogrammen einige erhebliche Hindernisse. Ein Hindernis vieler Programme liegt vor allem im Missverhältnis zwischen (kurzen) Laufzeiten und (eng begrenzten) Ressourcen einerseits sowie andererseits (zu) weitreichenden Zielen von komplexen Programmen. Eine simple, aber viel zu wenig beachtete Voraussetzung für spätere Ergebnisqualität ist also schon in der Planungsphase zu berücksichtigen, nämlich ein angemessenes Ziel-Mittel-Verhältnis.

Eine weitere konzeptionell wichtige Frage richtet sich auf die *Art der Ziele*, an denen Erfolg gemessen werden soll. Am schwierigsten sind Morbiditäts- oder Mortalitätsziffern – die klassischen Ergebnisvariablen –, aber auch Risikofaktoren in einer Bevölkerung zu senken. Durch einzelne Programme der Gesundheitsförderung ist dies kaum zu erreichen. Dazu bedarf es einer wirklich gesundheitsfördernden Politik. Als Beispiel wird hierbei gern

der *Clean Air Act*[5] in Großbritannien genannt, durch den die Mortalität an chronischer Bronchitis im Verlauf von 20 Jahren auf die Hälfte des Ausgangswerts gesenkt wurde (vgl. Rosenbrock 1993:326). In den meisten Fällen sind die Einflussfaktoren auf Zielgrößen der Gesundheitsbedrohung jedoch schon derart vielfältig, dass unstrittige Erfolgsnachweise durch die experimentelle oder analytische Epidemiologie nur selten gelingen können.

Unzulänglichkeiten gibt es ganz besonders für den spezifischen Wirkungsnachweis einzelner Interventionen. Dem Charakter komplexer Programme sind daher auch solche Methoden angemessener, die weniger auf den Nachweis wissenschaftlicher Zusammenhänge abzielen, sondern vielmehr den Charakter einer kontinuierlichen Verlaufskontrolle haben (*Monitoring/Surveillance*). Die Methode der Wahl für kontinuierliche Beobachtung und Kontrolle ist die (Gesundheits-)Berichterstattung. Dieses Instrument des Qualitätsmanagements gibt es auf allen politischen Ebenen (von der kommunalen bis zur internationalen). Natürlich hängt die Qualität der Methode wiederum davon ab, ob die Indikatoren den Zielen einer Politik in angemessener Weise entsprechen. Weiter oben wurden bereits die empirisch nachgewiesenen Determinanten der Gesundheit erwähnt. Wenn eine Endpunkt-Evaluation im Sinne verringerter Morbidität und Mortalität nicht möglich ist, sind die Wirkungen eines Programms auf die Gesundheit auch dadurch nachzuweisen, dass Steigerungen positiver und Verringerung negativer Determinanten der Gesundheit nachgewiesen werden können. Das *Glossar Gesundheitsförderung* der WHO (1998:17) definiert intermediäre Gesundheitsergebnisse (*Intermediate Health Outcomes*) als „Veränderungen der Determinanten von Gesundheit, insbesondere von Lebensstilen und Lebensbedingungen, die auf eine oder mehrere geplante Interventionen zurückzuführen sind, einschließlich solcher wie Gesundheitsförderung, Krankheits-Prävention und Basis-Gesundheitsversorgung".

Neben diesem Begriff wird auch ein weiteres Konzept genutzt, das für das Qualitätsmanagement und die Evaluation wichtig ist: Gesundheitsförderungsergebnisse (*Health Promotion Outcomes*) bezeichnen Veränderungen persönlicher Charakteristika und Kompetenzen und/oder sozialer Normen und Handlungen und/oder von Praktiken und Politiken von Organisationen, welche auf Gesundheitsförderungsaktivitäten zurückzuführen sind (WHO 1998:14).

Die Qualität dieser Ergebnisse ist vor allem durch Policy- und Wirkungsanalysen (mit quantitativen und qualitativen Methoden) zu messen und zu steuern. Es ist wichtig, sich klar zu machen, dass die Qualität einer Gesundheitsförderungspolitik oder eines Gesundheitsförderungsprogramms sowohl in der Konzeption als auch in der Messung und Bewertung den gesamten Bereich der interdisziplinären Public-Health-Forschung als Fundus nutzen muss. Eine pathogenetische Perspektive mit den daraus resultierenden Erfolgsparametern und Indikatoren ist nur dann sinnvoll, wenn es um pathogenetische Zusammenhänge geht (wie z.B. häufig im Gesundheitsschutz).

5 Gesetz zur Luftreinhaltung.

Die oben angesprochenen Ergebnisdimensionen könnte man unter der Überschrift „Verbesserte Lebensqualität“ zusammenfassen. Auf der Ebene von institutionellen oder regionalen Settings geht es dabei durchaus um messbare Verbesserungen der (objektiven) Lebens-, Umwelt- und Arbeitsbedingungen. Auf der Ebene des einzelnen (gesunden oder kranken) Menschen hat die gemessene Lebensqualität notwendiger- und sinnvollerweise stets eine stark subjektive Komponente, die mit dem Ausdruck des Wohlbefindens angemessen erfasst wird. Für die Ermittlung einer hohen Ergebnisqualität im Sinne verbesserter Lebensbedingungen und verbesserten Wohlbefindens kommen vielfältige sozialwissenschaftliche Methoden des Befragens und Beobachtens in Frage.

Als zusätzliche Dimension wird der Gesundheitsförderung heutzutage häufig abverlangt, dass sie auf ökonomischer Ebene positive Ergebnisse vorweisen müsse. Diese Forderung ist auf den ersten Blick unmittelbar einleuchtend, bedarf jedoch der intensiven Reflexion über die verfolgten ökonomischen Ziele. Zum einen ist die Frage zu klären, ob dieses wirklich eine entscheidungsrelevante Erfolgsdimension ist: Am Beispiel des Rauchens wird häufig aufgezeigt, dass eine ausschließlich ökonomische Betrachtung nicht ausreicht, weil die Nichtraucher das Gesundheitssystem letztlich mehr kosten als die Raucher. Hier steht die Ökonomie des Gesundheitssystems im Widerspruch zu weiter gehenden Zielen der Gesundheitsförderung im Sinne der Ziele Lebensqualität und Lebensverlängerung. Auch betriebswirtschaftliche Überlegungen einzelner Organisationen können im Widerspruch stehen zum allgemeinen Nutzen von Gesundheitsförderung im Sinne erhöhter Lebensqualität.

Trotzdem können Ziele eines möglichst ökonomischen Einsatzes der Mittel für Gesundheitsförderung natürlich große Bedeutung haben, weil sie außerordentlich handlungsmotivierend für Aktivitäten der Gesundheitsförderung sind. Dies gilt insbesondere für die betriebliche Gesundheitsförderung. In einer neueren Veröffentlichung des BKK Bundesverbands und des Hauptverbands der gewerblichen Berufsgenossenschaften (1999) werden Möglichkeiten der Wirtschaftlichkeitsanalyse von Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung präsentiert. Als Ansätze werden insbesondere die erweiterte Wirtschaftlichkeitsanalyse (EWA) und die Kostenwirksamkeitsanalyse (KWA) dargestellt. Bei der EWA handelt es sich um ein Verfahren für den Wirtschaftlichkeitsvergleich alternativer Maßnahmen zur Arbeitssystemgestaltung. Der KWA hingegen liegt die Problemstellung zugrunde, Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen dergestalt zu einem Programm zusammenzustellen, dass sie für die Erreichung der Unternehmensziele den höchsten Nutzen erwarten lassen können. Der Erfolg der Gesundheitsförderung wird also an ihrem Beitrag zum Unternehmenserfolg gemessen. Ausgangspunkt der gesamten Überlegungen zur Wirtschaftlichkeitsanalyse sind verbesserte Leistungs- und Qualitätsstandards, die die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens erhöhen.

Während sich im Setting Arbeitsplatz Interessen des Unternehmens und Interessen der Gesundheitsförderung häufig sehr gut miteinander vereinbaren und in integrierten Kriteriensystemen messen lassen, wachsen die Schwierigkeiten einer Kosten-Nutzen-

Analyse jedoch mit der Komplexität von Programmen. In Projekten, die sich auf regionale Settings erstrecken, wie z.B. die gesundheitsfördernden Städte, lassen sich häufig nur Teilprojekte ökonomisch evaluieren. Die angemesseneren Qualitätsdimensionen sind in der Regel verbesserte Lebensbedingungen, Wohlbefinden der Bürger und die Verstetigung von Strukturen für Gesundheitsförderung. In der gemeindenahen Begleitforschung der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) war beispielsweise ein Kriterium der Endpunkt-Evaluation, ob es gelingt, im Sinne der folgenden Forderung von Farquhar et al. (1983) stabile Veränderungen herbeizuführen: „In leaving behind a programme that runs partly or totally on its own energies“[6] (von Troschke et al. 1991). Es gibt außerdem auch Beispiele für innovative Ansätze der Erfolgsmessung, die hier wegen ihrer Konzentration auf wissenschaftliche Evaluation nicht weiter besprochen werden können (vgl. IUHPE 1999; Kaufhold et al. 1999; Moon 1999; Rada 1999).

Wenn ein Programm auf empirisch geprüften Theorien beruht, kann die Etablierung nachhaltiger Strukturen durchaus als Kriterium der Ergebnisqualität herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, als dass es sich hierbei häufig nicht um zeitlich limitierte Interventionen oder Projekte handelt, sondern um Versuche, die Berücksichtigung von Gesundheitsbelangen auf Dauer in der Politik einer Stadt zu etablieren und entsprechende (Dienstleistungs-)Strukturen in der Verwaltung zu verankern. Dieses Erfolgskriterium gilt allerdings nur in der innovativen Phase. Sind Strukturen einmal etabliert, wird sich der Erfolg dieser Strukturen auch an der Qualität ihrer Prozesse und Ergebnisse messen lassen müssen.

Beispiele: Die Qualitätsentwicklung von Gesundheitsförderung in der Lebens- und Arbeitswelt

Einen sehr guten Überblick über die Qualitätsdiskussion im Bereich Gesundheitsförderung mit Verweisen auf frühe (meist noch sehr abstrakte) Checklisten für Qualitätsmerkmale geben Ruckstuhl, Studer und Somaini (1998:224).[7] Eine knappe, aber umfassende Diskussion von Kriterien für Struktur-, Prozess-, Ergebnis- sowie Bedeutungsqualität für die betriebliche Gesundheitsförderung ist bei Kolbe (1998) nachzulesen.

Die Überschriften, unter denen Qualität in komplexen Programmen gesichert wird, sind vielfältig. Der Prozess der Qualitätssicherung ist unmittelbar verknüpft mit Evaluation, Begleitforschung, Monitoring, Rechenschaft, Gesundheitsberichterstattung und Wirkungsanalysen. Strukturen und Kriterien solcher Prozesse sind gleichzeitig auch die relevanten Dimensionen der Qualitätssicherung. Die dazu verwendeten Konzeptionen sollen an Programmen der Gesundheitsförderung in Städten und in der Arbeitswelt exemplarisch skizziert werden.

---

6 Sinngemäß übersetzt: „Indem man ein Programm hinterlässt, das teilweise oder ganz von selbst läuft.“

7 Vgl. hierzu auch Altgeld 1998 und zwei Sonderhefte der Zeitschrift *Gesundheitsförderung* (Nr. 1, 1993 sowie Nr. 2, 1996).

Gesundheitsfördernde Städte

Im WHO-Kontext hat es kontinuierliche Bemühungen zur Qualitätsverbesserung und Evaluation gegeben (vgl. z.B. Catford 1993; Tsouros 1990; Projekt Gesunde Stadt Essen 1997; Tannahill 1997; de Leeuw et al. 1998; de Leeuw 1999).

Im Projekt „Gesunde Städte" etablierte sich von Anbeginn eine Gruppe, die Indikatoren für gesunde Städte zusammengestellt hat. Dabei verständigte man sich auf eine Reihe von grundlegenden Gesunde-Städte-Indikatoren, die in vier Bereiche eingeteilt sind[8]:

- Gesundheit (Mortalität, Todesursachen, niedriges Geburtsgewicht),
- Gesundheitssystem (Aspekte wie Gesundheitserziehungsprogramme, Kinderschutzimpfungen, medizinische Versorgung, Krankenversicherung etc.),
- Umwelt (u.a. Luftverschmutzung, Wasserqualität, öffentlicher Verkehr, Lebensraum etc.),
- sozioökonomische Indikatoren (Arbeitslosenquote, Obdachlosenzahl, Hort- und Kindergartenplätze etc.).

Die praktische Anwendbarkeit dieser Indikatoren ist bisher jedoch begrenzt geblieben. Dafür sind hauptsächlich Unterschiede der untersuchten Gesundheitssysteme und insbesondere der Datenquellen verantwortlich. Die Hauptursachen für die bisher mangelnde praktische und politische Bedeutung dieser Indikatoren für die Evaluation und Qualitätssicherung liegen jedoch woanders: Erstens sind die konkreten Einzelprojekte in den Gesunden Städten in der Regel nicht unmittelbar auf die Veränderung in den Indikatorenbereichen bezogen und daher auch nicht für die kurzfristige Evaluation verwendbar. Darüber hinaus sind die Indikatoren in den drei Hauptbereichen Umwelt, Soziales und Gesundheitssystem sehr grundsätzlicher Natur und daher durch ein Programm, das sowohl hinsichtlich seiner Zeiträume als auch der verfügbaren Ressourcen begrenzt ist, kaum veränderbar. Das dritte Problem besteht darin, dass in komplexen Programmen (anders als etwa bei einem Kursangebot) die komplexen Randbedingungen der Intervention so gut wie gar nicht kontrollierbar sind. Auf diese Weise würden selbst bei messbaren Erfolgen stets Probleme der Zurechenbarkeit zu den Interventionen des Gesundheitsförderungsprogramms auftauchen.

In der zweiten Phase des Gesunde-Städte-Projekts (1993–1997) haben sich die Evaluationsbemühungen daher auf Inhalte und Ziele des Programms konzentriert. Dabei wurde zwischen den Programmprinzipien, den konkreten Einzelzielen, die für die Städte und mit den Städten entwickelt worden waren, und der Langzeitvision einer „Gesunden Stadt" unterschieden. Ein Schwerpunkt lag bei der *Policy-Evaluation* (vgl. de Leeuw et al. 1998; Trojan/Legewie 1999:122 ff.).

Auf dieser Basis wurde ein Rahmenkonzept für die 1998 begonnene Phase III des Gesunde-Städte-Projekts entwickelt, das überschrieben ist mit „Monitoring, Accountability, Reporting

8 *Healthy Cities baseline indicators* <www.who.dk/healthy-cities/pdf/quest.pdf>

and Impact-Assessment (MARI)“[9] (de Leeuw 1999). Dieses Rahmenkonzept basiert einerseits auf der klassischen Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, andererseits auf den Anforderungen an die Städte für eine Aufnahme in die dritte Phase. Bei diesen Handlungselementen der Gesunde-Städte-Arbeit handelt es sich um eine Reihe von Selbstverpflichtungen der Städte, die in vier Blöcke eingeteilt sind:

– Eine ausdrückliche politische Verpflichtung auf die Prinzipien und Strategien des Gesunde-Städte-Projekts auf höchster Ebene;
– Schaffung neuer Organisationsstrukturen zur Steuerung des Wandels;
– Verpflichtung auf die Schaffung einer gemeinsamen Vision für die Stadt mit einem Gesundheitsplan und themenspezifischer Arbeit;
– Investitionen in die offiziell und informell vernetzte Zusammenarbeit.

Zu jedem dieser Handlungselemente gibt es Fragen, die sich in die klassischen drei Komponenten untergliedern:

– *Struktur*: Fragen zum Vorhandensein von Maßnahmen, der Befolgung der Grundprinzipien und der Beteiligung verschiedener Akteure („Was ist vorhanden?“);
– *Prozess*: insbesondere Prozesse des Wandels und der Veränderung („Wer macht was, wo, warum und unter welchen Bedingungen?“);
– *Ergebnis*: Fragen, die sich auf bestimmte Produkte (z.B. Gesundheitsplan), Wirkungen, Outcomes beziehen.

Dieses Rahmenkonzept wird erläutert und anschließend in Form einer Matrix dargestellt (links die vier Blöcke mit den einzelnen Selbstverpflichtungspunkten für die Aufnahme und rechts davon jeweils die Fragen nach Strukturen, Prozessen und Ergebnissen). Die Matrix gibt es in zwei Ausführungen: Die erste Ausführung dient – wie es ja auch bei anderen Qualitätssicherungssystemen der Fall ist – als Grundlage für die Selbstbewertung innerhalb der Städte. Eine zweite, kürzere Version („MARI Annual reporting template“) soll jährlich zum Jahresende ausgefüllt und an das WHO Centre for Urban Health (das ehemalige Healthy Cities Office) in Kopenhagen gesandt werden. Diese Version hat also den Charakter einer kontinuierlichen Berichterstattung und bildet eine zentrale Grundlage für die Evaluation der dritten Projektphase.

Das deutsche Gesunde-Städte-Netzwerk hat nach der Mitgliederversammlung in Erfurt im Jahre 1995 begonnen, sich auf Kriterien zur Qualitätssicherung einzustellen. Auch hier orientiert sich die Evaluation an den Anforderungen und Mindeststandards („9-Punkte-Programm“, siehe Kasten *Seite 64/65*), die bei Aufnahme in das Netzwerk durch die Selbstverpflichtung akzeptiert werden. Im Übrigen wird auf die Ansätze zur systematischen Beschreibung präventiver Versorgungsstrukturen auf Gemeindeebene in der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie Bezug genommen. Die Bereiche des entsprechenden Erhebungsbogens können gleichzeitig als Qualitätsbereiche verstanden werden.[10]

9 Monitoring, Rechenschaftslegung, Berichterstattung, Wirkungsbewertung.

10 Vgl. ausführlicher zur Qualitätssicherung in der kommunalen Gesundheitsförderung Heinemann 1998.

9-Punkte-Programm zum Beitritt in das Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland

- **Punkt 1:**

Der Rat der Stadt befürwortet die Gesunde-Städte-Konzeption und erklärt sich damit gleichzeitig mit den Zielen und Inhalten der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) einverstanden.

Mindeststandard: Für den Beitritt in das Gesunde-Städte-Netzwerk wird eine Beschlussvorlage erarbeitet, der der Rat zustimmt. Der Rat der Stadt beschließt über den Eintritt in das Gesunde-Städte-Netzwerk und über den Austritt. Im Falle des Austritts müssen vor der Entscheidung die verschiedenen Koordinatoren der Kommune und der beteiligten Gruppen gehört werden.

- **Punkt 2:**

Die Benennung einer für die kommunale Gesunde-Städte-Arbeit zuständigen Person hat verbindlich zu erfolgen.

Mindeststandard: Die verantwortliche Ansprechperson erfüllt die Aufgaben des kommunalen Koordinators/der kommunalen Koordinatorin der Gesunde-Städte-Arbeit.

- **Punkt 3:**

Eine ressortübergreifende gesundheitsfördernde Politik ist zu entwickeln. Dafür werden die verschiedenen Politikbereiche und Fachämter über die Gesunde-Städte-Konzeption informiert.
Weitere Institutionen (Krankenkassen, Verbände, Bildungseinrichtungen, Wissenschaft, Wirtschaft usw.) sowie Bürgerinitiativen sind in diesen Prozess einzubeziehen. Die Einrichtung entsprechender kooperativer Infrastrukturen (Gesundheitsförderungskonferenz) wird für die Umsetzung einer präventiven Gesundheitspolitik empfohlen.

Mindeststandard: Intersektorale Kooperationsstrukturen werden genutzt, entwickelt und gestärkt.

- **Punkt 4:**

Gesundheitsfördernde Inhalte und Methoden sollen bei allen öffentlichen Planungen und Entscheidungen berücksichtigt werden, wofür entsprechende Voraussetzungen zu entwickeln sind.

Mindeststandard: Die für die Gesunde-Städte-Arbeit verantwortliche Ansprechperson wird über städtische Planungen, die gesundheitliche Belange berühren, frühzeitig und vollständig informiert.

- **Punkt 5:**

Ziel ist es, Rahmenbedingungen zu schaffen, dass alle Bürgerinnen und Bürger sich verstärkt an der Gestaltung ihrer Lebens- und Umweltbedingungen beteiligen können. Für diese Mitwirkung wird die Schaffung geeigneter Unterstützungs- und Koordinierungsstrukturen empfohlen.

Mindeststandard: Die vorhandenen Mitwirkungs- und Beteiligungsmöglichkeiten werden seitens der Kommune den Bürgern transparent gemacht und umgesetzt.

- **Punkt 6:**

Verständliche und zugängliche Informationen und Daten sollen den Prozess zu einer gesunden Stadt begleiten (Gesundheits- und Sozialberichterstattung).

Mindeststandard: Gesundheits- und Sozialberichterstattung muss von der Analyse über die Möglichkeiten der Beratung bis zur konkreten Handlung als kommunale Gemeinschaftsaufgabe begriffen und umgesetzt werden.

- **Punkt 7:**

Die Teilnahme an gemeinsamen Treffen mit Delegierten der am Netzwerk beteiligten Städte soll den gegenseitigen Austausch und die Weiterentwicklung der gesundheitsfördernden Aktivitäten gewährleisten.
Sie ist für je einen Vertreter/eine Vertreterin der Mitglieds-Gebietskörperschaft und je einem Vertreter/einer Vertreterin aus dem Kreis der beteiligten Gruppen zu ermöglichen. Die Beteiligung an weiteren Treffen (z.B. Symposium, Workshops) ist zu unterstützen.

Mindeststandards: Die Vertreterin/der Vertreter des Bereichs der Selbsthilfegruppen, Bürgerinitiativen, selbstorganisierten Projekten muss in transparenter Abstimmung ausgewählt werden.
Die Kosten für die Teilnahme an der jährlichen Mitgliederversammlung trägt die Kommune.

- **Punkt 8:**

Erfahrungen, Erkenntnisse und praktikable Modelle zur Gesundheitsförderung sind an das Gesunde-Städte-Sekretariat zur Verbreitung im Netzwerk zu übermitteln.

Mindeststandard: Die Mitglieder informieren das Gesunde-Städte-Sekretariat regelmäßig und umfassend über ihre Aktivitäten, um einen lebendigen Informationsfluss im Netzwerk zu gewährleisten.

- **Punkt 9:**

Alle vier Jahre trägt das Gesunde-Städte-Mitglied den anderen Netzwerkmitgliedern seinen Erfahrungsbericht vor, der die Erkenntnisse aus der kommunalen Gesunde-Städte-Arbeit reflektiert. ...

Mindeststandard: Der Erfahrungsbericht baut auf dem 9-Punkte-Programm und den Mindeststandards auf und stellt den Ertrag der Mitgliedschaft im Netzwerk dar.

Satzung Deutsches Gesunde-Städte-Netzwerk.
Zitiert nach: www.gesunde-staedte-netzwerk.de/satzung.htm (4.3.2001).

Konzeptionell ist das Qualitätssicherungssystem des Gesunde-Städte-Projekts durchaus überzeugend. Es hat unmittelbaren Bezug zum Programm und zu den als Selbstverpflichtung formulierten Zielen und gibt umfassende Stimuli für die Selbstevaluation und kontinuierliche Qualitätsverbesserung. Das Berichtssystem für die koordinierende Stelle bei der WHO wurde möglichst knapp gehalten. Das Konzept wurde mit den beteiligten Städten diskutiert, überarbeitet und dann von ihnen akzeptiert. Wie es sich in der Praxis bewähren wird, lässt sich allerdings noch nicht sagen.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Auch die betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt sich in einem internationalen europäischen Kontext, zu dem die Europäische Kommission, die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen und das Regionalbüro der WHO für Europa in unterschiedlicher Weise beitragen. Wesentliche Vorarbeiten wurden auf einem Workshop Ende 1996 geleistet (vgl. Breucker/Anderson/Kohn 1997). Dabei wurde vor allem herausgearbeitet, dass betriebliche Gesundheitsförderung als Programm eine Koalition mit den betrieblichen Qualitätsmanagement-Programmen eingehen muss: „Auf diese Weise könnte sie [die betriebliche Gesundheitsförderung] zum integralen Bestandteil der Unternehmenspolitik werden und nicht mehr nur als zusätzliche und randständige Aktivität mit niedrigem Status innerhalb der Organisation betrachtet werden. Außerdem könnten auf diese Weise die Wettbewerbsvorteile von betrieblicher Gesundheitsförderung besser verdeutlicht und kommuniziert werden.“ (S. 13) Dieses Konzept erübrigt allerdings nicht die Entwicklung eines eigenständigen Qualitätsrahmens für die betriebliche Gesundheitsförderung. Auf der Tagung wurden hierfür die folgenden strategischen Qualitätsprinzipien benannt:

- Identifizierung relevanter Prozesse,
- Definition von Kriterien und Setzen von Standards auf der Grundlage von Bedarfsanalysen,
- Einführung von Routineabläufen für kontinuierliche Verbesserungsprozesse.

Im Rahmen eines von der Europäischen Kommission finanziell unterstützten Forschungsprojekts wurden Kriterien zur Selbst- und Außenbewertung von Praxisbeispielen entwickelt. Das Projekt trägt den Titel „Erfolgsfaktoren und Qualität betrieblicher Gesundheitsförderung. Identifikation und Verbreitung von Models of Good Practice in Europa.“

Als entscheidende Qualitätsbereiche wurden herausgearbeitet:

- Stellenwert der betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen (Führung),
- Planung der betrieblichen Gesundheitsförderung (Konzepte und Strategie),
- Stellenwert der Gesundheitsförderung in Personalpolitik und Arbeitsorganisation (Mitarbeiterorientierung),
- Ressourcen für betriebliche Gesundheitsförderung,
- Organisation der betrieblichen Gesundheitsförderung (Maßnahmen und Prozesse),
- Ergebnisse der betrieblichen Gesundheitsförderung (Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit, Ergebnisse der betrieblichen Gesundheitsförderung),

– umwelt-, sozial- und gesundheitspolitisches Engagement des Unternehmens in Gemeinde/Region (soziale Verantwortung und Umwelt).

Den Kriterien liegt das Modell des umfassenden Qualitätsmanagements der European Foundation for Quality Management (EFQM) zugrunde, das für die Beurteilung von Gesundheitsförderungsleistungen angepasst wurde. Die Kriterien wurden dabei in insgesamt 17 Fragen operationalisiert. Für jede der Fragen wird einerseits das Vorgehen beurteilt („Wie systematisch werden die Maßnahmen durchgeführt?“) und andererseits die Verbreitung („In wie vielen Bereichen der Organisation sind die Maßnahmen umgesetzt?“). Die Beurteilung erfolgt auf einer Skala von 0 bis 100%.

Das sehr präzise ausgearbeitete Konzept dient – ebenso wie im Gesunde-Städte-Projekt – vor allem der Selbstbewertung. In der Praxis kann es auf verschiedene Weise verwendet werden:

– Zur Unterstützung bei der Steuerung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bzw. -programmen,
– als Orientierung über den Stand der Qualität der Gesundheitsförderungsleistungen in einzelnen Betriebsbereichen,
– zur Erstellung eines Qualitätsprofils der Gesundheitsförderungsleistungen einer Organisation (durch Einzelbeurteilung, parallele Einzelbeurteilung verschiedener Akteure und anschließender Diskussion, Bewertung im Team sowie durch Kombination von interner und externer Bewertung).

Die Ergebnisse des Projekts „Erfolgsfaktoren und Qualität betrieblicher Gesundheitsförderung“ wurden Mitte 1999 auf der ersten europäischen Konferenz des europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung vorgestellt. Die Qualitätskriterien für betriebliche Gesundheitsförderung, der Fragebogen zur Selbsteinschätzung sowie weitere aktuelle Materialien zu dem Projekt sind im Internet verfügbar.[11] Auch hier ist die Entwicklung des Qualitätssicherungssystems so neu, dass noch über keine Erfahrungen damit berichtet werden kann.

Bilanz und Perspektiven

Auch im Rahmen der Gesundheitsförderung gibt es einfache Projekte, die Angebotscharakter haben und beispielsweise der Kompetenzsteigerung dienen. In diesem Bereich unterscheidet sich das Qualitätsmanagement nicht nennenswert von der Evaluation präventiver Angebote. Gesundheitsförderungsprogramme dagegen variieren sehr stark in ihrer Komplexität. Sie reichen von der Verbreitung bestimmter Angebote (z.B. Sport- oder

11 www.bkk.de/gesundheit/arbeit_und_gesundheit/

Ernährungsberatungsangebote) bis hin zur Organisationsentwicklung in einzelnen Settings. Diese Programme sind komplexer hinsichtlich der Anzahl der Akteure, der Adressaten, der gesundheitsrelevanten Themen und bezüglich ihrer zeitlichen Begrenzung. Nochmals komplexer und schwieriger sind Politikprogramme mit dem Ziel der Gesundheitsförderung. Als Politikprogramme sind vor allem das Gesunde-Städte-Projekt des Regionalbüros der WHO für Europa hervorzuheben sowie die analogen, auf einzelne Settings bezogenen Programme für Schulen, Krankenhäuser, Arbeitsplatz u.a. Schauplätze, in denen Gesundheit hergestellt wird. Besonders komplex und schwierig wird ein politisches Programm der Gesundheitsförderung, wenn es das Ziel verfolgt, in andere Politiksektoren hineinzuwirken, wie es bei den lokalen Gesunde-Städte-Projekten der Fall ist.

Allgemein lässt sich folgende These aufstellen: Je weniger ein Gesundheitsförderungsprogramm Angebotscharakter und je mehr es einen Aktions- und Politikcharakter hat, desto innovativer müssen die Ansätze für Qualitätssicherung und Evaluation sein und desto weniger sind Vorgehensweisen geeignet, die für das Qualitätsmanagement von Produkten und Dienstleistungen entwickelt wurden.

Gesundheitspolitischer Aktionszyklus und Qualitätsverbesserungszyklus sollten – plakativ formuliert – konzeptionell miteinander verknüpft werden. Der idealtypische gesundheitspolitische Aktionszyklus läuft in folgenden Phasen ab: Situationsbeschreibung, Problemformulierung und Zielentwicklung, Umsetzung, Evaluation mit darauf fußender erneuter Situationsbeschreibung. Der problemorientierte Qualitätsverbesserungszyklus (vgl. Selbmann 1996:584) folgt demselben Muster rationalen Handelns wie der gesundheitspolitische Aktionszyklus. Der Qualitätsverbesserungszyklus wäre als heuristisch-analytisches Instrument bzw. als Lernschleife auf jede einzelne Phase eines politischen Gesundheitsförderungsprogramms anzuwenden. Dass dieses nur als Denk- und Suchraster, nicht aber in der Praxis möglich ist, liegt vor allem daran, dass die Rationalität dieses Vorgehens in der Wirklichkeit von vielfältigen anderen „Rationalitäten" (und manchmal auch Irrationalitäten) überlagert wird, die ein einfaches folgerichtiges Abarbeiten sowohl des Aktionszyklus als auch der Lernschleife in der Qualitätsverbesserung verhindern.

Ergänzend ist hinzuzufügen, dass in der Qualitätssicherung komplexer Programme natürlich als Teilprojekte ebenso viele – ineinander verschachtelte – Ansätze vorkommen, wie es Bezugssysteme für das Qualitätsmanagement gibt. Dies sind insbesondere Qualitätsmanagementsysteme für:

- die Qualifizierung/Qualität einzelner professioneller Akteure bzw. Berufsgruppen,
- einzelne Kurs- oder Beratungsangebote,
- einzelne Subprojekte mit Aktions- oder Lobbycharakter, z.B. Verkehrsberuhigung in einer lärmbelasteten Straße,
- einzelne institutionelle Hauptakteure in der Gesundheitsförderung, insbesondere für den öffentlichen Gesundheitsdienst (vgl. hierzu insbesondere Geiger/Leykamm, 1998; Selbmann 1996; Schmacke 1999; Kommunale Gemeinschaftsstelle 1998),

- einzelne Infrastrukturen der Gesundheitsförderung (vgl. z.B. Altgeld/Bunzendahl/Prümel-Philippsen 1997),
- einzelne Kooperationsstrukturen für Gesundheitsförderung (vgl. z.B. Renner et al. 1999 über Gesundheitskonferenzen; Knesebeck v. d./Samora/Rogolies 1999),
- einzelne Settings, neben dem exemplarisch besprochenen Arbeitsplatz vor allem für Schulen (vgl. Göpel 1993; Tones/Tilford 1994:121–148) oder Krankenhäuser (vgl. z.B. Oppolzer 1998),
- einzelne auf Settings bezogene Netzwerke (nationale und internationale Netzwerke für gesündere Städte, Arbeitsplätze, Schulen und Krankenhäuser) und schließlich
- multisektorale Allianzen/Partnerschaften/Bündnisse für Gesundheit und/oder nachhaltige Entwicklung (Programme von der internationalen bis zur lokalen Ebene).

Die auf diese Bezugssysteme gerichteten Qualitätsverbesserungen sind ineinander verschachtelt. Falls es tatsächlich für Teilbereiche Qualitätsmanagementsysteme gibt, sind diese bisher in der Regel nicht miteinander verknüpft. Umfassendes Qualitätsmanagement würde sich jedoch im Idealfall auf alle Teilbereiche erstrecken. Andererseits ist es unter pragmatischen Gesichtspunkten sicher sinnvoller, sich auf bestimmte Ebenen zu verständigen, mit denen man beginnt. Außerdem ist im Auge zu behalten, dass messbare Qualität in Teilbereichen nicht auf das Programm als Ganzes zu verallgemeinern ist.

Der Fokus dieses Beitrags lag auf Qualitätskriterien für komplexe Programme, also für einen relativ neuen Bereich mit hohem Entwicklungsbedarf. Um diese Entwicklung voranzutreiben, gibt es zwei wesentliche Instrumente, die in anderen Bereichen mit Erfolg angewendet wurden:

- *Forschung*: Aus einem früheren Forschungsprojektschwerpunkt Evaluationsforschung und -transfer gingen beispielsweise umfassende und grundlegende Publikationen zu Evaluierung und Erfolgskontrolle in Kommunalpolitik und -verwaltung hervor (Hellstein/Wollmann 1984; Wollmann/Hellstein 1984);
- *Entwicklung professioneller Standards*: Die Standards für die Evaluation von Bildungsprogrammen und Projekten des Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (1994) liegt mittlerweile in deutscher Übersetzung vor (Sanders 1999). Das Buch bildet den allgemein akzeptierten Grundkonsens einer Profession ab. Die Übersetzer, Beywl und Widmer, vergleichen diese Standards mit weiteren Regelwerken zur *Qualität fachlicher Leistungserstellung* und prüfen auch in systematischer Weise die Übertragbarkeit der Evaluationsstandards auf andere Anwendungsfelder.

Die beiden Quellen zur Forschung und Entwicklung von Standards werden hier nicht nur deswegen angeführt, weil sie von der Vorgehensweise her der Fortentwicklung des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung dienen können, sondern weil sie auch in ganz entscheidender Weise *inhaltliche* Stimuli liefern: Sie haben deutliche Bezüge zur Bewertung von Programmen aus Gesundheits-, Umwelt-, Sozial- und Stadtentwicklungspolitik, also relevanten Inhaltsbereichen der Gesundheitsförderung.

Dabei ist allerdings zu fordern, was auch für einen Großteil der übrigen Literatur zur Gesundheitsförderung in Settings gilt, nämlich dass der Blick über die Evaluation hinaus ausgeweitet wird auf die Entwicklung nachhaltiger Qualitätsmanagementsysteme. Evaluation ist eine notwendige Voraussetzung für Qualitätsmanagement, aber keinesfalls hinreichend. Eine Evaluation der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse von Programmen und Projekten stellt die notwendige Diagnose für Qualitätsmängel und Verbesserungsmöglichkeiten dar. Dies allerdings bleibt eine zwar wissenschaftlich verdienstvolle, praktisch aber folgenlose Leistung, sofern Evaluation nicht in eine Qualitätskultur und -struktur eingebettet ist, die darauf abzielt, die Qualität eines Systems der Gesundheitsförderung fortlaufend zu beobachten und zu verbessern.

Literatur

Altgeld, T. / Bunzendahl, I. /Prümel-Philippsen, U. (1997): *Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen. Leitlinien und Leitfragen. Basiskonzept der Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.* Bonn: Eigenverlag.

Altgeld, T. (1998): „Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung – zwei Seiten einer Organisationsentwicklungsmedaille?“ In: Projekt Gesunde Stadt Essen (Hrsg.): *Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung.* Dokumentation der Tagung vom 2. bis 4. Oktober 1997 in Dresden. Essen: Eigenverlag, 9-14.

Badura, B. (1999): „Evaluation und Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen – Was soll evaluiert werden – mit welchen Maßstäben?“ In: Badura, B. / Siegrist, J. (Hrsg.): *Evaluation im Gesundheitswesen: Ansätze und Ergebnisse.* Weinheim: Juventa, 15-142.

BKK Bundesverband, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.) (1999): *Möglichkeiten der Wirtschaftsanalyse für Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung*. (2. Auflage) Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NWK.

Bös, K. et al. (1998): *Gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein. Analysen und Hilfen zum Qualitätsmanagement. Expertise im Auftrag des Deutschen Sportbundes.* Universitäten Frankfurt/M., Bayreuth, Darmstadt (Oktober 1998).

Breucker, G. / Anderson, R. / Kohn, K. (1997): *Qualitätsmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung.* Tagungsbericht herausgegeben vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen Essen: Eigendruck.

Catford, J. (1993): „Auditing Health Promotion: What are the vital signs of qualilty?“ *Health Promotion International*, 8, 67-68.

Eckersley, R. (1998): *Measuring Progress*. Collingswood Victoria, Australia: CSIRO Publishing.

Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health (1994): „Strategies on Population Health: Investing in the Health of Canadians for the Meeting of the Ministers of Health.“ Minister of Supply and Services, Canada, Halifax, Nova Scotia, 14.-15. Sept., 1994.

Geiger, I. / Leykamm, B. (1998): „Qualitätssicherung in der Prävention/Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg.“ In: Projekt Gesunde Stadt Essen (Hrsg.): *Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung.* Dokumentation der Tagung vom 2. bis 4. Oktober 1997 in Dresden. Essen: Eigenverlag, 63-72.

Göpel, E. (1993): „Entwicklung von Qualitätsmerkmalen für gesundheitsfördernde Schulen.“ *Prävention*, 16, 109-112.

Heinemann, H. (1998): „Qualitätssicherung in der Kommunalen Gesundheitsförderung.“ In: Projekt Gesunde Stadt Essen (Hrsg.): *Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung.* Dokumentation der Tagung vom 2. bis 4. Oktober 1997 in Dresden. Essen: Eigenverlag, 53-62.

Hellstein, G. M. / Wollmann, H. (Hrsg.) (1984): *Handbuch zur Evaluierungsforschung.* Opladen: Westdeutscher Verlag.

IUHPE – International Union for Health Promotion and Education (Hrsg.) (1999): „The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe." A Report for the European Commission (part one and two). Brüssel: ECSE-EC-EAEC 1999.

Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (1994): *The Program Evaluation Standards: How to Assess Evaluations of Educational Programs.* (2. Aufl.) London: Sage Publications.

Kaufhold, R. et al. (1999): *Ökonomische Aspekte der Individual Prophylaxe. Dokumentation eines computergestützten Simulationsmodells.* Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag.

Knesebeck, O. v. d. / Samora, P. / Rogolies, R. (1999): „Programmevaluation im Gesundheitswesen: Die wissenschaftliche Begleitung eines Modellprojektes zur ortsnahen Koordinierung und gesundheitlichen Versorgung." In: Badura, B. / Siegrist, J. (Hrsg.): *Evaluation im Gesundheitswesen: Ansätze und Ergebnisse*. Weinheim: Juventa, 15-142.

Kolbe, M. (1998): „Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung." In: Projekt Gesunde Stadt Essen (Hrsg.): *Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung.* Dokumentation der Tagung vom 2. bis 4. Oktober 1997 in Dresden. Essen: Eigenverlag, 27-34.

Leeuw, E. de (1999): „Monitoring, Accountibility, Reporting and Impact Assessment (MARI) – A framework for phase III Healthy Cities." Maastricht (Manuskript) <www.gvo.unimaas.nl/who-city/index.htm>.

Leeuw, E. de / Abbema, E. / Commers, M. (1998): *Healthy Cities Project. Second phase quality evaluation.* Final report. Maastricht: Eigenverlag (RHC Monograph Series no. 18).

Leger, St. L. (1999): „Health Promotion Indicators. Coming out of the Maze with a Purpose." *Health Promotion International*, 14, 193-194.

Moon, A. N. et al. (1999): „Helping Schools to become health-promoting environments – an evaluation of the Wessex Healthy Schools Award." *Health Promotion International*, 14, 111-120.

Oppolzer, A. (1998): „Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Zum Zusammenhang von New Public Health und New Public Management." In: Mattfeldt, H. / Oppolzer, A. / Reifner, U. (Hrsg.): *Ökonomie und Sozialstaat.* Opladen: Leske + Budrich, 91-112.

Projekt Gesunde Stadt Essen (Hrsg.) (1998): *Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung.* Dokumentation der Tagung vom 2. bis 4. Oktober 1997 in Dresden. Essen: Eigenverlag.

Rada, J. et al. (1999): „Evidence based purchasing of health promotion: Methodology for Reviewing Evidence." *Health Promotion International*, 14, 177-187.

Renner, A. et al. (1999): „Zur Evaluation von Gesundheitskonferenzen. Eine Pilotstudie." In: Badura, B. / Siegrist, J. (Hrsg.): *Evaluation im Gesundheitswesen: Ansätze und Ergebnisse.* Weinheim: Juventa, 15-142.

Rosenbrock, R. (1993): „Gesundheitspolitik." In: Hurrelmann, K. / Laaser, U. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Beltz.

Ruckstuhl, B. / Studer, H. / Somaini, B. (1998): „Eine Qualitätskultur für die Gesundheitsförderung!" *Sozial- und Präventivmedizin*, 43, 221-228.

Sanders, J. R. (Hrsg.) (1999): Handbuch der Evaluationsstandards. Die Standards des „Joint Committee on Standards for Educational Evaluation". (Übersetzung von W. Beywl und T. Widmer) Opladen: Leske und Budrich.

Schmacke N. (1995): „Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung: Zumutung, Unmöglichkeit oder Notwendigkeit?" In: Kaupen-Haas, H. / Rothmaler, C. (Hrsg.): *Doppelcharakter der Prävention* Frankfurt/M.: Mabuse Verlag, 73-92.

Schmacke, N. (1999): „Gesundheitsziele aus Sicht des öffentlichen Gesundheitsdienstes." *Die Krankenversicherung*, 51, 141-144.

Schwartz, F. W. / Wismar, M. (1998): „Planung und Management." In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.): *Das Public Health Buch*. München: Urban und Schwarzenberg.

Selbmann, H. K. (1996): „Grundlagen des Qualitätsmanagements im öffentlichen Gesundheitsdienst." *Gesundheitswesen*, 58, 583-587.

Tannahill, C. (1997): „Proposal of an evaluation framework for the healthy cities project.“ (Manuskript Dezember 1997).

Tones, K. / Tilford, S. (1994): *Health Education. Effectiveness, Efficiency and Equality*. London: Chapman und Hall.

Trojan, A. / Legewie, H. (1999): „Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen. Die salutogenetische Perspektive im Politikfeld Gesundheit und Umwelt.“ Gutachten für das Technikfolgenabschätzungsbüro des Deutschen Bundestages. Hamburg und Berlin.

Troschke, J. von et al. (1991): „Die gemeindenahe Begleitforschung der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP).“ In: Koch, U. / Wittmann, E. W. (Hrsg.): *Evaluationsforschung. Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen*. Berlin: Springer, 227-247.

Tsouros, A. (Hrsg.): *Gesunde Städte. Ein Projekt wird zur Bewegung. Zwischenbericht über das Gesunde-Städte-Projekt der WHO 1987–1990*. Kopenhagen: FADL Verlag (deutsch erhältlich im Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg o.J.).

WHO (1986): *Ottawa Charta for Health Promotion*. Genf: WHO <www.who. int/hpr/docs/ottawa.html>.

WHO (1998): *Glossar Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Wilkinson, R. / Marmot, M. (Hrsg.): *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. Kopenhagen: WHO Euro.

Wollmann, H. / Hellstein, G. M. (Hrsg.) (1984): *Evaluierung und Erfolgskontrolle in Kommunalpolitik und -verwaltung*. Basel: Birkhäuser.

1.4 Professionelle Organisationsentwicklung als Qualitätsdimension der Gesundheitsförderung

Ralph Grossmann, Klaus Scala

Gesundheitsförderung und Qualität

Gesundheitsförderung und Qualitätsmanagement sind zwei bedeutende Innovationsstrategien, die in mehrfacher Hinsicht akute Problemlage der Gesundheitssicherung in den entwickelten Industrieländern zu verbessern und Wege aus eingefahrenen Sackgassen zu finden versuchen. Qualitätsmanagement mit seiner Betonung auf Effizienz bezieht sich dabei stärker auf eine Optimierung des Krankenversorgungssystems. Vor allem durch die Optimierung komplexer Abläufe im Rahmen der Krankenbehandlung und durch die Einbeziehung des Patienten als Kunden sollen Unterschiede zum Regelbetrieb erzielt werden. Gesundheitsförderung hingegen hat einen viel breiteren Fokus, der einerseits den individuellen Umgang mit Gesundheit und Krankheit in den Blick nimmt und darüber hinaus auch die unterschiedlichen sozialen Kontexte, die die Gesundheit der Individuen beeinflussen, ins Zentrum der Betrachtung stellt (Dür/Pelikan 1998).

Hier soll aber kein Vergleich der beiden Strategien angestellt werden, sondern die Qualitätsfrage auf die Gesundheitsförderung selbst angewandt werden. Europaweit wächst der finanzielle Druck im Gesundheits- und Sozialbereich. In zunehmendem Maße werden nur noch jene Maßnahmen gefördert, die ihren Nutzen darlegen können. Auch oder insbesondere die Gesundheitsförderung kann sich diesem Druck nach Rechtfertigung für Investitionen immer weniger entziehen und muss ihre Qualität darlegen. Als relativ neues – und im Vergleich zur Krankenversorgung wenig etabliertes – Handlungsgebiet kommt die Gesundheitsförderung hier sogar besonders unter Zugzwang. Verschärft wird dieser Legitimationsdruck noch durch den Umstand, dass Gesundheitsförderung sich nicht zuletzt dort zu etablieren sucht, wo Gesundheit kein vorrangiges Thema ist: in den unterschiedlichen Organisationen der Arbeitswelt und in Bildungseinrichtungen, also in Settings, die eine andere Aufgabe haben und andere Ziele verfolgen als die Erhaltung und Förderung der Gesundheit.

Die Implementierung von Gesundheitsförderung wird also nur dann erfolgreich sein, wenn es gelingt, den Nutzen für diese Organisationen plausibel zu machen und zu belegen. Dabei kann die Entwicklung von Qualitätsmaßstäben hilfreich sein. Im folgenden Beitrag geht es daher um Qualitätsdimensionen, die für eine erfolgreiche Implementierung von Gesundheitsförderung in Settings relevant sind.

Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung

In den vorangegangenen Beiträgen in diesem Band werden Methoden zur Ermittlung und Anwendung von Qualitätsmaßstäben in der Gesundheitsförderung vorgestellt. Bezieht man sich im Verständnis von Gesundheitsförderung auf die Ottawa-Charta, so tritt im Spektrum der Umsetzungsstrategien von Gesundheitsförderung eine Dimension besonders in den Vordergrund: die Entwicklung gesundheitsfördernder Settings.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung betont die Bedeutung der grundlegenden Lebensbedingungen und Ressourcen als Voraussetzung für Gesundheit: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986). Das bedeutet u.a. vermehrten Einfluss der Menschen auf die institutionellen Rahmenbedingungen, in denen sie leben und arbeiten und in denen zugleich ihre Gesundheit hergestellt wird. Damit besteht das Ziel der Gesundheitsförderung nicht mehr ausschließlich in „handfesten“ messbaren gesundheitsbezogenen Resultaten, sondern in einem Prozess, in dem einerseits die Individuen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit gewinnen (*Empowerment*) und sich damit andererseits die sozialen Systeme (*Settings*), in denen sich die Menschen bewegen, im Sinne der Gesundheit weiterentwickeln.

In der Formulierung der Ottawa-Charta ist Gesundheitsförderung ein gesellschaftliches Reformkonzept, das sich auf aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen in den Industrieländern bezieht und Antworten auf Fragen und Probleme sucht, die in den bestehenden gesellschaftlichen Strukturen und politischen Organisationsformen nicht erfolgreich bearbeitet werden können, ja zum Teil durch diese Strukturen erst geschaffen werden.

Im Zuge rascher gesellschaftlicher Entwicklungen verändern sich nicht nur die Themen und Problemfelder, sondern vor allem die Konzeption und Strategie von Reform selbst. Für die Gegenwart kann dies durch die Formel auf den Punkt gebracht werden: „Gesellschaftsreform ist heute vorwiegend Organisationsreform“ (vgl. Wimmer 1995). Der hohe Organisationsgrad ist charakteristisch für die moderne Gesellschaft, ein Trend, der weiter zunimmt und nicht mehr umkehrbar erscheint. Alle relevanten Probleme und Aufgaben, die es zu bewältigen gilt, werden durch Organisationen bearbeitet. Durch diesen Prozess entstehen an anderer Stelle neue Probleme. Organisationen bilden die Lebenswelt der Menschen als Beschäftigte am Arbeitsplatz oder als Auszubildende oder als Klienten oder Kunden. Sie bilden die physische und soziale Umwelt der Menschen und haben großen Einfluss auf ihre Einstellungen und Werthaltungen. Ein stetig wachsender Anteil gesellschaftlicher und persönlicher Problemlagen wird in und von Organisationen bearbeitet. Die Gesellschaft ist daher in zunehmendem Maße von der Leistungsfähigkeit ihrer Organisationen abhängig. Die Gestaltung der Organisationen und ihre Anpassung an die gesellschaftlich relevanten Bedarfslagen, wie z.B. die Gesundheit, ist daher eine zentrale Herausforderung. Der Erfolg der Gesundheitsförderung als einer neuen gesellschaftlichen

Aufgabe ist daher in einem hohen Maße daran geknüpft, inwiefern es gelingt, organisatorische Lösungen zu finden, die an die Entwicklung anderer Organisationen anschließen und dort das Thema Gesundheit als relevante Dimension platzieren können.

Dieser Befund hat demnach drei Dimensionen:
- Er unterstreicht die Bedeutung von Organisationen als physische und soziale Umwelt.
- Er zeigt die Notwendigkeit auf, die gesellschaftliche Aufgabe Gesundheitsförderung über den Aufbau und die Entwicklung von Organisationen zu realisieren.
- Er fordert eine den komplexen Organisationsrealitäten angemessene Steuerungskompetenz.

Der Befund legt daher nahe, sich im Rahmen von Gesundheitsförderung theoretisch und praktisch mit Organisationsentwicklung auseinander zu setzen. Bewusstsein über die Bedeutung, die Organisationen für Gesundheit haben, ist unter den Experten der Gesundheitsförderung in hohem Ausmaß vorhanden; weniger verankert sind die Konsequenzen im Hinblick auf die Realisierung von Gesundheitsförderung. Man setzt die dafür geforderten Kompetenzen bei Personen mit einem „gewissen Organisationstalent" voraus bzw. verwendet implizit veraltete Konzepte für die Steuerung von Organisationen. Weder lassen sich Organisationen durch die Konfrontation mit differenzierten sozialwissenschaftlichen Befunden noch durch normative Appelle oder technokratische Reformpläne beeindrucken.

Entwicklung eines Interventionsverständnisses – Prinzipien einer lernenden Organisation

Interventionen in soziale Systeme sind erfolgreich oder nicht, je nachdem, wie solide das Verständnis von sozialen Systemen und Organisationen und wie reflektiert die Vorstellung über die Mechanismen ihrer Veränderung ist. Das Bild, das wir uns von Organisationen machen, bestimmt maßgeblich die Art und Weise, wie soziale Systeme gemanagt und Veränderungen versucht werden. Ursprünglich von dem griechischen Wort für Werkzeug (*organon*) abgeleitet, ist mit dem Begriff Organisation also traditionell die Vorstellung verbunden, dass man sie als Werkzeug, als Instrument zur Erreichung eines bestimmten Zwecks benutzt. In diesem Verständnis liegt die Steuerung von Organisationen ganz außerhalb, beim „Benutzer". Eine Organisation ist in dieser Konzeption einer komplizierten Maschine vergleichbar, deren einzelne Teile in genau geplanter Weise ineinander greifen. Ihre Strukturen werden als Resultat rationaler Planung verstanden und erscheinen daher auch durch rationale Planung veränderbar.

Dieses Bild von Organisation folgt dem Modell der „Trivialmaschine" (von Foerster 1985), indem man einen linearen Zusammenhang zwischen Input und Output annimmt. Mit einem bestimmten Input kann der Output, d.h. das Ergebnis, vorausgesagt werden. Eine Maschine kann von einem Punkt aus kontrolliert werden: dem Steuerrad. Führungskräfte mit dieser Perspektive glauben, dass sie alle Prozesse in der Organisation von der Spitze aus im Griff haben.

Ein soziales System ist keine „Trivialmaschine“

Diese Anschauung hat sich für die Veränderung von Organisationen als wenig brauchbar erwiesen. Der Erfahrung viel näher kommt die Konzeption, dass ein soziales System auf Interventionen von außen in einer Weise reagiert, die von den internen Mustern und jeweiligen Zuständen des Systems determiniert ist. Zustände hängen von der Vergangenheit ab und ändern sich mit jeder Operation des Systems. Sie können ebenso wenig prognostiziert werden wie die Reaktionen auf Impulse von der Umwelt. Ob Interventionen überhaupt wahrgenommen werden und wie das System darauf reagiert, kann von außen nicht bestimmt werden. In diesem Konzept kann eine Organisation von einem Punkt aus – innerhalb oder außerhalb des Systems – weder kontrolliert noch verändert werden.

Veränderungen können daher auch nicht von einem Ort außerhalb in die Organisation eingeführt werden, sie müssen von ihr selbst hervorgebracht werden. Das setzt auch den Möglichkeiten der Experten, direkt verändernd zu wirken, deutliche Grenzen, denn jede Veränderung muss Selbständerung sein. Die Einsicht in diese paradox erscheinenden Voraussetzungen von Veränderungen bedeuten andererseits nicht, eine persönliche und sachliche Veränderungsperspektive aufzugeben. Sie bedeutet vielmehr, die Entwicklungsbedingungen von Menschen und sozialen Systemen zu respektieren und das eigene Handeln daraufhin auszurichten: eben Interventionen zu setzen.

Gleiche Aufmerksamkeit für die Entwicklung von Strukturen und Personen aufbringen

Interventionen müssen an zwei Ebenen zugleich ansetzen: an der Entwicklung von Personen und der Veränderung von Kommunikationsstrukturen. Diese Anforderung beruht auf der Definition von sozialen Systemen, nach der Gedanken, Ideen und Visionen von Personen so lange keinen Eingang in die soziale Realität finden, wie sie nicht in eine Kommunikationsweise transformiert werden, die dem jeweiligen System angemessen ist. Sie müssen in den Regel- und Entscheidungskontext integriert werden. Was sich allein im Kopf einer Führungskraft oder im informellen Gespräch abspielt, besitzt im Systemkontext keine Realität. Die Entwicklung sozialer Systeme hängt an dieser Umwandlung von Gedanken in systemrelevante Kommunikationen.

Dieser Hintergrund hilft verstehen, warum man in Veränderungsprozessen so oft einen Zwiespalt zwischen dem beeindruckenden Engagement und den fachlichen Ressourcen der betroffenen Personen einerseits und einer ernüchternden Realität auf organisatorischer Ebene andererseits beobachten kann.

Die Implementierung neuer Strukturen meint jedoch nicht nur die äußeren technischen Bedingungen wie Organigramme und Ablaufstrukturen, sondern auch Regeln, Normen, Erwartungshaltungen, etablierte Denkweisen und tragende Verhaltensmuster, die gemeinsam die Kultur einer Organisation ausmachen. Diese nicht so leicht sichtbaren Strukturen, die sich oft nur über charakteristische Interaktionsmuster darstellen, haben dennoch große Stabilität. Sie sind dem Einzelnen gegenüber, insbesondere wenn er neu in die Organisation

kommt, mindestens so wirksam wie die materiellen Arbeitsbedingungen. Die Entwicklung von Strukturen ist nur dann erfolgreich, wenn sie von den Betroffenen mitgetragen wird und damit auch eine Veränderung der Organisationskultur einhergeht.

Eine Veränderung auf der Ebene der Kultur impliziert die Partizipation der Beschäftigten und Betroffenen. Da diese in bestimmten beruflichen Rollen ausgebildet worden sind und ihr Verhalten und ihre Einstellungen sich an die Erwartungen der Organisationen, in denen sie leben und arbeiten, angepasst haben, braucht es eine schrittweise Neudefinition der Aufgaben und wechselseitigen Erwartungen. Dies ist nicht nur ein sachlicher Prozess, sondern immer mit einer Veränderung von Beziehungen verbunden, was einen hohen emotionellen Aufwand bedeutet.

Da die Entwicklung einer Organisation an die Entwicklung ihres Personals gebunden ist, muss ein Organisationsentwicklungsprozess für die Beschäftigten Gelegenheiten schaffen, neue Fähigkeiten für das Erreichen gewünschter Organisationsziele entwickeln und mit neuen Denkmustern experimentieren zu können. Die Menschen müssen neue Rollen annehmen, neue Aufgaben bewältigen und neue Fähigkeiten erwerben. Organisationsentwicklung beinhaltet also immer die Kombination von Lernprozessen der involvierten Personen und die Veränderung von Strukturen.

Auch in der Gesundheitsförderung ist die Schulung von Personen durch Trainings ein notwendiges Element, kann jedoch nur Wirkung erzielen, wenn strukturelle Veränderungen damit Hand in Hand gehen. Ebenso ist die Einrichtung neuer Organisationselemente oder Positionen nur dann erfolgversprechend, wenn die Entwicklung der dafür notwendigen Qualifikationen gesichert ist.

Das ganze System ansprechen und zugleich Partizipation eingrenzen

Organisationen sind komplexe Systeme, deren Elemente auf vielfältige Weise miteinander verknüpft sind und die sich daher einander beeinflussen. Eine Veränderung an einer Stelle hat Auswirkungen im ganzen System, was verständlich macht, warum Veränderungen oft so schwierig umzusetzen sind. Wenn nicht das ganze System bereit ist, sich in einer bestimmten Weise zu ändern, so kann sich auch kein Teil davon ändern.

Vor diesem Hintergrund greifen die Debatten über *top-down* versus *bottom-up* zu kurz – eine obsolete Alternative. Nur eine Kombination von Top-down- und Bottom-up-Strategien ermöglicht es, das ganze System anzusprechen. Soziale Systeme sind nicht von einem Punkt aus zu verändern, weder von der Spitze der Organisation noch allein von der Basis oder einzelnen Experten innerhalb oder außerhalb des Systems. Ein Impuls, und komme er von der mächtigsten Stelle des Systems, kann nicht gewährleisten, dass in anderen Teilen des Systems der gewünschte Erfolg eintritt.

In der Gesundheitsförderung taucht diese Problematik sehr häufig auf. Die Identifikation mit den Bürgern, Selbsthilfegruppen und Initiativen und die Wahrnehmung der Advoka-

tenrolle ist oft sinnvoll und notwendig. Behörden, Institutionen und Organisationen werden mit Forderungen von unten konfrontiert, und Veränderungen hängen allein von der Durchsetzungskraft der Basis ab. Doch diese Perspektive engt den Handlungsspielraum ein und die Chance auf eine intersektorale Kooperation wird rasch aufs Spiel gesetzt.

Soziale Systeme sind als komplizierte Netzwerke zu sehen, deren tragende Elemente sich wechselseitig erzeugen, und Interventionen müssen sich auf diesen Zusammenhang beziehen: sie müssen die Beziehungen zwischen den Elementen berücksichtigen und auf eine Entwicklung dieser Beziehungen gerichtet sein. Dennoch kann nicht jede Veränderung und jeder Entwicklungsschritt mit allen in direkter Kommunikation ausgehandelt werden. Es ist ja gerade das besondere Charakteristikum von Organisationen – etwa im Unterschied zu Gruppen –, dass zwar alle mit allen in bestimmter Weise kooperieren und daher auch voneinander abhängig sind, ohne dies jedoch gemeinsam aushandeln und besprechen zu können. Die Möglichkeiten der direkten Kommunikation sind überschritten und an ihre Stelle treten andere Kommunikationsstrukturen (z.B. Vorgesetzte als Repräsentanten für Subeinheiten, Delegierte) und Medien (z.B. Verschriftlichung). Selektion und Partizipation sind in gleicher Weise notwendig. In einem Organisationsentwicklungsprozess orientieren sich jedoch beide nicht an „top“ oder „bottom“, sondern am Grad der Betroffenheit von einem zu bearbeitenden Problem.

Interventionen der Gesundheitsförderung arbeiten systematisch an der Vernetzung aller von einer Problemstellung Betroffenen über die Grenzen von Berufsgruppen, Organisationseinheiten und Hierarchieebenen hinweg. Die Vernetzung von Rollenträgern und Organisationseinheiten im Sinne einer lösungsorientierten Systembildung stellt innovative und überraschende Kooperationen her und ist somit ein ganz wichtiges Interventionsinstrument, z.B. in Form von Gruppeninterviews, Klausurtagungen, interdisziplinären Arbeitsgruppen und natürlich durch den Aufbau einer Projektorganisation für die Zeit des Beratungsprozesses. Die Vernetzung folgt einerseits der Logik funktionaler Interdependenzen und andererseits dem Prinzip des prozessadäquaten Zeitpunkts. Diese Vernetzung einzurichten, kann ein wichtiger Beitrag von externen Beratern sein, weil es innerhalb des Systems für niemanden leicht ist, die Autorität und Legitimation für eine solche bereichsübergreifende Intervention zu erhalten. Dies führt schon zum nächsten Prinzip.

Unterschiedliche Perspektiven fördern und selbst eine allparteiliche Haltung einnehmen

Wenn man neue Orientierungen, wie z.B. Gesundheitsförderung, einführen will, gilt es, die unterschiedlichen Kräfte im System zu aktivieren. Für eine Initiative, die von außen kommt, kann dies nur gelingen, wenn man gegenüber diesen Unterschieden eine allparteiliche Grundhaltung bewahrt. Dennoch darf Allparteilichkeit nicht verwechselt werden mit dem Fehlen eines inhaltlichen Standpunkts oder mit emotionaler Distanz zu den Zielsetzungen und Motivationen. Es heißt, nicht nur eine Sichtweise zu vertreten, sondern in der internen Auseinandersetzung zwischen widersprüchlichen Sichtweisen und Interessen zu vermitteln.

Das bedeutet auch nicht, dass Harmonie die Grundlage von Entwicklungen ist. Wenn es gelingt, die unterschiedlichen Interessen zur Geltung zu bringen und die Spannungen und Konflikte in Informationen für das System zu übersetzen, sind Unterschiede, Abweichungen und Konflikte ein Motor der Entwicklung in sozialen Systemen. Daher ist es wichtig, dass im Rahmen von organisationsbezogenen Veränderungen Arbeits- und Entscheidungsprozesse etabliert werden, in denen diese Unterschiede bearbeitet werden können.

Keine fertigen Pläne hineintragen: schrittweise Entwicklung der Potenziale statt einmaliger Planung

Fertige standardisierte Konzepte werden der Dynamik der Veränderung sozialer Systeme nicht gerecht. Es ist notwendig, die Potenziale im Klientensystem schrittweise zu fördern und das Gesamtkonzept prozessorientiert nachzusteuern. Ebenso wenig lassen sich an einem Ort erfolgreiche Pilotprojekte ohne eigens konzipierten Organisationsentwicklungsprozess in eine andere Organisation oder Organisationseinheit transferieren. Veränderung bleibt immer Selbstveränderung, und Erfahrungen mit innovativen Modellen müssen von den Betroffenen nachvollzogen und an die eigene Situation angepasst werden.

Das hat eine doppelte Implikation. Erstens bedeutet es, nicht von außen, von externen Experten fertige Konzepte in das System hineinzutragen, weil diese meistens nicht sehr wirksam werden können, wenn sie nicht von den relevanten Kräften im System mitentwickelt und akzeptiert werden. Und zweitens bedeutet es, Entwicklungsprozesse Schritt für Schritt vorzunehmen und nicht schnelle Lösungen zu suchen, auch wenn das Problem vielleicht noch gar nicht ganz klar ist. Dies verlangt oft ein ganz bewusstes Gegensteuern zur etablierten Dynamik: Getragen von einer mechanistischen Organisationsvorstellung und einem starken Problemdruck, werden häufig rasche Problemlösungen gesucht. Solche scheinbar „abgekürzten Verfahren" von Organisationsveränderung stoßen jedoch meistens auf Akzeptanzprobleme und bedeuten, dass die Organisation als solche nichts dazulernt.

Statt auf fertige und rasche Lösungen sollte die Aufmerksamkeit darauf gerichtet sein:
- eine gemeinsame Sicht des zu lösenden Problems zu erarbeiten,
- den Entscheidungsprozess zu planen und zu strukturieren,
- die Umsetzung von Beginn an mitzudenken und zu planen,
- die einzelnen Schritte zeitlich angemessen zu dimensionieren und aufeinander abzustimmen,
- laufende Erfahrungen in die Steuerung des weiteren Prozesses einzubeziehen (zirkuläre Zielplanung),
- sich bewusst auf Störungen und Überraschungen einzustellen und
- für Auswertungsschritte während des Organisationsentwicklungsprozesses und am Ende zu sorgen.

Ein wichtiger Schritt einer Organisationsentwicklung ist die Schöpfung von Informationen innerhalb des Systems. Wir erleben oft, dass von Experten erstellte sorgfältige Organisationsdiagnosen im System wenig Wirkung haben, wenn das Wissen nicht innerhalb des

Systems generiert wird. Jede Information ist eine Leistung des Systems, und das System muss sie mit seinen eigenen Mitteln in der für das System relevanten Kommunikation produzieren.

Die Balance von Bewahren und Verändern beachten

Jede Organisation ist von dem Grundwiderspruch zwischen Bewahren und Verändern geprägt. Auch in unbefriedigenden Situationen bedeutet jede Veränderung die Aufgabe von Sicherheit. Die etablierten Strukturen, Arbeitsweisen und die Kultur von Organisationen haben – oft auch gegen die Vorstellungen und Motive einzelner oder sogar vieler Mitarbeiter – große Stabilität und sind, wie täglich erlebbar ist, individuell nicht leicht zu verändern. Wer eingespielte Abläufe, Kooperationsstrukturen und Beziehungsmuster verändert, löst unweigerlich Verunsicherung und Konflikte aus. Agenten der Veränderung (*change agents*) verstärken in der Organisation die Ängste vor Veränderung und damit die beharrenden Kräfte. Veränderung wird sehr oft positiv bewertet und Stagnation wird ihr als etwas Negatives gegenübergestellt. Diese oft implizit vorgenommene Bewertung verführt dazu, die bewahrenden Kräfte und ihre Funktion in einem sozialen System zu übersehen und an ihnen zu scheitern. Diese Perspektive übersieht auch, dass Systeme sehr viel Energie aufwenden müssen, um Stabilität herzustellen und ihre Grenzen aufrechtzuerhalten. Veränderungen passieren quasi von selbst und man muss daher beobachten, wie es gelingt, Kontinuität zu sichern und trotz des Flusses von Veränderungen die Identität zu bewahren.

Struktureller Wandel bedeutet eine Umschichtung wechselseitig fixierter Erwartungen. Für die Betroffenen ist damit eine Neudefinition ihrer innerorganisatorischen Position und ihrer beruflichen Identität verbunden. Das erfordert eine sorgfältige Balance zwischen Verändern und Bewahren und entsprechende organisatorische Maßnahmen, die damit verbundenen Konflikte produktiv zu verarbeiten. Jedes System kann in einer bestimmten Entwicklungsphase nur ein bestimmtes Maß an Veränderung verarbeiten. In jeder Organisation gibt es vieles, was wert ist, bewahrt zu werden. Wenn das Bewahrenswerte gemeinsam herausgefunden wird, ist es auch leichter, Dinge aufzugeben, die geändert werden sollten. Die Aktivitäten des Veränderns und Bewahrens ideologisch in gute und schlechte aufzuspalten, stärkt meist die Beharrungstendenzen.

Geschützte Freiräume zur Selbstbeobachtung im Veränderungsprozess sichern

Ein Angelpunkt einer lernenden Organisation besteht in der Herstellung von geeigneten Settings, in denen sich die Organisation beobachten kann, in denen Veränderungsvorhaben geplant, unterschiedliche Standpunkte ausführlich diskutiert und Erfolgskriterien festgelegt werden, Umsetzungsschritte gestartet werden und Reflexion stattfinden kann. Es ist dazu notwendig, entsprechende Kommunikationsstrukturen teils temporär, teils auf Dauer einzurichten und Kooperationsbeziehungen zu fördern.

Dies ist meist gegenläufig zu den herrschenden Standardorganisationen und es braucht daher großes Geschick, entgegen den Symptomen von Zeitdruck, Hektik und Arbeitsüber-

lastung gesicherte Freiräume für Reflexion und strategisches Nachdenken einzurichten. Die Intervention ist hier darauf gerichtet, eine gezielte Verzögerung von Zeit anzuregen oder genauer gesagt, einen doppelten Prozess zu stimulieren: durch Optimierung von Ablaufprozessen einerseits die Effizienz zu erhöhen und andererseits damit auch Ressourcen für die strategisch wichtigen Kommunikationsleistungen freizumachen.

Etablieren eines Innovationssystems (Projekt)

Veränderungsvorhaben in Organisationen stehen vor dem Problem, dass jede relevante Veränderung alle Teile der Organisation betrifft. Es müsste also gelingen, dass sich die Organisation mit allen ihren Subsystemen als Ganzes schrittweise ändert; alle müssten sich gleichzeitig auf die geplante Veränderung einstellen und mit einem Ruck bestimmte Dinge neu und anders tun. Die Unmöglichkeit, dies umzusetzen, ist ein Hauptgrund für die Schwerfälligkeit organisationaler Veränderung. Eine sehr erfolgreiche Strategie ist es daher, den Regelbetrieb ungestört fortzusetzen und gleichzeitig ein abgegrenztes Innovationssystem auf Zeit einzurichten, an dem ein kleiner Teil des Personals ein bestimmtes Quantum an Arbeitszeit investiert. Dort können neue Aufgaben in Angriff genommen und neue Strukturen und Formen der Zusammenarbeit ausprobiert werden. Das Innovationssystem kann also einerseits Probleme bearbeiten, für die es keine Struktur und Zuständigkeit in der Organisation gibt, und andererseits als Experimentierfeld für neue Organisationsstrukturen dienen. Projekte können diese Funktion als Innovationssystem einnehmen.

Projekte sind eine beliebte Form, Gesundheitsförderung zu organisieren, und sie sind in Wirtschafts- und Non-Profit-Betrieben erfolgreiche Instrumente zur Entwicklung von Organisationen. Konzipiert als eigenständige soziale Systeme in einer Organisation oder zwischen mehreren Organisationen mit einem abgegrenzten Aufgabengebiet und einem zeitlichen Rahmen ermöglichen sie, neue, von etablierten Organisationsformen nicht bearbeitbare Probleme aufzugreifen. Dabei können neue Formen der Zusammenarbeit erprobt werden. Projekte folgen anderen Prinzipien als Organisationen: Interdisziplinarität, Teamarbeit, Selbststeuerung und Problemorientierung treten gegenüber Hierarchie, berufsständischen Ordnungsprinzipien und Vereinzelung in den Vordergrund. Das macht Projektarbeit attraktiv und bietet zugleich ein Konfliktpotenzial zwischen Projekt und Routinebetrieb in der Organisation. Projekte können nicht auf eingespielte Kommunikationsmuster und auf vorhandene Organisationsstrukturen zurückgreifen, sie müssen sich ihre Strukturen selbst aufbauen und ihren Prozess selbst managen.

Aufbau interner und Nutzung externer Expertise

An diesem Punkt wird auch deutlich, dass in der internationalen Diskussion die Konsequenzen des Gesundheitsförderungskonzepts hinsichtlich der Ausdifferenzierung unter-

schiedlicher Rollen noch nicht ausreichend formuliert wurden. Die Entwicklung von klar umrissenen Rollenprofilen ist jedoch eine Voraussetzung, um Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung voranzutreiben. Denn Organisationen entwickeln sich durch Ausdifferenzierung in neue Einheiten, Programme und professionelle Rollen. Neue Aufgaben werden identifiziert und übernommen, indem bestehende Rollen und Kompetenzen modifiziert oder neue geschaffen werden. Gesundheitsförderung als Intervention in soziale Systeme braucht neben sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Qualifikationen professionelles Know-how im Umgang mit komplexen sozialen Systemen. Diese Kompetenz gilt es in das Repertoire der Gesundheitsförderung zu integrieren.

Um eine besondere Rolle mit speziellen Aufgaben und Qualifikationsanforderungen handelt es sich, wenn man Organisationen und andere Settings wie Gemeinden oder Regionen im Sinne der Gesundheitsförderung weiterentwickeln will. Dies betrifft vorrangig Auftraggeber und leitende Kräfte von Gesundheitsförderungsprojekten. Hier werden soziale Kompetenzen gebraucht – um eine interdisziplinäre Kooperation aufzubauen, Projekte zu initiieren, fördern und leiten, Entscheidungsprozesse zu gestalten, Strukturen einzurichten, die organisatorische Veränderungsprozesse ermöglichen, etc. Die Kompetenzen für diese Rolle als *change facilitator* werden nicht im Rahmen von etablierten Berufsausbildungen vermittelt, sie müssen als Zusatzqualifikationen in speziellen, praxisorientierten Lernsettings erworben werden. Die Professionalisierung dieser Rolle ist voranzutreiben, wenn es um die Implementierung von Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung geht.

Die speziellen Anforderungen, die auch in Seminaren zur Gesundheitsförderung immer wieder als Problemstellungen eingebracht werden, kreisen um vier Problemkreise: Gesundheitsförderer müssen sich erstens in ihrer angestammten Organisation als solche positionieren und zweitens muss eine Beziehung zu den Klienten und Betroffenen aufgebaut werden, die deren Selbstentwicklung fördert; ein dritter anspruchsvoller Aufgabenbereich bezieht sich auf den Aufbau intersektoraler Kooperation und viertens geht es um den Aufbau und das Management von konkreten Projekten.

Sich in der eigenen Organisation positionieren

Organisationen verändern sich über die Entwicklung von Strukturen und Personen. Rollen mit einem bestimmten Aufgabenprofil und klar definierten Kompetenzen sind ein wesentlicher Bestandteil der Strukturen. Sie bestimmen das Netzwerk an Kommunikationen und legen die wechselseitigen Erwartungen zwischen den Rollenträgern fest. Zunächst werden von dem Konzept der Gesundheitsförderung eine oder mehrere Personen angeregt, die von ihrer Berufsrolle her Möglichkeiten sehen, ihre eigenen Aufgaben besser zu erfüllen und interessante neue Zielsetzungen aufzugreifen. Ein Betriebsarzt in einem Unternehmen, ein Lehrer in einer Schule, ein Amtsarzt in einer Gemeinde beginnt die eigene Arbeit an der neuen Idee auszurichten, ohne dies schon „an die große Glocke zu hängen“. Doch schon bald stoßen diese Bemühungen an Grenzen. Von den Kooperationspartnern wird die Veränderung entweder nicht wahrgenommen, ignoriert oder mit

Verstörung aufgenommen, und es wird darauf gedrängt, dass die eigenen Erwartungen wie bisher erfüllt werden. Früher oder später kommt man zu dem Schluss, Gesundheitsförderung kann nicht auf informeller Basis, ohne formelle Veränderung der Berufsrolle, erfolgreich betrieben werden. Einzelne Aktionen kann man zwar mit erfreulicher Resonanz durchführen, doch lehrt die Erfahrung, dass sich dadurch an den eingespielten Abläufen und Routinen der Organisation nichts ändert, eine Orientierung an der Gesundheit der Beschäftigten und Klienten weiterhin vermisst wird.

Die Integration von Gesundheitsförderung in einer Organisation ist an danach ausgerichteten Entscheidungsstrukturen und an eine mit den Agenden für Gesundheitsförderung betraute Stelle gebunden. Damit wird der Platz markiert, den Gesundheitsförderung in der Organisation einnimmt. Eine wichtige Aufgabe besteht daher darin, diesen Aushandlungsprozess dazu zu nutzen, die Entscheidungsträger in eine gründliche Auseinandersetzung mit dem Konzept der Gesundheitsförderung zu verwickeln und dafür zu sorgen, dass die Identifikation mit diesem Konzept durch eine klare Zielformulierung und eine klare Definition der Rolle konkretisiert wird.

Mit der formellen Einrichtung einer Zuständigkeit für Gesundheitsförderung ist der Entwicklungsprozess noch lange nicht abgeschlossen. Die Stelle kann als Startrampe für den Rolleninhaber angesehen werden, von der aus die Implementierung in Form von Projekten oder anderen Maßnahmen konkretisiert werden kann. Die eigene Positionierung bedeutet somit immer schon ein Stück Organisationsentwicklung. Diesen Prozess bewusst zu gestalten ist eine der zentralen Herausforderungen für die Experten der Gesundheitsförderung.

Klienten beraten

An die Beziehung zwischen den Fachkräften für Gesundheitsförderung und den Betroffenen richten sich mehrere, zum Teil widersprüchliche Erwartungen: Aktivisten und Initiativgruppen erwarten Engagement und emotionale Unterstützung. Bei Differenzen und Auseinandersetzungen mit anderen Organisationen oder mit Entscheidungsträgern aus Politik und Verwaltung wird mitunter von verschiedenen Seiten eine klare Parteinahme des *change facilitator* eingeklagt. So wichtig Verständnis und Unterstützung für die Anliegen der Aktivisten sind, so empfehlenswert ist eine neutrale Haltung und ein Verzicht auf einseitige Parteinahme beim Aufbau intersektoraler Kooperation. Die Differenzierung zwischen der Rolle eines *advocate*, eines Anwalts, und der eines *change facilitator*, desjenigen, der mit der organisatorischen und strukturellen Entwicklung befasst ist, ist hier besonders bedeutsam und schwierig zugleich. Als advocate hat man andere Möglichkeiten, aber auch Beschränkungen. Will man in einem Projekt mit allen relevanten Kräften eine produktive Arbeitsbeziehung erhalten, braucht man die Akzeptanz und die Autorität in der eigenen Rolle als change facilitator.

Die Rolle des *change facilitator* verlangt Engagement und Bereitschaft, seine Arbeitskraft für fachliche und organisationsbezogene Hilfestellung einzusetzen. Oft liegt die Ver-

führung nahe, sich als Initiator und Eigentümer eines Projekts zu fühlen und damit in Rivalität mit den Klienten zu geraten. Letztere brauchen es jedoch für ihre eigene Motivation, dass sie das Projekt als das ihre und die erreichten Ziele als ihre Leistung ansehen. Eine Orientierung an der Rolle eines Beraters erleichtert dem *change facilitator*, die Balance von Engagement und Distanz zu halten. Die beraterische Haltung ist auch gut dafür geeignet, die Energien der Beteiligten zu mobilisieren, da man nicht Gefahr läuft, stellvertretend für andere aktiv zu werden und ihnen damit Arbeit, aber auch Motivation und Eigenkompetenz zu nehmen.

Intersektoralität organisieren

Gesundheitsförderung ist in besonders hohem Maße von einer tragfähigen Kooperation unterschiedlicher Sektoren abhängig. Diese herzustellen gehört zu den besonders schwierigen und anspruchsvollen Aufgaben. Unterschiedliche Sektoren haben unterschiedliche Ziele und Interessen. Sie können nicht durch einen Konsens in Bezug auf das Konzept der Gesundheitsförderung überbrückt werden. Investitionen in grundlegende Konzeptdebatten lohnen nicht. In einem Betrieb z.B. ist die Beteiligung von Management, Betriebsrat, Arbeitsmedizin, Sicherheitstechnik, Versicherung und den Beschäftigten selbst nötig. In konkreten Projekten können Ziele vereinbart werden, deren Erreichung für alle Beteiligten einen Erfolg verspricht. In einer Region haben Gesundheitsinitiativen und Vereine ein anderes Verständnis von Gesundheitsförderung als die regionale oder nationale Gesundheitspolitik oder als Versicherungen und Krankenkassen. Die Leitfrage lautet: Wie können Strukturen der Zusammenarbeit etabliert werden, die die Identität und Autonomie der Akteure respektieren und zugleich Synergien freisetzen, die aus der Perspektive aller Beteiligten ein Gewinn sind? Gemeinsame Projekte können eine solche Organisationsform sein.

Projektstrukturen aufbauen

Die Schlüsselrolle von Projekten zur Implementierung von Gesundheitsförderung wurde schon dargestellt. Ihre Qualität hängt nicht zuletzt von dem Grad an Professionalität im Projektmanagement ab. Projekte können nicht auf eingespielte Kommunikationsmuster und auf vorhandene Organisationsstrukturen zurückgreifen, sie müssen sich ihre Strukturen selbst aufbauen und ihren Prozess selbst managen. Dies erfordert spezielle Investitionen und besondere Qualifikationen für den Aufbau und die Steuerung von Projekten.

Externe Expertise in Form von Organisationsberatung nutzen

Eine besondere Form, interne Auftraggeber, Projektleiter und Projektteams zu unterstützen, besteht in der Kooperation zwischen internen *change facilitators* und externen Organisationsberatern. Interne Fachkräfte sind gut an die Organisation angeschlossen und besitzen viel Vorwissen über die jeweilige Situation und ihre Hintergründe. Externe Berater hingegen können besser eine neutrale Position einnehmen und sind daher besser geeignet, bei Konflikten oder heiklen Entscheidungen die Prozesssteuerung zu übernehmen. Zudem bringen sie Erfahrungen aus anderen Organisationen mit und können vor diesem Hintergrund wichtige Fragestellungen und Sichtweisen einbringen, auf die die Vertreter aus dem System nicht gekommen wären.

Evaluation als Intervention

Ausgehend von den Prinzipien einer lernenden Organisation muss auch die Evaluation entsprechend angepasst werden. Evaluation ist immer eine Intervention in das betroffene soziale System und muss daher auch bewusst so geplant und realisiert werden. In diesem Sinne ist Evaluation im Verhältnis zu den evaluierten Aktivitäten (Projekte etc.) gleichsam eine zusätzliche, parallel geschaltete Intervention. Sie ist daher auf eine gute Kooperation und Koordination mit der zugrunde liegenden Intervention angewiesen. Evaluationsergebnisse können, gerade wenn sie aussagekräftig sind, zu Störungen innerhalb der Projekte führen, wenn sich z.B. durch die Evaluation unterschiedliche Sichtweisen und Einschätzungen der Akteure auf die Intervention ergeben und das zu Konflikten führt. Um unproduktive Konflikte oder schlicht Wirkungslosigkeit zu vermeiden, muss die Evaluation sorgfältig auf die Vorgehensweise und die Rahmenbedingungen abgestimmt sein und ein stabiles Arbeitsbündnis errichtet werden. Es empfiehlt sich daher, die Evaluation schon zu Beginn eines Projekts einzuplanen und ein Bewusstsein für alle Beteiligten herzustellen, welcher Ertrag aus der Evaluation zu erwarten sein wird.

Die festzulegenden Messkriterien werden dabei an der Qualität der Organisationsentwicklung und des Projektmanagements auszurichten sein. Qualitätsstandards müssen auch den Prozess, sein Management und Strukturveränderungen betrachten. Zur Evaluation von Prozess und Strukturen sind Indikatoren zu entwickeln, die sich auf die Qualität des Projektmanagements beziehen und den Veränderungsprozess auf der Organisationsebene einschließen:

- Inwieweit ist es dem Projekt gelungen, dass Gesundheit auf der Agenda der Organisation einen angemessenen Platz einnimmt? Wo kommt dieses Thema in der formellen, wo in der informellen Kommunikation vor, wo kommt es nicht vor?
- Welcher Begriff von Gesundheit wurde dabei entwickelt? Welche Dimensionen von Gesundheit wurden vor dem Projekt berücksichtigt, welche sind durch das Projekt hinzugekommen? Welche Rolle spielt die psychosoziale Gesundheit? Wie wird der Zusammenhang zwischen Gesundheit und der Organisation gesehen?
- Wie hat sich die Behandlung des Themas Gesundheit in den relevanten Entscheidungsprozessen verändert?
- Welche Formen der Selbstbeobachtung der Organisation in Bezug auf die Gesundheit ihrer Mitglieder konnten aufgebaut und implementiert werden? Welchen Einfluss haben die Ergebnisse dieser Beobachtungen auf die Entwicklung der Organisation?

Evaluation kann dabei eine wichtige Dimension der Organisationsentwicklung verstärken und unterstützen. Eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklungsfähigkeit von Organisationen ist deren Fähigkeit zur Selbstbeobachtung und deren Auswertung. Nur wenn eine Organisation über angemessene Strukturen und Verfahren der Selbstbeobachtung verfügt, kann sie die Wirkungen ihrer Handlungen messen und bewerten, die Entscheidungen und Arbeitsprogramme veränderten Umweltbedingungen anpassen und sich auf neue Anforderungen einstellen. Es ist daher ein wichtiges Ziel, durch Instrumente

der Evaluation den Prozess der Informationsgewinnung anzuregen, die Organisation bei der Produktion von problemadäquatem Wissen über sich selbst zu unterstützen und beim Aufbau der dazu notwendigen Kompetenzen zu beraten.

Literatur

Dür, W. / Pelikan, J. M. (Hrsg.) (1998): *Qualität in der Gesundheitsförderung. Ansätze und Beispiele zur Qualitätsentwicklung und Evaluation*. Wien: Facultas-Universitätsverlag.

Evans, D. / Head, M. / Speller, V. (1994): *Assuring Quality in Health Promotion: How to Develop Standards of Good Practice.* London: Health Education Authority.

Foerster, H. von (1985): *Sicht und Einsicht.* Braunschweig.

Grossmann, R. (1996a): „Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz im Krankenhaus." In: Grossmann, R. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung und Public Health. Öffentliche Gesundheit durch Organisation entwickeln.* Wien: Facultas-Universitätsverlag.

Grossmann, R. (Hrsg.) (1996b): *Gesundheitsförderung und Public Health. Öffentliche Gesundheit durch Organisation entwickeln.* Wien: Facultas-Universitätsverlag.

Grossmann, R. / Scala, K. (1996a): *Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement.* (2. Auflage) Weinheim: Juventa.

Grossmann, R. / Scala, K. (1996b): „Lernen von Personen zur Entwicklung von Organisationen." In: Grossmann, R. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung und Public Health. Öffentliche Gesundheit durch Organisation entwickeln.* Wien: Facultas-Universitätsverlag, 377-409.

Lobnig, H. / Pelikan, J. M. (Hrsg.) (1996): *Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Eine österreichische Forschungsbilanz*. Wien: Facultas-Universitätsverlag.

Pelikan, J. M. / Wolff, St. (Hrsg.) (1999): *Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation.* Weinheim: Juventa.

Pelikan, J. M. / Demmer, H. / Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1993): *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung.* Weinheim: Juventa.

Scala, K. (1996): „Beiträge der Organisationsforschung zur Gesundheitsförderung im Betrieb." In: Lobnig, H. / Pelikan, J. M. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Eine österreichische Forschungsbilanz*. Wien: Facultas-Universitätsverlag, 76-86.

Scala, K. (1997): *Konzept und Projektmanagement zur Gesundheitsförderung in der Schule.* Teil 1: Ein Leitfaden für Schulleiter; Teil 2: Ein Handbuch für ProjektkoordinatorInnen. Wien: REMAprint.

Scala, K. / Grossmann, R. (1997a): „Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung." In: *Leitbegriffe für Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim a.d. Selz: Verlag Peter Sabo, 100-101.

Scala, K. / Grossman, R. (1997b): *Supervision in Organisationen.* Weinheim: Juventa.

Scala, K. / Heimerl, K. (1998): „Qualität durch Projektmanagement am Beispiel eines Transferprojektes." In: Dür, W. / Pelikan, J. M. (Hrsg.): *Qualität in der Gesundheitsförderung. Ansätze und Beispiele zur Qualitätsentwicklung und Evaluation*. Wien: Facultas-Universitätsverlag, 232-240.

Wimmer, R. (1995): „Die permanente Revolution. Aktuelle Trends in der Gestaltung von Organisationen." In: Grossmann, R. / Krainz, E. / Oswald, M. (Hrsg): *Veränderung in Organisationen. Management und Beratung.* Wiesbaden: Gabler, 21-41.

1.5 Entwicklung eines Qualitätssicherungskonzepts in der Prävention

Uwe Koch, Stefan Kawski, Jürgen Töppich

Einleitung

Verschiedene Studien zum präventiven Angebot der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland (vgl. u.a. Kirschner et al. 1995; Mathiszig et al. 2000) dokumentierten für die erste Hälfte der 90er Jahre erhebliche Probleme. Zu nennen sind hier unter anderem die Inanspruchnahme von präventiven Angeboten durch gesundheitlich eher gering belastete soziale Gruppen, die Förderung von Angeboten, deren gesundheitlicher Nutzen nicht nachweisbar war, eine mangelhafte Abstimmung zwischen den verschiedenen Anbietern präventiver Leistungen sowie eine kaum vorhandene Evaluation und Qualitätssicherung.

Diese und weitere Qualitätsmängel sowie fehlende Unterstützung durch gesellschaftlich einflussreiche Gruppen trugen erheblich dazu bei, dass im Jahr 1997 durch den Gesetzgeber einschneidende Beschränkungen der präventiven Handlungsspielräume der gesetzlichen Krankenkassen erfolgten. Diese wurden allerdings nach dem Regierungswechsel im Jahr 1998 weitgehend wieder aufgehoben. Entscheidungen für ein gestärktes System der Gesundheitsvorsorge legten die Basis für diese erneute gesetzliche Verankerung präventiver Anstrengungen der Krankenkassen. So wurden im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 die Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe neu festgelegt. Dabei wurde der Notwendigkeit von Qualitätssicherung, Evaluation und Steuerung auf der gesetzlichen Ebene mit dem novellierten § 20 SGB V und auf der Ebene der Krankenkassen mit den im Juni 2000 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen verabschiedeten gemeinsamen Leitlinien (AOK Bundesverband et al. 2000) Rechnung getragen.

In diesem Zusammenhang stellte sich die Frage, welche Modelle, Strategien und Verfahren der Qualitätssicherung in der Prävention zur Verfügung stehen und welche gegebenenfalls zu entwickeln wären. Eine von den Autoren durchgeführte Sichtung der internationalen Literatur erwies sich in dieser Hinsicht als wenig ergiebig. Auch die 4. Europäische IUHPE-Konferenz, die 1999 das Thema „Effektivität und Qualität der Gesundheitsförderung" fokussierte, zeigte, dass international zwar eine breit getragene Forderung nach Qualitätssicherung in der Prävention besteht, dass aber bezüglich deren Einlösung ein erheblicher Entwicklungsbedarf existiert.

Vor diesem Hintergrund wurden ab 1998 von der Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in enger Zusammenarbeit mit der BZgA die Grundzüge eines umfassenden Mehr-Ebenen-Modells der Qualitätssicherung in der Präven-

tion entwickelt (vgl. Kawski et al. 1999). Die praktische Anwendbarkeit dieses zunächst theoretisch ausformulierten Modells in einzelnen präventiven Handlungsfeldern wird zur Zeit im Rahmen eines von der BZgA finanzierten Forschungsprojekts an exemplarischen Präventionsaktivitäten untersucht. Die nachfolgende Darstellung beschreibt das Mehr-Ebenen-Modell in seiner Zielsetzung und Konzeption und gibt Hinweise auf geeignete Messzugänge.

Das Vier-Ebenen-Modell der Qualitätssicherung in der Prävention

Ziel ist die Entwicklung eines Qualitätssicherungssystems für unterschiedliche Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung, das die entscheidenden Handlungs- und Entscheidungsebenen in diesem Aktionsfeld berücksichtigt. Den Ausgangspunkt bildete die empirisch begründete Überlegung, dass sich der Erfolg von Prävention, deren Anspruch es ist, relevante Gesundheitseffekte in einer Bevölkerung zu erzielen, maßgeblich auf vier Ebenen entscheidet, die sich wechselseitig beeinflussen:

Auf der *politischen Ebene* (I) werden Entscheidungen getroffen, die auf die Stellung der Prävention im Verhältnis zu anderen Feldern der Gesundheitspolitik, auf prioritäre Themen und Ziele der Prävention sowie auf ihre finanzielle Ausstattung Einfluss ausüben. Diese Entscheidungen bilden relevante Rahmenbedingungen für die in der Prävention tätigen Institutionen. Die *Ebene der Institutionen* (II) beschreibt zunächst eine gegebene präventive Infrastruktur. Ob die Umsetzung prioritärer präventiver Ziele auch tatsächlich mit dem nötigen Interventionsdruck erfolgen kann, hängt zum einen von der materiellen und personellen Ausstattung der präventiv tätigen Institutionen, ihrem Engagement und ihrer Bereitschaft zu einem arbeitsteiligen, kooperativen Vorgehen ab. Zum anderen wird der Erfolg eines solchen Engagements in starkem Ausmaß von der Qualität der zum Einsatz kommenden *Präventionsprogramme* (III) und der Güte der einzelnen Programmkomponenten abhängen, d.h. den *Maßnahmen* (Medien, Aktivitäten) (IV), die zielführend in ein Gesamtprogramm eingepasst sein müssen.

Die vier Ebenen in diesem Modell (gesundheitspolitisches System, beteiligte Institutionen, Präventionsprogramme, Einzelmaßnahmen; vgl. *Abbildung 1*) repräsentieren keine klassisch hierarchische Struktur. Sie sind aufeinander angewiesene, sich wechselseitig beeinflussende Teile eines Systems der Prävention, dessen Erfolg es zu optimieren gilt. Eine notwendige Bedingung, um den Erfolg des Systems zu optimieren, besteht in einer systematisierten Kommunikation zwischen den Ebenen. Das hier vorgeschlagene Modell der Qualitätssicherung will Verfahren zur Beschreibung, Dokumentation, Analyse und Rückkopplung von Informationen erarbeiten. Dadurch soll es möglich werden,

1. dass die Beteiligten aller Ebenen von den Aktivitäten (Entscheidungen, Programmen, Maßnahmen) der anderen erfahren (Transparenz),

2. die Qualität von einzelnen Maßnahmen und Programmen beurteilen zu lassen (expertengestützte Rating-Verfahren),
3. vergleichende Analysen durchzuführen, die Stärken und Schwachstellen der eigenen Maßnahmen und Programme sichtbar werden lassen (Benchmarking),
4. die langfristige Entwicklung der Quantität und Qualität von präventiven Maßnahmen und Programmen zu beobachten und zu dokumentieren (Monitoring),
5. aggregierte Daten über Quantität und Qualität vorhandener Präventionsmaßnahmen und -programme der Politik zur Verfügung zu stellen, damit zukünftige präventionspolitische Entscheidungen auf der Grundlage empirischer Daten möglich werden.

Nachfolgend werden die vier Ebenen des Qualitätssicherungsmodells in ihren Grundzügen charakterisiert. Die grundsätzlichen methodischen Zugänge der Ebene I werden ebenfalls hier skizziert; die Assessmentansätze im Sinne einer gezielten Qualitätssicherung der Prävention, die auf den Ebenen II bis IV zur Anwendung kommen, werden dagegen in einem eigenen Abschnitt („Assessmentansätze des Qualitätssicherungskonzepts", *Seite 91*) näher spezifiziert.

Charakteristik der vier Ebenen	**Vier Ebenen des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung**	**Inhalte und Erhebungsstrategien in Bezug auf die vier Ebenen**
(I) Politische Einschätzungen zur Bedeutung von Prävention	**Gesundheitspolitisches System**	(I) Einflüsse auf und Interaktionen mit Institutionen der Ebene (II) *Experteninterviews*
(II) Differenzierung der als Anbieter beteiligten Institutionen (staatlich/ kommerziell/betrieblich/ pädagogisch)	**Beteiligte Institutionen/Agenturen**	(II) Taxonomie der Institutionen; Beschreibung der Strukturen und Konzepte *Dokumentationen*
(III) Indikationsspezifische Programme; Unterschiede in Komplexität und Zielen	**Präventionsprogramme**	(III) Ziele, inhaltliche Konsistenz,theoretische Fundierungen *Dokumentationen, Expertenratings*
(IV) Spezifische individuelle Maßnahmen mit indikationsbezogenen Inhalten; Differenzierung der Herangehensweise	**Einzelmaßnahmen**	(IV) Empirische Begründungen, Angemessenheit der Maßnahmen,Qualitätssicherungsanstrengungen *Expertenratings, Nutzerbefragungen*

Abb. 1: Das Vier-Ebenen-Modell, Charakteristik der Ebenen und Aspekte der Erhebung

Ebene I

Ebene I repräsentiert die gesundheitspolitische Einbettung der Prävention in das aktuelle Gesundheitssystem und beschreibt dessen gegenwärtige Entwicklungen. Die Analyse liefert Informationen über die politische Gewichtung der Prävention und ihrer Qualitätssicherung innerhalb der Gesundheitspolitik. Erkenntnisse auf dieser Ebene beziehen sich auch auf Vergleiche zwischen verschiedenen präventiven Systemen, z.B. zwischen europäischen Staaten oder innerhalb Deutschlands zwischen einzelnen Bundesländern. Solche (qualitativen wie quantitativen) Vergleiche können sich auf Zielsetzungen der Prävention, Strategien und Zugänge sowie finanzielle Aufwendungen für die Prävention insgesamt und für einzelne präventive Bereiche beziehen.

Zugänge: Zur Analyse der politischen Rahmenbedingungen der Prävention und ihrer Qualitätssicherung kommen unterschiedliche methodische Zugänge in Betracht: Eine wichtige Informationsbasis bilden Befragungen von Experten aus relevanten Institutionen. Eine andere Quelle stellt die Nutzung von Daten des Gesundheitssystems (z.B. aus der Gesundheitsberichterstattung) dar. Weiterhin ist zu prüfen, inwieweit sich Ergebnisse aus vergleichenden Gesundheitssystemanalysen, die andere (auch nicht präventionsbezogene) Bereiche der Gesundheitsversorgung betreffen, für solche Analysen heranziehen lassen. Letztlich stellen die aggregierten Erkenntnisse aus den Analysen der nachfolgenden Modellebenen (vor allem Ebene II und III) wichtige Informationen bezüglich der Umsetzung von Zielen sowie der Effektivität der Kampagnen und der Qualität von Maßnahmen zur Verfügung.

Ebene II

Die Ebene II des Modells bezieht sich auf Institutionen, die Präventionsprogramme initiieren und/oder durchführen. Solche Aufgaben werden von sehr unterschiedlichen Einrichtungen übernommen. Wegen der Heterogenität in Bezug auf die infrastrukturellen Voraussetzungen, Themenschwerpunkte, Zielgruppen und Konzepte sind für vergleichende Qualitätsanalysen auf dieser Ebene relativ homogene Cluster von Institutionen zu bilden, da nur so „faire Vergleiche“ möglich sind. Entsprechende Gruppierungen lassen sich auf der Grundlage unterschiedlicher Kriterien vornehmen. Als relevante Dimensionen der Klassifikation kommen unter anderem die präventive Schwerpunktsetzung, die organisatorische Einbettung der Institution, die Reichweite und Einflussmöglichkeiten oder der Umfang und die Basis der Finanzierung in Frage.

Ebene III

Die Ebene III bezieht sich auf Programme und Kampagnen in definierten Präventionsbereichen, die in der Regel von einer einzelnen Institution entwickelt und/oder gesteuert werden. Von Programmen wird deshalb gesprochen, weil hier für einen spezifischen Präventionsbereich mehrere präventive Maßnahmen festgelegt werden, die in einer systematischen Beziehung zueinander stehen, indem sie z.B. aufeinander aufbauen oder auf Ergänzung bzw. gegenseitige Verstärkung ausgerichtet sind. Da das Qualitätssicherungsmodell von Ebene zu Ebene spezifischer wird, ergibt sich für die Ebene der Programme und

Kampagnen eine wesentlich größere Vielfalt als bei den Institutionen (Ebene II). Sie ergibt sich unter anderem aus der großen Bandbreite in der Zielsetzung und Komplexität der Programme, aus den unterschiedlichen Themenfeldern und aus der unterschiedlichen institutionellen Einbindung der Programme. Faire Vergleiche auf der Ebene der Programme erfordern demzufolge noch stärker die Bildung von relativ homogenen Gruppen.

Ebene IV

Die Ebene IV zielt auf die einzelnen (abgrenzbaren) Präventionsmaßnahmen. Diese können Elemente eines Programms bzw. einer Kampagne (siehe Ebene III) sein oder als eigenständige Angebote bestehen. Da sich das Modell von Ebene III zu Ebene IV nochmals differenziert, besteht auf der Ebene der konkreten Einzelmaßnahmen eine entsprechend gesteigerte Vielfalt und Heterogenität. Wichtige Klassifikationsmerkmale für die zu bildenden Gruppen sind hier, neben dem fokussierten Präventionsfeld und dem methodischen Zugang, die Zielgruppe sowie Aufwand und Dichte der Maßnahmen.

Assessmentansätze des Qualitätssicherungskonzepts

Eine zentrale Aufgabe bei der Erarbeitung des Qualitätssicherungskonzepts ist die Entwicklung und Erprobung von Strategien und Instrumenten für die Umsetzung des Vier-Ebenen-Modells in die Praxis der Qualitätssicherung. So werden für die Ebenen II bis IV Qualitätsindikatoren definiert, deren Operationalisierungen festgelegt und korrespondierend methodische Zugänge erarbeitet. Für die aus den Analysen auf den Ebenen II bis IV gewonnenen Ergebnisse sind Rückmeldungsprozeduren zu entwickeln (vgl. „Rückmeldungen der Ergebnisse“, *Seite 93*).

Die inhaltliche Ausrichtung des Qualitätssicherungskonzepts bezieht – in der Tradition Donabedians (1966; 1980) – Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ein (vgl. auch *Kapitel 1.2* und *1.3*). Dabei sind Aspekte der Strukturqualität (ergänzt durch Aspekte der Konzeptqualität) vor allem für die Ebene II (Institutionen), Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität vorrangig für die Ebenen III und IV (Programme bzw. Einzelmaßnahmen) von Bedeutung. Für deren Assessment kommt ein Repertoire unterschiedlicher Verfahren in Frage. Wegen ihrer besonderen Bedeutung für die Qualitätssicherung in der Prävention erfolgt bei den nachfolgenden Darstellungen eine Schwerpunktlegung auf drei methodische Zugänge: Dokumentationsbogen, expertengestützte Ratingverfahren und Nachbefragungsinstrumente. Diese sind jedoch auf den Ebenen II bis IV in Abhängigkeit von Zielparametern unterschiedlich detailliert zu gestalten.

Struktur- und Konzeptqualität

Parameter der Struktur- und der Konzeptqualität werden vor allem auf der Ebene der Institutionen (Ebene II) erhoben. Einen methodischen Hauptzugang für solche Messungen bilden Dokumentationsbogen. Inhaltlich beziehen sie sich u.a. auf die Erfassung der

personellen, finanziellen und räumlichen Voraussetzungen für Prävention und auf sie bezogene Aktivitäten sowie auf die in den Institutionen vorliegenden Konzepte und Organisationsprinzipien. Mit der Konzeptdimension ist u.a. die „Präventionsphilosophie" der Einrichtung gemeint, des Weiteren Organisations- und Managementaspekte. Wichtige Merkmale in diesem Zusammenhang sind die interne und externe Vernetzung, d.h. die Koordination und Abstimmung zwischen einzelnen Akteuren innerhalb der Institution und mit anderen Institutionen. Weitere Aspekte auf der Struktur- und Konzeptdimension betreffen die Dokumentation der eigenen Tätigkeit und bereits etablierte Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements. Hier sind auch Aspekte des institutionellen Projektmanagements zu beschreiben, wie z.B. eine festgelegte Ablaufregelung, auch hinsichtlich von Planungs-, Dokumentations- und Evaluierungsschritten. Die Entwicklung und Gestaltung präventionsbezogener Dokumentationsbogen baut auf entsprechenden Erhebungsinstrumenten der Qualitätssicherung in anderen Bereichen der medizinischen Versorgungskette auf (vgl. Kawski/Koch 1999).

Prozessqualität

Aspekte der Prozessqualität sind innerhalb des Modells für die Ebenen der Programme (Ebene III) und Maßnahmen (Ebene IV) von besonderer Bedeutung, lassen sich aber grundsätzlich auch auf die Ebene der Institutionen (Ebene II) beziehen. Inhaltlich richtet sich die Beschreibung und Bewertung der Prozessqualität auf die Planung des präventiven Programms (bzw. der Maßnahmen) und die konkreten Vorgehensweisen bei der Umsetzung, z.B. ob Bedarf und Angebot nachvollziehbar dargelegt sind, ob die Festlegung der Ziele, die Begründung der Zielgruppenfestlegung und des gewählten didaktischen Konzepts, die erreichte interne und externe Kooperation und Vernetzung von Maßnahmen und Akteuren – und damit zusammenfassend die Interventionsstrategie – nachvollziehbar sind, ob sich diese Strategie auf empirische Ergebnisse bzw. theoriegeleitete Befunde stützt und die Umsetzung entsprechend erfolgt.

Für die Erfassung dieser und weiterer Parameter der Prozessqualität bei Präventionsprogrammen und -maßnahmen kommt expertengestützten Ratingverfahren ein besonderer Stellenwert zu. Solche Beurteilungsprozeduren wurden als „Peer-Review-Verfahren" in verschiedenen Qualitätssicherungsprogrammen für andere medizinische Versorgungsbereiche entwickelt und hier erfolgreich eingesetzt (vgl. z.B. Jäckel et al. 1997; Kawski/Koch 1999). In ihrer Anwendung setzen Peer-Review-Verfahren neben einer klaren Definition und Operationalisierung qualitätsrelevanter Prozessmerkmale die Verfügbarkeit von geschulten Experten voraus. Diese Experten benötigen als Beurteilungsgrundlage eine umfassende Dokumentation der Gestaltung und des Verlaufs der zu bewertenden präventiven Kampagnen und Maßnahmen. Die Erfahrungen mit Peer-Review-Verfahren im Bereich der Prozessbeurteilungen von Rehabilitationsmaßnahmen zeigen, dass sie sehr umsetzungsnahe Analyseergebnisse erbringen. Durch die Einbeziehung von fachlich ausgewiesenen Experten werden die vorgenommenen und rückgemeldeten Beurteilungen in den bewerteten Institutionen gut akzeptiert. Ein Nachteil der Verfahren liegt allerdings im beträchtlichen Aufwand für die Entwicklung und Durchführung solcher Peer-Reviews.

Ergebnisqualität

Die zentrale Voraussetzung für eine Bewertung von Ergebnisqualität besteht in der Operationalisierung und Erfassung des Erfolgs von Präventionsprogrammen und Einzelmaßnahmen. Die Beurteilungen sollten dabei die Situation vor der Programmdurchführung mitberücksichtigen, um Effekte und Einflussfaktoren abzugrenzen. Insofern sind Ausgangsanalysen und Follow-up-Erhebungen erforderlich.

Als methodischer Zugang werden in diesem Kontext häufig Nachbefragungsbogen eingesetzt, vor allem auch wegen ihrer Erhebungsökonomie. Sie beziehen sich schwerpunktmäßig auf Aspekte der Ergebnisqualität, berücksichtigen aber oft auch ergebnisrelevante Aspekte der Prozessqualität. Inhaltlich fokussieren sie u.a. Fragen nach dem Erreichen der definierten Zielgruppe, nach Gründen der Nichtinanspruchnahme und nach der Wahrnehmung und Bewertung der Maßnahmengestaltung. Sie beziehen sich auch auf Aspekte der Zufriedenheit mit der Servicequalität, auf mögliche Veränderungen des Risikoverhaltens und Veränderungen auf der kognitiven und affektiven Ebene wie auch auf Ursachenzuschreibungen für Erfolg und Misserfolg.

Vor allem bezüglich der Erfassung von Veränderungen sind der Validität von Nachbefragungsinstrumenten im Rahmen der Qualitätssicherung der Prävention Grenzen gesetzt. Auf der eingangs erwähnten vierten IUHPE-Konferenz wurde als möglicher Lösungsansatz der Versuch genannt, Aspekte der Ergebnisqualität über so genannte „Proxy-Indikatoren“ indirekt zu messen. Dabei werden nicht direkte Outcome-Maße erhoben, sondern es werden vermittelnde Parameter, wie z.B. die Inanspruchnahme von Angeboten, gemessen. Ein entsprechender Weg könnte sich auch in dem hier dargestellten Qualitätssicherungskonzept als erfolgversprechend erweisen.

Bezüglich Aspekten der Nutzerzufriedenheit und wahrgenommenen Prozess- und Ergebnisqualität kann auf Patienten-Fragebogen aufgebaut werden, die im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherer entwickelt wurden (vgl. Raspe et al. 1997; VDR 2000).

Rückmeldungen der Ergebnisse

Eine zentrale Aufgabe bei der Umsetzung des Vier-Ebenen-Modells in die Praxis der Qualitätssicherung in der Prävention besteht darin, auf jeder Ebene aus einem breiten Spektrum grundsätzlich relevanter Qualitätsdimensionen eine Auswahl zu treffen, die sowohl inhaltlich als auch nach Erhebungs- und Auswertungsaufwand angemessen ist. Zugleich müssen bei der Festlegung der zu erhebenden Parameter die spezifischen Interessen der Beteiligten berücksichtigt werden. Diese betreffen sowohl den Wunsch nach einer differenzierten und vergleichenden Ergebnisrückmeldung wie auch den nach umsetzbaren Hinweisen auf Optimierungsbedarfe und -möglichkeiten. Adressaten der Rückmeldungen sind in der Regel auf der Ebene der Institutionen – die Planer und Durch-

führenden von Kampagnen und Maßnahmen – sowie auf der Ebene der gesundheitspolitischen Entscheidungsträger angesiedelt. Mit den oben formulierten Zielperspektiven werden bei der Auswertung die Ergebnisse der verschiedenen Assessmentinstrumente miteinander verknüpfbar und die wechselseitigen Einflüsse innerhalb wie auch zwischen den Ebenen und Qualitätsdimensionen analysierbar. Dieses Vorgehen ermöglicht, dass die Rückmeldungen struktur-, konzept-, prozess- und ergebnisbezogene Qualitätsbewertungen aufeinander beziehen können.

Inhaltlich soll durch die Einzelrückmeldungen eine handlungsorientierte Darstellung von gefundenen Stärken und Schwächen (Optimierungsbedarfe) erfolgen. Sie zielen darauf, neben ergebnisvergleichenden Angaben vor allem spezifische Hinweise auf konkrete Verbesserungsmöglichkeiten und Ansatzpunkte zu vermitteln, um so in den beteiligten Einrichtungen einen Reflexions- und Verbesserungsprozess zu unterstützen.

Neben den individuellen Einzelrückmeldungen ist eine zusammenfassende Gesamtrückmeldung auf der Grundlage der erhobenen Qualitätsdaten vorgesehen. Neben den Akteuren in den beteiligten Institutionen sind Entscheidungsträger (Ebene I: gesundheitspolitisches System) die wichtigen Adressaten. Eine kriteriengeleitete Bereitstellung dieser Informationen soll die Entscheidungsträger bei der Gestaltung des politischen Umfeldes für eine effizienzgesteigerte Prävention unterstützen.

Stand der Arbeit und Perspektiven

Ziel des skizzierten Projekts ist die Entwicklung eines empirisch geprüften Qualitätssicherungsverfahrens, das eine kontinuierliche Beschreibung, Bewertung und Optimierung von Prävention ermöglichen soll.

In der ersten (derzeit laufenden) Phase erfolgt die Entwicklung und Pre-Testung der für ein Assessment erforderlichen Instrumente. In einer zweiten Phase soll mit mehreren Institutionen geprüft werden, ob die Instrumente robust sind, vergleichende Analysen ermöglichen und die geplanten Rückkoppelungsverfahren technisch möglich sind und inhaltlich akzeptiert werden. Danach wird dieses Qualitätssicherungsverfahren weiteren Institutionen angeboten. Dabei ist den Autoren bewusst, dass ein solches Verfahren nicht ohne die Akzeptanz und Kooperationsbereitschaft unterschiedlicher Akteure und nicht ohne entsprechende Investitionen für den Aufbau und die dauerhafte Pflege zu realisieren ist.

Literatur

AOK-Bundesverband et al. (2000): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 SGB V vom 21. Juni 2000 <www.vdak.de/handlungsleitfaden.html>

Donabedian, A. (1966): „Evaluating the quality of medical care." *Milbank memorial fund quartely* 44, 166-203.

Donabedian, A. (1980): *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment.* Volume I: Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

Jäckel, W. H. / Protz, W. / Maier-Riehle, B. / Gerdes, N. (1997): „Peer Review: Ein Verfahren zur Analyse der Prozessqualität stationärer Rehabilitationsmaßnahmen." *Rehabilitation* 36, 224-232.

Kawski, S. / Koch, U. (1999): „Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Rehabilitation." *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 46, 316-325.

Kawski, S. / Töppich, J. / Christiansen, G. / Koch, U. (1999): „Towards a new Quality Management of Health Promotion in Germany." (Poster auf der 4th European IUHPE Conference) In: Finnish Centre for Health Promotion (1999): *Effectiveness and Quality of Health Promotion – Best Practices. Publications* 5/1999. Saarijärvi, Finland, 131-132.

Kirschner, W. / Radoschewski, M. / Kirschner, R. (1995): § 20 SGB V *Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen*. St. Augustin.

Mathiszig, S. / Schulz, H. / Kawski, S. / Koch, U. (2000): Evaluation der Einführung von Qualitätsrastern zur Verbesserung der Qualität des präventiven Angebotes der gesetzlichen Krankenkassen in Hamburg. Unveröffentlichter Abschlussbericht. BMBF.

Raspe, H. H. / Weber U. / Voigt, S. / Kosinski, A. / Petras, H. (1997): „Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation: Wahrnehmung und Bewertung von Rehastrukturen und -prozessen („Rehabilitandenzufriedenheit")." *Rehabilitation* 36, XXXI-XLII.

VDR (2000): *Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation. Instrumente und Verfahren.* Frankfurt am Main: VDR (DRV-Schriften Bd. 18).

2 Qualitätsmanagement – Aspekte, Ansätze und Entwicklungen

2.1 Von der Qualitätskontrolle zum Total Quality Management

Günter Ollenschläger

Die Qualitätsdiskussion im deutschen Gesundheitswesen

Der Begriff Qualität hat in den letzten Jahren im Gesundheitswesen – zunächst im kurativen, inzwischen aber auch im präventiven Bereich – einen besonderen Stellenwert erhalten. Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig. Als bestimmende Faktoren sind zu nennen:

- das zunehmende Bedürfnis der Öffentlichkeit nach Transparenz in den Dienstleistungssektoren;
- die Gefahr einer schlechteren medizinischen Versorgung bei knapper werdenden finanziellen Ressourcen;
- das verstärkte Bewusstsein, dass Wirksamkeit und Zuverlässigkeit zahlreicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht ausreichend belegt sind;
- der sich verstärkende Wettbewerb im Gesundheitswesen;
- kommerzielle Interessen der Beratungsindustrie.

Sicherung und Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität werden heute von allen Verantwortlichen als vorrangige Ziele der zukünftigen Gesundheitspolitik genannt. Allerdings besteht häufig Uneinigkeit über die Definition der Qualität, aber auch über die notwendigen Methoden und Instrumente der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung, d.h. über Strukturen und Prozesse, durch welche die Qualität der gesundheitlichen Versorgung positiv beeinflusst werden kann.

Qualität wird definiert als
- die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen (DIN EN ISO 8402);
- das Erreichte im Verhältnis zum Machbaren, bezogen auf die Menge des Gewünschten (van Eimeren);
- realisierte Beschaffenheit einer Einheit bezüglich der Qualitätsanforderung (Deutsche Gesellschaft für Qualität);
- der unter Anwendung des derzeitigen Wissens vom medizinischen Versorgungssystem erreichte Grad der Wahrscheinlichkeit, für den Patienten erwünschte Therapieresultate zu erzeugen und unerwünschte Behandlungsergebnisse zu vermeiden (US Joint Commission on the Accredition of Health Care Organizations).

Die Diskussion um Qualität und Qualitätssicherung wird vor allem durch die Vielfalt der Begrifflichkeiten erschwert. Infolge der Komplexität des Gesundheitswesens kann man die Gesamtqualität einer Gesundheitsdienstleistung oder einer Institution des Gesundheitswesens nicht anhand einfacher Qualitätskriterien beschreiben, sondern durch die Charakterisierung von Einzelaspekten – so genannten Teilqualitäten (siehe *Tabelle 1*).

Qualität der präventiven Intervention/Betreuung	• Qualitativ adäquate, problemorientierte, zeitlich abgestimmte und geplante Definition des Gesundheitsproblems (Diagnostik), Intervention (Schulung, Beratung, Betreuung, Änderung des Verhaltens/der Lebenssituation etc.) mit ausreichender Dokumentation • Analyse von Dauer und Ergebnis der einzelnen Schritte • Fachliche Kompetenz der Leistungserbringer • Art und Umfang, Ablauf, Dauer bzw. Ergebnis der Behandlung und Betreuung • Beteiligung des Betroffenen (Patienten, Ratsuchenden, Kunden) an allen Maßnahmen
Serviceleistung einer Institution des Gesundheitswesens	• Ausstattung/Sauberkeit • Erreichbarkeit/Zuverlässigkeit/Freundlichkeit der Leistungserbringer • Terminplanung, Zeitmanagement
Image einer Institution des Gesundheitswesens	• Ruf in der Öffentlichkeit • Bekanntheitsgrad der Leistungserbringer • Spezialisierte Betreuungsformen • Ausstattung, Serviceleistung
Führung	• Führungsstruktur • Qualifikation der Führungskräfte • Kommunikation innerhalb der Führung • Führungsverhalten • Betriebsklima
Zusammenarbeit	• Kommunikation und Kooperation unter den Leistungserbringern • Kommunikation und Kooperation mit Betroffenen, Angehörigen, Externen (Zuweisenden, Weiterbetreuenden) • Qualität der Kommunikation (d.h. Art, Inhalt, Vollkommenheit und Rechtzeitigkeit der Information) • Vermeidung von Doppeldiagnostik
Ausführungsplanung	• Koordination des Informationsflusses vom Beginn der Aufnahme bis zur Entlassung • Ablauforganisation (Wartezeiten)

Tab. 1: Erfassung der Qualität von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung/Prävention. Die Gesamtqualität einer Maßnahme ergibt sich aus der Summe der Teilqualitäten (Ollenschläger 1997).

Darüber hinaus ist zwischen objektiven und subjektiven Einschätzungen der Qualität zu unterscheiden:

– *Der „objektive", leistungsbezogene Qualitätsbegriff*: Qualität ist die Summe bzw. das Niveau der vorhandenen Eigenschaften von Dienstleistungen bzw. Produkten. Die Mes-

sung der Qualität kann nach objektiven Kriterien vorgenommen werden, wenn solche festgelegt worden sind.
– *Der Qualitätsbegriff aus der Sicht des Konsumenten einer Gesundheitsdienstleistung:* Die Qualität der Produkteigenschaften bzw. Dienstleistungen wird dabei durch die Wahrnehmung des Konsumenten bestimmt. Die Qualitätsmessung wird nach subjektiven Kriterien vorgenommen, da jeder Konsument für sich selbst ein individuelles Qualitätsniveau festlegt, d.h. ein bestimmtes Erwartungs- bzw. Anspruchsniveau hat.

Schlussfolgerung

Der Begriff Qualität hat somit verschiedene Bedeutungen. Diese reichen von der Beschaffenheit der Güter bis zum Wert eines Objekts. Im Allgemeinen hängt die Bedeutung des Begriffs Qualität vom jeweiligen Verwender eines Gutes oder vom Empfänger einer Dienstleistung ab.

Dabei kann *gute Qualität* wie folgt definiert werden:
– Das erreichbare Ziel wird erreicht.
– Unnötiges Risiko wird vermieden.
– Unnötiger Aufwand wird vermieden.

Bisherige Formen der Qualitätssicherung in Prävention und Gesundheitsförderung

Im deutschen Gesundheitssystem existiert eine Fülle von Instrumenten und Maßnahmen, denen ein positiver Einfluss auf die Qualität der Gesundheitsversorgung zugeschrieben wird (siehe *Tabelle 2*).

Die einzelnen, die Versorgungsqualität in der Gesundheitsförderung beeinflussenden Faktoren sind am Beispiel der Ernährungsberatung und Diätetik bereits 1982 von Kluthe und Mitarbeitern umfassend diskutiert worden (Kluthe/Klein-Wisenberg 1982). Hier wurden deutlich früher als in vielen anderen Versorgungsbereichen unseres Gesundheitssystems Aspekte analysiert von:

- Strukturqualität:
  Qualität von Therapeutika und Technologien (Nährstoffe und Nahrungsmittel), Therapeuten (Ärzte und Diätassistenten), Beratungs- und Betreuungskonzepten (Behandlungsleitlinien), Institutionen (Einrichtungen des Gesundheitswesens).
- Prozessqualität:
  Qualität der Verarbeitung und Zubereitung, von Indikationsstellung, der Patientenberatung und -betreuung.
- Ergebnisqualität:
  Veränderung des Ernährungsverhaltens, Ernährungszustands, Gesundheitszustands, Wohlbefindens der Patienten als Ergebnis der therapeutischen Maßnahmen.

Professionelle Qualifikation und Einstellung	• Absolvieren von Qualifizierungs- und Motivationsmaßnahmen (Aus-, Weiter- , Fortbildung) • Nutzung von Expertensystemen (Fachberatung mit Kollegen/Experten; EDV-gestützte Expertensysteme) • Persönliche Einstellung (Professionalität, Qualitätsbewusstsein, Servicegedanken, Kundenorientierung)
Qualitätsstandards	• Definition von Qualitätsstandards für – Versorgungsergebnisse und professionelle Praxis (z.B. in Form von Leitlinien) – Technologien, Apparate, Räumlichkeiten (Normen/Ausstattungsrichtlinien) – Organisationsabläufe und Optimierungsprozesse (Management-Standards)
Qualitätskontrollen	• Überprüfung/Darlegung von – Strukturqualität (Qualifizierungserfolg, Gerätekontrolle, Zertifizierungen etc.) – Prozessqualität (Berücksichtigung von Leitlinien, Dokumentationskontrolle) – Ergebnisqualität (interne/externe Qualitätsüberpüfung)
Anreizsysteme zur Qualitätsförderung	• Psychologische: Motivation des Leistungserbringers • Technische: Feedback-Systeme zur Optimierung der Prozessqualität • Finanzielle Honorierung

Tab. 2: Maßnahmen zur Qualitätsförderung im deutschen Gesundheitswesen

Ebenfalls findet man bei Kluthe bereits die für die Konzepte und Methoden der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements charakteristische Terminologie. Die Bedeutung von Produkt- und Verfahrensvergleich, Prüfverfahren, Stellung des Verbrauchers, Deutscher Industrienorm, Qualifikation des Personals, Verlaufsdokumentation, Qualitätskontrolle, Qualitätsbewertung, Qualitätsüberwachung, Qualitätsindikator, Qualitätsplanung, Empfehlungen, Leitlinien, multiprofessioneller Zusammenarbeit wurde somit bereits Anfang der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts im Umfeld der Gesundheitsförderung verstanden – und nicht erst mit der Einführung des so genannten Total Quality Managements im Gesundheitswesen neu entdeckt.

Allerdings haben sich die Ideen von Kluthe und Mitarbeitern hinsichtlich eines umfassenden Qualitätsmanagements (siehe *Tabelle 3* auf der folgenden Seite) in der Ernährungsbetreuung bisher nur in Einzelbereichen des Gesundheitswesens flächendeckend durchsetzen können.

Qualitätskontrolle/Qualitätssicherung	Kontinuierliche Qualitätsverbesserung (Total Quality Management)
Primär Dokumentation von Qualitätsindikatoren	Primär Optimierung von Versorgungsprozessen
Vorrangig retrospektiv	Prospektiv und kontinuierlich
Unzureichende Qualität wird bestraft	Unzureichende Qualität lässt suboptimalen Prozess vermuten
Ein Individuum ist für Ergebnis verantwortlich	Individuum ist nur eine Variable, die Prozess beeinflusst
Zielt auf die Erfassung von Fehlern im System	Zielt auf die Optimierung des Systems
Setzt optimal geplanten Prozess voraus	Setzt voraus, dass alle Prozesse zu optimieren sind
Basiert primär auf festen Regeln	Basiert auf problemorientierten Vereinbarungen
Betont Dokumentation und Datenauswertung	Betont aus Daten abgeleitete Veränderungen
Zielt auf Übereinstimmung mit vorgegebenen Standards	Zielt primär auf Patientenbedarf und -bedürfnis
Wird primär von QS-Spezialisten verantwortet	Wird von allen Mitarbeitern verantwortet
Beruht auf Kontrolle	Beruht auf präventiver Problemidentifizierung
Der QS-Spezialist kennt Fehler und Fehlerlösung	Die Mitarbeiter wissen am besten, wie die Qualität zu verbessern ist

Tab. 3: Unterschiede zwischen Qualitätskontrolle/Qualitätssicherung und Kontinuierlicher Qualitätsverbesserung (verändert nach Schiller 1994)

Es erscheint deshalb angebracht, die derzeit verfügbaren Konzepte auf ihre Inhalte, Zielsetzungen und Grenzen hin zu untersuchen und – im Sinne eines umfassenden Konzeptes der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsförderung – zueinander in Beziehung zu setzen.

Insgesamt dominieren in Deutschland traditionell die Maßnahmen zur Sicherung der Strukturqualität – insbesondere die Qualifikationsmaßnahmen der Leistungserbringer auf der Grundlage von Aus-, Weiter- und Fortbildungsordnungen und Curricula (von Ärzten, Diätassistenten, Ökotrophologen, Pflegeberufen etc.). Daneben existieren Ausstattungsrichtlinien für Institutionen des Gesundheitswesens, Gerätekontrollen, externe Ringversuche (z.B. im klinisch chemischen Labor) (siehe z.B. *Tabelle 4*).

Maßnahmen zur Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität (z. B. professionelle Leitlinien bzw. Standards oder Konzepte des so genannten Total Quality Managements) finden nur langsam ihren Weg in die Versorgungsroutine.

Regelungen	QS-Bereiche	Regelungsinhalte
Gesundheitsuntersuchungs–Richtlinien	Prozessqualität Strukturqualität	Definition der Maßnahme, Dokumentation, Auswertung
Kinder-Richtlinien	Prozessqualität Strukturqualität	Definition der Maßnahmen und ihrer Durchführung, Dokumentation, Qualifikation, Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen
Krebsfrüherkennungs-Richtlinien	Prozessqualität Strukturqualität	Definition der Maßnahmen und ihrer Durchführung, Dokumentation
Mutterschafts-Richtlinien	Strukturqualität Prozessqualität	Fachliche Voraussetzung, Definition der Maßnahmen und ihrer Durchführung, Dokumentation

Tab. 4: Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und betroffene Qualitätssicherungsbereiche mit Maßnahmen zur Qualitätssicherung (Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung, 1996)

Dieses Ungleichgewicht ist unschwer durch die Charakteristika des deutschen Gesundheitswesens zu erklären:

– Maßnahmen zur Sicherung der Strukturqualität (insbesondere der professionellen Qualifikation) sind in der Mehrzahl bundeseinheitlich geregelt (zum Beispiel im ärztlichen Bereich durch die Selbstverwaltung: Weiterbildungssystem durch Bundesärztekammer und Ärztekammern, Regelwerke der vertragsärztlichen Versorgung mit Einfluss auf die ärztliche Qualifikation durch Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztliche Vereinigungen).
– Instrumentarien zur Sicherung der Prozess- und/oder Ergebnisqualität sind – mangels Akzeptanz und gesellschaftlichen Anreizes – für viele Bereiche noch nicht routinereif entwickelt oder, wenn vorhanden, aufgrund fehlender vertraglicher Strukturen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern nicht in die Routineversorgung integriert worden.

Allerdings mehren sich in letzter Zeit gerade für die Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung Projekte, die die systematische Beschreibung, Dokumentation und Evaluation aller Aspekte und Faktoren, welche die Qualität – insbesondere auch die Ergebnisqualität – einer präventiven Maßnahme ausmachen, zum Ziele haben (siehe hierzu *Tabelle 5* auf den folgenden Seiten).

1. Beschreibung von Interventionszielen und Lösungsansätzen	• *Ziel der Intervention?* ➜ Gesundheitlicher Nutzen? ➜ Gesundheitsförderliche Lebensweise? ➜ Abstinenz von Risikofaktor oder Risikomanagement? ➜ Stärkung individueller Kompetenz/Ressourcen? ➜ Strukturelle Verbesserungen (Lebensbedingungen, verbesserter Zugang zu Dienstleistungen)? • *Nutzen der Intervention (Zielgruppe)*? ➜ Ganze Bevölkerung? ➜ Spezifische Zielgruppen? ➜ Einzelpersonen? • *Begründung für die Wahl der Zielgruppe oder des Settings?* ➜ Nachfrage, Kooperationsbereitschaft? ➜ Gute Erreichbarkeit? ➜ Lokalisierung der Personen mit dem größten Defizit? ➜ Charakterisierung des Lösungsansatzes? ➜ Wie könnte das Gesundheitsproblem positiv beeinflusst werden? ➜ Welche Ebenen kommen für die Intervention in Frage? ➜ Welche Maßnahmen sind problemadäquat (empirische Begründung, theoretische Fundierung)?
2. Planung	• *Situationsanalyse* ➜ Bedarf, Relevanz des Gesundheitsproblems ➜ gesellschaftliche, institutionelle, zielgruppenspezifische, individuelle Bedürfnisse/Voraussetzungen/Werte/Allianzen/Konflikte • *Konzept* ➜ Zielsetzung: explizite, implizite Ziele, Zielhierarchien, Operationalisierung, Zielkonflikte ➜ Notwendiges Know-how ➜ Erfahrungen aus ähnlichen Projekten ➜ Maßnahmen, Instrumente: z.B. Erreichbarkeit der Zielgruppe, Partizipation der Betroffenen, Anreize • *Projektbeschreibung/-antrag* ➜ Problemstellung, Projektziel ➜ Vorgehensplan, Projektorganisation
3. Implementierung/ Projektrealisierung	• *Projektmanagement* ➜ Anforderungsprofil, Eignung der Leistungserbringer ➜ Qualifikation und Professionalität der Leistungserbringer ➜ Einbindung in die Infrastruktur ➜ Kommunikation und Zusammenarbeit ➜ Leitungsfunktion, Umgang mit Schwierigkeiten/Konfliktmanagement ➜ Zeitplanung, Produkteplanung, Finanzplanung • *Controlling* ➜ Erfassung des Ist-Zustandes ➜ Analyse und Dokumentation von Differenzen zwischen IST- und SOLL-Zustand ➜ Anbringen von Korrekturen • *Qualitätssicherung* ➜ Schwachstellenanalyse ➜ Problemanalyse

	➜ Suche, Auswahl, Umsetzung von Problemlösungen ➜ Sicherung der technischen und personellen Voraussetzungen (z.B. der Datenerfassung) ➜ Evaluation der gewählten Problemlösung im Alltag ➜ Sichern der erreichten Ziele
4. Evaluation	• *Wirkungen der Intervention (Outcome)* ➜ Wirkungen und Wirksamkeit der Intervention: intendierte und nicht intendierte Effekte ➜ Zielerreichung und Zielerreichungsgrad ➜ Langzeitbeobachtung • *Kosten-Nutzen-Analyse* • *Umgang mit Resultaten* ➜ Rückkoppelung der Ergebnisse in den Projektablauf/an die Leistungserbringer ➜ Know-how-Transfer ➜ Ableitung neuer Problemstellungen ➜ Prüfung auf Verallgemeinbarkeit ➜ Integration in die Routineversorgung

Tab. 5: Qualitätsprinzipien und -faktoren in Gesundheitsförderung und Primärprävention (modifiziert nach Bührlen-Armstrong/Bengel 1997 und Institut für Sozial- und Präventivmedizin Zürich/ Bundesamt für Gesundheit 1997)

Dabei bewegt sich die Diskussion um Qualitätskriterien und Qualitätssicherungsprogramme für die Gesundheitsförderung noch weitgehend auf der konzeptionellen Ebene. Vorschläge für standardisierte Fragebogen oder Messinstrumente existieren nur zu einzelnen Projekten (z.B. der Qualitätsraster Adipositas der BZgA, siehe *Tabelle 6* auf Seite106).

Strukturqualität in der Gesundheitsförderung

Qualität von Gesundheitsinstitutionen

Die Güte der präventiven Versorgung hängt nicht zuletzt von der Qualität der Institution ab, in der eine präventive Maßnahme (Schulung, Beratung, Betreuung) durchgeführt wird. Die Fülle der qualitätsbestimmenden Strukturen und Faktoren ist kennzeichnend für die Komplexität von Institutionen des Gesundheitswesens (siehe *Tabelle 7* auf Seite 107).

In vielen Institutionen und Versorgungsbereichen fehlen heute noch die personellen, organisatorischen und/oder finanziellen Voraussetzungen für die routinemäßige Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Außerdem wird die Bedeutung einer konsequenten Qualitätspolitik in Prävention und Gesundheitsförderung häufig unterschätzt. Besonders bedauerlich ist dabei die Tatsache, dass dies sogar bei Organisationen der Fall sein kann, die im Rahmen von Marketingkampagnen der Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit ihrer Mitglieder höchste Priorität einräumen (Ollenschläger/Denecke 1994).

Mindestanforderungen	• Ist ein *Erklärungsmodell* der Adipositas genannt? • Sind die *Wirkmechanismen* dieser Adipositasbehandlung beschrieben? • Werden *Kosten* genannt? • Ist die *Wirkungsweise* belegt? • Ist der *Anbieter* mit vollständiger Adresse angegeben? • Werden Gewichtsabnahmen garantiert oder wird eine *Garantie suggeriert*? • Gibt es *Teilnehmerinformationen* in schriftlicher Form über Wirkungsmechanismus, Dauer, Kosten, Teilnahmebedingungen, Adresse des Anbieters? • Bietet die Maßnahme *Zusatzpräparate* oder *-produkte* an? Ist ihr Kauf Pflicht? Basiert der Wirkungsmechanismus der Maßnahme im Wesentlichen darauf? • Gibt es Langzeituntersuchungen über die Teilnehmererfolge?
Zusatzbedingungen	• Wie schätzen Sie die *Kosten-Nutzen-Relation* ein? • In *welcher Form* findet die Maßnahme statt (Einzelbetreuung, Gruppenbetreuung, Fernbetreuung)? • Wird die Maßnahme von einem *kompetenten Fachmann* durchgeführt? Wenn ja, welche Ausbildung bzw. Erfahrungen stecken dahinter? Wird der Fachmann langfristig betreut oder kontrolliert? Wie sieht diese Betreuung aus? • *Was verspricht* das Programm über eine Gewichtsabnahme hinaus? Wem wird was versprochen? • *Wo wird die Maßnahme durchgeführt?* Wird das soziale Umfeld einbezogen? • Wird auf mögliche *Negativfolgen von Diäten* hingewiesen? Wird der Abnehmwunsch der Teilnehmerin hinterfragt? Wird jedes Teilnehmergewicht akzeptiert? *Wie wird das Zielgewicht festgelegt?* • Liefert das Programm der Teilnehmerin *Hintergrundinformation zur Adipositas*? • Wo liegt die *Motivationsebene des Programms* (Angst, reine Willenssache, Lust/Spaß/Lebensfreude, sonstige – zum Beispiel finanzielle – Anreize)? • Gibt es eine von der eigentlichen Maßnahme losgelöste *Nachsorge*? Fördert die Maßnahme Selbsthilfegruppen? Gibt es Hilfen für Rückfälle? Wie sehen die aus? • In welchen Zeitabständen fanden die *Wirksamkeitskontrollen* statt?
Spezifische Kriterien	• *Ernährung* (Fachbetreuung, Diätvorschriften, Industrienahrung, Essensgründe, Nahrungsmengen) • *Psychologie* (Therapieform, Fachbetreuung, Therapeut – Klient, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie) • *Medizin* (Chirurgie, Medikamente, Akupunktur) • Unterstützende Elemente (Begleitmaßnahmen, Integrierung)

Tab. 6: Qualitätskriterien des Qualitätsrasters Adipositas der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 1993)

- **Hauspolitik und Führung** (Patientenorientierung, Kundenorientierung, Qualitätsorientierung, Arbeitsklima)
- **Personal** (Personalausstattung, Qualifikation, Persönlichkeit/Motivationslage, Ausschluss von Interessenkollisionen, angemessene Vollmachten)
- **Räumlichkeiten** (Angemessenheit, Brauchbarkeit, Erreichbarkeit)
- **Technische Ausrüstung** (Angemessenheit, Brauchbarkeit, Benutzerfreundlichkeit, Sicherheit, gute Reinigungsmöglichkeit)
- **Hygiene** (Hygieneprogramm, Sozialräumlichkeiten, Toiletten, Umkleideräumlichkeiten, Vorgaben und Kontrolle des Hygieneverhaltens)
- **Betreuungsverfahren/schriftliche Anweisungen** (wissenschaftlich belegte, erfahrungsbegründete problem- und patientenorientierte Prozeduren für die Patientenbetreuung; Benennung verantwortlicher Personen; Dokumentation; Evaluation)
- **Existenz eines Konzepts der umfassenden Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung sowie der entsprechenden Instrumente** (z.B. Hygiene, Fortbildungsprogramme, hausinterne Leitlinien, geeignete Dokumentations-, Informations-, Monitoring-Systeme; Problemlösungs- und Kommunikationsinstrumente: Qualitätszirkel, Beschwerdesystem für Patienten und Mitarbeiter, Qualitätsverbesserungspolitik)

Tab. 7: Strukturen und Faktoren, die die Qualität von Institutionen der Prävention/Gesundheitsförderung beeinflussen (Ollenschläger 1997)

Qualität präventiver Beratungs-/Betreuungskonzepte

Neben der fachlichen Qualifikation und der institutionellen Qualität ist die Qualität der Interventions-/Beratungs- und Betreuungskonzepte der dritte wesentliche Bereich der Strukturqualität in Prävention und Gesundheitsförderung.

Grundlage jeder qualifizierten Betreuung ist die Berücksichtigung wissenschaftlich fundierter Diagnostik-, Therapie-, Beratungs-, Trainings- und Betreuungskonzepte. Dabei finden – zusätzlich zu den Lehrmeinungen einzelner Experten (z.B. in Form von Lehrbüchern, Zeitschriftenaufsätzen etc.) – so genannte Handlungsleitlinien Verbreitung.

Leitlinien (vgl. auch *Kapitel 2.4)* sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Üblicherweise werden folgende vier Charakteristika genannt, die Leitlinien von üblichen Lehrmeinungen (z.B. Autorenaufsätzen in Lehrbüchern und Zeitschriften) unterscheiden:

– Leitlinien stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen (gegebenenfalls unter Berücksichtigung von Öffentlichkeit/Mitgliedern der Zielgruppen) zu bestimmten (medizinischen) Vorgehensweisen dar.
– Leitlinien beschreiben wissenschaftlich begründete und/oder durch (ärztliche) Erfahrung belegte Vorgehensweisen

– Leitlinien sind praxisorientierte Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.
– Leitlinien geben den Stand des Wissens zu einem definierten Zeitpunkt wieder. Sie müssen regelmäßig auf ihre Gültigkeit hin überprüft und gegebenenfalls fortgeschrieben werden.

Allgemein wird erwartet, dass die Berücksichtigung beispielsweise von Leitlinien im Bereich der gesundheitlichen Versorgung dazu beiträgt,

– zu wissenschaftlich begründeter und ökonomisch angemessener medizinischer Vorgehensweise unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Wünsche der Patienten zu motivieren,
– unnötige medizinische Betreuungsmaßnahmen und Betreuungskosten zu vermeiden,
– unerwünschte Qualitätsschwankungen im Bereich der Patientenversorgung zu vermeiden,
– medizinische Laien über allgemein übliche bzw. notwendige ärztliche Betreuungsmaßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen zu informieren,
– das Risiko von Rechtsstreitigkeiten über die Angemessenheit medizinischer Betreuungsmaßnahmen zu vermindern,
– die Einbeziehung der Patienten in ärztliche Entscheidungsprozesse zu fördern,
– die Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu sichern bzw. zu verbessern.

Die Erarbeitung grundsätzlicher Leitlinien wird primär als Aufgabe der wissenschaftlichen Fachgesellschaften angesehen. Dabei sind die international konsentierten Qualitätskriterien für ärztliche Leitlinien zu berücksichtigen. Ein erstes Beispiel deutschsprachiger Leitlinien aus dem Bereich der Gesundheitsförderung sind die kürzlich erschienenen DGE-Beratungs-Standards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung.

Rahmenleitlinien können an die spezielle Arbeitsweise besonderer Berufsgruppen adaptiert werden. Darüber hinaus dienen sie als Grundlage oder Anregung für die Entwicklung von überregionalen, regionalen oder lokalen Leitlinien. Bei der Fortschreibung von Leitlinien sollten die Erfahrungen der Anwender nationaler oder adaptierter Leitlinien berücksichtigt werden.

Im Hinblick auf die Qualität und Praktikabilität der Leitlinien selbst können diese anhand von „Kriterienrastern“ erstellt werden, wie sie zum Beispiel für die Adipositas vorliegen – siehe *Tabelle 6* –, oder aber auf der Grundlage themenunabhängiger Beurteilungskriterien (siehe *Tabelle 8*).

Ziele:

Vorrangige Ziele der Leitlinie mit Nennung des Gesundheitsproblems, der Zielgruppe (Patienten und Leistungserbringer) und der Rahmenbedingungen.

Vorgehensweise:

Ablaufschema der empfohlenen Vorgehensweise. In diesem Zusammenhang sollten die Leitlinien – wenn möglich – Antwort auf folgende Fragen geben:

- Was ist notwendig?
- Was ist in Einzelfällen überflüssig?
- Was ist obsolet?
- Wie sollen Verlaufsbeobachtungen durchgeführt werden?

Ergebnisse:

Zusammenstellung der Ergebnisse der empfohlenen Vorgehensweise, auch im Vergleich zu anderen, nicht vorgeschlagenen Vorgehensweisen.

Beweise und Auswahlkriterien:

Wissenschaftliche Belege für die Ergebnisse der empfohlenen Vorgehensweise. Angabe, welche Auswahlkriterien und Werturteile für die Nennung der wissenschaftlichen Belege von wem genutzt wurden.

Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten:

Umfang des Nutzens, der Risiken, Nebenwirkungen, Kosten, die bei Berücksichtigung der Leitlinie zu erwarten sind. Erwünscht sind Hinweise auf die Nutzen-Kosten-Relation der vorgeschlagenen Vorgehensweise (wenn möglich, auch im Vergleich zu anderen Vorgehensweisen).

Zusammenfassende Empfehlungen der Leitlinie

Implementierungsplan:

Angabe problemorientierter Implementierungsinstrumente (z.B. Praxishilfen, Patienteninformationsmaterial, Fortbildungsmaterial, Dokumentationshilfen).

Belege für die Wirksamkeit der Leitlinie:

Angabe externer Evaluation der Leitlinie, Vergleich mit vergleichbaren Leitlinien oder Empfehlungen.

Gültigkeitsdauer und Verantwortlichkeit für die Fortschreibung

Angabe von Autoren, Kooperationspartnern, Konsensusverfahren, Sponsoren

Tab. 8: Vorschlag für eine standardisierte Gliederung von Leitlinien (Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung 1997)

Hierbei wird die einer Empfehlung zugrunde liegende Evidenz (der Beweis für die vorgeschlagenen Vorgehensweisen) als eines der wichtigsten Qualitätskriterien der Leitlinien angesehen. Auch im Hinblick auf den Nutzen von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen wurde in den letzten Jahren zunehmend die Frage nach den wissenschaftlichen Belegen gestellt. Hierzu liegt mittlerweile eine umfangreiche Literatur vor, die insbesondere im Bericht der US Preventive Services Task Force (1996) kritisch gewürdigt wurde.

Ergebnisqualität – Resultat aus Strukturqualität, Prozessqualität und Qualitätsmanagement

Die Qualität präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen resultiert aus der Qualität der Versorgungsstrukturen und der Versorgungsprozesse unter Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs der Zielgruppe und ihrer Bedürfnisse. Während Methoden und Instrumente zur Planung, Steuerung, Bewertung und Evaluation der Strukturqualität im deutschen Gesundheitswesen seit Jahrzehnten entwickelt und zunehmend differenziert wurden, sind solche zur Sicherung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität nur unzureichend vorhanden.

Vor diesem Hintergrund schließe ich mich dem Vorschlag von Feser (1996) sowie Bührlen-Armstrong und Bengel (1997) an, dass die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung für die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung an folgenden Punkten ansetzen sollte:

- Weitere Verbreitung einer Qualitätspolitik in allen Einrichtungen der Prävention und Gesundheitsförderung,
- stärkere Berücksichtigung der gesundheitsbezogenen Bedürfnisse und Erwartungen der Zielgruppen,
- Bildung von Qualitätszirkeln zu präventiven Fragen,
- breite Anwendung und weitere Optimierung der bisher bekannten Qualitätsstandards,
- systematische Durchführung von Evaluationsstudien zur Erhebung von Planungsdaten, Dokumentation der Aktivitäten und Erfolgsbewertung,
- Entwicklung von einheitlichen und akzeptierten Routineverfahren zur Qualitätssicherung für alle präventiven Leistungen.

Zusammenfassung und Ausblick

Das Schlagwort Qualitätssicherung ist heute auch für Prävention und Gesundheitsförderung in aller Munde. Die Forderungen nach Qualitätsnachweisen und Qualitätssicherung sind ein gesamtgesellschaftliches Phänomen, das nicht nur das Gesundheitswesen betrifft, aber auch nicht vor ihm Halt macht. Sie sollten nicht primär als eine Unterstellung bisherigen schlechten Handelns aufgefasst werden. Vielmehr muss Qualitätssicherung als ständige Herausforderung begriffen werden. Ziel ist die Gewährleistung einer gleich bleibend hohen Qualität und eine kontinuierliche sowie systematisch betriebene Qualitätsverbesserung einer kundenorientierten Versorgung.

Wirksames Qualitätsmanagement verlangt genaue Kenntnisse von Faktoren, die für Erfolg und Misserfolg bestimmend sind, damit Maßnahmen und Strategien reflektiert und Lösungen für Schwachstellen gefunden werden können. Erforderlich ist eine Kultur der Kritik, die es zulässt, eigene und fremde Projekte auf ihre Stärken und Schwächen hin zu überprüfen, um voneinander zu lernen. Effektive Qualitätssicherung und kontinuierliche

Qualitätsverbesserung setzen voraus, dass die hierfür notwendigen Maßnahmen systematisch sowie berufs- und institutionsübergreifend im Sinne eines problemorientierten Qualitätsmanagements (siehe *Tabelle 9*) durchgeführt werden.

1. Problemauswahl bzw. Schwerpunktsetzung unter Beachtung von Kosten-Nutzen-Überlegungen
2. Ermittlung von Qualitätskriterien
3. Aufstellen von Standards für Strukturen und Prozesse (Handlungsleitlinien)
4. Systematische Einführung von Arbeitsabläufen anhand von Handlungsleitlinien und Dokumentation der erzielten Qualitätsausprägung
5. Analyse der Ergebnisse des Soll-Ist-Vergleichs
6. Erarbeitung von Vorschlägen (gegebenenfalls von Alternativen) und deren Bewertung
7. Setzen von konkreten Maßnahmen, um Qualitätsmängel zu beheben
8. Überwachung des Erfolgs der Maßnahmen
9. Kontinuierliche Qualitätsverbesserung
10. Qualitätsbericht

Tab. 9: Die zehn Schritte eines Qualitätssicherungsprogramms (nach Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz 1994)

Dies bietet die Möglichkeit, Probleme in Klinik und Praxis zu lösen, alltägliche Arbeitsabläufe zu optimieren und letztlich die Zufriedenheit der Patienten, aber auch die eigene Arbeitszufriedenheit zu steigern.

Literatur

Bührlen-Armstrong, B. / Bengel, J. (1997): „Qualitätsstandards in Prävention und Gesundheitsförderung. Nationale und internationale Erfahrungen." *Prävention*, 20 (2), 42-46.

Bundesärztekammer (1995): *Fortbildungsprogramm „Frei von Tabak" – Stufenprogramm zur Raucherberatung und Rauchertherapie in der Arztpraxis.* Köln: Bundesärztekammer (Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung Band 7).

Bundesärztekammer (1995): *Fortbildungsprogramm „Gesund Essen" – Leitlinien für die ärztliche Ernährungsberatung und Ernährungstherapie*. Köln: Bundesärztekammer (Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung Band 8).

Bundesärztekammer (1995): *Fortbildungsprogramm „Vor Infektionen schützen"*. Köln: Bundesärztekammer (Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung Band 9).

Bundesärztekammer (1997): *Curriculum Gesundheitsförderung.* Köln: Bundesärztekammer (Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung Band 12).

Bundesärztekammer / Kassenärztliche Bundesvereinigung (1996): *Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung in der Medizin – Gemeinsame Bestandsaufnahme zur Qualitätssicherung*. München: Zuckschwerdt.

Bundesärztekammer / Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997): „Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung." *Dtsch Ärztebl*, 94 (33), A2154-2155/C1622-1623.

Bundesärztekammer / Kassenärztliche Bundesvereinigung / Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (1996): *Curriculum Qualitätssicherung.* Band 1: Ärztliches Qualitätsmanagement. Köln: Bundesärztekammer (Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung Band 10).

Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz (1994): *Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus.* Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1993): *Qualitätsraster Adipositas. Eine Anleitung zur Beurteilung von Maßnahmen gegen Übergewicht.* Köln: BZgA.

Feser, H. (1996): „Die Entwicklung qualitätssichernder Maßnahmen in Prävention und Gesundheitsförderung." *Prävention*, 19 (2), 4-9.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin Zürich / Bundesamt für Gesundheit (Hrsg) (1997): *Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten*. Zürich: Radix Gesundheitsförderung.

Kluthe, R. / Klein-Wisenberg, A. v. (1983): *Qualitätssicherung in der Gemeinschaftsverpflegung unter besonderer Berücksichtigung der klinischen Ernährung und Diätetik.* Supplement zu „Aktuelle Ernährungsmedizin". Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Ollenschläger, G. (1993): „Ärztliche Gesundheitsberatung – Möglichkeiten der Qualitätssicherung." *Prävention*, 16, 100-102.

Ollenschläger, G. (1996): „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Ernährungsmedizin – eine Übersicht." *Akt Ernähr Med*, 21, 306-314.

Ollenschläger, G. (1997): „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Prävention und Gesundheitsförderung." In: Allhoff, P. G. / Leidel, J. / Ollenschläger, G. / Voigt, H. P. (Hrsg.): *Präventivmedizin: Praxis – Methoden – Arbeitshilfen*. Berlin: Springer Loseblattwerk, 11.06, 1-32.

Ollenschläger, G. / Denecke, A. (1994): „Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen – dargestellt am Beispiel einer Ortskrankenkasse." *Gesundh Wes,* 56, 423ff.

Ollenschläger, G. / Flatten, G. / Gutzwiller, F. (1995): „Empfehlungen zu ärztlichen Methoden und Instrumenten der Gesundheitsförderung und Prävention von Gesundheitsstörungen." *Z ärztl Fortbildg*, 89, 875-878.

Schiller, M. R. / Miller-Kovach, K. / Miller, M. A. (Hrsg.) (1994): *Total Quality Management for Hospital Nutrition Services.* Gaithersburg MD: Aspen Publishers.

Töppich, J. / Kruse, J. / Mann-Luoma, R. (1993): „Der ‚Qualitätsraster Adipositas' der BZgA – Als Beitrag zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung." *Prävention*, 16 (1), 18-20.

Ulrich, G. / Friedrich, H. J. / Wittek, L. / Ollenschläger, G. (1995): „Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgaben des niedergelassenen Arztes – Stellenwert und aktuelle Defizite." *Z ärztl Fortbildg*, 89, 299-302.

US Preventive Services Task Force (1996): *Guide to Clinical Preventive Services.* (2. Aufl.) Alexandria VA: International Medical Publishing.

Verband der Angestellten Krankenkassen (VdAK) (1994): *Gemeinsame Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände. Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach § 20 Abs. 3 SGB V.* Siegburg.

2.2 Die Qual der Wahl – das „richtige“ Qualitätsmanagement für die Gesundheitsförderung

Walter Simon

2

Einführung

Schon seit einigen Jahren läuft in den Organisationen der Gesundheitsförderung die Qualitätsdiskussion. Eigentlich wurde schon immer über Qualität diskutiert, aber nicht im Kontext des modernen Qualitätsmanagements. Über den richtigen Weg hin zum richtigen „Produkt“ wird nachgedacht, seitdem es ökonomische Austauschbeziehungen zwischen Kunden und Lieferanten gibt. Aber erst seitdem der ungehinderte Zutritt zum Weltmarkt allen Produzenten aus allen Himmelsrichtungen offen ist und seitdem EDV-, Weltraum- und Militärtechnik höhere Qualitätsansprüche mit sich brachten, wurde die Qualitätsdiskussion auf die unternehmenspolitische Tagesordnung gesetzt. Die Diskussion wurde durch die japanische Qualitätsoffensive angestoßen, begann in der westlichen Industrie, wurde dann in vielen Dienstleistungsbranchen fortgesetzt und erreichte relativ spät das Gesundheitswesen und die Gesundheitsförderung. Viele Institutionen und Verbände, so z.B. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Bundesvereinigung für Gesundheit, sowie namhafte Autoren, wie Badura und Schmacke, haben mit ihren Beiträgen und Aktivitäten die Diskussion aufgegriffen und angereichert.

Trotz der inzwischen vorliegenden Materialfülle herrscht in der Gesundheitsförderung immer noch viel Uneinigkeit darüber, was Qualität in der Gesundheitsförderung ist und wie man sie generiert. Das zeigte sich auch im Rahmen der von mir durchgeführten BZgA-Seminare zum Thema Qualitätsmanagement. Die Praxis- und Erfahrungsberichte der Teilnehmer machten sichtbar, wie uneinheitlich der Qualitätsgedanke in der Gesundheitsförderung praktiziert wird. Für die meisten Organisationen beschränkt sich Qualitätsmanagement auf die Qualitätssicherung durch Evaluierung und nochmals Evaluierung. Andere definierten Qualität im semantisch-klassischen Sinne als Güte, Beschaffenheit, evaluierte Angebote oder gesicherter wissenschaftlicher Standard.

Aufgrund dieser Situation werden im Folgenden zunächst einige Begriffsklärungen zum Qualitätskomplex vorgenommen und dann die umfassenderen Qualitätsmanagementsysteme vorgestellt. Der Fokus liegt dabei auf den „Meta-Modellen“ des modernen Qualitätsmanagements. Dieses Vorgehen empfiehlt sich, weil es aufgrund der Angebotsvielfalt in der Gesundheitsförderung schwer ist, für die unterschiedlichsten Angebote einheitliche Qualitätsstandards zu definieren, was durch die methologischen Probleme zusätzlich erschwert wird. Die Aufgabe der Standardisierung sollte in der Obhut der Fachverbände der Gesundheitsförderung bleiben.

Qualität als integrierter Teil der Grundtendenzen modernen Managements

Zu Beginn der Qualitätsdiskussion, etwa um 1980, waren die Zusammenhänge der japanischen Produktionskultur noch unbekannt. Erst zum Ende des Jahrzehnts wurden die Geheimnisse des „japanischen Wunders" im Rahmen eines langjährigen Forschungsprojekts des MIT (Massachusetts Institute of Technology) gelüftet. Als Hauptursachen des Erfolgs wurden erforscht:

- Dezentralisierung von Verantwortung weit nach unten,
- Priorität wertschöpfender Tätigkeiten,
- ständige Verbesserung in kleinen Schritten,
- starke Kundenorientierung,
- Gruppenarbeit.

Im Zusammenhang damit kreierten die MIT-Forscher den Begriff *Lean*-Management (engl. *lean:* „schlank"). Das japanische Industriesystem – der „Toyotismus" – erschien ihnen „schlank", da es mit kleinem Ressourceneinsatz größtmögliche Ergebnisse erzielt.

Das Lean-Management stimulierte westliche Führungskräfte dazu, ihre Organisationen stärker durch die systemische Brille zu betrachten. Man erkannte, dass man ein wirksames Qualitätsmanagement nicht ohne ein glaubwürdiges Humanressourcen-Management, ein gut konzipiertes Prozessmanagement, Kundenorientierung u.a. betreiben kann. Das eine bleibt nicht ohne Wirkung auf das andere, sondern verstärkt oder vermindert es. Allmählich schälten sich diese Kernbotschaften moderner Managementkonzepte nebst den dazugehörigen Ansätzen heraus (siehe *Tabelle 1*).

Grundtendenzen	**Mögliche Ansätze**
Qualitätsorientierung	TQM, ISO 9000, EFQM
Wettbewerbsorientierung	Benchmarking, Outsourcing
Mitarbeiterorientierung	Gruppenarbeit, Dezentralisierung
Prozessorientierung	Reengineeringkonzepte
Kundenorientierung	Interner Kunde

Tab. 1: Grundtendenzen moderner Managementkonzepte und dazugehörige Ansätze

Das bisherige Qualitätsmanagement floss nun in modernere Ganzheitlichkeitskonzepte ein. Diese sind entweder unsystematisiert wie das Lean-Management oder durchstrukturiert wie das weiter unten vorgestellte EFQM-Konzept.

Übersicht und Begriffsklärungen

Das Thema Qualität hat viele Facetten. Das erschwert den Zugang und führt zur Interpretationsvielfalt. Denkbar wäre eine Einteilung in 1. Qualitätsphilosophien, 2. Qualitätsmanagementsysteme, 3. Qualitätswerkzeuge, 4. Qualitätsstandards und 5. Führungsinstrumente zur Qualitätsförderung (siehe Übersicht in *Tabelle 2*).[1]

Qualitäts-philosophien	Qualitäts-management-systeme	Qualitäts-werkzeuge	Qualitäts-standards	Führungs-instrumente zur Qualitätsförderung
TQM	DIN EN ISO 9000ff.	Fehlerlisten	DIN ISO-Normen	Qualitätszirkel
Kaizen, (jap. *Kai* = verbessern, *zen* = gut)	EFQM-Konzept	Fehlermöglichkeiten- und Einfluss-analyse	Anzahl von Hotelsternen	Projektgruppen
KVP	ServAs	Brainstorming	Weinklassen	Vorschlagswesen
u.a.m.	u.a.m.	u.a.m	u.a.m.	u.a.m.

Tab. 2

Qualitätsphilosophien

Qualitätsphilosophien sind eine Art geistiger Überbau. Ihr Zweck ist denk- und verhaltensnormativ, ohne eine eindeutig definierte Vorgehensweise. Sie zielen auf die Arbeitsmentalität bzw. Geisteshaltung, die als eine Art genetischer Code die Organisation qualitätsaktiv prägen soll.

Diese Vorgehensweise hat ihren Ursprung in Japan. Im Gegensatz dazu stehen die formalisierten, durchsystematisierten Qualitätsmanagementsysteme (z.B. ISO 9000), die in der amerikanischen High-Tech-Industrie entstanden sind.

Qualitätsmanagementsysteme

Qualitätsmanagementsysteme sind durchstrukturierte Modellbeschreibungen, in denen Qualität als Teil der Gesamtführungsaufgabe eines Unternehmens betrachtet wird. Es geht hier also nicht mehr nur um die Qualitätssicherung als zeitliche, personelle und gegebenenfalls örtliche Spezialveranstaltung am Ende des Leistungserstellungsprozesses, sondern um Qualität als eine unternehmerische Funktion, die gleichberechtigt neben dem Personal-, Beschaffungs-, Finanz-, Produktions- und Vertriebsmanagement steht.

1 Zur Erläuterung grundlegender Begriffe und Konzepte siehe auch das Glossar im Anhang dieses Bandes.

Qualitätswerkzeuge

Hierbei handelt es sich in der Regel um Datensammlungs- und Problembearbeitungstechniken, Moderationswerkzeuge für Gruppensitzungen, Kreativitätsmethoden u.Ä., mit denen Qualitätsprobleme diagnostiziert und gelöst werden sollen. Im Prinzip ist jede Methode, mit der eine Arbeit besser, schneller und billiger verrichtet werden kann, ein *quality-tool*.

Qualitätsstandards

Qualitätsstandards sind von kompetenten Stellen erlassene Sollbeschreibungen zur Güte eines Produkts oder einer Dienstleistung. So erkennt ein Reisender anhand der Anzahl der Sterne sofort, zu welcher Güteklasse ein Hotel gehört.

Die Gesundheitsförderung hat im Interesse des Verbraucherschutzes einen großen Bedarf an Standardisierungen. Dabei ist aber zu bedenken, dass es *den Standard* nicht gibt, sondern Leistungen immer im Verhältnis zum Preis betrachtet werden müssen.

Führungsinstrumente zur Qualitätsförderung

Qualitätsförderung wird immer mehr als eine Führungsaufgabe begriffen, die gleichrangig neben die klassischen Führungsaufgaben wie Planung, Kontrolle, Information/Kommunikation tritt. Hierbei kann sich die Führungskraft spezieller Führungsinstrumente bedienen, so z.B. des Qualitätszirkels, eines betrieblichen Vorschlagswesens, Projektgruppen und Zielvereinbarungen.

Qualitätsmanagementsysteme

DIN EN ISO 9000:2000ff.

In den achtziger Jahren einigte sich die Internationale Organisation für Normung (ISO) auf eine einheitliche Norm zur Beschreibung von Qualitätsmanagementsystemen. Die DIN EN ISO 9000ff.[2] gab der Qualitätsbewegung eine neue Qualität. Nun lag es nicht mehr im Ermessen des Managements, das Thema Qualität auf die Tagesordnung zu setzen, sondern der Qualitätsnachweis in Form einer Zertifizierung nach der ISO-Norm wurde zur Eintrittskarte für die Teilnahme am Marktgeschehen. Die DIN EN ISO 9000ff. war ein neues Kapitel der Qualitätsbewegung und ist bis heute der Transmissionsmechanismus, der die Qualitätsdiskussion in ein Unternehmen bringt.

Das DIN EN ISO 9000-Normenwerk hat seinen Ursprung in der Weltraum- und Wehrtechnik und wurde durch die amerikanische Autoindustrie weltweit verbreitet. Diese war an einem einheitlichen System interessiert, das ihnen die teure und zeitintensive Überprüfung ihrer vielen Zulieferer erspart. Weist also ein Zulieferer nach, dass er über ein Qualitätsmanage-

2 Der Code „DIN EN ISO“ gibt an, dass es sich hierbei um eine internationale Norm (ISO) handelt, auf deren Grundlage eine Europäische Norm (EN) erarbeitet und als Deutsche Norm (DIN) übernommen wurde <www.din.de/portrait/baustein.html>

mentsystem verfügt und es anwendet, dann braucht er nicht von jedem PKW-Hersteller einzeln hinsichtlich seiner Qualitätsfähigkeit überprüft zu werden. Dieses war der auslösende Gedanke der Zertifizierung bzw. der DIN EN ISO 9000ff.

Eine weltweit unter den Anwendern durchgeführte Umfrage[3] der Internationalen Organisation für Normung zeigte, dass das alte Normenwerk nicht mehr deren Bedürfnissen entsprach. Eine Anpassung konnte nur durch eine fundamentale Reform erreicht werden.

Diese Reform wurde Ende des Jahres 2000 von der ISO für verbindlich erklärt. Sie unterscheidet sich von der alten Norm durch den erweiterten Inhalt bei einer gleichzeitig schlankeren Form. Einzelne Forderungen wurden präzisiert, andere ergänzt.

Teilnorm ab 2001	Inhalt	Ersatz für alte
DIN EN ISO 9000	Allgemeine Grundlagen für QM-Systeme und Begriffe des QM	DIN EN ISO 8402 und 9000-1
DIN EN ISO 9001	Anforderungen an ein zu zertifizierendes QM-System	DIN EN ISO 9001, 9002 9003
DIN EN ISO 9004	Leitfaden zur Leistungsverbesserung im Rahmen von QM-Systemen	DIN EN ISO 9004-1
DIN EN ISO 19011	Leitfaden für das Audit von QM-Systemen	10011-1, 10011-2, 10011-3

Tab. 3: Das neue DIN EN ISO 9000ff.-Normenwerk

Die bis 2000 für die Zertifizierung geltenden Nachweisnormen 9001, 9002 und 9003 gehen in der neuen 9001:2000 auf, die zukünftig die einzige Nachweisnorm sein wird. Ihr Aufbau deckt sich jetzt mit der Norm 9004, so dass diese als Arbeitsmittel für die 9001:2000 nutzbar ist. Zugleich wurde diese für die Zertifizierung wesentliche Kernnorm von 20 auf diese vier Hauptpunkte abgespeckt:

1. Verantwortung der Leitung
2. Management der Mittel
3. Produkte und Dienstleistungen realisieren
4. Messung, Analyse und Verbesserung

Gründe für die Reform

Diese Reform war überfällig, da die alte Fassung den Erfordernissen der modernen Weltwirtschaft nicht mehr entsprach. Sie war (groß)industriell geprägt und bediente sich einer fertigungstechnischen Diktion. Das erschwerte den Transfer auf nichtindustrielle Unternehmen. Viele Autoren kritisierten die mit diesem Normenwerk verbundene Re-

3 Die Ergebnisse der Erhebung sind in dem 1998 erschienenen Abschlussbericht des Technischen Komitees der ISO zusammengefasst (Final QA & QM Survey Report, May 1998) <www.bsi.org.uk/iso-tc176-cs2/index-FDIS.html>

taylorisierung betrieblicher Abläufe. Der Umfang von über 1000 Seiten, verteilt auf 25 Einzelnormen und -bestimmungen, sorgte für weitestgehende Unübersichtlichkeit. Aus Unwissenheit und Angst vor dem Auditor wurde zu viel festgelegt und zu detailliert beschrieben. Die meisten Unternehmen fixierten sich starr auf die 20 Punkte der Norm 9001 und entwickelten so ihr Qualitätsmanagement an den Besonderheiten des Unternehmens vorbei. Diese Normenfixierung wurde leider von vielen Zertifizierungsunternehmen forciert, da dies den Auditoren die Arbeit erleichterte. Die 20 Punkte waren schnell geprüft, ohne sich in andere Aspekte des Unternehmensgeschehens hineindenken zu müssen. Oft entwickelte sich die Zertifizierung zum organisatorischen Selbstzweck.

Der Normentext war voller Platituden und Leerformeln, verbunden mit schwer verständlichen Formulierungen. Mangelnde Prozessorientierung gesellte sich zu fehlender Kundenorientierung. Außerdem erwies sich die alte Norm als schlecht kompatibel zu anderen Managementsystemen (z.B. Arbeitssicherheit, Gesundheits- und Umweltschutz, Risikomanagement).

Für nichtindustrielle Anwender gab das 9000er-Normenwerk wenig her. Ein zu technizistisches und ISO-puristisches Verständnis von Qualitätsmanagement hatte dafür gesorgt, dass sich dieses Thema zu einer Domäne des technischen Managements entwickelte, obwohl es, so im Falle der Qualitätszirkel, die Fortschreibung der seit 30 Jahren praktizierten Organisationsentwicklung war. Das hatte negative Folgen. In einer empirischen Studie wird darüber geklagt, dass die Schwerpunkte der ISO-Ausbildung zumeist technisch sind und dem sozialen System keine Beachtung geschenkt wird. Diskussionswiderständen wird mit dem Hinweis auf die externe, scheinbar amtliche Autorität der Norm begegnet (vgl. Ackerl/Mandl 1996).

Die vier Hauptkapitel der neuen Norm mit den wesentlichen Veränderungen gegenüber der DIN EN ISO 9000:1994

Die Gestalt dieser „Zertifizierungsnorm“ hat sich im Vergleich zur alten gewandelt. Sie besteht aus acht Kapiteln, von denen die ersten vier einleitenden und erklärenden Charakter haben (1. Einleitung, 2. Qualitätspolitik, 3. Organisation und Verantwortungen, 4. Prozesse des Qualitätsmanagements). Für das Qualitätsmanagementsystem sind die daran anschließenden vier Hauptkapitel wichtig, deren Inhalt nachfolgend kurz dargestellt wird.

Kapitel 5: Verantwortung der Leitung

Die Leitung wird wesentlich stärker in die Verantwortung für das Qualitätsmanagement genommen. Sie muss zukünftig dafür sorgen, dass die Kundenanforderungen umfassend verstanden und vollständig umgesetzt werden.

Schon die alte Norm enthielt die Pflicht, eine Qualitätspolitik zu formulieren. Die neue Norm geht weiter, indem sie die Verpflichtung zur ständigen Verbesserung enthält. Zu

Die neue DIN EN ISO 9001	Die alte DIN EN ISO 9001
Einleitender und erklärender Teil 1. Einleitung 2. Qualitätspolitik 3. Organisation und Verantwortungen 4. Prozesse des Qualitätsmanagements **Hauptkapitel** **5. Verantwortung der Leitung** 5a. Verpflichtung der Leitung 5b. Kundenorientierung 5c. Qualitätspolitik 5d. Planung 5e. Verantwortung, Befugnis u. Kommunikation 5f. Managementbewertung **6. Management der Mittel** 6a. Menschliche Ressourcen 6b. Andere Ressourcen **7. Produkte und Dienstleistungen realisieren** 7.1 Managen der Prozesse 7.1.a Struktur und Wechselwirkung von Prozessen 7.1.b Verantwortung und Befugnis 7.1.c Dokumentation und Datenlenkung 7.2 Kunde 7.2.a Kundenerfordernisse und -erwartungen 7.2.b Vertragsprüfung 7.2.c Bewertung der Fähigkeiten der Organisation, Forderungen zu erfüllen 7.2.d Schnittstellen 7.3 Produktbezogene Prozesse 7.3.a Design und Entwicklung 7.3.b Beschaffung 7.3.c Produktion/Erbringung 7.3.d Lenkung fehlerhafter Produkte 7.3.e Handhabung, Lagerung, Schutz 7.3.f Lieferung und Dienstleistung nach Lieferung **8. Messung, Analyse, Verbesserung** 8.1 Messung und Analyse 8.1.a Systembezogene Maßnahmen 8.1.b Prozessbezogene Maßnahmen 8.1.c Produktbezogene Maßnahmen 8.1.d Kundenzufriedenheitsbezogene Maßnahmen 8.1.e Analyse der Daten (einschl. Aufzeichnungen) 8.2 Verbesserung 8.2.a Korrekturmaßnahmen 8.2.b Vorbeugemaßnahmen 8.2.c Verbesserungsprozesse	1. Verantwortung der Leitung 2. Qualitätsmanagementsystem 3. Vertragsprüfung 4. Designlenkung 5. Lenkung der Dokumente und Daten 6. Beschaffung 7. Lenkung der vom Kunden beigestellten Produkte 8. Kennzeichnung und Rückverfolgbarkeit von Produkten 9. Prozesslenkung 10. Prüfungen 11. Prüfmittelüberwachung 12. Prüfstatus 13. Lenkung fehlerhafter Produkte 14. Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen 15. Handhabung, Lagerung, Verpackung, Konservierung und Versand 16. Lenkung von Qualitätsaufzeichnungen 17. Interne Qualitätsaudits 18. Schulung 19. Wartung 20. Statistische Methoden

Tab. 4: Inhaltsübersicht der neuen und der alten DIN EN ISO 9001 im Vergleich

diesem Zweck sind als Bindeglied zwischen der Qualitätspolitik und ihrer Verwirklichung Ziele zu formulieren. Das impliziert die Überprüfung der Zielerreichung bzw. der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems. Hierfür ist zukünftig allein das oberste Management zuständig.

Die neue Norm empfiehlt die Festlegung von Verantwortlichkeiten, betont aber auch die Notwendigkeit von Befugnissen für die Mitarbeiter bzw. die Definition von Handlungsfreiräumen. Je nach Betriebsgröße genügt nicht mehr nur ein einziger Qualitätsmanagementbeauftragter.

Die Leitung – das oberste Management – ist zukünftig dafür verantwortlich, dass die umfassende Information aller Mitarbeiter bezüglich des Qualitätsmanagements sichergestellt ist. Auch die Verantwortung für den Dokumentenfluss und für Qualitätsaufzeichnungen wurde der Chefetage zugewiesen.

Kapitel 6: Management der Mittel

Während das Ressourcenmanagement in der alten Nachweisstufe nur Gegenstand eines Unterpunkts war, wurde es nun in den Rang eines Hauptkapitels gehoben. Zu den Ressourcen gehören auch die Arbeitsmittel, die Arbeitsumgebung und der Arbeitsort. Die DIN EN ISO 9001:2000 erklärt sie zu einem Teil des Qualitätsmanagements.

Auch in diesem Kapitel wird nochmals das Thema Information gewichtet, um einen reibungslosen Arbeitsablauf zu gewährleisten.

Das Thema Schulung wurde stark aufgewertet. Es geht nicht mehr nur um den Schulungsbedarf im Hinblick auf das Thema Qualität, sondern dieses wird mit Fragen der Mitarbeiterführung und Unternehmenskultur verknüpft. Zugleich empfiehlt die Norm, Weiterbildungsmaßnahmen zu evaluieren.

Sehr weit geht die Forderung, ein Verfahren zu entwickeln, mit dem die Entwicklung des Qualitätsbewusstseins aller Mitarbeiter gewährleistet ist.

Kapitel 7: Produkte und Dienstleistungen realisieren

In der alten 9001-Norm fehlte der Hinweis auf die Wichtigkeit der Analyse von Betriebsabläufen. Die DIN EN ISO 9001:2000 dagegen sieht in der Prozessgestaltung das Kernstück des Qualitätsmanagementsystems. Sie fragt nicht nach den Funktionen einzelner Abteilungen, sondern nach dem Funktionieren des Gesamtprozesses. Dies wird auch am Aufbau der Norm deutlich, durch den eine ganzheitliche Sichtweise gefördert wird.

In dieses siebte Kapitel gehen einige der Hauptabschnitte[4] der alten Norm ein: Designlenkung (4), Beschaffung (6), Kennzeichnung und Rückverfolgbarkeit von Produkten (8),

4 Die Zahlen in Klammern verweisen auf die Kapitelnummerierung der alten DIN EN ISO 9001.

Lenkung der vom Kunden beigestellten Produkte (7), Handhabung, Lagerung, Verpackung, Konservierung und Versand (15), Prozesslenkung (9), Prüfmittelüberwachung (11) (vgl. *Tabelle 4*).

Weit über die alte Norm hinausgehend fordert die 9001:2000 einen Prozess zur Ermittlung der Kundenforderungen. Sind diese ermittelt, dann muss die eigene Fähigkeit zur Erfüllung der Kundenanforderungen überprüft werden.

Eine weitere Neuerung besteht darin, dass zu allen Aspekten der Auftragsabwicklung die aktive Kommunikation mit den Kunden gefordert wird. Die Kundenzufriedenheit ist das Endziel der Norm.

Kapitel 8: Messung, Analyse, Verbesserung

Um diese Anforderungen an ein modernes Qualitätsmanagement mit Leben zu erfüllen, werden zu den genannten Punkten Zielformulierungen in Verbindung mit einer Leistungsmessung gefordert.

Das Thema kontinuierliche Verbesserung hat durch die Normenreform ein größeres Gewicht erhalten. Obwohl hier die Anforderungen aus der alten Norm einfließen, (Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen, Statistische Methoden, Interne Qualitätsaudits, Lenkung fehlerhafter Produkte), werden neue Forderungen gestellt. So müssen Unternehmen zukünftig einen Prozess zwecks Messung, Überwachung, Analyse und Verbesserung ihrer Ablaufprozesse und Produktqualität kreieren. Auch die Leistungsfähigkeit des Qualitätsmanagementsystems ist mit geeigneten Verfahren, die beschrieben werden müssen, zu überprüfen und zu entwickeln. Das gilt auch für die zu ermittelnde Kundenzufriedenheit.

Was ist für zertifizierte Unternehmen zu beachten?

Für bestehende Qualitätsmanagementsysteme ist eine dreijährige Übergangsfrist von der alten zur neuen Norm vorgesehen, innerhalb derer sich Unternehmen immer noch nach den alten Normen 9001, 9002 und 9003 zertifizieren lassen können. Auch die in ihrem Geltungsbereich eingeschränkten Zertifikate auf der Basis von 9002 oder 9003 können weiter eingesetzt werden. Unternehmen, die jedoch erst jetzt mit der Entwicklung eines Qualitätsmanagementsystems beginnen, sollten bereits die neue Norm als Arbeitsgrundlage nehmen.

Da die Norm 9001:2000 viele Anforderungen aus der alten Norm übernimmt, hält sich der Überarbeitungsaufwand in Grenzen. Die Aussagen bzw. Beschreibungen des Qualitätsmanagementhandbuchs werden den neuen Kapiteln entsprechend zugeordnet, sofern man sich an dem Gliederungsvorschlag der ISO orientiert. Natürlich sind die neu hinzugekommenen Punkte neu zu durchdenken, zu beschreiben und zu praktizieren. Aufgrund

schlechter Erfahrungen in der Vergangenheit gibt es für die neue 9001 keinerlei Formvorschriften. Die in *Tabelle 4* dargestellte Gliederung versteht sich lediglich als ein Vorschlag der Internationalen Organisation für Normung. Das Unternehmen sollte einen Aufbau wählen und die Inhalte so beschreiben, dass den organisatorischen Gegebenheiten des Unternehmens entsprochen wird. Die Auditoren haben kein Deutungsmonopol der neuen Norm. Es ist nicht das Ziel dieser neuen Norm, Qualitätsmanagementsysteme zu vereinheitlichen. Deshalb wird zukünftig kein gesondertes Qualitätsmanagementhandbuch gefordert, sondern ein Organisationshandbuch in Verbindung mit einem Unternehmensleitbild kann ebenfalls als Zertifizierungsgrundlage dienen.

Offenheit für andere Qualitätsbereiche

Die neue Norm fordert ausdrücklich die Offenheit des Qualitätsmanagementsystems für periphere Qualitätsbereiche, so z.B. den Arbeits- und Gesundheitsschutz und das Umweltmanagement. Damit entspricht man der schon länger diskutierten Idee einer Integration der verschiedenen Managementsysteme innerhalb eines Grundmanagementsystems. Hierfür bietet sich die neue DIN EN ISO 9001ff. an.

Es ist allerdings damit zu rechnen, dass sich der Auditierungsaufwand auf der Basis der neuen Norm erhöht. Die Anforderungen an die Auditoren steigen, da sich diese zukünftig viel stärker in ein Unternehmen hineindenken müssen, um die Qualitätsmanagementbeschreibungen zu verstehen. Es ist nicht mehr ohne weiteres möglich, eine Auditierung anhand normenorientierter Checklisten durchzuführen. Als Folge hiervon wird die Wertigkeit der Zertifikate steigen, obwohl sie letztendlich den Charakter von Eintrittskarten für den Markt behalten.

Der Unterschied zwischen der alten und der neuen Norm lässt sich mit dem vielfach verwendeten Eisbergmodell veranschaulichen (siehe *Abbildung 1*). Die alte Norm behandelte vorwiegend den sichtbaren, aus dem Wasser herausragenden Bereich, während die neue auch nach den nicht sichtbaren Faktoren fragt. Es scheint, als hätten die Normarchitekten der Technischen Kommission der ISO mit zwanzigjähriger Verspätung endlich die Bedeutung der *soft facts* zur Kenntnis genommen.

Die Norm als Wegweiser zum Total Quality Management

Über Jahre hinweg haben Wissenschaftler und Praktiker in vielen Büchern und Artikeln Kritik an dem alten DIN EN ISO 9000ff.-Normenwerk geäußert. Die neue Fassung, hier insbesondere die Normen 9001:2000 und 9004:2000, scheinen diese Bedenken aufgenommen zu haben. Das revidierte Normenwerk ist ein qualitativer Sprung zum Total Quality Management und bietet über die Zertifizierung hinaus unternehmensstrategische Orientierungshilfe in Richtung *best practise*. Die Nähe zum Qualitätsmodell der European

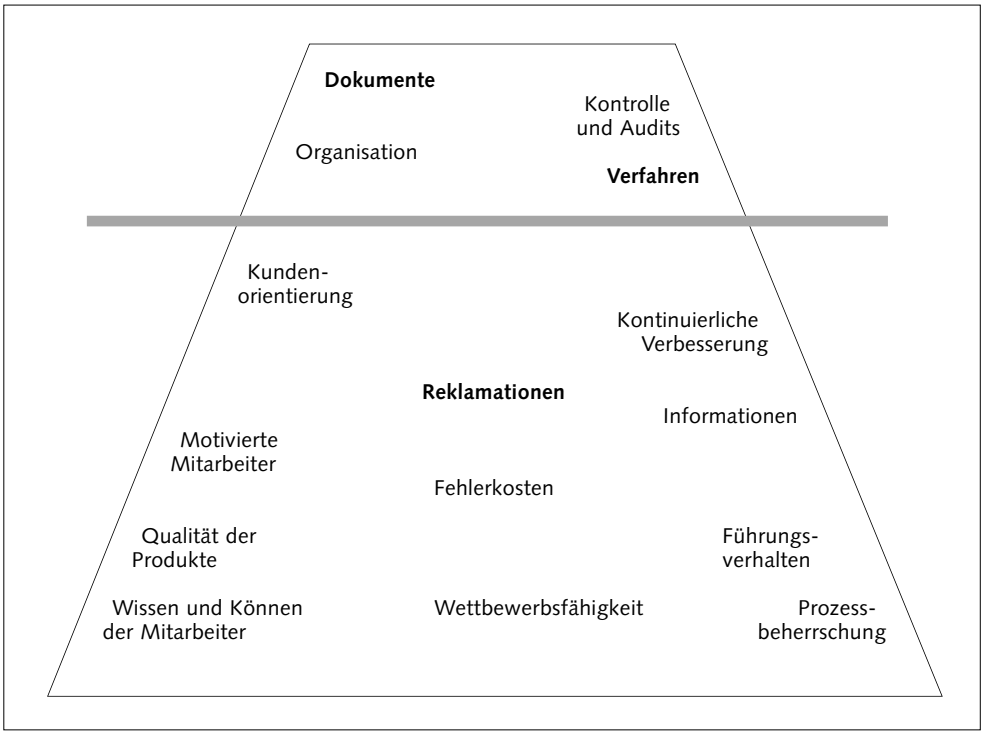

Abb. 1: „Eisbergmodell“

Foundation for Quality Management (EFQM) und zu anderen Business-Excellence-Modellen ist deutlich. Das wird u.a. daran sichtbar, dass der Begriff Qualitätsverbesserung in der Norm 9004:2000 durch das Wort Leistungsverbesserung ersetzt wurde.

Auch ist der „Öl- und Schraubengeruch“ verschwunden, so dass die DIN EN ISO 9001:2000 auf alle Branchen anwendbar ist. Das Management wird wesentlich stärker in die Verantwortung genommen als dieses bei der alten Norm der Fall war. So gehören Führungsprozesse zum Prozessnetzwerk und sind Bestandteil des Qualitätsmanagementsystems. Der im alten Normenwerk unerwähnt gebliebene Kunde ist jetzt endlich Ausgangs- und Endpunkt dieses Qualitätsmanagementsystems. Kontinuierliche Verbesserung mittels ständiger Verbesserungsschleifen (*plan, do, check, act*) sind nach dem Verständnis der revidierten Norm eine *conditio sine qua non*. Auch das Humanressourcen-Management wird aufgewertet, indem Entscheidungsbefugnisse und umfassende Informationen für Mitarbeiter gefordert werden.

Eine in der Gesundheitsförderung tätige Organisation, die ihre Qualitätsfähigkeit nach DIN EN ISO 9000ff. dokumentieren will, braucht dazu eigentlich kein aufwendiges Audi-

tierungs- und Zertifizierungsverfahren, es sei denn, dieses wird von den Kunden verlangt oder die Organisation verspricht sich von dem Zertifikat bessere Vermarktungschancen. Grundsätzlich reicht eine Konformitätserklärung nach DIN EN 45014. Nach dieser Norm („Allgemeine Kriterien für Konformitätserklärungen von Anbietern") kann jeder Anbieter in eigener Verantwortung erklären, dass sein Qualitätsmanagementsystem mit der DIN EN ISO 9001 übereinstimmt.

Die DIN EN ISO 9000ff. wird in den nächsten fünf Jahren ihren Glanz verlieren. Das Zertifikat ist dann kein Reifezeugnis mehr für höhere Marktweihen, sondern höchstens der Nachweis für einen „Qualitäts-Realschulabschluss". Die QS 9000 und andere US-Nachweissysteme stehen bereit, um mit wesentlich höheren Anforderungen die DIN EN ISO 9000ff. abzulösen.

Das EFQM-Modell

Wer Qualität nur aus der Perspektive der DIN EN ISO 9000 sieht, ist blind für andere Konzepte, wie z.B. ServAs – Qualitätsassessment für Dienstleister – oder EFQM. Diese Konzepte zielen nicht darauf ab, ein vorwiegend zu Werbezwecken einzusetzendes Zertifikat zu erwerben, sondern eine Selbstbeurteilung durchzuführen, aus der sich Ziele, Maßnahmen und Prozesse ergeben, die später wieder als Grundlage weiterer Selbst- bzw. Reifegradbeurteilungen dienen. Sie bezwecken zwar keine Zertifizierung, gehen aber inhaltlich weit über die DIN EN ISO 9000ff. hinaus in Richtung Business Excellence.

Von den vorliegenden Self-Assessment-Instrumenten hat das Qualitätsoptimierungskonzept der European Foundation of Quality Management die stärkste Verbreitung gefunden. Diesem Konzept liegt ein integrales Qualitätsverständnis zugrunde, das die Qualität ganzheitlich, also einschließlich der Produkt-, Prozess-, Führungs- und Unternehmensqualität sowie der sie bewirkenden Faktoren, fokussiert. Dahinter steht die Erkenntnis, dass Qualität im Arbeitsprozess entsteht. Sind die Zwischenergebnisse gut, sichert dies ein gutes Endergebnis. Aus diesem Grunde gewichtet das moderne Qualitätsmanagement den Prozessaspekt. Während sich das traditionelle Qualitätsverständnis eher für den „fertigen Kuchen" interessierte, konzentriert sich das EFQM-Modell mehr auf die „bewirkende Hefe", also für Mitarbeiter, Ressourcen, Prozesse etc. Es bezweckt die Optimierung des organisatorischen Gesamtprozesses. Damit empfiehlt es sich als dasjenige Instrument, mit dem ein Total Quality Management systematisch anwendbar und hinsichtlich des Fortschritts messbar wird. Gesundheitsförderer sind gut beraten, sich dieses Instrument genauer anzusehen.

Meines Erachtens werden sich immer mehr Unternehmen, die den Weg zur Bestleistung beschreiten wollen, für das EFQM-Modell entscheiden, da es eine Art Vielzweckinstrument ist. Es gibt z.B. erste Antworten auf die Frage, wie Business-Reengineering (Organisationsentwicklung) konzeptionell eingeleitet wird, oder wie ein „postgraduelles Qualitätsmana-

gement“ nach der Zertifizierung aussehen könnte. Auch das Modewort *Change-Management* erhält mit dem EFQM-Modell eine Gebrauchsanleitung, um Veränderungen wirksam und messbar einzuleiten.

Die Verknüpfung von Input-, Prozess- und Outputfaktoren konkretisiert die Idee ganzheitlicher Unternehmensführung. Auch als „Benchmarking-Einstiegsmodell“ eignet sich der EFQM-Ansatz, indem ein Unternehmen seine Punktzahl von einer gemeinsamen Basis aus mit anderen Unternehmen vergleichen kann.

Sogar zum Zwecke des „Unternehmens-Selbstcoaching“ kann das EFQM-Modell eingesetzt werden, da es auf Fortschritt und Maßnahmen zielt. So muss das Management über den Einsatz moderner Instrumente der Unternehmensführung, wie z.B. Mitarbeiterbeurteilung, Benchmarking, Qualitätszirkel, Kundenbefragungen und Zielvereinbarung, als notwendige Bausteine einer Business-Excellence-Organisation nachdenken. Der Einsatz jedes neuen Führungsinstruments und dessen Anwendungsintensität drückt sich in einem höheren Punktwert aus. Fazit: Das EFQM-Modell ist ebenso multifunktionell einsetzbar wie ein Schweizer Offizierstaschenmesser.

Aufbau und Inhalt des EFQM-Modells

Das Modell gliedert sich in die beiden Hauptgruppen *Befähiger* und *Ergebnisse*. Hier geht es also um das WIE (Potenzialnutzung) und das WAS (Leistung gegenüber Kunden, Mitarbeitern und Eigentümern).

Die Befähiger liefern einen aus Personen, Ressourcen und Strukturen bestehenden Input, der im Geschäftsprozess wertschöpfend so umgewandelt wird, dass Ergebnisse entstehen. Der Begriff Befähiger ist m.E. unglücklich gewählt, da er personenbezogenen Charakter hat, obwohl auch nichtpersonelle Faktoren, so z.B. die Ressourcennutzung und Prozessgestaltung, damit gemeint sind.

Die beiden Hauptsäulen Befähiger und Ergebnisse setzen sich aus insgesamt neun Bausteinen zusammen (siehe *Abbildung 2*), von denen fünf als Befähigerfaktoren und vier als Ergebnisfaktoren zu betrachten sind:

A. Befähigerfaktoren

1. *Führung*: Hier wird gefragt und bewertet, inwieweit das Management den Qualitätsgedanken im täglichen Unternehmensgeschehen persönlich vorlebt und fördert.
2. *Politik und Strategie*: Bei diesem Punkt geht es um das Wertesystem des Unternehmens und seine Kultur, um Leitbilder und Visionen, also um die Umsetzung programmatischer Grundelemente.
3. *Mitarbeiterorientierung*: Mit der Hervorhebung des Mitarbeiters als wichtigste Unternehmensressource sollen ungenutzte Mitarbeiterpotenziale freigesetzt werden, um so die Geschäftstätigkeit ständig zu verbessern. Hier wird nach der konkreten Gestaltung des Humanressourcen-Managements gefragt.

4. *Ressourcen*: Hier wird dargelegt, wie Finanzen, Informationen, Technologien und Gegenständliches eingesetzt werden, um die qualitätsorientierte Politik und Strategie zu unterstützen.
5. *Prozesse*: Dieser Punkt zielt auf die Identifikation, Beschreibung, Kontrolle und Verbesserung der Hauptprozesse als wichtigsten Teil der unternehmerischen Wertschöpfung.

B. Ergebnisfaktoren:

6. *Kundenzufriedenheit*: Bei diesem Kriterium geht es vor allem um Messgrößen, mit denen die Kundenzufriedenheit ermittelt werden kann.
7. *Mitarbeiterzufriedenheit*: Ähnlich wie bei der vorherigen Frage geht es hier um Prüf- und Eckpunkte, mit denen die Mitarbeiterzufriedenheit ermittelt werden kann.
8. *Gesellschaftliche Verantwortung/Image*: Hier geht es darum, festzustellen, inwieweit ein Unternehmen Bedürfnisse und Erwartungen des gesellschaftlichen Umfeldes erfüllt.
9. *Geschäftsergebnisse*: Die EFQM fordert den Nachweis finanzieller und nicht-finanzieller Messgrößen für die Messung des Unternehmenserfolgs. Da sich dies in der Regel aus der Publizitätspflicht des Unternehmens ergibt, sollten hier selbst gesetzte Geschäftsziele dargelegt und bewertet werden.

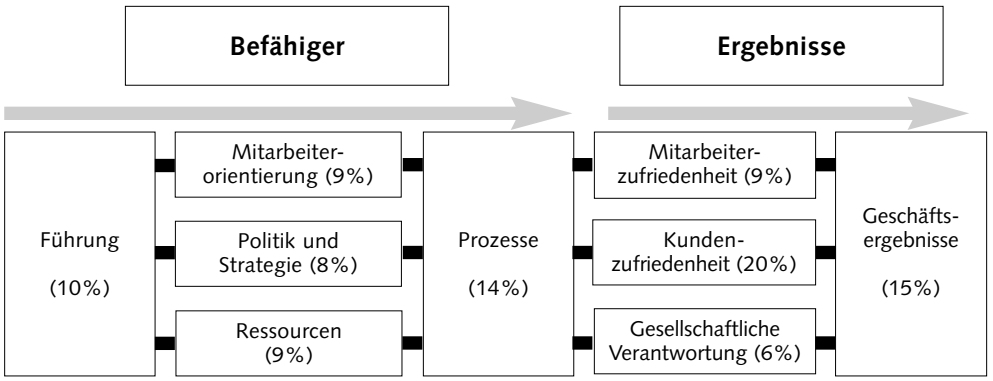

Abb. 2: Bausteine des EFQM-Modells

Die neun Punkte sind mit entsprechenden Fragen unterlegt, die unter Zuhilfenahme einer Prozent- oder Notenskala beantwortet werden (vgl. hierzu das Beispiel in *Tabelle 5*). Anschließend sollen zu jeder Frage, deren Antwort nicht befriedigend ausfiel, Verbesserungsmöglichkeiten besprochen, beschlossen und umgesetzt werden. In regelmäßigen Abständen wird dieses wiederholt, so dass man in einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess gerät.

	Erfüllungsgrad				
	1 100%	2 75%	3 50%	4 25%	5 0%
a) Sind alle Arbeitsprozesse Ihrer/s Organisation/Unternehmens darauf ausgerichtet, bewusst und aktiv Kundennutzen zu stiften?					
b) Gibt es in Ihrer/m Organisation/Unternehmen so etwas wie ein Kundenmanagement, das sich um Dinge wie Beschwerden, Service, Termintreue, Garantie, Qualität sowie um Kundenabgänge und -zugänge kümmert?					
c) Hat Ihre Organisation einen Überblick über den Inhalt und das Volumen schriftlicher, telefonischer/mündlicher Beschwerden?					
d) Inwieweit erfüllt Ihr/e Organisation/Unternehmen diese Punkte gegenüber seinen Kunden: Höflichkeit, Freundlichkeit, Zuverlässigkeit?					
e) Ermitteln Sie regelmäßig die Zufriedenheit Ihrer Kunden?					
f) Sind die Ergebnisse bekannt?					
g) Haben Sie Messgrößen definiert, mit denen die Kundenzufriedenheit ermittelt wird (Beschwerdemenge, Rückweiserate, Dankesschreiben, Auszeichnungen und Preise u.Ä.)?					
h) Zeigen die Ergebnisse zur Kundenzufriedenheit einen positiven Trend?					
i) Sind diese Daten im Vergleich zu Ihren Mitbewerbern vergleichbar oder besser?					
j) Verfügt Ihr/e Organisation/Unternehmen über Regeln oder Systeme, die sicherstellen, dass die Wünsche und Anforderungen Ihrer wichtigen Kunden aufgenommen und berücksichtigt werden (Kundenparlament, Beiräte, Mieterversammlungen, Kundenbefragungen u.Ä.)?					

Tab. 5: Anwendungsbeispiel zum Punkt *Kundenzufriedenheit*

Zusammenfassung

Von den vorgestellten Hauptmodellen, die DIN EN ISO 9000ff. und das EFQM-Modell, ist letzteres das für die Gesundheitsförderung besser geeignete, soweit nicht zwingend eine Zertifizierung gefordert wird.

Da aber die Qualitätsanforderungen ständig steigen, reicht es im 21. Jahrhundert nicht mehr, auf der Basis von Qualitätsmanagementsystemen nur gute Qualität zu leisten. Die Kunden werden sich schnell an das neue Qualitätsniveau gewöhnen und ihr Anspruchs-

niveau noch weiter nach oben schrauben. Der Ausspruch „Qualität hat ihren Preis“ verliert seine Gültigkeit, da Qualität zu einem selbstverständlichen Ausstattungsmerkmal werden wird – so wie der Zigarettenanzünder im Auto. Im Hyperwettbewerb des kommenden Jahrzehnts wird *best practise* zum entscheidenden Auswahlkriterium werden. Uns steht eine spiralförmige Entwicklung auf ein immer höher geschraubtes Qualitätsniveau bevor. Manche Autoren haben deshalb den Begriff Qualitätsmanagement bereits durch Exzellenz-Management ersetzt.

Literatur

Ackerl, A. / Mandl, C. (1996): „ISO 9000 – Anspruch und Wirklichkeit.“ *IO management,* Nr.12.

Literatur des Autors zum Thema:

Simon, Walter (1983): „Qualitätszirkel: Fragen und Antworten.“ *Personal*, 5/83.

---- (1984): „QZ: Kleine Gruppen – große Wirkung.“ Harvard *Manager*, 4/84.

---- (1984): „Gewerkschaften und Qualitätszirkel.“ *Personal*, 6/84.

---- (1994): „TQM: Die Wurzel des Erfolges.“ *Wirtschaft und Weiterbildung,* 3/94.

---- (1995): „Der Weg zum Total-Quality-Banking.“ *Banken und Versicherungen*, 4/95.

---- (1995): „ISO 9000: Zertifizierung oder eher Liquidierung der Trainer?“ *Wirtschaft und Weiterbildung*, 4/95.

---- (1995): „ISO 9000: Fortschritt mit Rückwärtsgang.“ *Gablers-Magazin*, 9/95.

---- (1995): „Fortschritt mit Rückschritt – DIN ISO 9000 und die Gefahr der Bürokratisierung.“ *Kontrolle*, 11/95.

---- (1996): „Die ganze Wahrheit über ISO 9000.“ *IO Management*, 6/96.

---- (1997): „Manifest wider die Zertifizierungssucht der deutschen Wirtschaft.“ *Der Betriebswirt,* 3/97.

---- (1999): „Der Generationswechsel vom Qualitätsmanagement zum Exzellentmanagement.“ In: *Zukunftsmanagement – Trainings-Perspektiven für das 21. Jahrhundert*. Offenbach: GABAL-Verlag.

---- (1999): *Die neue Qualität der Qualität.* (2. Auflage) Offenbach: GABAL-Verlag.

---- (1999): *Die Lust aufs Neue.* Offenbach: GABAL-Verlag.

---- (1999): „Das EFQM-Modell: Die bessere Alternative zur DIN ISO 9000ff.“ *Personal*, 3/99.

---- (1999): „Vom Qualitätsmanagement zur Business Excellence.“ *Die Bank*, 4/99.

---- (1999): „Das EFQM-Modell – Die bessere Alternative zur DIN.“ *Industriemanagement*, 6/99.

---- (2000): *Ziele managen*. Offenbach: GABAL-Verlag.

---- (2001): „Die Reform der DIN EN ISO 9000 – Kundenzufriedenheit als Finalziel.“ *Distribution* 1-2/01.

---- (2001): „Die Reform der DIN EN ISO 9000ff. – Was Unternehmen jetzt beachten müssen.“ *Fördern und Heben*, 51.

Simon, W. / Sylla, P. (1986): „Das Experiment der Citibank mit Qualitätszirkeln.“ *Bankkaufmann*, 8/86.

Simon, W. / Heß, M. (1989): *Handbuch Qualitätszirkel*. Köln: TÜV-Verlag.

2.3 Rechtliche Aspekte des Qualitätsmanagements

Dieter Hart, Robert Francke

2

Qualitätsmanagement als Rechtsproblem und betroffene Rechtsgebiete

Qualität und *Sicherheit* von Produkten und Dienstleistungen sind traditionell und in vielfacher Weise Gegenstand (gesundheits- und medizin)rechtlicher Regulierung:

- *Vertragsrecht* beschäftigt sich mit der zwischen den Vertragsparteien vereinbarten Qualität von Leistungen (Güter, Dienste) und gewährt Ansprüche auf Erfüllung und bei Nichterfüllung auf Schadensersatz;
- *Haftungsrecht* entscheidet über die aus der Sicht der Verbraucher legitimerweise erwartbare (verschuldensunabhängige Fehlerhaftung) und/oder die aufgrund der erforderlichen Sorgfalt (verschuldensabhängige Fehlerhaftung) zu gewährleistende Qualität von Leistungen und gewährt im Fehlerfalle Schadensersatzansprüche;
- *Sicherheitsrecht* stellt als öffentliches Recht Anforderungen an die Qualität von Anlagen oder Produkten (technisches und nicht technisches Sicherheitsrecht) und macht deren Betrieb oder Verkehrsfähigkeit von deren Einhaltung abhängig (z.B. Produktsicherheitsgesetz – PSiG, Arzneimittelgesetz – AMG);
- *Sozialrecht* formuliert als gesetzliches Krankenversicherungsrecht Anforderungen an Produkte und Dienstleistungen und gewährt dem Versicherten Leistungsansprüche nur bei deren Erfüllung (z.B. §§ 2, 12, 27, 70 SGB V);
- *Berufsrecht* verpflichtet z.B. Ärzte (Muster-Berufsordnung der deutschen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997) zur gewissenhaften Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zur Fortbildung und zur Qualitätssicherung.

Die Organisation von Prozessen, die die Qualität und Sicherheit von Produkten und Dienstleistungen gewährleisten und permanent durch Evaluation verbessern sollen (Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement), ist ein modernerer Gegenstand rechtlicher Regulierung und erst in den letzten Jahrzehnten Thema von Gesetzgebung und Rechtsprechung geworden.[1] Es spielt dort insbesondere im Haftungs-, Sicherheits- und Sozial(versicherungs)recht eine Rolle, hat aber seinen Niederschlag auch im Berufsrecht gefunden. Recht der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements ist innerhalb dieser Rechtsgebiete Organisationsrecht:

1 Überblick bei Hart (2001).

1. *Vertragsrecht* stellt den Rahmen für die Vereinbarung von Qualitätssicherungs- oder Qualitätsmanagementsystemen zur Verfügung; die Verletzung von dort festgesetzten Organisationspflichten mit drittschützendem Charakter kann zu Schadensersatzansprüchen führen;
2. *Haftungsrecht* definiert unternehmerische Organisationspflichten,[2] bei deren Nichteinhaltung Folgeverletzungen von Rechten (Eigentum) und Rechtsgütern (Körper, Gesundheit, Leben) reaktiv zu Schadensersatzansprüchen führen können;
3. *Sicherheitsrecht* legt Anforderungen an die unternehmerische Organisation von Herstellungs- und Überwachungsprozessen (z.B. AMG: Regelungen von Zuständigkeiten, Anforderungen an Herstellungsprozesse, Anforderungen an Überwachungsprozesse);
4. *Sozialrecht* legt als gesetzliches Krankenversicherungsrecht die Verpflichtung zur Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen fest und stellt Anforderungen an diese auf;
5. *Berufsrecht* (§ 5 MBO-Ä 1997) statuiert die ärztliche Verpflichtung zur Teilnahme an der Qualitätssicherung.

In keinem der Rechtsgebiete ist bisher ein bestimmtes Qualitätssicherungs- oder Qualitätsmanagementsystem (etwa DIN EN ISO 9000ff.) gesetzlich vorgeschrieben worden. Technische Normen regeln nicht in hoheitlicher Form Fragen des allgemeinen staatlichen Gewaltverhältnisses, sondern sind rechtlich aus sich heraus nicht verpflichtende Empfehlungen auf dem Gebiet der (technischen) Anforderungen an Produkte, Anlagen und Dienstleistungen in Orientierung am Stand der Technik.[3] Es gibt auch sonst keine Form der rechtlichen Allgemeinverbindlichkeitserklärung solcher Normen. Bekannt ist die (sicherheits)rechtliche Festlegung von Schutzzielen und Sicherheitsanforderungen, für deren Erfüllung bei Befolgung einschlägiger technischer Normen eine widerlegliche Vermutung gilt. Bekannt sind unterschiedliche Formen der gesetzlichen Verweisung auf technische Normen.[4]

Es ist zu beachten, dass die Ziele und die Reichweite des Organisationsrechts in den unterschiedlichen Rechtsgebieten differieren. *Haftungsrecht* bewertet im Nachhinein den möglichen Organisationsfehler im einzelnen Schadensfall, stellt also keine allgemeinen Organisationspflichten (ein bestimmtes System der Qualitätssicherung oder des Qualitätsmanagements einzuführen) im Voraus auf, sondern lässt präventiv nur den Rück-

---

2 Zur Entwicklung und zu den Voraussetzungen der Organisations- und Unternehmenshaftung vgl. Brüggemeier (1999), S. 112ff. und 148ff.

3 Zum gesamten Komplex umfassend Falke, „Der rechtliche Status technischer Normen in der Bundesrepublik Deutschland", Habilitationsschrift im Fachbereich Rechtswissenschaft der Universität Bremen 1999 (noch unveröffentlicht), S. 237ff. u. 302ff. sowie Marburger (1979).

4 Zum Beispiel: Verordnung zur Durchführung des Bundes-Immissionsschutzgesetzes (BimSchV); Verweisungen auf den allgemein anerkannten Stand der Technik, den Stand der Technik, den Stand von Wissenschaft und Technik, z.B. im Bundes-Immissionsschutzgesetz (BimSchG), Atomgesetz (AtomG), Produktsicherheitsgesetz (ProdSG), Wasserhaushaltsgesetz (WHG), Chemikaliengesetz (ChemG), Gentechnikgesetz (GenTG), Medizinproduktegesetz (MPG); Vorschlag einer Ermächtigung zur Einführung technischer Regelwerke im Umweltrecht (Professoren-Entwurf für den allgemeinen Teil eines Umweltgesetzbuches, von Kloepfer/Rehbinder/Schmidt-Aßmann/Kunig, UBA-Berichte 7/90, Berlin 1990, § 162).

schluss aus einem Fehler der Organisation auf eine zukünftige „richtige" Organisation von Unternehmensprozessen zu. Solche haftungsrechtlichen Probleme sind insbesondere im Zusammenhang der Qualitätssicherung oder des Total Quality Management (TQM) zwischen Herstellern und Zulieferunternehmen, z.B. im Automobilbereich (nach DIN EN ISO 9000ff.), diskutiert worden (Brüggemeier, 1998). Ein allgemeines Problem ist dort, ob die Erfüllung der Anforderungen an die Verfahren der Qualitätssicherung oder des Qualitätsmanagements[5] zu einer haftungsrechtlichen „Immunisierung" des Unternehmens führen: Gewährleistet eine ordentliche Qualitätssicherung oder ein entsprechendes Qualitätsmanagement „Fehlerfreiheit" im Sinne der erwartbaren Sicherheit (Produkthaftungsgesetz – ProdHG) oder der erforderlichen Sorgfalt (verschuldensabhängige Haftung nach § 823 BGB) (Brüggemeier, 1998:171ff., bes. 196ff.)? Demgegenüber wirken Sicherheitsrecht und Sozialrecht in erster Linie abstrakt-präventiv gefahrsteuernd, indem sie im Voraus zum Teil bestimmte Anforderungen an die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement formulieren, deren Erfüllung erst zur Betriebs- oder Vertriebszulassung (im AMG oder im Rahmen des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung) führen. Hier geht es nicht um einzelne (situativ-konkret bestimmte) Organisationspflichten, sondern um die Verpflichtung zu einer bestimmten (abstrakt-systembezogenen) Organisation von Qualitätssicherungs- oder Qualitätsmanagementsystemen im Medizin- und Gesundheitssystem. Sicherheits- und Sozialrecht könnten ein bestimmtes Qualitätssicherungs- oder Qualitätsmanagementsystem festlegen, tun es aber bisher nicht. Das *Berufsrecht* wiederum stellt eine allgemeine Verpflichtung zur Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen auf, ohne ein bestimmtes System festzulegen. Die folgenden Erörterungen beziehen sich auf das Haftungsrecht (2), das Sicherheitsrecht (3) und das Sozialrecht (4).

Qualitätsmanagement und Haftungsrecht

Haftungsrecht schreibt kein bestimmtes System der Qualitätssicherung oder des Qualitätsmanagements vor. Es bewertet die Fehlerhaftigkeit eines Produkts (z.B. Arzneimittel) oder einer Dienstleistung (z.B. ärztliche Behandlung) *und* der Organisation des Herstellungs- oder Behandlungsprozesses („Organisationshaftung für Systemversagen", Brüggemeier 1999) im Einzelfall. Neben den *Standards* guter Behandlung, Aufklärung und Dokumentation gibt es also auch solche für die *gute Organisation* von Behandlung, Aufklärung und Dokumentation (vgl. Giesen 1995:121ff. [Rdnr. 142ff.]; Hart 1990:72; 1996:593; Laufs 1993:Rdnr. 532). Sie beziehen sich insbesondere auf die Behandlung im Krankenhausbetrieb (Deutsch 1999:Rdnr. 238ff.; Francke/Hart 1987:102ff.), aber auch in der Arztpraxis (Deutsch 1999: Rdnr. 242) und betreffen auch die Überwachung der Einhaltung der Organisationsanordnungen (Verlaufskontrolle und Evaluation).[6] Für die

5 Zu Qualitätsmanagementsystemen in diesem Bereich siehe Herbst, „Qualitätsmanagement", in Brüggemeier (1998) S. 5ff., besonders 11ff. mit umfassenden Nachweisen.

6 Deutsch (1999) spricht von primären und sekundären Organisationspflichten (Rdnr. 238).

Einhaltung der Standards guter Organisation sind der Krankenhausträger bzw. der Praxisleiter (je nach Organisationsform von Kapitalgesellschaft bis zur BGB-Gesellschaft) verantwortlich und beweisbelastet.[7] Solche Standards sind allerdings immer allgemeine Normen, die der einzelfallbezogenen Anwendung bedürfen (z.B. ärztliche Leitlinien).

Folgende haftungsrechtliche *Organisationspflichten* hinsichtlich der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements werden im (vertrags)ärztlichen oder Krankenhausbereich unterschieden (Francke/Hart 1999:64ff., 181ff.; Hart 1999):

- behandlungsbezogen umfassen sie:
  - räumliche Mittel (z.B. Hygiene, Ausstattung),
  - sächliche Mittel (z.B. Medizinprodukte und ihre Wartung und Instandhaltung) und
  - personelle Mittel (z.B. Organisation des Nachtdienstes, der Vertretung, der Kooperation auf horizontaler und vertikaler Ebene[8], Überwachung und Anleitung von Ärzten in der Ausbildung, Organisation der Grund- und Behandlungspflege[9]), die als organisatorische Voraussetzungen guter Behandlung zu gewährleisten sind.
- aufklärungsbezogen umfassen sie z.B.:
  - Richtlinien über die Zuständigkeiten, Art und Durchführung,
  - die Verwendung von Aufklärungsformularen;
- dokumentationsbezogen umfassen sie z.B.:
  - Richtlinien über die Zuständigkeiten, Art und Durchführung,
  - die Verwendung von Software;
- bezogen auf die Einsichtgewährung umfassen sie z.B.:
  - Richtlinien über die Zuständigkeiten, Art und Durchführung,
  - die Kostentragung der Einsichtgewährung.

Fehlt es an entsprechenden Regelungen oder werden sie nicht eingehalten und führt das Fehlen oder die Nichteinhaltung dieser Regelungen ursächlich zu Verletzungen der Rechtsgüter von Patienten, so kann es zu einer direkten Haftung des Krankenhausträgers bzw. des Praxisleiters kommen. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass den Nachweis ordnungsgemäßer Organisation grundsätzlich der Krankenhausträger bzw. der Praxisleiter zu führen hat (Kausalitäts-, Verschuldensvermutung).[10]

Die Pflichten beziehen sich nahezu ausschließlich auf die Prozess- und Strukturqualität, kaum auf die Ergebnisqualität medizinischer Leistungen. Das ist darauf zurückzuführen, dass grundsätzlich weder vertrags- noch haftungsrechtlich ein bestimmter Erfolg, sondern die (ärztliche oder pflegerische) Leistung (Behandlung) geschuldet wird. Ausnahmsweise

---

7 Zum Beispiel BGH JZ 1978, 275 – schadhaftes Narkosegerät; BGH VersR 1999, 579, bes. 580f. – Zusammenwirken bei horizontaler Arbeitsteilung; siehe auch Brüggemeier (1999) S. 152f.

8 Zum Beispiel BGH VersR 1999, 579.

9 Zum Beispiel BGH VersR 1996, 976; OLG Köln VersR 1997, 1404.

10 Zum Beispiel bei unterdurchschnittlicher Qualifikation des eingesetzten Arztes, unterdurchschnittlicher personeller Krankenhausorganisation im nachgeordneten (nichtärztlichen) Dienst, bei voll beherrschbaren technischen Risiken, bei der Einhaltung von Hygieneanforderungen; vgl. auch Giesen, 1995, S. 389ff. (Rdnr. 444 ff.); Steffen/Dressler, 1999, Rdnr. 500ff., 512 mit Rechtsprechungsangaben; siehe auch Fn 7.

können sich haftungsrechtliche Organisationspflichten aber auf die Organisation des Qualitätssicherungs- oder Qualitätsmanagementprozesses beziehen, die auf die Erzielung von (Behandlungs-)*Ergebnissen* gerichtet sind.

Vereinzelt werden in der Literatur auch auf das Qualitätssicherungs- oder Qualitätsmanagementsystem bezogene Organisationspflichten (z.B. für die Durchführung klinischer Studien) vorgeschlagen (Francke/Hart 1987:102ff.; Hart 1996:589ff., 593f.), ohne dass man hier schon von einer herrschenden Meinung sprechen könnte oder Rechtsprechung dazu vorliegt. Solche auf Qualitätssicherungs- oder Qualitätsmanagementsysteme bezogenen Organisationspflichten orientieren sich häufig an sicherheitsrechtlichen Vorgaben (s.u. Abschnitt „Qualitätsmanagement und Sicherheitsrecht"), die ihrerseits auf dem Entwurf einer bereichsbezogenen Qualitätssicherung beruhen (z.B. europäische oder internationale Empfehlungen zur *Good Clinical Practice GCP*).

In diesen Zusammenhang gehört auch die Organisation der medizinischen Behandlung im Krankenhaus oder der (vertragsärztlichen) Praxis anhand von ärztlichen Leitlinien (vgl. hierzu allgemein: Hart 1998:8ff.; 2000). Solche Leitlinien können in angewandte Qualitätssicherungs- oder Qualitätsmanagementsysteme als Qualitätsmaßstäbe eingebaut sein oder werden. Es gehört u.E. zu deren Organisationspflicht, den Behandlungsprozess so zu organisieren, dass der ärztliche Standard einer ordnungsgemäßen Behandlung gewährleistet wird; und dieser Standard wird durch in geordneten Verfahren zustande gekommene (Harmonisierungsaspekt), dem Stand von Wissenschaft (*Evidence-based Medicine*) und Technik entsprechende und evaluierte Leitlinien festgesetzt (Transformationsaspekt). Weil gegenwärtig die Harmonisierung der Verfahren des Zustandekommens von ärztlichen Leitlinien und der sachlichen Bewertungskriterien hierfür in Deutschland noch nicht abgeschlossen ist und sich die rechtliche (haftungs- und sozialrechtliche) Diskussion noch im Fluss befindet, ist dieser Vorschlag eher noch eine haftungsrechtliche Zukunftsperspektive, deutet aber doch an, in welche Richtung sich die Organisationshaftung für Systemversagen entwickeln könnte.

Die Einhaltung dieser beschriebenen situativ-konkreten und abstrakt-systembezogenen Organisationspflichten durch die Einrichtung eines dem Stand von Wissenschaft und Technik entsprechenden Qualitätssicherungs- oder Qualitätsmanagementsystems kann *nur* von der unternehmerischen *Organisationshaftung entlasten*, nicht aber von einer Haftung bei der Verletzung nicht organisationsbezogener sonstiger Pflichten (klassische Arzthaftung). Die Einrichtung eines Qualitätssicherungs- oder Qualitätsmanagementsystems erleichtert also dem Haftungsschuldner den Nachweis, das seinerseits „Erforderliche" getan zu haben, um Rechts(guts)verletzungen zu vermeiden (Vermutungs- oder jedenfalls Indizwirkung).

Es ist also festzuhalten, dass das Haftungsrecht – im Gegensatz etwa zum Sicherheits- oder Sozialrecht – kein bestimmtes Qualitätssicherungs- oder Qualitätsmanagementsystem vorschreiben kann. Nur wenn eine sicherheits- oder sozialrechtliche Regelung ein solches

System des Qualitätsmanagements anordnete, könnte das Haftungsrecht aus seinen Vorgaben entsprechende Organisationspflichten ableiten. Entsprechendes gilt, wenn ein Qualitätsmanagementsystem vereinbart wird, das drittschützende Vorgaben enthält, deren Verletzung zu Schadensersatzpflichten führen kann (Brüggemeier 1999:123; Damm 1991). Es ist den Krankenhausträgern und Praxisleitern dringend zu empfehlen, auch ein *haftungsrechtliches Risikomanagement* durchzuführen, das anhand der geschilderten Organisationspflichten auf Fehlerprävention in der Organisation von medizinischen Behandlungen achtet.

Qualitätsmanagement und Sicherheitsrecht

Im Bereich des *Arzneimittelrechts* ist ein prominentes Beispiel sicherheitsrechtlicher Qualitätssicherungsvorgaben die *Good-Clinical-Practice*-(GCP)-Empfehlung, die jüngst Gegenstand des europäischen Rechtssetzungsprozesses war.[11] GCP enthält ein Qualitätssicherungssystem für die Durchführung klinischer Arzneimittelprüfungen, das auf Vereinbarungen der International Conference on Harmonisation (ICH) beruht. GCP formuliert Organisationspflichten für die Struktur- und Prozessqualität klinischer Prüfung. Der Sache nach handelt es sich um die Festlegung des gegenwärtigen Standes wissenschaftlicher, technischer, organisatorischer und probandenschützender Anforderungen an die Qualität einer klinischen Prüfung, deren Einhaltung durch (externe) Ethikkommissionen und/oder administrative Institutionen kontrolliert wird. Bei Nichteinhaltung der Anforderungen darf die Prüfung nicht begonnen werden (Prävention). Wird sie dennoch begonnen, hat das u.a. eine Erhöhung haftungsrechtlicher Risiken zur Folge (Reaktion). Zusätzlich hält das AMG Anforderungen an die Organisation des Herstellungs-, Überwachungs-, Informations- und Vertriebsprozesses für Arzneimittel (§§ 13ff., 40 ff., 63a, 74a, 83 AMG) bereit. Die Betriebsverordnung für pharmazeutische Unternehmen (PharmBetrV) legt in ihrem § 1a fest, dass pharmazeutische Unternehmen ein „funktionierendes pharmazeutisches Qualitätssicherungssystem“ einrichten müssen, das sicherstellen soll, „dass die Arzneimittel die für den beabsichtigten Gebrauch erforderliche Qualität aufweisen“. Weder das AMG noch die PharmBetrV oder GCP fordern allerdings ein *bestimmtes* Qualitätssicherungssystem nach dem Muster der DIN EN ISO 9000ff. Welches System gewählt wird, überlassen die Regelungen dem pharmazeutischen Unternehmer.

Ein weiteres Beispiel für solche Qualitätssicherungs-Organisationspflichten enthält das *Medizinproduktegesetz (MPG)*, indem es wie das AMG Anforderungen an die Organisation des Prüf-, Herstellungs- und Überwachungsprozesses für Medizinprodukte festlegt. Grundsätzlich müssen alle nach dem 14. 6. 1998 im Verkehr befindlichen Medizinprodukte nach einem Konformitätsbewertungsverfahren die CE-Kennzeichnung führen.

---

11 Richtlinie 2001/20/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. April 2001 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Anwendung der guten klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln, Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften L121/34 vom 1. 5. 2001.

Qualitätsmanagement und Recht der gesetzlichen Krankenversicherung

Ebenen der Rechtsetzung

Anders als im Haftungsrecht und in gewisser Übereinstimmung mit dem Sicherheitsrecht finden sich im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und in damit in Zusammenhang stehenden Rechtsgebieten ausführliche Regelungen über Qualitätssicherung. In systematischer Hinsicht ist zuerst das Heilberufsrecht der Länder zu nennen, das die Berufsausübung der Ärzte durch die Kammergesetze und die Satzungen der Ärztekammern, namentlich die Berufsordnung, regelt. § 6 Abs. 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen[12] bestimmt, dass es eine Aufgabe der Kammern ist, die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zu fördern. Ausführlicher noch ist die Regelung des § 8a des Heilberufsgesetzes des Landes Bremen[13], wo bestimmt wird, dass die Kammern dafür Sorge zu tragen haben, dass Maßnahmen der Qualitätssicherung entwickelt und umgesetzt werden, und dass die Kammern sich an Qualitätssicherungsvorhaben Dritter zu beteiligen haben, soweit solche Vorhaben in ihren Zuständigkeitsbereich fallen. Die Berufsordnungen der Ärztekammern konkretisieren die gesetzliche Regelung. Sie begründen die Verpflichtung des Arztes zur Qualitätssicherung zunächst durch eine Generalklausel. § 5 der Musterberufsordnung (MBO)[14] lautet: „Der Arzt ist verpflichtet, an den von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen und der Ärztekammer die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen." Daneben finden sich spezielle Regelungen qualitätssichernder Art: die Pflicht zur Mitteilung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (§ 6 MBO), die Fortbildungspflicht (§ 4 MBO) sowie weitere Berufspflichten wie Dokumentation, Zweitmeinung und Konsilium, Sorgfaltspflichten. Landesrechtliche Regelungen der Qualitätssicherung finden sich auch in den Krankenhausgesetzen der Länder. Beispielhaft ist insoweit die Regelung des § 7 des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen[15], wonach die Krankenhäuser die Qualitätssicherung gewährleisten, insbesondere der Behandlung, der Behandlungsergebnisse und der Versorgungsabläufe. An der externen Qualitätssicherung wirken die Krankenhäuser nach Maßgabe von Festlegungen aufgrund bundes- und landesrechtlicher Regelungen mit.

Die genannten allgemein für die ärztliche Berufsausübung geltenden (landesrechtlichen) Regelungen werden ergänzt durch die (bundesrechtlichen) Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs V – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V). Systematisch betrachtet handelt es sich um spezialgesetzliche Regelungen gegenüber dem allgemeinen Berufsrecht. Die Wirtschaftlichkeitsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung haben jedoch dazu geführt, dass Instrumente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements vor

12 Vom 27. April 1994, GVBl. S. 204, mit späteren Änderungen.

13 In der Fassung der Bekanntmachung vom 5. März 1996, GBl. S. 53.

14 Abgedruckt bei Laufs/Uhlenbruck (1999), Anhang zu § 4.

15 Vom 16. Dezember 1998, GVBl. S. 696.

allem hier entwickelt und fortgeschrieben werden. Die Folge ist, dass die nur für einen Teil der medizinischen Versorgung geltenden Bestimmungen zunehmend für die gesamte Versorgung faktisch maßgeblich werden.[16]

Öffentlich-rechtliche Rechtsnormen und sozialrechtliche Rezeption professioneller Normsetzungsprozesse

Das SGB V regelt Pflichten, Organisationen, Strukturen und Verfahren der Qualitätssicherung durch die §§ 135–139 („Sicherung der Qualität der Leistungserbringung") sowie durch weitere leistungserbringungsrechtliche Bestimmungen.[17] Das Gesetz wird durch untergesetzliche Regelungen ausgefüllt und konkretisiert.[18] Regelungen betreffen vor allem die kurative Versorgung. Sie werden durch Bestimmungen über die Qualitätssicherung in der Prävention ergänzt (§ 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Die gesetzlichen und untergesetzlichen Bestimmungen des SGB V schaffen ein differenziertes öffentlich-rechtliches Regelwerk, das

- Handlungspflichten der Leistungserbringer, namentlich des Vertragsarztes und des Krankenhausträgers, begründet,
- Organisationen errichtet, in denen die gemeinsame Selbstverwaltung über Qualitätssicherungsmaßnahmen kommuniziert und entscheidet,
- bereichsspezifische Konkretisierungen der Qualitätssicherung nach Zielen, Gegenständen, Verfahren und Beteiligungen enthält.

Diese öffentlich-rechtlichen Regelungen sind von den privatrechtlich normierten Strukturen und Verfahren der Qualitätssicherung sowie den Leitlinien ärztlichen Handelns zu unterscheiden, die durch wissenschaftliche Fachgesellschaften und Berufsverbände, durch Unternehmen, Krankenhausträger und private Leistungserbringer bestimmt werden. Recht rezipiert diese medizinisch professionellen Standardisierungen und macht sie nach seinen Maßstäben für die gesetzliche Krankenversicherung verbindlich (Pitschas 2000; Francke 2000b).

Bestimmung des sozialrechtlich maßgeblichen medizinischen Standards

Zentrales Problem der Qualitätssicherung ist auch in der gesetzlichen Krankenversicherung die Bestimmung der medizinischen Standards, nach denen die Behandlungen zu erfolgen haben und an denen die ärztliche Berufsausübung zu messen ist. Zentral sind insoweit die ärztlichen Leitlinien, die von privaten Verbänden, namentlich den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften der AWMF aufgestellt werden. Sozial-

---

16 Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes wird insoweit anerkannt, ist aber nicht ganz unumstritten: I. Ebsen, „Das System der Gliederung in haus- und fachärztliche Versorgung als verfassungsrechtliches Problem", VSSR, 1996, S. 351f.; G. Schneider, Handbuch des Kassenarztrechts, 1994, 115ff.

17 Zum vertragsärztlichen Bereich vgl. D. Krauskopf in Laufs/Uhlenbruck (1999) § 26, Rdnr. 21ff.; zur Krankenhausversorgung siehe H. Genzel in Laufs/Uhlenbruck (1999) § 87, Rdnr. 71ff.

18 So durch Richtlinien der Bundesausschüsse Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen; Verträge zwischen den Landes- oder Bundesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen/den Kassenärztlichen Vereinigungen; Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen; Empfehlungen/Regelungen der Verbände der Krankenkassen.

rechtlich dürfen nur solche medizinisch-ärztlichen Standards rezipiert werden, die den Leistungsstandards des SGB V entsprechen, die namentlich also auch das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten. Darüber hinaus ist es erforderlich, dass die Leitlinien verfahrensbezogenen Anforderungen genügen. Entsprechend zu gewährleisten sind die Transparenz und Publizität des Entscheidungsprozesses, die Beteiligung Sachverständiger und Betroffener sowie Objektivität und Neutralität der entscheidenden Gremien (Francke 2000a).

Gegenwärtig steht im Zentrum der Diskussion die Entwicklung von Organisationsformen und Verfahrensregelungen, nach denen ärztliche Leitlinien sozialrechtlich rezipiert werden können. Es wird angestrebt, die Übereinstimmung mit den sozialrechtlichen Leistungsvoraussetzungen und die Gewährleistung von Verfahrensqualität bei der Aufstellung der Leitlinien durch förmliche Verfahren (Zertifizierung) zu dokumentieren (Lauterbach et al. 1997) und darauf die sozialrechtliche Verbindlichkeit zu stützen. Der Entwurf des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 sah in § 136a eine Regelung vor, die die Rezeption ärztlicher Leitlinien und die Erklärung ihrer sozialrechtlichen Verbindlichkeit regeln sollte. Danach wären („anerkannte") Leitlinien von den Leistungserbringern zu beachten gewesen. Diese Regelung ist wegen verfassungsrechtlicher Zweifel an dieser Form der Normsetzung mit guten Gründen nicht Gesetz geworden (Di Fabio 1998:449, 451ff.; Francke 2000a:162). Die ärztlichen Spitzenverbände (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) haben sich auf Standards für die Erstellung von Leitlinien geeinigt.[19] (Evidenzbasierte) Leitlinien sind namentlich nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V durch den Koordinierungsausschuss der gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch durch die übrigen Institutionen der untergesetzlichen Normsetzung nach dem SGB V zu beachten. Allerdings fehlt es derzeit noch an praktikablen und generalisierbaren Regelungen der Rezeption oder Transformation ärztlicher Leitlinien in das sozialrechtliche Pflichtengefüge.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, bereichsbezogene Qualitätssicherung

Auch das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung hat seinen Schwerpunkt in der Regelung von Struktur- und Prozessqualität. Nur eingeschränkt wird die Ergebnisqualität erfasst. Als organisatorische Strukturen der Qualitätssicherung sind die Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V), die ärztliche Zentralstelle zur Qualitätssicherung (ÄZQ) sowie die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (AQS) zu nennen. Die Bundesausschüsse konkretisieren durch Richtlinien nach § 92 SGB V das Maß für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Für die stationäre Versorgung fehlt es bisher an einem dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen entsprechenden Gremium. § 137c Abs. 2 SGB V sieht die Schaffung einer entsprechenden Einrichtung auch für die Krankenhaus-

19 Heute am übersichtlichsten dokumentiert durch „Das Leitlinien Manual. Entwicklung und Implementierung von Leitlinien in der Medizin." *ZaeFQ Supplement* I, 95. Jahrgang, Januar 2001.

versorgung vor, dessen Aufgabe die Bewertung (Zulassung) von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist. In der ÄZQ, die durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer gebildet wird, koordinieren beide Organisationen ihre Qualitätssicherungstätigkeiten, namentlich hinsichtlich der Anerkennung von ärztlichen Leitlinien. In der inzwischen durch § 137b SGB V geregelten AQS, der Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Berufsorganisation der Krankenpflegeberufe angehören, werden die Zielvorstellungen und Arbeitsprogramme der Qualitätssicherung zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen abgestimmt und konzertiert. Der Strukturqualität schließlich dienen die speziellen sozialrechtlichen Qualifikations- und Organisationsvoraussetzungen der ärztlichen Berufsausübung.

Von den bereichsspezifischen Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung sind zuerst diejenigen zu nennen, die die Bewertung von neuen und vorhandenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch die Bundesausschüsse (§ 135 Abs. 1 SGB V) und den Erlass von Richtlinien über die wirtschaftliche, zweckmäßige und ausreichende Versorgung betreffen. Darüber hinaus verpflichtet § 136 SGB V zu einer Qualitätsprüfung im Einzelfall. Dazu ergehen Richtlinien zur Gewährleistung einheitlicher Maßstäbe der Qualitätsbeurteilung. Die Prüfung erfolgt durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in Stichproben und im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen. Diese Qualitätsprüfung steht neben der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V und der Prüfung der Abrechnungsrichtigkeit nach § 83 Abs. 2 SGB V. Mit der Einfügung dieser Vorschrift durch das Gesundheitsreformgesetz vom 20. 12. 1988 sollte eine Einzelprüfung über den bis dahin praktizierten Rahmen (Laboruntersuchungen) hinaus ermöglicht und die Prüfung vor allem auf die Ergebnisqualität bezogen werden (Ringversuche, sachverständige Beurteilung bildgebender Verfahren, Beurteilung von Röntgenaufnahmen durch Röntgenkommissionen). Der Wortlaut der Vorschrift lässt es zu, die Einzelprüfung auch auf die Prozessqualität zu beziehen. Da die große Fallzahl zu einem enormen Prüfungsaufwand führt, wird – insoweit – an der Praktikabilität der Vorschrift gezweifelt.[20] Die Zweifel werden dadurch belegt, dass Qualitätsbeurteilungsrichtlinien nur für einen eingeschränkten Bereich der Versorgung vorliegen.[21] Die Qualitätssicherungsrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung[22] bestimmen Qualitätszirkel als zentrale Form vertragsärztlicher Qualitätssicherung und enthalten Regelungen zu Ringversuchen, Stichprobenprüfung und Kolloquien. Der Sicherung der Ergebnisqualität dienen die nach § 136b Abs. 2 SGB V von den Vertragsparteien zu bestimmenden einheitlichen Qualitätskriterien für die Versorgung mit Zahnersatz und die Gewährleistungspflicht des Zahnarztes.

Nach § 137d SGB V ergehen für die ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen besondere Richtlinien, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen

20 R. Hess, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Loseblatt, § 136 Rdnr. 2.

21 Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik gem. § 136 SGB V, BAnz. Nr. 183 b.

22 Veröffentlicht DÄBl. 1993, Heft 21.

Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Leistungserbringer vereinbart werden. Die Bedeutung dieser Vorschrift liegt darin, deutlich zu machen, dass neben der kurativen Versorgung für Vorsorge und Rehabilitation spezielle Qualitätssicherungsbestimmungen erforderlich sind. Sachgerechte Verfahren der Qualitätssicherung sind noch zu erarbeiten. §§ 136 und 136a SGB V verpflichten den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, durch Richtlinien nach § 92 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung zu regeln.

Für die stationäre Versorgung gelten die §§ 137 und 137c SGB V. Die durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 umfassend geänderte Regelung des § 137 SGB V über die Qualitätssicherung im Krankenhaus unterscheidet sich grundlegend von den Vorläuferregelungen der §§ 137 und 137a SGB V. Durch die Neuregelung bindet der Gesetzgeber die Vertragsparteien strenger und inhaltlich weiter gehend als die Vorläuferregelung. Es muss eine vertragliche Regelung zu den in § 137 Abs. 1 genannten Inhalten erfolgen. Die pflichtweise zu regelnden Inhalte sind differenzierter bestimmt als nach altem Recht. Die vorgegebenen inhaltlichen Maßstäbe gehen über § 135a Abs. 2 hinaus und betreffen gemäß Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 vor allem „Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen", mit denen leitlinienähnlich Behandlungsprozesse weiter gehend als bisher standardisiert werden sollen. Der Gesetzgeber hat die ärztlichen Berufsorganisationen – Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung – umfassend in das Regelungssystem eingebunden. Allerdings hat er ihnen nur beschränkte Mitwirkungsrechte eingeräumt. Die verbindliche Entscheidung wurde in die Hände der Vereinbarungspartner nach § 137 Abs. 3 SGB V gelegt. Das sind die Parteien des Leistungserbringungsrechts, ergänzt um den Verband der Privaten Krankenversicherung. Die Bundesärztekammer ist Beteiligte, entscheidet aber über die Vereinbarung nicht mit. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. § 137a a.F. sah für das Zusammenspiel des allgemeinen ärztlichen Berufsrechts mit dem auf das Krankenhaus bezogenen Leistungserbringungsrechts des SGB V ein dreistufiges Verfahren vor, dessen zentrales Element die Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung durch § 137a Abs. 2 a.F., aber auch Abs. 1 a.F. war. Für den stationären Versorgungsbereich galt die alleinige Entscheidungskompetenz der ärztlichen Selbstverwaltung für die Definition von Anforderungen an die Qualität der ärztlichen Berufsausübung. Den Vertragsparteien auf Bundesebene war nach § 137a Abs. 2 Satz 2 a.F. lediglich ein Recht zur Stellungnahme eingeräumt. Das heute geltende Recht erkennt das Entscheidungsvorrecht der ärztlichen Selbstverwaltung nicht mehr an. Die nach geltendem Recht zu treffenden Vereinbarungen werden im Übrigen nicht nach dem Konsensualprinzip durch Einigung aller Vertragsparteien getroffen. An dessen Stelle ist durch Abs. 3 ein Verfahren der Mehrheitsentscheidung geregelt, bei dem beide Seiten je zehn Stimmen haben. Bei einem Patt tritt ein neutraler Beteiligter hinzu, so dass eine Mehrheitsentscheidung möglich wird.[23] § 137c schafft den Ausschuss Krankenhaus, durch dessen Entscheidungen Behandlungsmethoden aus der Versorgung ausgeschlossen werden können.

23 Vgl. im Einzelnen R. Francke, 2000c, § 137 Rdnr. 4ff.

Ärztliche Berufsfreiheit, Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung, Sanktionen

Pflichten des Qualitätsmanagements binden die ärztliche Berufstätigkeit. Sie greifen in die Freiheit der ärztlichen Berufsausübung ein, die durch Art. 12 Abs. 1 des Grundgesetzes und § 1 Abs. 2 der Bundesärzteordnung (BÄO) geschützt ist. Solche Beschränkungen sind in ihrem Inhalt gerechtfertigt, wenn sie in verhältnismäßiger Weise dem Patientenschutz oder dem Schutz des Versorgungssystems dienen. Sie müssen also dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) und den gesetzlichen wie untergesetzlichen Konkretisierungen des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 Abs. 1 SGB V) entsprechen. In der rechtswissenschaftlichen Diskussion werden Einwände dagegen erhoben, ärztliches Handeln strikt an Leitlinien zu binden, da man die produktive Seite ärztlicher Autonomie dadurch gefährdet sieht (Laufs 1999; Ulsenheimer 1998). Dies verweist zuerst auf die oftmals nicht gesicherte Qualität der Leitlinien selbst. Entsprechen diese indes dem aktuellen wissenschaftlichen und professionellen Erkenntnisstand, dann ist – bei Beachtung des Handlungskorridors – die Bindung durch Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitserfordernisse der gesetzlichen Krankenversicherung rechtlich legitimiert.

Qualitätsmanagement erfordert medizinisch-ärztliche Maßstäbe sowie sachgerechte Organisationsformen und Verfahren. Allerdings folgt daraus nicht ein Kompetenzvorrang der ärztlichen Selbstverwaltung (Francke 1994:225ff.). Sie ist nach Kriterien der Zweckmäßigkeit zu beteiligen. Daher werden in der gesetzlichen Krankenversicherung die maßgeblichen Strukturen – im Rahmen der gesetzlichen Regelungen – von den Vertragsparteien der gemeinsamen Selbstverwaltung nach dem SGB V – das sind die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Verbände der Krankenhausträger einerseits und die Verbände der Krankenkassen andererseits – entwickelt. Der Gesetzgeber kann und sollte die Beteiligung der ärztlichen Selbstverwaltung vorsehen, wo dies erforderlich ist. Die Regelung des § 137 Abs. 1 und 3 SGB V entspricht diesem Rechtsgedanken. Dort werden der Bundesärztekammer Aufgaben für den stationären Sektor der gesetzlichen Krankenversicherung zugewiesen, weil es insoweit an einer ärztlichen Selbstverwaltungsorganisation nach dem SGB V fehlt.

Die Pflichten des Qualitätsmanagements werden in der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber Ärzten in erster Linie durch vergütungsrechtliche Sanktionen durchgesetzt. Die Nichtbeachtung von Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität kann dazu führen, dass die erbrachten Leistungen nicht abrechnungsfähig sind. Das gilt vor allem für die vertragsärztliche Versorgung, während sich die Dinge im stationären Bereich wegen der unterschiedlichen Entgeltformen differenzierter darstellen.[24] Bei Vertragskrankenhäusern kommt bei hartnäckiger Weigerung die Kündigung des Versorgungsvertrages in Betracht. Schadensersatzleistungen oder disziplinarische Sanktionen sind an sehr enge rechtliche Voraussetzungen geknüpft.

24 R. Hess, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Loseblatt, § 137 Rdnr. 7.

Literatur

Brüggemeier, G. (Hrsg.) (1998): *Rechtsprobleme von Qualitätsmanagementvereinbarungen und EG-Binnenmarkt.* Baden-Baden: Nomos.

Brüggemeier, G. (1999): *Prinzipien des Haftungsrechts.* Baden-Baden: Nomos.

Damm, (1991): „Entwicklungstendenzen der Expertenhaftung. Vermögensschutz und Drittschutz auf dem Markt für sachkundige Informationen." *JZ*, 373 ff.

Deutsch, E. (1999): *Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinprodukterecht*. (4. Aufl.) Berlin: Springer.

Di Fabio, U. (1998): „Verlust der Steuerungskraft klassischer Rechtsquellen." *NZS*, 449ff.

Francke, R. (1994): *Ärztliche Berufsfreiheit und Patientenrechte*. Stuttgart.

Francke, R. (2000a): „Sozialrechtliche Rezeption ärztlicher Leitlinien." *Die Sozialgerichtsbarkeit,* 2000, 159-165.

Francke, R. (2000b): „Leitlinien ärztlichen Handelns und Sozialrecht." In: Hart, D. (Hrsg.): *Ärztliche Leitlinien – Empirie und Recht professioneller Normsetzung.* Baden-Baden: Nomos.

Francke, R. (2000c): „Kommentierung: Qualitätssicherung: §§ 135 bis 139 SGB V." In: Wannagat, G. / Eichenhofer, E. (Hrsg.): *Sozialgesetzbuch. Kommentar zum Recht des Sozialgesetzbuchs. SGB V Gesetzliche Krankenversicherung*. Köln: Carl Heymanns, Loseblatt (Februar 2000) (40 S.).

Francke, R. / Hart, D. (1987): *Ärztliche Verantwortung und Patienteninformation*. Stuttgart: Thieme.

Francke, R. / Hart, D. (1999): *Charta der Patientenrechte*. Baden-Baden: Nomos.

Giesen, D. (1995): *Arzthaftungsrecht*. (4., völlig neu bearb. u. erw. Aufl.) Tübingen: Mohr.

Hart, D. (1990): *Arzneimitteltherapie und ärztliche Verantwortung*. Stuttgart: Thieme.

Hart, D. (1996): „Therapiestudien in der Onkologie – Rechtliche Aspekte. *Strahlentherapie und Onkologie*, 172, 589-595.

Hart, D. (1998): „Ärztliche Leitlinien – Definitionen, Funktionen, rechtliche Bewertungen." *MedR* 1998, 1, 8-16.

Hart, D. (1999): „‚Organisationsaufklärung' – Zum Verhältnis von Standardbehandlung, Organisationspflichten und ärztlicher Aufklärung." *MedR*, 17, 2, 47-50.

Hart, D. (Hrsg.) (2000): *Ärztliche Leitlinien – Empirie und Recht professioneller Normsetzung*. Baden-Baden: Nomos.

Hart, D. (2001): „Health Technology Assessment (HTA) und gesundheitsrechtliche Regulierung." *MedR* 2001, 1, 1-8.

Laufs, A. (1993): *Arztrecht* (5. Aufl.) München.

Laufs, A. (1999): *Zur Freiheit des Arztberufs*. Festschrift für E. Deutsch, 630 ff.

Laufs A. / W. Uhlenbruck (Hrsg.) (1999): *Handbuch des Arztrechts*. (2., völlig überarb. u. erw. Aufl.) München: C. H. Beck.

Lauterbach, K. W. / Lubecki, P. / Oesingmann, U / Ollenschläger, G. / Richard, S. / Straub, Chr. (1997): „Konzept eines Clearingverfahrens für Deutschland." *ZaeFQ* (91), 283ff.

Marburger, P. (1979): *Die Regeln der Technik im Recht*. Köln, Berlin, Bonn, München: Carl Heymanns.

Pitschas, R. (1999): „Empirie und Recht professioneller Normsetzung: Perspektiven der Transformation medizinischer Normsetzung in rechtliche Verbindlichkeit." In: Hart, D. (Hrsg.) (2000): *Ärztliche Leitlinien – Empirie und Recht professioneller Normsetzung*. Baden-Baden: Nomos.

Schneider, G. (1994): *Handbuch des Kassenarztrechts.* Köln, Berlin, Bonn, München: Carl Heymanns.

Steffen, E. / Dressler, W.-D. (1999): *Arzthaftungsrecht – Neue Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung.* (8. Aufl.) Köln: RWS.

Ulsenheimer, K. (1998): „Haftungsrechtliche Anmerkungen zum Thema ‚Leitlinien'." *Frauenarzt* 39, 1540 (1543).

2.4 Leitlinien als Entscheidungshilfe in der gesundheitswissenschaftlichen Praxis

Elke Jakubowski, Rüdiger Krech

Im Folgenden soll das Instrument der Leitlinien als Entscheidungshilfe für die gesundheitswissenschaftliche Praxis betrachtet werden. Da Leitlinien für medizinische Interventionen und für nicht medizinische Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung mit unterschiedlichen Methoden entwickelt werden, sollen zunächst Grundzüge der Methodik der Leitlinienentwicklung für medizinische Interventionen bzw. Indikationen kurz vorgestellt und anschließend der Stand der Leitlinienentwicklung für Maßnahmen der Gesundheitsförderung zusammengefasst werden.

Unserer Ansicht nach ergänzt sich das gesamte Spektrum der Instrumentarien sinnvoll und die gesundheitswissenschaftliche Diskussion sollte davon absehen, „härtere Evidenz" prinzipiell als die bessere Grundlage für die Leitlinienentwicklung in der gesundheitswissenschaftlichen Praxis zu betrachten.

Konzept der Leitlinienentwicklung

In Deutschland sind Leitlinien Bestandteil des medizinischen und zunehmend auch des gesundheitswissenschaftlichen Qualitätsmanagements. Sie werden als sinnvolle und notwendige Regulierungsinstrumente zur Sicherung einer hochwertigen klinischen, präventiven und gesundheitsförderlichen Dienstleistungsqualität angesehen, von denen allerdings in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss (Bauer 1998; Ollenschläger et al. 1998; Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung 1997). Konzeptionell bauen Leitlinien auf dem gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis und dem Wissen und den Erfahrungen von Experten auf.

Im Idealfall werden sie in einem definierten und transparenten Vorgehen formuliert, zum Beispiel in formalen Konsensuskonferenzen von Fachexperten unter Beteiligung der Anwender der Leitlinien und – in der Gesundheitsförderung – notwendigerweise auch von Konsumenten. Zum Zyklus der Leitlinienproduktion gehören nicht nur ihre Entwicklung, sondern auch die Dissemination, d.h. die Bekanntmachung und Verbreitung, die Implementierung und die Evaluation. Leitlinien sollten regelmäßig auf ihre Gültigkeit überprüft und gegebenenfalls fortgeschrieben werden.

Methoden der Leitlinienentwicklung in der Medizin

Medizinische Leitlinien sind Entscheidungshilfen für die medizinische Praxis, die systematisch entwickelt werden, um dem behandelnden Arzt und dem Patienten bei speziellen gesundheitlichen Problemen die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung zu erleichtern (Institute of Medicine 1990; Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung 1997; WHO 1997). Sie können für die verschiedenen Zielgruppen des Gesundheitswesens unterschiedliche Funktionen haben (siehe *Tabelle 1*).

Zielgruppe	Mögliche Funktionen
Patienten	• Erleichterung einer (objektiv) informierten Wahl zwischen Behandlungsalternativen • Verbesserung von Behandlungsergebnissen, Verminderung von Behandlungsrisiken und Vermeidung unnötiger Betreuungsmaßnahmen
Leistungserbringer	• Entscheidungsunterstützung für eine wissenschaftlich begründete und angemessene medizinische Vorgehensweise bei der Patientenversorgung • Individuelle Abschätzung der Prozess- und Ergebnisqualität der medizinischen Vorgehensweise und gegebenenfalls Korrektur oder Anpassung von Entscheidungs- und Handlungsabläufen • Information und Weiterbildung über den aktuellen Wissensstand von Behandlungsstrategien
Konsumenten	• Information über allgemein übliche und wissenschaftlich anerkannte medizinische Betreuungsmaßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen
Kostenträger/Versicherer	• Vermeidung von überflüssigen und wissenschaftlich überholten Maßnahmen und von unnötigen Kosten • Zukünftig evtl. Anregungen zur Konzeption neuer Vertrags- und Finanzierungsformen
Verordnungsgeber[1]	• Motivation der Kostenträger und Leistungserbringer zu einer medizinisch und ökonomisch angemessenen medizinischen Vorgehensweise • Vermeidung unerwünschter Qualitätsschwankungen im Bereich der Patientenversorgung

Tab. 1: Funktionen medizinischer Leitlinien für die verschiedenen Zielgruppen des Gesundheitswesens

Es wird zunehmend empfohlen, medizinische Leitlinien evidenzbasiert zu erstellen (Eccles et al. 1996; Woolf et al. 1996; Antes 1996). Die evidenzbasierte Strategie beinhaltet die systematische Synthese der bestverfügbaren Wirksamkeitsnachweise, die Herleitung eines empfohlenen Vorgehens aus der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit und die

1 Gemeint sind hiermit gesundheitspolitische Entscheidungsträger und gesetzgeberische Instanzen.

Dokumentation des Zusammenhangs zwischen dem Grad der Evidenz (Beweiskraft) und der Empfehlung (Woolf et al. 1996).

Praktisch wird in einem nachvollziehbaren Verfahren die wissenschaftliche Literatur mit Hilfe von elektronischen Datenbanken und Online-Diensten wissenschaftlicher Institutionen und Bibliotheken anhand standardisierter Suchstrategien möglichst umfassend, d.h. weltweit, durchforstet. In einem zweiten Schritt werden klinische Studien über die Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit von medizinischen Interventionen und Handlungsprozessen identifiziert. In einem dritten Schritt erfolgt die Sichtung und kritische Bewertung der Studien hinsichtlich von zuvor festgelegten Kriterien (vgl. *Tabelle 2*).

Grad der Evidenz	Bewertungskriterien für medizinische Studien
I	Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten kontrollierten klinischen Studie mit adäquatem Design
II-1	Evidenz aufgrund einer kontrollierten nichtrandomisierten Studie mit adäquatem Design
II-2	Evidenz aufgrund von Kohortenstudie oder Fall-Kontrollstudie mit adäquatem Design
II-3	Evidenz aufgrund von Vergleichsstudien, die Populationen in verschiedenen Zeitabschnitten oder an verschiedenen Orten mit oder ohne Intervention vergleichen
III	Expertenmeinungen gemäß klinischer Erfahrung, beschreibende Studien, Berichte von Expertengremien

Tab. 2: Bewertung medizinischer Maßnahmen: Kriterien zur Bewertung der „Härtegrade“ wissenschaftlicher Evidenz (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination 1994)

Nach der Bewertung werden die qualitativ hochwertigen Studien für die Leitlinienerstellung herangezogen. Studien mit hoher methodischer Qualität und hohem „Härtegrad“ (vgl. *Tabelle 3*) bilden dann die Grundlage der Empfehlungen.

Grad	Begründung
A	Gute Evidenz, eine Maßnahme zu empfehlen
B	Ausreichende Evidenz, eine Maßnahme zu empfehlen
C	Ungenügende Evidenz, eine Maßnahme zu empfehlen oder nicht zu empfehlen, die auf das Fehlen direkt anwendbarer klinischer Studien guter Qualität hinweist
D	Ausreichende Evidenz, eine Maßnahme nicht zu empfehlen
E	Gute Evidenz, eine Maßnahme nicht zu empfehlen

Tab. 3: Klassifikation von Interventionsempfehlungen auf der Grundlage von Evidenz (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination 1994)

Bei der Erstellung von Leitlinien für medizinische Verfahren haben – neben den Ausgangsmaterialien aus der internationalen Literatur – lokale Erfahrungen eine tragende Funktion. Sie können durch Konsensuskonferenzen eingebracht werden. Dabei werden im Lichte der verfügbaren Evidenz Interessenkonflikte und divergierende Wertvorstellungen unterschiedlicher Gruppen durch die Anwendung formaler multidisziplinärer Verfahren im Konsens gelöst, d.h. indem Informationen und Aussagen in einem formalen mehrstufigen Prozess durch die Ermittlung von übereinstimmenden Meinungen gewonnen werden (Effective Health Care 1994; Grimshaw/Russel 1993; Grimshaw et al. 1995).[2]

Grenzen bei der Anwendung evidenzbasierter Leitlinienerstellung liegen in der Methodik der hierarchischen Bewertung von solchen Studiendesigns, die nicht für alle gesundheitswissenschaftlichen Bereiche praktikabel oder angemessen sind (Ziglio 1997). Zum Beispiel sind randomisierte kontrollierte Studien (RCT), die als „Goldstandard"-Methode für Wirksamkeitsprüfungen von medikamentösen Therapieverfahren und zum Teil von Screening-Verfahren gelten, für chirurgische Interventionen wenig praktikabel (Michaelis 1997). Für die Gesundheitsförderung gilt, dass randomisierte kontrollierte Studien unangemessen, teuer und sogar kontraproduktiv sind (WHO 1998). Auch können die darin enthaltenen Bedingungen nicht grundsätzlich auf die lokalen Versorgungsrealitäten übertragen werden.

Alternativ empfiehlt das WHO-Regionalbüro für Europa für ausgesuchte medizinische Interventionen (zum Beispiel zur Behandlung des *Diabetes mellitus*), Leitlinien primär aus Behandlungsprotokollen von Praktikern zu entwickeln, die qualitativ besonders gute Versorgungsergebnisse (*best practices*) aufweisen. In einem nationalen oder internationalen Vergleich werden sie durch einen klassischen Benchmarking-Prozess, d.h. durch anonymisierten elektronischen Datenvergleich der biomedizinischen Indikatoren und des „Wellbeing" (Wohlbefinden) der Patienten, für Praktiker ermittelt (Staehr Johansen 1998; Bech et al. 1996).

Für Maßnahmen der Gesundheitsförderung verknüpft sich mit den Begrenzungen der evidenzbasierten Leitlinienerstellung in der Medizin die Forderung, die Methoden zu systematischen Übersichtsarbeiten dahin gehend zu revidieren, dass eine breiter angelegte Spanne von Studien zugelassen und qualitative Methoden vermehrt berücksichtigt werden. (Speller et al. 1997).

Leitlinien für eine umfassende Gesundheitsförderung

Die Leitlinien der Gesundheitsförderung, die von der Weltgesundheitsorganisation im Rahmen der Verona-Initiative[3] entwickelt wurden, basieren auf sechs Grundprinzipien.

2 In der medizinischen Forschung und Anwendung werden vorwiegend nominale Gruppentechnik und Delphi-Analysen verwandt; für eine detaillierte Einführung siehe Jones und Hunter (1995).

3 Siehe hierzu www.who.dk/verona/main.htm

Interventionen der Gesundheitsförderung sollten demnach:
(1) bei den gesellschaftlichen Risikobedingungen ansetzen,
(2) die Menschen, deren Gesundheit durch diese Risikobedingungen beeinflusst wird, angemessen in die Entwicklung, die Ausrichtung, die Durchführung und Evaluation einbeziehen,
(3) immer einen sektorübergreifenden Interventionsansatz verfolgen, da beste gesundheitliche Zugewinne in der Zusammenarbeit mit Sektoren wie Landwirtschaft, Erziehung, Ökonomie, soziale Dienste und Gesundheit zu erreichen sind,
(4) die Chancengleichheit zwischen den Menschen erhöhen, d.h. Maßnahmen sollten deshalb primär auf marginalisierte Bevölkerungsgruppen ausgerichtet sein,
(5) nachhaltig und tragfähig sein, da Maßnahmen, die nur kurzfristig angelegt sind, wahrscheinlich ineffizient sind, und
(6) auf einem breiten wissenschaftlichen Kenntnisstand beruhen.

Um die Qualität von Gesundheitsförderungsinitiativen zu sichern, wird empfohlen, eine systematische Untersuchung und Bewertung der Bestandteile einer Intervention und ihrer Auswirkungen vorzunehmen, um daraus Informationen für diejenigen abzuleiten, die an einer Verbesserung der Effizienz solcher Interventionen interessiert sind (WHO 1998). Als Instrument einer solchen Bewertung schlagen wir die Verona-Benchmarks vor, die die wichtigsten Systemcharakteristika (siehe *Tabelle 4)* abbilden, die bei einer gesundheitsförderlichen Intervention einbezogen werden sollten (WHO 1999):

Systemcharakteristika der Verona-Benchmarks	• Gesundheitsrelevanz • Sozialkapital • Bürgerbeteiligung • Rechenschaftspflicht • Tragfähige politische Unterstützung • Investitionsprozess • Evaluation und wissenschaftliche Begleitung

Tab. 4: Systemcharakteristika der Verona-Benchmarks zur Bewertung von Interventionen (WHO 1999)

Diese Benchmarks von Verona sind ein Instrument zur Eigenbewertung, um die Voraussetzungen eines Landes, einer Region oder einer Kommune für die praktische Umsetzung einer umfassenden Gesundheitsförderung zu identifizieren und zu bewerten.

Gesundheitsrelevanz

Gesundheitsrelevanz setzt ein hohes Maß an Engagement auf allen politischen Ebenen sowie die Bereitstellung von notwendigen finanziellen und organisatorischen Ressourcen

voraus. Sechs Fragen dieses Charakteristikums beziehen sich auf das politische Engagement, auf die Frage, ob und inwieweit Gesundheit benutzt wird, um politische Entscheidungen in den unterschiedlichen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens zu beeinflussen, und auf die Mechanismen, die vorhandenen Ressourcen für diejenige Option zu verwenden, die die gesündere Entscheidung für die Menschen die einfachste werden lässt. Weiterhin wird nach den Stärken in der Bevölkerung gefragt, die für eine gesundheitsfördernde Politik eingesetzt werden können.

Sozialkapital

Sozialkapital wird als Grad der in der Gesellschaft vorhandenen sozialen Geschlossenheit verstanden. Dies lässt sich z.B. anhand von sozialen Netzwerken und dem Grad an Vertrauen bemessen, das in einer Gemeinschaft existiert. Die Fragen dieses Charakteristikums beziehen sich auf die Möglichkeit zu lebenslangem Lernen und darauf, ob politische Entscheidungen dazu beitragen, Vertrauen, Solidarität und gesellschaftlichen Zusammenhalt innerhalb der Bevölkerung aufzubauen. Es wird gefragt, ob Strukturentscheidungen dazu beitragen, dass sich Menschen gesünder verhalten. Zusätzlich werden Fragen bezüglich Menschenrechten und nach Berücksichtigung von Randgruppen bei politischen Entscheidungen gestellt.

Bürgerbeteiligung

Das Charakteristikum Bürgerbeteiligung bezieht sich u.a. auf die Qualität und Rechtzeitigkeit von Informationen an die Bevölkerung und die Transparenz politischer Entscheidungen. Darüber hinaus wird nach den vorhandenen Infrastrukturen gefragt, die eine Bürgerbeteiligung erleichtern.

Rechenschaftspflicht

Rechenschaftspflicht bezieht sich sowohl auf die Mechanismen der Rechenschaftslegung (organisatorischer Art wie auch auf der Ebene des Einzelnen) als auch auf die Verantwortlichkeit, die sich aus den Aktionen und Entscheidungen ergibt. Ein hoher Grad an Rechenschaftspflicht erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass politische Entscheidungsträger ihrer Verantwortung nachkommen. Die Fragen dieses Charakteristikums beziehen sich auf das Vorhandensein klarer Verantwortungsstrukturen, die mögliche Einbeziehung anderer Entscheidungsträger (wie beispielsweise Industrie oder Unternehmen), die Vereinbarung von klaren Rollen und Verantwortlichkeiten sowie auf die notwendigen institutionellen, finanziellen und organisatorischen Voraussetzungen, um den jeweiligen Grad der Verantwortlichkeiten zu erhöhen.

Tragfähige politische Unterstützung

Wenn Gesundheit nachhaltig verbessert werden soll, erfordert dies eine tragfähige politische Unterstützung. Dazu sind parteiübergreifende Vereinbarungen zur Gesundheitsförderung sowie ein flexibler Umgang mit der Frage wichtig, wie diese Vereinbarungen an politische Realitäten angepasst werden können. Eine wesentliche Frage ist, ob es gemeinsam akzeptierte Regeln zur politischen Konfliktbewältigung gibt.

Investitionsprozess

Solide Investitionsprozesse setzen eine Bewertung möglicher Verbesserungspotenziale für Gesundheit sowie eine Abschätzung gesundheitlicher Verträglichkeiten voraus. Gefragt wird nach der Durchführung von Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen bei wichtigen politischen Entscheidungsprozessen und nach dem Umgang mit solchen politischen Entscheidungen, die nachweislich Krankheitsgefahren in sich bergen.

Evaluation und wissenschaftliche Begleitung

Eine ständige Beobachtung des Prozesses ist für umfassende Gesundheitsförderungsaktivitäten essenziell wichtig und stellt sicher, dass die erwarteten Ergebnisse erreicht werden. Deshalb wird unter diesem Charakteristikum vor allem nach dem Vorhandensein eines begleitenden Forschungsprogramms gefragt, das die Implementation eines Gesundheitsförderungsprogramms beispielsweise durch unmittelbare Feedbacks erleichtert und während des Prozesses gegebenenfalls erforderliche Verbesserung ermöglicht. Dieses begleitende Forschungsprogramm sollte von einer neutralen Institution durchgeführt werden, die kein Eigeninteresse damit verfolgt.

Je höher der Grad der Selbstbewertung dieser einzelnen Charakteristika ist, desto wahrscheinlicher sind eine nachhaltige Effizienz und Effektivität der gesundheitsförderlichen Maßnahme. Wir schlagen vor, aus den genannten Systemcharakteristika ein Ratingsystem zu entwickeln. Damit könnten – ausgerichtet an einer vorher festgelegten Mindestpunktzahl – die anzunehmende Qualität einer Maßnahme und die Voraussetzungen der Akteure für die Umsetzung einer solchen Maßnahme vorab leichter eingeschätzt werden.

Exkurs: Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen

Die Benchmarks von Verona können in dem genannten Sinne auch ein Beitrag zu der Diskussion im Bereich der Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen sein, die durch internationale Vereinbarungen und Verträge, wie beispielsweise durch den EU-Vertrag von Amsterdam und die WHO-Strategie „Gesundheit 21“, erneut angeregt wurde. Auf europäischer Ebene sind der Bielefelder Ansatz zu Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen (Kobusch et al. 1997), der Bericht der British Medical Association zu Gesundheits- und Umweltverträglichkeitsprüfungen (British Medical Association 1998), das Modell von Merseyside zu Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen (Scott-Samuel et al. 1998) und das schwedische Modell (Landtingsförbunde and Svenska Kommunförbundet 1998) wissenschaftlich führend.

Allen genannten Modellen der Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen ist gemeinsam, dass sie Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen als Instrument verstehen, in politische Entscheidungsprozesse einzugreifen – im Idealfall bevor konkrete politische Entscheidungen getroffen sind, also früh genug, um die konkrete Formulierung einer Politik oder eines Gesetzes zu beeinflussen. Sie basieren alle auf einem Ansatz von Bürgerbeteiligung sowie auf bestmöglicher Evidenz. Dennoch sind alle diese Modelle eher auf das Erkennen von

Gesundheitsgefahren ausgerichtet. Aus Sicht der Gesundheitsförderung sollte es jedoch Aufgabe der Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen sein, solche Politikoptionen zu identifizieren, die mit hoher Wahrscheinlichkeit die besten gesundheitlichen Auswirkungen erzielen. Diese Aufgabe wird in der derzeitigen Ausrichtung der Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen nicht oder nur unzureichend übernommen. Die Verona-Benchmarks liefern hingegen einen Rahmen, in dem mit Hilfe einer Selbstbewertung solche Optionen identifiziert werden könnten. In diesem Sinne glauben wir, dass der oben vor dem Hintergrund der Verona-Benchmarks beschriebene Ansatz für die Entwicklung von Leitlinien zur Gesundheitsförderung, die sozusagen die positive Seite beleuchten, auch dazu beitragen kann, gesundheitsförderliche Politiken zu verabschieden.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass grundlegende Faktoren, wie zum Beispiel ein prinzipiell systematisches Vorgehen, partizipatorische Prozesse und eine regelmäßige Aktualisierung, in allen Bereichen der gesundheitswissenschaftlichen Praxis für die Leitlinienentwicklung relevant sind. Zu unterscheiden sind jedoch für Gesundheitsförderung und Medizin die spezifischen Instrumente, die in der Methodik der Leitlinienentwicklung für Maßnahmen in diesen beiden Bereichen jeweils zur Anwendung kommen und nicht miteinander verwechselt werden sollten.

Literatur

Antes, G. / Ruther, A. / Keijnen, J. (1996): „Die Cochrane Collaboration. Erstellung, Aktualisierung und Verbreitung systematischer Übersichtsarbeiten.“ *Münch med Wschr*, 138, 829-832.

Bauer, H. (1998): „Leitlinien als Grundlage rationalen ärztlichen Handelns.“ *Bayrisches Ärztebl*, 53, 3-8.

Bech, P. / Gudex, C. / Staehr Johansen, K. (1996): The WHO (TEN) Wellbeing Index: Validation in Diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 183-190.

British Medical Association (1998): *Health & Environmental impact assessment: An integrated approach*. London: Earthscan.

Bundesärztekammer / Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997): Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. *Dtsch Ärztebl*, 94 (33) A2154-2155, B1622-1623, C1754-1755.

Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (1994): *The Canadian guide to clinical preventative health care*. Minister of supply and services No. H21-117/1994E, Ottawa.

Eccles, M. / Clapp, Z. / Grimshaw, J. et al. (1996): „North of England evidence based guidelines developmental project: methods of guidelines development.“ *BMJ*, 312, 760-762.

Effective Health Care. Implementing clinical practice guidelines: Can guidelines be used to improve clinical practice? Bulletin No. 8, University of Leeds.

Grimshaw, J. / Russel, I. (1993): „Achieving health gain through clinical practice guidelines.“ *Quality in Health Care,* 2, 243-248.

Grimshaw, J. / Eccles, M. / Russel, I. (1995): „Developing clinically valid practice guidelines.“ *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1, 37, 48.

Institute of Medicine (1990): *Medicare: A strategy for quality assurance.* Bd. I. (Hrsg. K. N. Lohr) Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Medicine (1992): *Guidelines for clinical practice: from development to use*. (Hrsg. M. J. Field und K. N. Lohr) Washington, DC: National Academy Press.

Jones, J. / Hunter, D. (1995): „Qualitative Research: Consensus methods for medical and health services research." *BMJ*, 311, 376-380.

Kobusch, A. B. / Fehr, R. / Serwe, H.-J. (Hrsg.) (1997): *Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, Grundlagen, Konzepte – Praxiserfahrungen*. Baden-Baden: Nomos.

Landtingsförbunde and Svenska Kommunförbundet (1998): „Focusing on health: How can the health impact of policy decisions be assessed? Stockholm <www.lf.se/hkb>

Michaelis, J. (1997): „Methodisches Vorgehen bei der Entwicklung von Standards bei Diagnose und Therapie." In: Nagel, E. / Fuchs, C. (1997): *Leitlinien und Standards im Gesundheitswesen. Fortschritt in sozialer Verantwortung oder Ende der ärztlichen Therapiefreiheit?* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Ollenschläger, G. / Oesingmann, U. / Thomeczek, C. / Kolkmann, F. W. (1998): „Ärztliche Leitlinien in Deutschland: aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen." *ZaeFQ*, 92, 273-280.

Scott-Samuel, A. / Birley, M. / Ardern, K. (1998): *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment. Liverpool Public Health Observatory,* University of Liverpool.

Speller, V. / Learmont, A. / Harrison, D. (1997): „The search for evidence of effective health promotion." *BMJ*, 315, 361-363.

Staehr Johansen, K. (1998): „Outcome Indicators and Quality of Care: the WHO Approach." *Publ/ Qualicare/HVR OUT IND*, August 1998.

WHO-Regionalbüro für Europa (1997): „Leitlinien in der gesundheitlichen Versorgung. Schloss Velen, Westfalen, Borken, 26.–28. Januar 1997. Bericht von der Tagung der WHO." Kopenhagen: WHO/EURO (Dokument EUR/ICP/NHP 022VD 96/POLC 020204).

WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation (1998): „Health Promotion Evaluation: Recommendations to policy-makers." Kopenhagen: WHO/EURO (Dokument EUR/ICP/IVST 05 01 03) <www.who.dk/eurcomhlth/documents/hpr evaluation.htm>

WHO-Regionalbüro für Europa (1999): „The Verona Benchmark – System characteristics for implementation of investment for health approaches." Kopenhagen: WHO/EURO <www.who.dk/Verona/bench.htm>

Woolf, S. H. / DiGuiseppe, C. G. / Atkins, D. et al. (1996): „Developing evidence-based clinical guidelines: lessons learned by the US Preventative Services Task Force." *Annu Rev Public Health*, 17, 511-538.

Ziglio, E. (1997): „How to move towards evidence-based health promotion interventions." *Promotion et Education*, 4, 29-33.

2.5 Qualitätszirkel als Instrument der Qualitätssicherung

Ottomar Bahrs

2

Einführung

Qualitätszirkel sind als Verfahren der internen Qualitätssicherung in der Industrie erstmalig in Japan eingesetzt worden und seit gut 40 Jahren erprobt (Gerlach/Bahrs 1994:46ff.). Im deutschen Gesundheitswesen verbreiteten sich Qualitätszirkel in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts zunächst in der stationären Versorgung. Sie stehen hier – ebenso wie in der Industrie – vor allem im Dienst der Organisationsentwicklung. Demgegenüber hat sich im ambulanten Bereich in den vergangenen zehn Jahren ein Konzept entwickelt, das einerseits Erfahrungen ärztlicher Gruppenarbeit aus Fortbildung und Supervision aufnimmt – z.B. Ärzte-Stammtische, Fallbesprechungsgruppen, Problemfallseminare, Balintgruppen – und sich andererseits an der Art kollegialer Selbstüberprüfung im Peer-Review-Verfahren orientiert, wie sie sich insbesondere in Belgien, Großbritannien und den Niederlanden bewährt hat (Überblick bei Bahrs/Gerlach/Szecsenyi et al. 1994). Die folgende Darstellung konzentriert sich auf die ärztlichen[1] Qualitätszirkel im ambulanten Bereich, deren Entstehung und Verbreitung vergleichsweise gut dokumentiert sind.

Pionierzirkel[2]

Etwa gleichzeitig mit der Diskussion über das 1988 verabschiedete Gesundheitsreformgesetz entstanden unabhängig voneinander in Berlin, Göttingen, Hamburg und Düsseldorf erste Qualitätszirkel – teilweise im Kontext von Forschungsprojekten, teilweise in Eigenregie niedergelassener Ärzte. In allen Fällen spielten Hausärzte eine wesentliche Rolle.[3]

So war der Berliner Allgemeininternist und Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin H. Abholz die treibende Kraft einer Gruppe von Hausärzten und Internisten, die 1989 ihre Supervision ähnlich wie ihre niederländischen Kollegen selbst zu organisieren begannen.

---

1 Qualitätszirkel erlangen zunehmend auch in Kurwesen, Pflege, Psychotherapie etc. Bedeutung. Eine eingehendere Darstellung ist in diesem Rahmen schon aus Platzgründen nicht möglich.

2 Ausführliche Darstellung und Literaturnachweise bei Bahrs/Gerlach/Szecsenyi 1994, und Bahrs et al.2001.

3 Diese Vorreiterrolle der Allgemeinärzte ist nicht zufällig. Angesichts der noch wenig entwickelten wissenschaftlichen Allgemeinmedizin wurden (und werden) „die Praktiker" an Handlungsnormen der Krankenhausmedizin gemessen, deren begrenzte Übertragbarkeit sie in ihrem Alltag ständig erleben. Selbstbewusst die eigenen Handlungsleitlinien zu definieren, war daher ein wesentliches Motiv der Qualitätszirkel-Pioniere.

Sie entwickelten eigene Leitlinien als Messlatte für die Beurteilung der Qualität ihrer Behandlung von Patienten und diskutierten aus einer Stichprobe diejenigen Fälle, in denen sie von ihren eigenen Maximen abgewichen waren. Erst ein Handeln, das nicht kontextbezogen begründet werden konnte, bewerteten sie als Qualitätsmangel. Zumeist wurde das Vorgehen nachvollziehbar, d.h. die „Abweichung von der Leitlinie" als fallspezifisch gerechtfertigt angesehen und zeigte die Berücksichtigung des individuellen biographischen und psychosozialen Kontextes als spezifisch hausärztliche Leitorientierungen auf. Als wichtigstes Defizit stellte die Gruppe bei sich ein Verharren in Routinen fest, die sie während der Ausbildungszeit entwickelt hatten und die das Handeln entgegen zum Teil besseren neueren Wissens weiterhin bestimmten. Anders als traditionelle Formen der Fortbildung handelte es sich in der Selbstaufklärung im Qualitätszirkel um eine Form generalisierten Lernens, die eine allgemeine Sensibilisierung zur Folge hatte.

Interkollegiale Supervision war auch das Ziel eines Videoseminars, das 1989 aus einem an der Universität Göttingen durchgeführten Projekt über Erstgespräche in Hausarztpraxen entstand (Bahrs/Köhle/Szecsenyi 1992). Videoaufzeichnungen von Sprechstundengesprächen dienten als Diskussionsgrundlage der Fallkonferenzen, die – dem jeweiligen Arbeitsalltag entsprechend – für die beteiligten Wissenschaftler als Forschungsinstrument, für die Hausärzte als problembezogene Fortbildung fungierten. So konnten unausgesprochene Regeln allgemeinmedizinischen Handelns verdeutlicht und die handlungspraktische Bedeutung von Interaktionsanalysen erfahren werden. Bewusst wurde darauf verzichtet, die ärztliche Gesprächsführung an vorab festgelegten Qualitätskriterien zu messen. So wurde erkennbar, dass die enorme Variabilität hausärztlichen Handelns wesentlich vom jeweiligen Kontext abhängt: von den Erfordernissen und Möglichkeiten der Situation, den Vorerfahrungen, Erwartungen und Gestaltungschancen des Patienten und von den biographischen Prägungen und beruflichen Kompetenzen des Arztes (Bahrs/Köhle/Wüstenfeld 1990, Bahrs/Hesse 1996). Die fallbezogenen Diskussionen simulierten am Einzelfall alltägliche Entscheidungssituationen und ermöglichten dadurch exemplarisches Lernen.

In Hamburg hatte sich im Rahmen eines Forschungsprojekts eine Reihe niedergelassener Ärzte zusammengefunden, um „ein Stück Erfahrungsmedizin zu schreiben" (Brucks/Wahl 1992:156). Ziel der 1987 begonnenen Studie war es, in Zusammenarbeit von Wissenschaftlern und niedergelassenen Ärzten einen Erhebungsbogen zu entwickeln, der im ärztlichen Alltag einen Beitrag zur Früherkennung von Krebs, Rheuma und Herz-Kreislauf-Erkrankungen leisten sollte. Ergebnis war, dass die präventionsrelevanten Informationen häufig Nebenbefunde sind, die leicht übersehen werden können (Brucks/Wahl 1994). Um die Beratungspraxis effizienter gestalten zu können, wurde ein krankheitsunspezifischer Dokumentationsbogen erarbeitet, der die bereits vorliegenden Daten zu strukturieren erlaubt und Lücken aufzeigt, die im gezielten Gespräch dann geschlossen werden können. Es entstand eine Anleitung für die „epikritische Fallbetrachtung" (Brucks/Wahl/Schüffel 1997), die die teilnehmenden Ärzte über das Projektende hinaus nutzten und die mittlerweile – u.a. in Hessen – in Fortbildungen in der psychosomatischen Grundversorgung verwandt werden.

Während bei den bislang beschriebenen Pionierzirkeln die Exploration von Regeln im Vordergrund stand, die für das hausärztliche Handeln spezifisch, aber zumeist implizit bleiben, ging es bei den beiden 1989 an der Universität Düsseldorf begonnenen Modellprojekten darum, in Zusammenarbeit mit Hausärzten und „hausarztfreundlichen Experten" die Standards der Spezialdisziplinen auf eine für Praktiker handhabbare Form „herunterzubrechen" und Leitlinien für das hausärztliche Handeln zu formulieren. P. Helmich und seine Mitarbeiter thematisierten in den jeweils über ein Jahr laufenden Qualitätszirkeln die hausärztliche Behandlung von Diabetes und von chronischen Erkrankungen der Atemwege sowie die psychosomatische Grundversorgung. Die Arbeitsgruppe um L. v. Ferber konzentrierte sich auf die Arzneimittelverordnung – ein Thema, das bis heute aktuell geblieben ist – und arbeitete Routinedaten der Krankenkassen für die Diskussionen im Qualitätszirkel auf, um eine erfahrungsbezogene Diskussion des eigenen Verordnungsverhaltens zu ermöglichen.

Die Konzeptualisierung ärztlicher Qualitätszirkel

1992 wurden an der Medizinischen Hochschule Hannover und an der Universität Göttingen zwei Modellprojekte begonnen, die im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Bundesministeriums für Gesundheit ein für die Breitenumsetzung taugliches Konzept der Qualitätssicherung durch Qualitätszirkel entwickelten. Die Erfahrungen der Pionierzirkel auswertend, ergab sich zunächst die folgende Arbeitsdefinition: Beim ärztlichen Qualitätszirkel handelt es sich um eine Form der *Gruppenarbeit*, die *freiwillig, themenzentriert, erfahrungsbezogen, kontinuierlich* und *zielorientiert* ist.

Die Systematik orientiert sich in spezifischer Weise am Kreislauf der Qualitätssicherung (siehe *Abbildung 1* auf der nächsten Seite).

Die in Hannover und Göttingen durchgeführten (insgesamt vier) hausärztlichen Qualitätszirkel zeigten schnell, dass Qualitätszirkel bei niedergelassenen Ärzten als Form der „Fortbildung aus der Praxis für die Praxis" auf hohe Akzeptanz stoßen (Gerlach/Bahrs 1994). Der Wunsch, in der Gruppe von Kollegen mit gleichem Erfahrungshintergrund das Einzelkämpfertum zu überwinden, spielte dabei eine herausragende Rolle. Darüber hinaus erschien die „Qualitätssicherung von unten" als Chance, sich gegen die Fremdbestimmung durch eine akademische (bzw. Kliniks-)Medizin und bürokratische Bevormundungen durch Kassenärztliche Vereinigung und Kassen zur Wehr zu setzen.

Wie in den Pionierzirkeln erwiesen sich Diskrepanzerfahrungen, die durch die Konfrontation von Idealität und Realität des eigenen Verhaltens möglich wurden, als besonders lernintensiv. Das Alltagshandeln in einer für die Zirkelteilnehmer nachvollziehbaren Weise durch objektivierte (Be-)Handlungsprotokolle aufzubereiten, ist demzufolge wesentliche Voraussetzung erfolgreicher Qualitätszirkelarbeit (Bahrs/Gerlach/ Szecsenyi 1994). In den Modellprojekten war – wie auch in den meisten Pionierzirkeln – die dafür erforderliche Methodenkompetenz durch die wissenschaftliche Begleitung gewährleistet. Im Hinblick

auf die Breitenimplementation hingegen ist ausdrücklich auf die Notwendigkeit eines die Diskussion strukturierenden Moderators hinzuweisen. Dieser achtet darauf, dass die Gruppe den Zielbezug nicht aus den Augen verliert und macht gegebenenfalls auf Aspekte aufmerksam, die die Teilnehmer in gemeinsamer Betriebsblindheit nicht wahrnehmen (Bahrs/Gerlach/Szecsenyi 1994). Darüber hinaus hat er die Aufgabe, den Gruppenzusammenhalt zu gewährleisten und die Gruppendynamik so zu beeinflussen, dass eine von Ängsten und Hierarchiekonflikten freie Auseinandersetzung möglich wird. Um die Rolle des Primus inter Pares ausfüllen zu können, bedarf der Moderator nicht nur der Unterstützung durch die Gruppe, sondern auch spezifischer Erfahrungen und Kompetenzen.

Abb. 1: Qualitätskreislauf

Die Arbeitsdefinition war also zu ergänzen: Die Arbeit des Qualitätszirkels wird durch *(geschulte) Moderatoren* unterstützt, die als *Primus inter Pare*s wirken, ohne leitende Positionen einzunehmen. Die *Teilnehmer eines Qualitätszirkels* sind prinzipiell *gleichrangig* und *wählen ihre Themen selbst*.

Die Projektgruppen in Hannover und Göttingen kooperierten eng und entwickelten gemeinsam den Leitfaden „Ärztliche Qualitätszirkel“ (Bahrs/Gerlach/Szecsenyi 1994), der

bereits im Vorfeld der Veröffentlichung die 1993 verabschiedeten Qualitätssicherungsrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer entscheidend beeinflusste. Der Leitfaden[4] und das auf dessen Grundlage entwickelte Seminarkonzept für die Schulung von Moderatoren (Szecsenyi et al. 1995) bildeten die Grundlage der nun einsetzenden Etablierung der Qualitätszirkel.

Die Implementierung ärztlicher Qualitätszirkel

Mit der Verabschiedung der Qualitätssicherungsrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde die Verbreitung des Qualitätszirkelkonzepts eingeleitet. Bereits im Sommer 1993 wurde das erste bundesweite Seminar für Moderatoren ärztlicher Qualitätszirkel durchgeführt. Es wurde von der Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung (AQua) organisiert, zu der sich die Projektgruppen aus Hannover und Göttingen zusammengeschlossen hatten. Rasch folgten weitere Seminare. Mittlerweile wurden mehr als 1000 Moderatoren allein durch diese Arbeitsgruppe ausgebildet. Die rasante Entwicklung der folgenden Jahre veranschaulicht *Abbildung 2*.

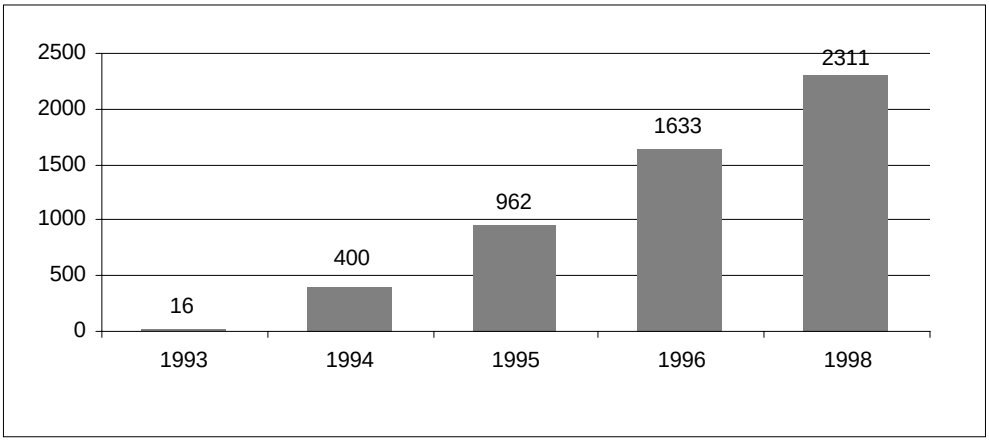

Abb. 2: Entwicklung ärztlicher Qualitätszirkel in Deutschland (Gerlach/Beyer 2001)

Die Implementation wurde z.T. im Rahmen von Modellprojekten unterstützt. Gerlach befragte Hausärzte über ihre Einstellung zur Qualitätssicherung und zeigte, dass die Notwendigkeit von Qualitätssicherung zwar nicht grundsätzlich in Frage gestellt wurde, jedoch erhebliche Vorbehalte und Kontrollängste bestanden, denen eine Politik der Qualitätsförderung Rechnung zu tragen hatte (Gerlach/Bahrs 1994). Darauf aufbauend wurden die Entwicklungen in Bremen, Westfalen-Lippe, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein kontinuierlich dokumentiert (Gerlach 1998). Die Kassenärztliche Vereinigung Südwürttemberg startete 1994 ein Programm zur Etablierung hausärztlicher Qualitäts-

4 Zur Veranschaulichung wurde der gleichnamige Demonstrationsfilm (AQua 1993) entwickelt.

zirkel, das von der Universität Freiburg wissenschaftlich begleitet wurde und in dessen Rahmen 1994 fast 50 Moderatoren ausgebildet wurden (Tausch/Härter 1996).

Typen ärztlicher Qualitätszirkel

Bereits die Pionierzirkel setzten unterschiedliche Schwerpunkte: Supervision (Berliner Ärzte, Videoseminar), Forschung (die Projekte in Hamburg, Hannover und Göttingen) und Fortbildung (die Düsseldorfer Projekte). Mit der Ausbreitung der Qualitätszirkel entstanden weitere Zirkeltypen, wobei zwei verschiedene Tendenzen zu beobachten sind: Die Mehrzahl der Qualitätszirkel knüpft an den Supervisionsgedanken an, organisiert sich selbst und zielt vornehmlich auf Erfahrungsaustausch und Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit ab. Diese Gruppen treten in der Regel nicht an die Öffentlichkeit, so dass ihre Arbeit nur ausnahmsweise (z.B. Träder 1994; 1996) nachvollziehbar dokumentiert ist. Im Bestreben, die sektoren- und berufsübergreifende Zusammenarbeit zu fördern, werden in neuerer Zeit auch Vertreter nichtärztlicher Berufsgruppen (Schick/Döhner 1996) sowie Patienten (Bahrs/Nave-Ahmad 1999) kontinuierlich in die Gruppenarbeit einbezogen. Die Tradition der Fortbildungszirkel aufnehmend, werden zum anderen im Rahmen wissenschaftlich begleiteter Schulungsprogramme, z.B. zur Verbesserung der Diabetes- (Hartmann et al. 1995), Schmerz- oder Pharmakotherapie (Szecsenyi et al. 1996), zunehmend Qualitätszirkel parallel angeboten.

Ob Qualitätszirkel, die im Rahmen der in jüngster Zeit in großer Zahl entstandenen vernetzten Strukturen arbeiten, die Tradition der in der heutigen Qualitätszirkellandschaft wenig repräsentierten Forschungszirkel (eine der Ausnahmen: Niemann und Steinkohl 1995) aufnehmen werden, kann noch nicht beurteilt werden. Die Darstellung von Szecsenyi et al. (1999) zeigt aber am Beispiel der im so genannten Zweitmeinungsverfahren in Arbeitsgruppen begutachteten Krankenhauseinweisungen, dass die Vernetzung ein beachtliches Potenzial für Erkenntnisgewinnung und Qualitätsförderung freisetzen kann.

Evaluation

Mit der wachsenden Zahl der Qualitätszirkel und der Pluralität der Anbieter von Moderatorenschulungen – von denen einige direkt oder indirekt im Auftrag pharmazeutischer Firmen arbeiten – wurde zunehmend die Forderung nach Evaluation der Qualitätszirkel gestellt. Darunter wird freilich durchaus Unterschiedliches verstanden: Naheliegenderweise gibt es z.B. je nach Perspektive (Behandler, Patient, Krankenkasse, Politik) und Berufsgruppenzugehörigkeit differierende Zielkriterien. Überdies wird in der Diskussion häufig nicht deutlich genug gemacht, was genau evaluiert werden soll: das konkrete ärztliche Handeln, die Arbeit eines Qualitätszirkels, ein wissenschaftliches Projekt, das Qualitätszirkelkonzept oder die Qualitätsförderungspolitik der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Krankenkassen.

Als wesentliches Zielkriterium gilt, dass der Qualitätszirkel bei der Bearbeitung eines Themas den Qualitätskreislauf vollständig durchläuft. Damit ergeben sich die folgenden Fragen:

- Ist ein Thema gewählt worden und ist dieses einvernehmlich erfolgt?
- Sind Kriterien definiert worden, was Qualität sein soll?
- Ist eine dem Problem adäquate Dokumentationsform gewählt worden? Ist dokumentiert worden?
- Ist auf der Basis der Dokumentationen die Analyse der Arbeitsrealität erfolgt?
- Sind Stärken und Schwachpunkte herausgearbeitet worden?
- Sind diese in Beziehung zu der ursprünglichen Frage gestellt worden?
- Ist die Angemessenheit der vorausgesetzten Qualitätskriterien überprüft worden?
- Sind aus der Analyse Vorschläge zur Verbesserung abgeleitet worden?
- Ist versucht worden, die Vorschläge umzusetzen?
- Ist eine vergleichende Analyse der Arbeitsrealität erfolgt, um die Wirksamkeit der Umsetzung zu überprüfen?
- Sind für den Vergleich geeignete Parameter gewählt worden?
- Sind vergleichbare Situationen/Fälle ausgewählt worden?
- Sind andere intervenierende Variablen einkalkuliert worden?

Tabelle 1 auf der folgenden Seite gibt – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – einen Überblick über formal abgrenzbare mögliche Dimensionen und Kriterien der Qualität der Zirkelarbeit und verweist auf Beispiele und vorliegende Evaluationsergebnisse.

Themen ärztlicher Qualitätszirkel

Was immer im ärztlichen Alltag bedeutsam ist, kann zum Thema eines Qualitätszirkels werden. Bei einer im Vorfeld des Hannoveraner Projekts durchgeführten Befragung (n=77) gab es etwa ebenso viele verschiedene Themenwünsche wie Interessenten (Gerlach/Bahrs 1994:70; zur Themenwahl vgl. Bahrs/Gerlach/Szecsenyi 1994). Gerlach (1998) zufolge stehen medizinische Themen im engeren Sinne eindeutig im Vordergrund. In den in Westfalen-Lippe, Bremen und Sachsen-Anhalt dokumentierten Qualitätszirkeln standen nach Angaben der Moderatoren lediglich ca. 20% der Diskussionszeit für patientenbezogene Probleme, psychosoziale Themen sowie Fragen der Arzt-Patienten-Interaktion und der Kooperation der Behandlung zur Verfügung (Gerlach 1998:377). Während Fortbildungszirkel naheliegenderweise Diagnose und Therapie bei definierten Krankheitsbildern in den Vordergrund stellen, gehen Supervisionszirkel eher vom Patientenanliegen aus. Gesundheitsförderung und Prävention spielen – auch wenn sie bisweilen als Domäne der Ärzte reklamiert werden – in ärztlichen Qualitätszirkeln bislang kaum eine Rolle (Pohl/Bahrs 1999; Bahrs/Pohl 2001). Dies steht im Widerspruch zum Selbstverständnis deutscher Hausärzte, entspricht aber der Realität ihres Handelns, in dem Prävention und Gesundheitsförderung einen deutlich geringeren Anteil haben als in den Nachbarländern (van den Brink-Muinen et al. 1999).

Dimension	Kriterien	Beispiele/Evaluationsergebnisse
Strukturqualität	Erreichbarkeit (räumlich, zeitlich) Ausstattung des Tagungsraums	Hausärztliche QZ Hannover (Bahrs et al. 1994)
	Qualifikation von Moderator und Teilnehmern	Tausch/Härter 1996
Prozessqualität	*Inhaltlich*: Durchlaufen des Qualitätskreislaufs	Hausärztl. QZ Hannover (Bahrs et al. 1994; Gerlach et al. 1995) QZ Lübeck (Träder 1994; 1996)
	Gruppendynamisch: Ver–trauen und Vertrauensschutz, Gleichrangigkeit, Verbind-lichkeit, Arbeitsteilung, Konsensfindung, Zulassen abweichender Meinungen	QZ Lübeck (Träder 1994; 1996)
Ergebnisqualität	*Ebene 1*: Entwicklung einer arbeitsfähigen Gruppe	QZ Kassel: seit 1992; einige Teilnehmer inzwischen Moderatoren (vgl. Bahrs et al. 2001)
	Ebene 2: Erzeugung manifester Ergebnisse	Dokumentationsbogen zur Früherken-nungsanamnese (Brucks/Wahl/Schüffel 1997) Leitfaden *Ärztliche QZ* (Bahrs et al. 1994) Konzept für Moderatorenschulung (Szecsenyi et al. 1995)
	Ebene 3: Einstellungs- und Verhaltensänderungen, Wissenszuwachs	Zufriedenere, kompetentere, sichere, belastbarere und ihre Grenzen besser einschätzende Ärzte (diverse Autoren; Überblick bei Bahrs et al. 2001) In der Folge ausstrahlend auf Teamkollegen (Träder 1994) Bessere Kooperation mit anderen Versorgern; Solidarisierung und Politisierung: vom vereinzelten Spielball zum selbstorganisierten Mitspieler (Szecsenyi et al. 1999)
	Ebene 4: Verbesserung der Versorgung	Zufriedenere Patienten und Angehörige (Klingenberg/Szecsenyi 1999) Gezieltere, besser koordinierte und weniger aufwendige Versorgung, weniger Kosten (Szecsenyi et al. 1999)

Tab. 1: Dimensionen und Kriterien der Qualität der Qualitätszirkelarbeit

Einige kritische Anmerkungen

Obgleich geschätzt wird, dass mittlerweile 25–30% der niedergelassenen Ärzte an Qualitätszirkeln teilnehmen (Gerlach 1998), wird das vorhandene Potenzial zur Kooperations- und Qualitätsförderung bei weitem nicht ausgeschöpft. Hindernisse sind beispielsweise:

- Die Mehrheit der Ärzte hat vor der Teilnahme am Qualitätszirkel noch keine Erfahrung mit Gruppenarbeit. Ängste sind zu überwinden, Teilnehmer und Moderatoren sind bisweilen überfordert.
- Viele Moderatoren sind – von der einmaligen Schulung abgesehen – nicht erfahrener als die Gruppenteilnehmer. Sie sehen sich aber in der Verantwortung, den Prozess zu strukturieren und gegebenenfalls als „Vorturner" zu fungieren. Nur vereinzelt werden bislang Aufbau- bzw. Begleitseminare für Moderatoren angeboten, in denen diese – gleichsam in einem „Qualitätszirkel der Qualitätszirkel" – Entlastung erfahren können.
- Die Bedeutung nachvollziehbarer Behandlungsprotokolle wird systematisch unterschätzt. Teilnehmer und Moderatoren verfügen ganz überwiegend nicht über das erforderliche methodische Know-how und scheuen überdies den Dokumentationsaufwand. Eine Auseinandersetzung mit dem *tatsächlichen* Alltagshandeln ist somit oft gar nicht möglich, und statt der Diskussion konkreter Verhaltensweisen stehen allgemeine Behandlungsmaximen im Vordergrund, auf die man sich einfacher – und weniger folgenreich – einigen kann. Anders gesagt: Mangel an Methodenkompetenz droht bestehende Abwehrstrukturen zu zementieren.
- Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen begrenzen den Raum möglicher Veränderungen. Dies kann demotivierend wirken und die berufspolitische Indienstnahme der Qualitätszirkel unterstützen.

Dennoch ist mittlerweile eine neue Kooperationskultur entstanden. Gerade im allgemeinmedizinischen Bereich haben Qualitätszirkel in erheblichem Maße dazu beigetragen, die Kluft zwischen akademischer und praktizierter Medizin zu verringern. Viele engagierte niedergelassene Ärzte konnten auf diese Weise in die Arbeit universitärer Abteilungen und anderer Forschungseinrichtungen integriert werden. Ebenso wurde der Aufbau der seit 1994 durchgeführten strukturierten Seminarweiterbildung Allgemeinmedizin erst durch die Beteiligung der vielen Praktiker möglich, die ohne Qualitätszirkel ihre Distanz gegenüber den Selbstverwaltungsorganen schwerlich aufgegeben hätten. Die Überlegung liegt daher nahe, sich auch dort vom Konzept ärztlicher Qualitätszirkel inspirieren zu lassen, wo eine systematische Förderung der Qualitätssicherung noch in den Anfängen steckt: beispielsweise im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention.

Ermutigende Erfahrungen liegen aus dem Interdisziplinären Qualitätszirkel Göttingen vor, an dem einige Gesundheitsförderinnen teilnehmen. Die 1998 initiierte Gruppe besteht aus Vertretern von Selbsthilfegruppen, professionellen Helfern aus nichtärztlichen Berufen (Berater und Sozialarbeiter), Hausärzten, einer Mitarbeiterin des sozialpsychiatrischen

Dienstes und den Initiatoren. Sie trifft sich monatlich, um die regionale Versorgung von Patienten mit psychosozialen Problemen zu koordinieren und zu verbessern. Fallbezogen stellen die Teilnehmer einander exemplarisch ihr Arbeitsfeld und damit einhergehende spezifische Schwierigkeiten vor (Bahrs/Nave-Ahmad 1999). Die große Heterogenität der Teilnehmer ist ein Problem, zugleich aber eine große Chance, Vorurteile abzubauen und grundsätzlich neue und entlastende Kooperationsbeziehungen zu gestalten.

Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung

Um zu eruieren, ob das hier vorgestellte Qualitätszirkelkonzept für eine grundsätzliche Übertragung auf den Bereich der Gesundheitsförderung geeignet ist, führte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Frühjahr 1998 einen Expertenworkshop unter Beteiligung von Gesundheitsförderern aus unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern und Regionen sowie der Göttinger Konzeptentwickler durch. In diesem Kreis bestand Einigkeit darüber, dass auch in Prävention und Gesundheitsförderung Qualitätsförderung zur Selbstverständlichkeit werden müsste und Qualitätszirkel dabei einen wesentlichen Beitrag leisten könnten. Das Konzept müsse freilich den spezifischen Bedingungen im Gesundheitsförderungsbereich entsprechend modifiziert werden. Weil viele Gesundheitsförderer – im Gegensatz zu den Ärzten – bereits über Gruppenerfahrung verfügen und da an bestehende Netzstrukturen angeknüpft werden kann, wurden Umsetzungschancen und Akzeptanz bei den Adressaten als hoch eingeschätzt. Einige Teilnehmer des Workshops äußerten spontan Interesse, Qualitätszirkel zu initiieren.

Von Qualitätszirkeln wurden z.B. die folgenden Effekte erwartet:

- Solidarisierung und emotionale Entlastung der Zirkelteilnehmer, Beitrag zur Überwindung von Konkurrenz und Einzelkämpfertum;
- Sensibilisierung und größere Handlungssicherheit durch Reflexion der konkreten Alltagsarbeit;
- Aktivierung von Teilnehmern bereits bestehender Arbeitsgruppen;
- Klärung von Zuständigkeiten, Förderung der Kooperation;
- selbst organisierte Steigerung der Qualität und Effizienz von Strukturen und Arbeitsabläufen;
- Professionalisierung und Profilierung der Gesundheitsförderung.

Vor diesem Hintergrund beschloss die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, im Rahmen eines Modellprojekts das im Leitfaden *Ärztliche Qualitätszirkel* (Bahrs/Gerlach/Szecsenyi 1994) dargelegte Konzept über ein Jahr lang in 10–15 Qualitätszirkeln im Gesundheitsförderungsbereich zu erproben und die Weiterentwicklung des Konzepts zu ermöglichen. Das auf insgesamt 27 Monate angelegte Projekt wurde am 1. 11. 1999 begonnen, die Koordination und wissenschaftliche Begleitung leistet unter meiner Leitung die Arbeitsgruppe Qualitätsförderung an der Universität Göttingen. Aufgrund der bisherigen

Interessenbekundungen ist davon auszugehen, dass zu unterschiedlichsten Themen der Gesundheitsförderung im gesamten Bundesgebiet Qualitätszirkel entstehen werden, so dass ein breiter Erfahrungshorizont berücksichtigt werden kann.

Um die bei der Breitenimplementation der ärztlichen Qualitätszirkel aufgetretenen Probleme zu vermeiden, sollen die Qualitätszirkel weitgehend autonom arbeiten. Die Moderatoren werden in einem mehrtägigen Einführungsseminar auf ihre Aufgabe vorbereitet und von der Projektgruppe durch kontinuierliche Rückmeldung von Evaluationsergebnissen, Erstellung von Materialien und systematische Aufarbeitung der Erfahrungen sozusagen in einem Qualitätszirkel der Moderatoren und durch individuelle Beratung unterstützt. Den Moderatoren kommt damit die doppelte Aufgabe zu, das „Funktionieren" ihres Qualitätszirkels zu sichern und als unmittelbare Ansprechpartner der Projektgruppe wichtige Hinweise für eventuell erforderliche Modifikationen des Konzepts zu geben. Im Hinblick auf die Breitenimplementation sollen die Projektergebnisse in einem „Leitfaden Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung" dargestellt werden. (Detaillierte Projektbeschreibung siehe Bahrs et al. 2000.)

Literatur

Bahrs, O. / Hesse, E. (1996): „Das Motivationsgespräch – Chancen der Selbsthilfeförderung im Rahmen der ärztlichen Sprechstunde." In: Bahrs, O. / Fischer-Rosenthal, W. / Szecsenyi, J. (Hrsg.): *Vom Ablichten zum im-Bilde-Sein: Video-Dokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen im ärztlichen Qualitätszirkel.* Würzburg: Königshausen & Neumann, 219-260.

Bahrs, O. / Nave-Ahmad, M. (1999): „Selbsthilfegruppen im interdisziplinären Qualitätszirkel – Ein neuartiger Ansatz zur Förderung medizinischer Kommunikation." In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.): *selbsthilfegruppenjahrbuch 1999*. Gießen: focus, 53-59.

Bahrs, O. / Pohl, D. (2001): „Über die Schwierigkeit, Gesundheitsförderung an Allgemeinärzte zu vermitteln." In: Wilm, S. / Jork, K. (Hrsg.): *Faktoren der Gesundheit. Salutogenese-Modelle für die ärztliche Praxis.* Frankfurt (im Druck).

Bahrs, O. / Köhle, M. / Wüstenfeld, G. B. (1990): „Der Erstkontakt in der Allgemeinmedizin. Die Beziehung zwischen Hausarzt und Patient als psychosoziale Interaktion." In: Neubig, H. (Hrsg.): *Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis.* Bd. 5. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 181-292.

Bahrs, O. / Köhle, M. / Szecsenyi, J. (1992): „Das Videoseminar – Ein symptomübergreifender Supervisionsansatz. Qualitätszirkel von Allgemeinärzten und Sozialwissenschaftlern." *Psychol Med*, 3 (4), 23-29.

Bahrs, O. / Gerlach, F. M. / Szecsenyi, J. (Hrsg.) (1994): *Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den niedergelassenen Arzt*. (3. Aufl. 1996) Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Bahrs, O. / Lehmann, M. / Nave, M. / Pohl, D. / Schmidt, U. / Weiß-Plumeyer, M. (2000): *Modellprojekt „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung"*. Göttingen.

Bahrs, O. / Gerlach, F. M. / Szecsenyi, J. / Andres, E. (Hrsg.) (2001): *Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für Praxis und Klinik* (4., erw. und überarb. Aufl. des Leitfadens Ärztliche Qualitätszirkel). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Brink-Muinen, A. van den et al. (1999): *The Eurocommunication study – An international comparative study in six European countries on doctor-patient communication.* Utrecht: NIVEL.

Brucks, U. / Wahl, W. B. (1992): „Integration präventiven Denkens in die ärztliche Tätigkeit – Ein Werkstattbericht.“ In: Häussler, B. / Schliehe, F. / Brennecke, R. / Weber-Falkensammer, H. W. (Hrsg.): *Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und Rehabilitation. Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen,* Bd. 2. Berlin, Heidelberg, Tokyo, New York: Springer, 146-164.

Brucks, U. / Wahl, W. B. (1994): „Die Entwicklung einer Leitlinie zur ‚Früherkennungsanamnese' in ärztlichen Arbeitskreisen.“ *Z Allg Med*, 70, 19, 793-796.

Brucks, U. / Wahl, W. B. / Schüffel, W. (1997): *Epikritische Fallbetrachtung – Einführung in die Methode und Anleitung zur Dokumentation für Fallbesprechungen in Balintgruppen und ärztlichen Arbeitskreisen*. Oldenswort u. Marburg.

Gerlach, F. M. (1998): „Qualitätsförderung in der ärztlichen Praxis. Transparenz durch regionale Bedarfs- und Erwartungsanalysen sowie evaluatives Monitoring des Etablierungsprozesses ärztlicher Qualitätszirkel.“ Habilitationsschrift zur Erlangung der Venia legendi für das Fach Allgemeinmedizin, Hannover.

Gerlach, F. M. / Bahrs, O. (1994): *Qualitätssicherung durch hausärztliche Qualitätszirkel. Strategien zur Etablierung.* Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby.

Gerlach, F. M. / Beyer, M. (2001): „Wie können Qualitätszirkel evaluiert werden?. In: Bahrs, O. / Gerlach, F. M./ Szecsenyi, J. / Andres, E. (Hrsg.): *Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für Praxis und Klinik* (4., erw. und überarb. Aufl.) Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 287-298.

Gerlach, F. M. / Bahrs, O. / Weiß-Plumeyer, M. (1995): „Fallorientiertes Arbeiten im Qualitätszirkel.“ *Z ärztl Fortb*, 89, 397-401.

Hartmann, P. / Bott, U. / Grüßer, M. / Kronsbein, P. / Jörgens, V. (1995): „Effects of peer review groups on physicians' practice.“ *Eur J G P* 1, 3, 107-112.

Klingenberg, A. / Szecsenyi, J. (1999): „Bewertung durch Patienten.“ In: Szecsenyi, J. / Magedeburg, K. / Kluthe, B. / Weber, C. / Bausch, J. / Schindler, H. (Hrsg.): *Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten – Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren „Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried“*. Göttingen: AQua (AQua-Materialien Band VII), 82-115.

Niemann, D. / Steinkohl, M. (1995): „Werkstattbericht aus einem hausärztlichen Qualitätszirkel in Hamburg-Harburg zum Thema Schilddrüsenerkrankungen.“ *Z Allg Med*, 71, 67-70.

Pohl, D. / Bahrs, O. (1999): „Gesundheitsförderung und Prävention in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung.“ *Z Allg Med,* 75, 30-33.

Schick, B. / Döhner, H. (1996): „Berufsübergreifende Kooperation in der Primärversorgung älterer Menschen – Forschungsergebnisse mit Praxiskonsequenzen.“ *Gesundheitswesen*, 58, 3, 126-131.

Szecsenyi, J. / Andres, E. / Bahrs, O. / Gerlach, F. M. / Weiß-Plumeyer, M. (1995): „Evaluation eines Trainingsprogrammes für Moderatoren von vertragsärztlichen Qualitätszirkeln. Eine Zwischenbilanz.“ *Z ärztl Fortb*, 89, 419-423.

Szecsenyi, J. / Andres, E. / Broge, B. / Claus, E. / Glaeske, G. (1996): „Qualitätszirkel Pharmakotherapie – Sparen um jeden Preis?“ *Z Allg Med*, 72, 493-496.

Szecsenyi, J. / Magedeburg, K. / Kluthe, B. / Weber, C. / Bausch, J. / Schindler, H. (Hrsg.) (1999): Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten – Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren „Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried“. Göttingen: AQua (AQua-Materialien Band VII).

Tausch, B. / Härter, M. (1996): *Qualitätszirkel in der hausärztlichen Versorgung – Evaluation des Modellprojektes der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden*. München: Arcis.

Träder, J. M. (1994): „1 Jahr Qualitätszirkel Lübeck – Thema: ‚Leitsymptom Husten'.“ *Z Allg Med*, 70, 1027-1029.

Träder, J. M. (1996): „Qualitätszirkel Lübeck: Versuch einer Bilanz.“ *Z Allg Med*, 72, 244-248.

2.6 Patienten- und Mitarbeiterbefragungen – Methoden zur Aufdeckung von Schwachstellen?

Stefanie Siebeneick, Hans Dörning, Christoph Lorenz

Seit Einführung des Gesundheitsreformgesetzes im Jahre 1988 haben die Reformen im Gesundheitswesen nicht nur zu einer verstärkten Fokussierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus geführt, sondern auch dazu beigetragen, den Dienstleistungscharakter der Institution Krankenhaus zu betonen. Da damit nicht nur die objektiven Aspekte der medizinischen Qualitätssicherung, sondern auch subjektive Einschätzungen, Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten des Krankenhauses zunehmend an Bedeutung gewinnen, werden seit einigen Jahren in Krankenhäusern wie auch in Reha-Kliniken Befragungen von Patienten eingesetzt, um Daten zur Patientenzufriedenheit zu erheben und Schwachstellen im Versorgungsprozess aufzudecken (Satzinger 1998). Systematische Mitarbeiterbefragungen zur Aufdeckung qualitätsrelevanter Schwachstellen im Prozess der Krankenhausversorgung sind dagegen – zumindest im deutschsprachigen Raum – bislang kaum zum Einsatz gekommen.

Nutzen und Schwächen von Patienten- und Mitarbeiterbefragungen

Patientenbefragungen können Aufschluss über das Behandlungsergebnis sowie über bedeutsame Versorgungsaspekte wie Information und Aufklärung, psychosoziale Betreuung oder räumliche Ausstattungs- und Servicemerkmale geben. Aufgrund ihrer persönlichen Involviertheit in den gesamten Behandlungsprozess haben Patienten zudem einen umfassenden Gesamteindruck. Ihre daraus resultierende Beurteilungskompetenz kann für übergreifende Analysen genutzt werden, auf mehrere Dimensionen des Versorgungsprozesses ausgerichtet sein und zudem den gesamten zeitlichen Prozessablauf von der Aufnahme bis zur Entlassung ebenso wie singuläre Versorgungssequenzen erfassen (Straub 1994; Blum 1998).

Trotz des geschilderten Nutzens können bei der Durchführung von Patientenbefragungen und der Verwertung der durch sie gewonnenen Ergebnisse jedoch Probleme auftreten. Hier ist zum einen die Tatsache zu nennen, dass die Ergebnisse von Patientenbefragungen häufig derart positiv ausfallen, dass sie nur wenig Rückschlüsse auf Schwachstellen erlauben (Trojan et al. 1999; Bruster et al. 1994). Zum anderen ist das Personal im Krankenhaus nicht immer bereit, die Durchführung der Befragung angemessen zu unterstützen und zeigt häufig wenig Interesse an den Befragungsergebnissen und der Realisierung von darauf basierenden Verbesserungsmaßnahmen.

Als hilfreich für die Vermeidung der positiven Antworttendenzen können folgende Maßnahmen genannt werden:

- Sorgfältige Konstruktion der Erhebungsinstrumente im Hinblick auf die erfragten Inhalte und Antwortkategorien;
- ein Befragungsmodus, der eine größere Objektivität begünstigt (z.B. durch postalische Befragung und Beantwortung des Fragebogens zu Hause);
- Vergleiche zwischen einzelnen Abteilungen und Stationen, sowie eine parallele Befragung von Patienten und Mitarbeitern, die den Vergleich der Befragungsergebnisse zwischen den beiden Gruppen ermöglicht (z.B. Trojan 1998; Satzinger 1998).

Während eine sorgfältige Auswahl der Erhebungsinstrumente und der Vorgehensweise bei der Datenerhebung ohnehin zum Standard einer angemessen geplanten und durchgeführten Befragung gehören sollte, ist der letztgenannte Punkt – die Ergänzung der Patientenbefragung durch eine Mitarbeiterbefragung – ein relatives Novum, denn die Kompetenz des Personals zur Beurteilung der Qualität des Versorgungsprozesses wird bislang erst in Ansätzen genutzt. Die wenigen publizierten Studien zu kombinierten Befragungen von Patienten und Mitarbeitern zeigen zusammenfassend folgende Tendenzen: Korrelationsstudien (Nelson et al. 1989) machen deutlich, dass Patienten- und Mitarbeiterurteile insofern korrespondieren, als sie kritische Aspekte der Qualität gleichermaßen identifizieren, d.h. die relative Höhe der Bewertungen von Patienten und Personal steigt und sinkt miteinander, die absolute Höhe kann jedoch durchaus differieren. Die deskriptive (beschreibende) Aufbereitung von Befragungsdaten und die statistische Überprüfung von Gruppenunterschieden (Arnetz/Arnetz 1996; Trojan et al. 1999) weisen jedoch auch auf Unterschiede in den Bewertungen der beiden Gruppen hin, wenn die Mittelwerte der Beurteilungen verglichen werden. So sind die befragten Mitarbeiter zwar häufiger (selbst)kritisch in Bezug auf qualitätsrelevante Aspekte, es findet sich allerdings auch – und zwar insbesondere in Bezug auf einen erlebten Mangel an Informationen – kritischeres Potenzial bei den Patienten.

Die berichteten Befunde geben erste Hinweise darauf, dass Patientenbefragungen durch Mitarbeiterbefragungen sinnvoll ergänzt werden können: Krankenhausmitarbeiter scheinen in der Regel problemsensitiver als Patienten zu sein und können eventuell eine größere Anzahl von Schwachstellen identifizieren. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass die Möglichkeit, die eigene Meinung über subjektiv wahrgenommene Probleme und Schwachstellen zu äußern, den Mitarbeitern verdeutlichen kann, dass auch sie selbst „Kunden" des Krankenhauses sind. Dies trägt unter Umständen dazu bei, deren Motivation, sich an der Umsetzung von Verbesserungsprozessen im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements zu beteiligen, zu erhöhen.[1]

1 Zum Thema Mitarbeiter- und Patientenbefragung siehe auch den Beitrag von Oppolzer, Trojan und Hildebrandt in diesem Band (*Kapitel 3.12*).

Kooperationsprojekt zur kombinierten Patienten- und Mitarbeiterbefragung

Auf Grundlage der oben dargestellten Überlegungen führte das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) im Rahmen des Norddeutschen Forschungsverbundes Public Health vom 1. Juni 1997 bis zum 31. Dezember 1999 ein Kooperationsprojekt mit dem Bremer Zentralkrankenhaus „Links der Weser" (LDW) durch.

Zielsetzung aus wissenschaftlicher Perspektive war es, gesicherte Erkenntnisse über das Potenzial eines ausschließlich patienten- und mitarbeiterbasierten Ansatzes zur Aufdeckung konkreter qualitätsrelevanter Schwachstellen für ein umfassendes Qualitätsmanagement zu gewinnen.

Nach umfangreichen Vorbereitungs- und Abstimmungsprozessen wurden im März 1998 die Patienten aller Stationen und Kliniken (n=1239, Rücklauf: 57,9%) sowie sämtliche Krankenhausmitarbeiter (n=1138, Rücklauf: 46,7%) mit Hilfe eines modular aufgebauten Erhebungsinstrumentes in einer standardisierten schriftlichen Befragung parallel darum gebeten, Aspekte der pflegerischen und ärztlichen Versorgung, der Information (über Gesundheitszustand/Krankheit, Untersuchungen, Medikamente, Operationen) und der Interaktion (z.B. Wahrung der Privatsphäre, Zeit für seelische Bedürfnisse) zu beurteilen. Über diese parallelen Bereiche hinaus wurden die Patienten noch zu spezifischen Bereichen, wie z.B. Unterbringung und Verpflegung, sowie zu globalen Zufriedenheitsaspekten befragt. Das Krankenhauspersonal machte zusätzliche Angaben u.a. zu Betriebsklima und Arbeitsbedingungen, zur Dokumentation, zu Pflegestandards und Leitlinien sowie zur Kooperation zwischen den Berufsgruppen.

Da das ISEG bereits in verschiedenen Krankenhäusern Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit durchgeführt hatte, war es möglich, das Zentralkrankenhaus „Links der Weser" (LDW) mit anderen Häusern in Deutschland im Hinblick auf einige globale Fragen der Patientenzufriedenheit zu vergleichen. Bei den Vergleichskrankenhäusern handelt es sich um mehr als 20 Allgemeinkrankenhäuser und Universitätskliniken unterschiedlicher Ausstattung und Bettenzahl. Wie *Tabelle 1* (nächste Seite) zeigt, liegt in den untersuchten Fachabteilungen des Bremer Krankenhauses der Prozentanteil der Patienten, die hier „uneingeschränkt zufrieden" sind, zum Teil deutlich über dem Anteil entsprechender Patienten in den Vergleichskrankenhäusern. Der Anteil der Patienten, die „eingeschränkt zufrieden" bzw. „unzufrieden" sind, ist dementsprechend geringer als in den Referenzhäusern.

Ähnliche Ergebnisse erbringt der Vergleich in Bezug auf die globalen Zufriedenheitsmaße „Würden Sie sich noch einmal in diesem Krankenhaus behandeln lassen?" und „Würden Sie das Krankenhaus weiterempfehlen?" In den untersuchten Fachabteilungen liegt der Anteil der Patienten, die sich noch einmal im Bremer Krankenhaus behandeln lassen würden bzw. das Haus weiterempfehlen würden, zum Teil deutlich über dem Anteil entsprechender Patienten in den Vergleichskrankenhäusern.

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Krankenhaus?			
	zufrieden	**eingeschränkt zufrieden**	**unzufrieden**
Innere Medizin (n=294)	61,2	34,7	4,1
Referenz	44,7	44,0	11,3
Chirurgie (n=165)	59,4	34,4	4,2
Referenz	53,1	38,9	8,0
Gynäkologie (n=55)	69,1	27,3	3,6
Referenz	57,8	35,0	7,2
Geburtshilfe (n=47)	46,8	42,6	10,6
Referenz	45,8	43,3	10,9
Angaben in Prozent			

Tab. 1: Vergleich der Zufriedenheit der Patienten mit dem Krankenhaus insgesamt

Trotz insgesamt guter Ergebnisse bei der Bewertung der übergeordneten Zufriedenheitsaspekte durch die befragten Patienten konnte eine Fülle von Schwachstellen aufgedeckt werden. So zeigten sich auf den verschiedenen Analyseebenen (z.B. Gesamthaus, Fachabteilungen, Stationen, Berufsgruppen) sowohl in den Patienten- als auch in den Mitarbeiterbeurteilungen zum Teil gravierende Schwankungen in den Ergebnissen. Diese machen deutlich, dass es für eine angemessene und effektive Schwachstellenanalyse zwingend notwendig ist, diese unterschiedlichen Ebenen zu fokussieren und für jede der Ebenen eine hinreichende Anzahl verwertbarer Antworten zu gewährleisten. Bei einer zu wenig differenzierten, zu globalen Analyse der Befragungsergebnisse könnten gravierende Probleme in Teilbereichen „übersehen“ werden.

Dies zeigt sich insbesondere in Bezug auf solche Aspekte, für die zunächst auf der Ebene des Gesamthauses kein ausgeprägtes kritisches Potenzial offensichtlich wird: So bemängeln beispielsweise lediglich 9,6% der insgesamt befragten Patienten, sie hätten nach dem Klingeln unangemessen lange auf das Pflegepersonal warten müssen. Zwischen den einzelnen Abteilungen streuen die entsprechenden Werte jedoch zwischen 3,3% und 16,5%, zwischen den einzelnen Stationen sogar zwischen 0% und 45,8%, wobei innerhalb einer Abteilung die Anteile unzufriedener Patienten auf den einzelnen Stationen zwischen 3,1% und 45,8% liegen können.

Bei den befragten Mitarbeitern zeigten sich ebenfalls relativ ausgeprägte Schwankungen, z.B. in der Beurteilung des Betriebsklimas: Insgesamt sind 23,7% der Mitarbeiter unzufrieden mit dem Betriebsklima, in den einzelnen Berufsgruppen ist der Anteil an Unzufriedenen jedoch unterschiedlich groß und liegt zwischen 8,3% und 44,4%. Beim Pflegepersonal liegt der Anteil an Unzufriedenen in den Kliniken zwischen 13,8% und 46,7%, beim ärztlichen Personal zwischen 0% und 46,7%. Zwischen den einzelnen Stationen streuen die Werte von 0–100% Unzufriedene.

Profilvergleiche der parallel gefragten Dimensionen Interaktion, Information und Versorgung offenbaren unsystematisch und lediglich bei einigen Einzelaspekten des Versorgungsprozesses eine erhöhte Problemsensitivität der Patienten. In der Regel zeigt sich im Vergleich der Ergebnisse eine erhöhte Problemsensitivität bei den Mitarbeitern. Patienten- und Mitarbeiterurteile korrespondieren jedoch insofern, als trotz der Differenzen in der absoluten Höhe der Bewertungen besonders kritische Qualitätsaspekte von beiden Gruppen gleichermaßen identifiziert werden und die relative Höhe der Bewertungen beider Gruppen miteinander steigt und sinkt. In *Abbildung 1* wird dies beispielhaft für die Dimension Interaktion dargestellt.

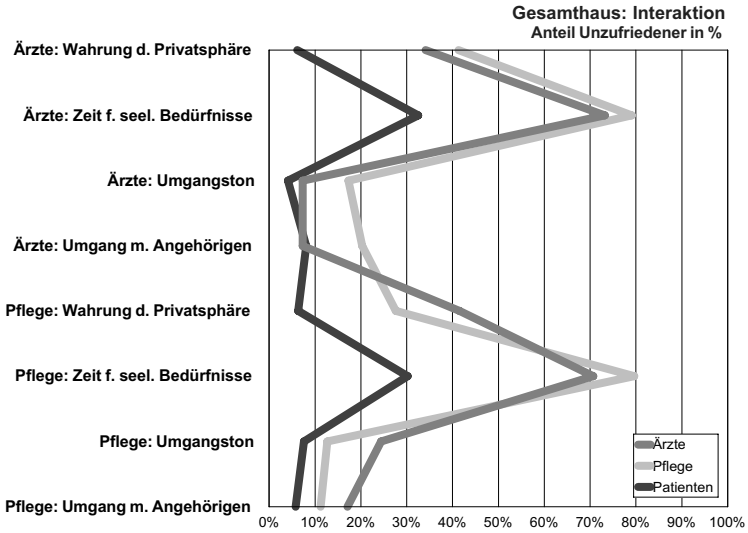

Abb. 1: Zufriedenheit der Patienten und des Personals mit verschiedenen Interaktionsaspekten

In weiterführenden Analysen wurden regressionsanalytische Modelle dazu genutzt, die Bedeutsamkeit einzelner Einflussgrößen auf übergeordnete Aspekte zu überprüfen und abzuschätzen, welche konkreten Schwachstellen das höchste Potenzial für eine Verbesserung übergeordneter Aspekte wie „Gesamtzufriedenheit mit dem Krankenhaus“ oder „Betriebsklima“ beinhalten.

Fazit

Insgesamt konnten die Ergebnisse der kombinierten Patienten- und Mitarbeiterbefragung für eine intensive mehrdimensionale Schwachstellenanalyse genutzt werden und damit dem kooperierenden Krankenhaus als Grundlage für ein umfassendes internes Qualitätsmanagement dienen. Die sowohl von Mitarbeitern als auch von Patienten geäußerte Kritik an bestimmten Versorgungsaspekten erhöhte dabei offensichtlich für die Mitarbeiter die

Relevanz dieser Aspekte und könnte sich damit förderlich auf die Motivation zur Umsetzung entsprechender Verbesserungsprozesse auswirken.

Eine derart umfassende Erhebung von Patienten- und auch Mitarbeiterzufriedenheit sollte jedoch keinesfalls isoliert, sondern nur als integraler Bestandteil eines bereits funktionierenden internen Qualitätsmanagements eingesetzt werden, da nur so eine angemessene Motivation und Integration der Mitarbeiter sowie eine adäquate Interpretation und Verwertung der Befragungsergebnisse gewährleistet ist.

Literatur

Arnetz, J. E. / Arnetz, B. B. (1996): „The development and application of a patient satisfaction measurement system for hospital-wide quality improvement." *International Journal for Quality in Health Care*, 8, 555-566.

Batalden, P. B. / Nelson, E. C. (1990): „Hospital Quality: Patient, physician and employee judgements." *International Journal of Health Care Quality Assuranc*e, 3, 7-17.

Blum, K. (1998): *Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen. Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit und Qualitätsmanagement im Krankenhaus.* Weinheim: Juventa Verlag.

Bruster, S. / Jarman, B. / Bosanquet, N. / Weston, D. / Erens, R. / DelBanco, T. L. (1994): „National Survey of Hospital Patients." *British Medical Journal*, 309, 1542-1546.

Nelson, E. C. / Hays, R. D. / Larson, C. / Batalden, P. B. (1989): „The Patient Judgement System: Reliability and validity." *Quality Review Bulletin*, 15, 185-191.

Satzinger, W. (1998): „Der Weg bestimmt das Ziel? Zur Rolle des Erhebungsverfahrens bei Befragungen von Krankenhauspatienten." In: Ruprecht, T. M. (Hrsg.): *Experten fragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele.* Sankt Augustin: Asgard-Verlag, 101-108.

Straub, C. (1994): „Probleme bei der Umsetzung von Qualitätssicherung." In: Arnold, M. / Paffrath, D. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report '94*. Stuttgart: G. Fischer, 145-162.

Trojan, A. (1998): „Warum sollen Patienten gefragt werden? Zu Legitimation, Nutzen und Grenzen patientenzentrierter Evaluation von Gesundheitsdienstleistungen." In: Ruprecht, T. M. (Hrsg.): *Experten fragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele.* Sankt Augustin: Asgard-Verlag, 15-30.

Trojan, A. / Nickel, S. / Oppolzer, A. (1999): „Qualität im Krankenhaus. Die Sicht der MitarbeiterInnen und PatientInnen im Vergleich am Beispiel eines ‚gesundheitsfördernden Krankenhauses'." In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): *Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und -erkrankungen in Pflegeberufen*. Berlin: Wirtschaftsverlag NW, 164-184.

3

Qualitätsmanagement in der praktischen Umsetzung – Beispiele aus der Praxis

3.1 Praxisnahes Qualitätsmanagement jenseits von Zertifizierungs-automatismen und Leitlinieninflation

Basiskonzept der Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung für Gesundheit

Thomas Altgeld, Iris Bunzendahl, Uwe Prümel-Philippsen

Kaum ein anderer Diskussionsstrang hat sich in den vergangenen Jahren als virulenter erwiesen als die Qualitätssicherungsdiskussion im Gesundheitswesen. Angesichts chronisch angespannter Haushaltslagen der öffentlichen Hand und der Sozialversicherungsträger sowie des zunehmenden Qualitätsbewusstseins in anderen Dienstleistungsbereichen ist auch der Gesundheitssektor keine Insel nicht hinterfragter Routinen und für die einzelnen Akteure kaum nachvollziehbarer Ressourcenallokation mehr. Die Wirtschaftlichkeitsreserven im Leistungsgeschehen, die in jeder Gesundheitsreformdiskussion neu thematisiert werden, und das wachsende Kundenbewusstsein von Patienten haben die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen fast schon zu einer Überlebensfrage von einzelnen Anbietern gemacht.

Im Bereich der stationären Versorgung machen sich immer mehr Einrichtungen auf den zumeist kostenintensiven Zertifizierungsweg. Im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung spielt dagegen die Qualitätszirkelarbeit und die Einführung von Leitlinien eine weitaus größere Rolle. Vor dem Hintergrund einer durchaus als inflationär zu bezeichnenden Leitlinienproduktion in diesem Feld richtete die Bundesärztekammer 1997 eine Leitstelle für die Erstellung von Leitlinien ein. Dies verdeutlicht gleichzeitig ein wesentliches Dilemma der aktuellen Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen, dass nämlich diese Diskussion selbst alles andere als qualitätsgesichert ist und die Qualifikation derjenigen, die sich an der Diskussion beteiligen, bislang kaum ernsthaft hinterfragt wurde – nicht zuletzt sicherlich auch aufgrund des immer noch mit diesem Thema verbundenen Einschüchterungspotenzials. Noch existieren keine angepassten Qualitätsmanagementstrategien und kein Konsens über allgemein gültige Standards für den Gesundheitssektor.

Für den marginalisierten Sektor der Gesundheitsförderung, der in Deutschland eher neben dem Gesundheitswesen aufgebaut wurde als in ihm (Badura 1997), lässt sich diese Einschätzung nur unterstreichen. Konzeptionell beschränkt sich die Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung vorwiegend auf die Evaluierung einzelner Maßnahmen und Programme.

Dies hängt zum einen mit dem umfassenden Geltungsanspruch zusammen, wie er beispielsweise in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung definiert wurde. Demnach

zielt Gesundheitsförderung „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“ (Franzkowiak/Sabo 1993).

Für die Umsetzung dieses Anspruchs wurden lediglich Handlungsebenen formuliert, aber kaum Akteure und geeignete Programme benannt. Deshalb kritisiert Rosenbrock (1997:40) folgerichtig: „Die Charta enthält aber keine Leitlinien dafür, wie in der realen Welt von Widersprüchen und Interessen der Weg von a nach b, vom gesundheitlich defizitären und weithin kontraproduktiven Ist-Zustand zum gewollten und gesundheitswissenschaftlich begründeten Soll-Zustand organisiert werden kann.“

Die Qualitätsforderung kann eine zusätzliche Unschärfe in diese Prozesse hineintragen, weil auch sie zum jetzigen Zeitpunkt notwendigerweise abstrakt bleiben muss, da sie sich zunächst einmal nur auf die Ziele und Handlungsfelder beziehen kann. Altgeld charakterisiert dies als doppelte Unschärferelation (1998).

Das Konzept der Gesundheitsförderung ist relativ neu. Gleichzeitig können die Effekte ihrer Interventionen nur langfristig gemessen werden. Deshalb sind hier im Vergleich zu medizinischen Outcome-Definitionen nur eher weiche Nutzendefinitionen möglich.

Ein anderes Hemmnis auf dem Weg zu nachhaltigeren Fortschritten in der Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung sind die im Vergleich zum Gesundheitswesen sehr spärlichen Mittel, die hier investiert wurden bzw. werden – dies gilt sowohl für die Maßnahmen selbst als auch für deren externe oder interne Qualitätssicherung. Die überwiegende Mehrzahl der Gesundheitsförderungseinrichtungen ist selbst im Vergleich mit jedem kleinstädtischen Krankenhaus noch als klein zu bezeichnen. Deshalb verbieten sich kostenträchtige Zertifizierungsverfahren von selbst. Jedoch auch von solchen Institutionen wird von ihren jeweiligen, größtenteils öffentlichen Geldgebern der Nachweis der Qualitätssicherung verlangt. Diese Anforderungen von außen korrespondieren häufig mit den Wünschen von Mitarbeitern nach mehr Transparenz ihrer Arbeit. Nur einrichtungsbezogene, eher unaufwendige Qualitätsmanagementstrategien können daher eine Antwort auf diese beiden Forderungen bieten.

Ausgangspunkte für ein einrichtungsbezogenes Qualitätsmanagement

Die Landesvereinigungen und die Bundesvereinigung für Gesundheit (BfGe) haben frühzeitig die Qualitätsthematik aufgegriffen und diese einrichtungsintern, darüber hinaus aber auch in Tagungen und Veröffentlichungen vorangetrieben. Bereits die 1991

veröffentlichten Empfehlungen zur Selbstevaluation (Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung 1991) haben wesentliche Forderungen, die im Bereich des Qualitätsmanagements neu formuliert werden, vorweggenommen. Die Empfehlungen richteten sich an Akteure aus der Gesundheitsförderungspraxis vor Ort und boten ein handhabbares Instrumentarium für die Evaluation von Maßnahmen und Projekten.

Die 1997 von der Bundesvereinigung für Gesundheit als Basiskonzept publizierte Broschüre *Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen – Leitlinien und Leitfragen* knüpfen daran an und wenden sich wiederum an kleinere gesundheitsbezogene Einrichtungen. Sie soll Hilfestellung bei der Etablierung einrichtungsbezogener Qualitätsmanagementstrategien bieten. Das Konzept eines auf die Organisation bzw. Institution bezogenen Qualitätsmanagements zielt darauf ab, in den Einrichtungen eine dauerhafte, schnelle und zielgerichtete Verbesserung der Arbeit zu gewährleisten. Es geht allerdings nicht darum, erstmalig Qualität herzustellen, sondern im Rahmen eines kontinuierlichen Prozesses Verbesserungsmöglichkeiten zu schaffen und die Arbeit langfristig auf einem qualitativ hochwertigen Niveau weiterzuentwickeln. Oberste Voraussetzung und gleichzeitig ein wesentliches Ziel der Implementierung eines Qualitätsmanagements ist dabei zunächst die Gewährleistung einer transparenten Organisationsstruktur.

Weitere Ziele sind:
- eine bessere Ressourcennutzung angesichts immer knapper werdender öffentlicher Gelder,
- eine bessere Zusammenarbeit mit den Geldgebern,
- eine höhere Kundenzufriedenheit sowie
- größere Zufriedenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Auch wenn im Titel der Broschüre der Begriff Leitlinien auftaucht, werden in der praktischen Umsetzung eher Leitfragen definiert, da ein Kerngedanke dieser Veröffentlichung die Idee der Lernschleife ist. Gemeint ist damit, dass durch Selbstbeobachtung der Voraussetzungen, Arbeitsprozesse und Ergebnisse und entsprechende Rückmeldung eine kontinuierliche Verbesserung oder – wenn notwendig – eine grundsätzliche Überarbeitung dieser Voraussetzungen, Arbeitsprozesse und Ergebnisse erzielt werden kann (Badura, 1996:19). In diesem Prozess müssen immer wieder aufs Neue die Schritte der Situationsanalyse, der Zielsetzung, der Intervention und der Evaluation durchlaufen werden. Beteiligung und Eigenverantwortlichkeit sämtlicher Mitarbeiter auf allen Hierarchieebenen sind hierzu unerlässlich.

Angesichts des eingangs problematisierten weiten Geltungsbereichs von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und den eher weichen Outcome-Definitionen war es für die Formulierung von eng gefassten Leitlinien zu früh. Für so grundsätzliche Strategien wie Kompetenzerweiterung von Individuen und sozialen Systemen oder anwaltschaftliches Eintreten für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen müssen andere Qualitätskriterien entwickelt werden als für medizinische Behandlungsverfahren. Erst wenn für diesen

Bereich Erfahrungen aus einer nennenswerten Zeitspanne vorliegen, werden möglicherweise eine retrospektive Kosten-Nutzen-Analyse und ein Vergleich zum Nutzen kurativer Maßnahmen möglich sein. Das doch eher sozialutopische Projekt einer breit angelegten Gesundheitsförderung lebt letztlich von der Kreativität seiner Protagonisten und benötigt Zeit zur Entwicklung von evidenzbasierten Strategien und Maßnahmen.

Nach der Abschaffung der Gesundheitsförderungsaktivitäten seitens der gesetzlichen Krankenversicherung infolge der Änderung des § 20 SGB V im Jahr 1996 haben sich die Bundesvereinigung und die Landesvereinigungen für Gesundheit als Kristallisationspunkt für Gesundheitsförderungsaktivitäten entwickelt. Hier wurde unter anderem die Arbeit in Settings, insbesondere Gesundheitsförderung in Schulen, Kommunen, Betrieben und Krankenhäusern, vorangetrieben. Gleichzeitig sind in diesen nichtstaatlichen Organisationen die wichtigsten Träger aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen organisiert, um in der Gesundheitsförderung und Prävention gemeinsame Aktivitäten zu konzeptionieren und umzusetzen. Deshalb setzt das von der Bundesvereinigung für Gesundheit zusammen mit den Landesvereinigungen entwickelte Qualitätsmanagementkonzept auf zwei Ebenen an: Einerseits soll die Qualität der dort vorgehaltenen Maßnahmen nach außen transparent gemacht und kontinuierlich gesteigert werden. Andererseits bietet das Konzept der Leitfragen die Möglichkeit der Nachnutzung durch andere Mitgliedsorganisationen, die ähnliche Maßnahmen durchführen. Insbesondere kleinere gesundheitsbezogene Einrichtungen und der öffentliche Gesundheitsdienst, für die aufwendige und kostenintensive Qualitätssicherungsmaßnahmen untragbar sind, können von den Leitfragen profitieren.

Finanziell unterstützt wurde das Projekt teilweise durch das Bundesministerium für Gesundheit und den Förderverein der Bundesvereinigung für Gesundheit. Ein Großteil der Vorarbeiten und der Überarbeitung wurde von einer bundeslandübergreifenden Arbeitsgruppe erbracht. Somit konnte gewährleistet werden, dass verschiedene in der Praxis erprobte Ansätze in das Gesamtkonzept einfließen. Die Erstauflage des Basiskonzepts wurde über die Landesvereinigungen an Mitgliedsorganisationen und andere interessierte Einrichtungen verteilt. In einzelnen Bundesländern sind parallel dazu vertiefende Workshops durchgeführt worden, die auf eine große Nachfrage gestoßen sind.

Das Basiskonzept der Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung für Gesundheit – Grundsatzteil und Vorgehensweise

Das 1997 nach zweijähriger Vorbereitungszeit publizierte Basiskonzept ist zweigeteilt. Es beginnt mit einem Grundsatzteil, in dem das Aufgabenprofil, die Organisationsstruktur und die Qualitätspolitik beschrieben sowie eine Einführung in das Qualitätsmanagement gegeben werden. In dem sich anschließenden Schwerpunktteil werden anwendungsbezogene Beispiele vorgestellt und dabei jeweils Leitfragen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität formuliert sowie einfache Methoden der Qualitätssicherung benannt.

Grundsatzteil: Positionsbestimmung

Gemeinsame übergeordnete Ziele der Landesvereinigungen sowie der Bundesvereinigung sind die Förderung der Gesundheit und die Prävention von Erkrankungen. Konkret geht es darum, Aktivitäten und Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung, der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsförderung anzuregen, zu unterstützen, zu koordinieren oder selbst durchzuführen und die Interessen der Mitglieder in diesem Bereich zu vertreten. Die Arbeit orientiert sich an den Inhalten der Ottawa-Charta der WHO und den Zielkatalogen *Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000* bzw. *Gesundheit für alle für das 21. Jahrhundert.* Die jeweiligen Arbeitsschwerpunkte der Landesvereinigungen sind bundeslandspezifisch, d.h. abhängig von dem jeweiligen politischen Landesinteresse und den Interessen der dortigen Mitgliedsorganisationen.

Die Arbeit lässt sich inhaltlich nach folgenden Aspekten grob systematisieren:

- anhand der Orientierung an den Setting-Ansätzen der WHO, z.B. Schule/Kindergarten, Kommune, Betrieb, Krankenhaus oder Region,
- anhand definierter Zielgruppen, z.B. Kinder/Jugendliche, Frauen, alte Menschen oder sozial benachteiligte Gruppen, oder
- über thematisch eingegrenzte Präventionsangebote, z.B. Suchtprävention, HIV- und Aidsprävention, Sexualaufklärung, Umwelt und Gesundheit, Ernährung, Bewegung und Entspannung.

Außerdem lässt sich eine funktionale Differenzierung über die verschiedenen Arbeitsmethoden vornehmen. Hier ist eine grobe Einteilung in Information, Aufklärung und Fortbildung, außerdem Projektleitung und -beratung sowie Koordination, Vernetzung und Lobbyarbeit möglich. Anhand dieser funktionalen Differenzierung werden in dem Basiskonzept für die verschiedenen Anwendungsbereiche Leitfragen zur Qualitätssicherung vorgestellt.

Die Hauptzielgruppe der Arbeit sind insbesondere Multiplikatoren aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen sowie – für bestimmte Angebote – auch die Allgemeinbevölkerung. Die Landesvereinigungen und die Bundesvereinigung für Gesundheit bilden eine zentrale Brückeninstanz zwischen den für den Schwerpunkt Gesundheit zuständigen Fachministerien, nichtstaatlichen Einrichtungen, Sozialversicherungsträgern und Anbietern im Gesundheitswesen.

Trotz unterschiedlicher Aufgabenschwerpunkte gleichen sich die Landesvereinigungen beispielsweise in den Organisationsstrukturen. Deshalb werden hieran exemplarisch die Ablauforganisationen und Ziele vorgestellt. Sie sind als eingetragene, gemeinnützige Vereine organisiert, in denen zahlreiche Institutionen und Einzelpersonen aus allen Bereichen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens als Mitglieder vertreten sind. Das Spektrum reicht von kleineren Selbsthilfeorganisationen über Universitäten und Wohlfahrtsverbände bis hin zu Ärztekammern, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten. Dieses breite Mitgliederspektrum spiegelt sich auch in

der Zusammensetzung der Vorstände wider, denen Funktionsträger aus allen genannten Bereichen angehören und die damit oftmals die Funktion von Gesundheitskonferenzen auf Landesebene übernehmen.

In den von den Landesvereinigungen betriebenen Geschäftsstellen erfolgt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern, die z.B. über sozialwissenschaftliche, psychologische, medizinische, pädagogische oder ernährungswissenschaftliche Grundqualifikationen verfügen. Neben den fachspezifischen Qualifikationen sind kommunikative und soziale Kompetenzen sowie Erfahrungen im Projektmanagement ein wesentliches Qualifikationsmerkmal der Mitarbeiter.

Außerdem verstehen sich die Landesvereinigungen als Transfereinrichtungen für die Umsetzung neuer gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisse in die Gesundheitsförderungspraxis. Sie werden finanziert über öffentliche Zuwendungen, Beiträge ihrer Mitgliedsorganisationen und projektgebundene Zuwendungen. Zunehmend spielt die Refinanzierung von Leistungen, z.B. Teilnahmegebühren oder Verkauf von Veröffentlichungen, eine immer wichtiger werdende Rolle im Finanzierungsaufbau.

Als langfristiges Qualitätsziel lässt sich die dauerhafte und erfolgreiche Umsetzung der Politik der Ottawa-Charta definieren. Um die Qualität der Arbeit zu sichern bzw. zu gewährleisten, ist es daher entscheidend, dass Prozesse wie Partizipation, Kooperation, Vernetzung und Empowerment erfolgreich umgesetzt werden. Dies ist nicht von heute auf morgen zu erreichen, sondern nur mit einer Politik der kleinen Schritte.

Kurzfristige Qualitätsziele beziehen sich auf den Erfolg von Maßnahmen und die Zufriedenheit von Kunden. Dabei muss grundsätzlich berücksichtigt werden, dass Landesvereinigungen es mit mehreren zentralen Kategorien von „Kunden und Kundinnen“ zu tun haben, und zwar mit:

- den direkten Nutzern der Dienstleistungsangebote, wie z.B. Teilnehmern an Fortbildungsveranstaltungen,
- den Geldgebern und politischen Entscheidungsinstanzen, die mit der Bezuschussung bestimmte sozial- oder gesellschaftspolitische Zielsetzungen verfolgen und von den Einrichtungen eine entsprechende Gegenleistung erwarten,
- den Mitgliedsorganisationen und Kooperationspartnern,
- Institutionen und Personengruppen, die indirekt von den Auswirkungen der Dienstleistung erreicht werden, z.B. mit Schülern oder Schulen durch fortgebildete Lehrkräfte oder mit Gesundheitsämtern und deren Kunden durch Mitarbeiterschulungen.

Nach dieser grundsätzlichen Darstellung der Einrichtungen und der dort realisierten Qualitätspolitik werden in dem Basiskonzept Grundsätze des Qualitätsmanagements erläutert, auf deren ausführliche Darstellung hier verzichtet werden kann, da diese in den Eingangskapiteln dieses Readers bereits eingehend diskutiert worden sind. Das Konzept der Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung greift auf das von Bruhn für den

Dienstleistungsbereich definierte Vorgehen (Bruhn 1998) und auf das von Badura weiterentwickelte Konzept der Lernschleife (Badura 1996) zurück, das bereits eingangs erläutert wurde. Anschließend werden die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erläutert. Der Einleitungsteil schließt mit grundsätzlichen, einrichtungsbezogenen Leitfragen, von denen nachfolgend einige beispielhaft vorgestellt werden.

- Welche konkreten Ziele hat die Arbeit?
- Welche Angebote werden vorgehalten? Gibt es dafür Produktbeschreibungen?
- Wie werden neue Aktivitäten begonnen?
- Inwiefern wird das Qualitätsmanagement auf die tatsächlichen Kapazitäten und Ressourcen in der Einrichtung abgestimmt?
- Was wird unternommen, um die Organisationsstruktur auf sich ständig verändernde Situationen einzustellen?
- Wie wird auf Probleme reagiert?
- Welche Maßnahmen der Qualitätssicherung kommen bislang zum Einsatz?
- Welche Qualifikationen und Kompetenzen haben die Mitarbeiter? Welche werden gebraucht?
- Wie sind die Verantwortlichkeiten zwischen den Mitarbeitern verteilt?
- Wie wird die Kommunikation an den verschiedenen Schnittstellen gesichert?

Tab. 1: Beispiele grundsätzlicher, einrichtungsbezogener Leitfragen

Schwerpunktteil: Anwendungsbezogene Beispiele

Nach der Positionsbestimmung im ersten Teil bilden im zweiten Teil die anwendungsbezogenen Beispiele den Schwerpunkt. Es werden dabei praxisorientierte Fragestellungen und Vorgehensweisen zur Qualitätssicherung dargestellt. Drei Hauptanwendungsbereiche werden unterschieden:

(1) Information, Aufklärung und Fortbildung, wobei die beiden zentralen Zielgruppen der Landesvereinigungen, nämlich Multiplikatoren und Endverbraucher einer gesonderten Betrachtung unterzogen werden. Leitfragen sind für die Bereiche Fortbildungsangebote, Medien und Materialien, Beratungsangebote, Telefonansagedienste, Ausstellungen und Gesundheitstage zusammengestellt worden.
(2) Projektberatung und Projektleitung. Hierfür wurden Leitfragen für die Entwicklung, Durchführung und die Organisationsstruktur eigener Projekte entwickelt.
(3) Koordination, Vernetzung und Lobbyarbeit.

Um die Vorgehensweise zu verdeutlichen und das Konzept der Leitfragen zu veranschaulichen, soll hier das Beispiel der Ausstellungen komplett vorgestellt werden

Beispiel 1: Ausstellungen

Ausstellungen sind ein klassisches Medium der Gesundheitsinformation, dessen Bedeutung trotz der Zunahme anderer medialer Informationsangebote und -möglichkeiten nicht wesentlich zurückgegangen ist. Sie bilden häufig einen lokalen Kristallisationspunkt für andere Gesundheitsförderungsaktivitäten in der Kommune oder im Stadtteil und beziehen häufig andere Medien, z.B. Videos oder Broschüren, in ihr Konzept mit ein. Grundsätzlich gelten auch für Ausstellungen als Kommunikationsinstrument ähnliche Fragestellungen wie sie für die Medien und Materialien entwickelt wurden. Zusätzlich dazu werden aber noch einige spezifische Fragestellungen aufgeworfen, die insbesondere für die Ausstellungspräsentation wichtig sind (siehe *Tabelle 2*).

Leitfragen zur Strukturqualität	• Wer ist mit welchen Qualifikationen an der Ausstellungserstellung beteiligt? • Welche Informationsquellen werden für die Erstellung genutzt? • Welche Inhalte sollen vermittelt werden? • Ist die Ausstellung das geeignete Kommunikationsmedium oder lassen sich die intendierten Wirkungen mit weniger aufwendigen Medien realisieren? • Welche ausstellungsdidaktischen Möglichkeiten stehen zur Verfügung (z.B. Mitmachparcours oder rein visuelle Realisierungen)? • An welchen Orten soll die Ausstellung präsentiert werden?
Leitfragen zur Prozessqualität	• Welche Zielgruppen sollen angesprochen werden? • Wie werden die Zielgruppen am Erstellungsprozess beteiligt? • Welche vorhandenen Ressourcen werden genutzt? • Welche Kooperationen finden statt? • Werden Zwischenergebnisse festgehalten? • Wird der Zeitplan eingehalten? • Werden Interaktionsmöglichkeiten mit dem Publikum sinnvoll angeboten und genutzt? • Inwiefern sind die vermittelten Informationen und ihre Präsentation aktuell attraktiv genug, um das Publikum zu erreichen („Erlebnischarakter" einer Ausstellung)? • Ist eine zusätzliche personale Vermittlung von Inhalten notwendig und eingeplant? • Wie soll diese zielgerichtet erfolgen? • Welche begleitenden Aktionen sind sinnvoll? • Wie aufwendig werden der Transport und Aufbau der Ausstellung? • Sind hierfür Experten erforderlich? • Welche Gestaltungsmöglichkeiten für die Informationsvermittlung können genutzt werden? • Wie werden die spezifischen Möglichkeiten des jeweiligen Mediums (z.B. Broschüre, Plakat, Video, Videospiel oder Kassette) genutzt?

Methoden der Qualitätssicherung	• Befragung der Zielgruppen im Vorfeld zur Bedürfnis- und Wahrnehmungsanalyse • Diskussion der Zwischenergebnisse/Konzepte mit Mitgliedern der Zielgruppe • Diskussion der Zwischenergebnisse/Konzepte mit Experten • Regelmäßige Besprechungen mit allen am Erstellungsprozess beteiligten Kooperationspartnern • Befragung der Besucher und Besucherinnen der Ausstellung, Einplanung von Rückmeldungselementen innerhalb der Ausstellung
Leitfragen zur Ergebnisqualität	• Ist die erfolgte Darstellung zielgruppengerecht? • Wie wird die Ausstellung von den anvisierten Kooperationspartnern eingesetzt? • In welcher Weise fördert die Ausstellung die intendierten gesundheitsorientierten Lerneffekte? • Wie sieht die Handhabbarkeit aus? • In welchem Verhältnis stehen aufgewendete Mittel zum Erfolg der Ausstellung?
Methoden der Qualitätssicherung	• Befragung von Ausstellungsbesuchern • Dokumentation des Einsatzes und der Besucherzahlen der Ausstellung • Gemeinsame Bewertung der Ausstellung mit Kooperationspartnern und Geldgebern • Auswertung der begleitenden Aktionen

Tab.2: Spezifische Leitfragen und Qualitätssicherungsmethoden für Ausstellungen

Beispiel 2: Bildung von Arbeitskreisen

Erfolgreiche Arbeitskreisarbeit ist ein dynamischer Prozess und zeichnet sich durch ein hohes Maß an Flexibilität aus. Dies bedeutet z.B., dass Strukturen immer wieder an die Interessen von innen und an Impulse von außen angepasst werden.

Kurze Auszüge aus den Leitfragen zur Struktur- und Ergebnisqualität für die Bildung von Arbeitskreisen sollen veranschaulichen, dass auch für komplexere Prozesse Qualitätssicherung auf den verschiedenen Ebenen möglich ist (siehe *Tabelle 3*).

Leitfragen zur Strukturqualität	• Welche Organisationen/Institutionen gibt es in dem Bereich, für den der Arbeitskreis gegründet werden soll? • Welche Ressourcen aus den verschiedenen Organisationen stehen zur Verfügung? • Wie sind die strukturellen Rahmenbedingungen (z.B. Gesetzesgrundlagen, politische Zielsetzungen, Finanzierungswege)? • Gibt es einen Koordinator für den Arbeitskreis? • Gibt es eine Vereinbarung über Entscheidungsstrukturen? • Ist in der Zusammensetzung des Arbeitskreises neben der professionellen Sichtweise auch die der Betroffenen/Klienten repräsentiert?
Methoden der Qualitätssicherung	• Feldanalyse • Analyse der Rahmenbedingungen • Festhalten von Rahmenvereinbarungen/Festlegung der Verantwortlichkeiten
Leitfragen zur Ergebnisqualität	• Gibt es in ausreichendem Maße Gelegenheit zu gegenseitigem Austausch und zu Abstimmungsprozessen? • Wie werden die Ressourcen und Kompetenzen der beteiligten Organisationen und Einzelpersonen in höchstmöglichem Ausmaß genutzt? • Wie gelingt es, mögliche Konkurrenzen zu identifizieren, zu bearbeiten und zu überwinden? • Welche Außenwirkung hat der Arbeitskreis?
Methoden der Qualitätssicherung	• Pressespiegel • Gemeinsame, strukturierte Reflexion • Befragung externer Organisationen zur Wahrnehmung des Arbeitskreises

Tab. 3: Leitfragen und Qualitätssicherungsmethoden für die Bildung von Arbeitskreisen (Auszug)

Das Basiskonzept enthält in seinem Anhang weiterführende Literatur zu den Themenbereichen Qualitätsmanagement und Evaluation, Beispielinstrumente sowie ein Kurzglossar und Kontaktadressen.

Diskussion und Ausblick

Schon die Erarbeitung des Basiskonzepts stellte einen gemeinsamen Lernprozess der beteiligten Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung für Gesundheit dar, der allerdings auch Unterschiede in den Zielsetzungen und Vorgehensweisen offenbarte. Die Angst vor Nivellierung und „künstlicher Standardisierung“ war bei einigen der beteiligten Einrichtungen mehr oder weniger ausgeprägt vorhanden. Der erste Versuch zur Ausformulierung eines Basiskonzepts durch einen externen Berater scheiterte, weil das von ihm vorgeschlagene Verfahren zu wenig auf die Arbeitsroutinen und Organisationsstrukturen von

Landesvereinigungen zugeschnitten war und insbesondere eine in diesem Umfang nicht finanzierbare wissenschaftliche Begleitevaluation favorisierte. Das anschließend durch eine Arbeitsgruppe der Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung selbst erarbeitete Konzept fand jedoch breite Zustimmung auf allen Ebenen und konnte die Vorteile eines gemeinsamen Vorgehens in Fragen des Qualitätsmanagements nachhaltig verdeutlichen.

Durch die Publikation des Basiskonzepts ist in den Landesvereinigungen, in der Bundesvereinigung und in einigen Mitgliedsorganisationen eine ganze Reihe von neuen Qualitätsmanagementaktivitäten angestoßen worden. Maßnahmen und Angebote, deren Qualitätssicherung bislang gar nicht oder nur unsystematisch stattgefunden hatte, wurden anhand der Leitfragen in den Fachteams oder Arbeitsgruppen neu überprüft. Aus diesen anwendungsbezogenen Erfahrungen sind direkte Rückmeldungen an die Autoren des Leitfadens gegeben worden, die in die aktuelle, überarbeitete Neuauflage (Bundesvereinigung für Gesundheit 2000) mit eingeflossen sind. Eine Überarbeitung war notwendig geworden, da die Erstauflage des Leitfadens mittlerweile vergriffen ist und einige aktuelle Arbeitsbereiche (z.B. Internetangebote oder Netzwerkarbeit) zu ergänzen waren. Außerdem konnten die Literatur und das Glossar aktualisiert und somit die Flut von Neupublikationen in diesem Bereich für die Leser des Leitfadens systematisiert und überschaubar gemacht werden. Einfache Beispielinstrumente zur Qualitätssicherung, etwa Checklisten für die Durchführung von Fortbildungsangeboten oder Telefonansagediensten, wurden zusätzlich ergänzt.

Über die Erstellung des Basiskonzepts hinaus haben einige Landesvereinigungen und die Bundesvereinigung für Gesundheit damit begonnen, für die jeweiligen Einrichtungen Qualitätshandbücher zu erstellen, die der Selbstvergewisserung und der Dokumentation der Arbeit nach außen dienen sollen. Sie sind größtenteils nicht auf eine Zertifizierung nach der DIN EN ISO 9001 ausgerichtet, orientieren sich aber – soweit dies sinnvoll erscheint – an einzelnen Elementen der Norm.

Die Handbücher bauen auf den tatsächlichen Abläufen innerhalb der Einrichtung auf. Zunächst wird eine Gliederung erstellt und es werden Checklisten und Verfahrensweisen für die Bereiche entwickelt, die einen erhöhten Regelungsbedarf aufweisen, wobei sukzessive weitere Bereiche ergänzt werden sollen.

Zwischen den Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung wurde inzwischen ein Intranet zu Qualitätsmanagementfragen eingerichtet, in dem die jeweiligen Qualitätshandbücher der anderen Einrichtungen und andere Materialien wie Checklisten oder Dokumentationen von wichtigen Veranstaltungen in diesem Sektor abrufbar sind.

Die Auseinandersetzung mit Qualitätsmanagementansätzen hat darüber hinaus auch deutlich gemacht, dass Qualitätsmanagement kein gänzlich neues Aktionsfeld für Gesundheitsförderungsakteure ist, sondern – genauso wie die Setting-Ansätze – letztlich selbst einen Organisationsentwicklungsansatz darstellt. Auf diesem Gebiet verfügen die Landes-

vereinigungen und die Bundesvereinigung über langjährige Erfahrungen, was die einrichtungsinterne Erarbeitung eines Qualitätsmanagementkonzepts sehr gefördert hat.

Insgesamt hat die bisherige Implementation von Qualitätsmanagementstrategien in den Einrichtungen der Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung für Gesundheit gezeigt, dass die Einführung einrichtungsbezogener Systeme sinnvoll und effektiv ist. Sie bauen Ängste und Vorurteile seitens der Mitarbeiter ab und erhöhen die Bereitschaft, eigene Routinen zu hinterfragen und Arbeitsabläufe zu optimieren. Gleichzeitig ermöglicht das erarbeitete Konzept eine differenzierte Positionierung der Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung für Gesundheit in der aktuellen Qualitätsdiskussion und zeigt Alternativen zu aufwendigeren Verfahren auf. Damit trägt es auch dazu bei, dass diese Diskussion selbst nicht an den Akteuren der Gesundheitsförderung vorbei „abhebt" zu abstrakten und kostenintensiven Höhenflügen.

Literatur

Altgeld, T. (1998): „Qualität(en) in der Gesundheitsförderung – Ein Beitrag zur Organisationsentwicklung?" In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hrsg.): *Qualität(en) in der Gesundheitsförderung*. Hannover, 2-6.

Altgeld, T. / Laser, I. / Walter, U. (Hrsg.) (1997): *Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse*. Weinheim: Juventa.

Badura, B. (1996): „Qualitätsstrategien in Prävention und Gesundheitsförderung." In: Bundesvereinigung für Gesundheit (Hrsg.): *Qualitätsstrategien in Prävention und Gesundheitsförderung – Leitlinien, Praxisbeispiele, Potentiale*. Bonn, 14-22.

Badura, B. (1997): „Zehn Jahre Ottawa-Charta: Was bleibt vom enthusiastischen Aufbruch?" In: Altgeld, T. / Laser, I. / Walter, U. (Hrsg.): *Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse.* Weinheim: Juventa, 29-35.

Bruhn, M. (1998): *Wirtschaftlichkeit des Qualitätsmanagements – Qualitätscontrolling für Dienstleistungen*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. (Hrsg.) (1991): *Praxisnahe Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen*. Bonn

Bundesvereinigung für Gesundheit (Hrsg.) (1997): *Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen – Leitlinien und Leitfragen.* Bonn.

Bundesvereinigung für Gesundheit (Hrsg.) (2000): *Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen. Leitfragen zur Umsetzung, Basiskonzept der Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.* (2., völlig überarb. Aufl.) Bonn.

Franzkowiak, P. / Sabo, P. (Hrsg.) (1993): *Dokumente der Gesundheitsförderung*. (2. Aufl. 1998) Mainz: Peter Sabo

Rosenbrock, R. (1997): „Hemmende und fördernde Faktoren in der Gesundheitspolitik – Erfahrungen aus dem vergangenen Jahrzehnt." In: Altgeld, T. / Laser, I. / Walter, U. (Hrsg.): *Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse.* Weinheim: Juventa, 37-52.

3.2 Effektivität und Effizienz als Leitziele der Qualitätssicherung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Harald Lehmann, Jürgen Töppich

Zur aktuellen Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention und ihrer Qualitätssicherung

Viele europäische Gesellschaften stehen vor ähnlichen und ähnlich großen sozialen Problemen. Die sozialen Sicherungssysteme, insbesondere die Krankenversicherungssysteme, werden in vielen Staaten intensiv diskutiert und neu strukturiert. Die Finanzierung des Gesamtsystems, der Interessenausgleich zwischen den einzelnen Akteursgruppen sind nur die augenscheinlichsten Aspekte dieser gesellschaftlichen Diskussion.

Mit den verschiedenen Reformanstrengungen reagieren Regierungen, Selbstverwaltungen, Administrationen auf ein gewandeltes Krankheitspanorama, das, selbst Resultat gesellschaftlicher Veränderung in den Lebensgrundlagen und den Lebensbedingungen, neue Herausforderungen stellt.

Das heutige Krankheitspanorama weist zunehmend Erkrankungen auf, die als Reaktionen auf soziale und auf Umweltbedingungen beschrieben werden können (z.B. Atemwegserkrankungen, Allergien). Viele der chronisch degenerativen Erkrankungen haben – mehr oder weniger stark ausgeprägt – eine Mitursache in den persönlichen Verhaltensweisen, in den eingeübten Lebensstilen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit den klassischen Risikofaktoren). Viele neue Erkrankungen sind im traditionellen Sinne nicht heilbar, und der lebenslange Umgang mit solchen Erkrankungen wird zum bestimmenden Aspekt.

Diesen Herausforderungen muss sich die Gesellschaft insgesamt stellen. Die Akteure in den Versorgungssystemen allein – wie auch der einzelne Betroffene – sind damit überfordert. Ein breit angelegter sozialer Wandel durch gesellschaftsweite soziale Lernprozesse könnte das Mittel der Wahl sein, diesen Herausforderungen zu begegnen.

Unter dem Aspekt des sozialen Wandels ließe sich Gesundheitsförderung und Prävention als geplantes bzw. zielgerichtetes Zusammenwirken zwischen Staat, gesellschaftlichen Gruppen und den Bürgerinnen und Bürgern verstehen, dessen Ziel es ist, sowohl in der Bevölkerung und in einzelnen Zielgruppen als auch bei Institutionen und in der Politik einen geänderten Umgang mit Gesundheitspotenzialen und Gesundheitsrisiken zu erreichen.

Motor dieses Prozesses könnten Sozialkampagnen im Sinne der Definition von Kotler und Roberto (1989:18) sein. Sie verstehen darunter *„ein von einer Gruppe (Mittler des Wandels) betriebenes systematisches Bemühen mit dem Ziel, andere (die Zielgruppe) zur Annahme, Änderung oder Aufgabe bestimmter Vorstellungen, Einstellungen, Gewohnheiten und Verhaltensweisen zu bewegen.*
Häufig kommt es dem Mittler des Wandels letztlich darauf an, das Verhalten der Zielgruppe zu ändern. Ein solcher Verhaltenswandel kann am Ende einer Reihe von Zwischenschritten stehen wie z.B. einer Veränderung im Informationsstand, im Wissen und in den Einstellungen einer Bevölkerung.“

Mit solchen Kampagnen bzw. gesellschaftsweiten Interventionsprogrammen soll in spezifischen Themenfeldern ein (sozialer) Lernprozess ausgelöst werden, der einen problemadäquaten Informationsstand erzeugt, ein entsprechendes Bewusstsein in den relevanten Ziel- und Multiplikatorengruppen bewirkt und letztlich Kompetenzen fördert, problemgerecht, hier: gesundheitsförderlich, zu handeln.

Eine wichtige Komponente des Erfolgs eines solchen Vorhabens ist allerdings ein Qualitätsmanagement, das dafür sorgt, dass der gewollte Wandel (Ziel) mit den bestmöglichen Mitteln (Instrumente, Methoden) zu vertretbaren Kosten (monetäre/nicht monetäre) erreicht wird. Das Qualitätsmanagement muss deshalb auf den Prozess, die Strukturen und auf die Ergebnisse bezogen sein und die Akteure aller beteiligten Ebenen erfassen.

In diesem Beitrag werden zunächst zentrale Voraussetzungen für eine effektive und effiziente Prävention vorgestellt. Zweitens wird eine Übersicht zu BZgA-Aktivitäten im Feld der Qualitätssicherung gegeben, deren gemeinsames Ziel es ist, diese Voraussetzungen für eine qualitätsgesicherte Prävention und Gesundheitsförderung zu verbessern. Abschließend wird anhand des Beispiels Aids auf die erfolgreiche Initiierung gesellschaftlicher Lernprozesse durch nationale Präventionskampagnen hingewiesen und geprüft, ob Aids als Sonderfall zu betrachten ist oder als Beispiel für die Leistungsfähigkeit von Prävention und damit als Modell für andere Gesundheitsprobleme.

Was verstehen wir unter Qualität und Qualitätssicherung?

Wenn wir über die Qualität und Qualitätssicherung von Handlungen und Produkten sprechen, dann ist damit der Wunsch verbunden, diese in Maßnahmen von mehr oder minderer Güte zu unterscheiden. Gewünscht sind Unterscheidungskriterien, d.h. Merkmale, die eine Hilfe bei der Auswahl von Maßnahmen darstellen. Allerdings ist eine „objektive“, „neutrale“ und „allgemein gültige“ Bestimmung der Güte oder des Wertes von Handlungen und Produkten – und damit auch von Maßnahmen der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit – nicht ohne weiteres möglich.

Qualitätsmerkmale gesundheitsbezogener Maßnahmen (bzw. genereller: Vorstellungen über den Wert einer Sache) sind abhängige Größen. Ob wir Maßnahmen als gut oder schlecht, geeignet oder weniger geeignet bewerten, wird u.a. durch unser Verständnis von Gesundheit/Krankheit sowie von Interessen und Verwendungszusammenhängen auf Seiten der Anbieter und Nutzer beeinflusst. Ein Qualitätsverständnis drückt deshalb werteabhängige (Nutzen-)Erwartungen aus.

Als derzeit dominierendes Orientierungsmuster oder „Leitbild" der Bestimmung qualitativer Unterschiede von Maßnahmen lässt sich die Effektivität und Effizienz von (gesundheitsbezogenen) Maßnahmen ausmachen: Ein möglichst hoher Grad an Zielerreichung (gesundheitlicher Nutzen) bei möglichst niedrigen Kosten ist das, was eine Sache qualifiziert.

Wie erreichen wir also die bestmögliche Gesundheitsförderung und Prävention für die Bürger zu möglichst niedrigen Kosten , d.h. Effektivität und Effizienz?

Effektivität

Um wirksam zu sein, sind Präventionsmaßnahmen und -programme am Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auszurichten; und zwar sowohl im Hinblick auf die Erklärung eines zu beeinflussenden Verhaltens, d.h. bei der Identifizierung von Interventionsansatzpunkten, als auch bei Fragen der Implementation von Maßnahmen und Programmen. Wichtig ist es zudem, diesen aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand, den *State of the art* kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Um wirksam in einem gesellschaftlich wahrnehmbaren Ausmaß zu werden, muss die Bevölkerung bzw. müssen die relevanten Zielgruppen mit den als effektiv identifizierten Maßnahmen und Programmen erreicht werden. Dafür benötigen wir arbeitsteiliges Vorgehen und Kooperation. Nur wenn wir miteinander an gemeinsamen Zielen arbeiten (wie z.B. im Feld der Aidsprävention), erhalten Prävention und Gesundheitsförderung die notwendige Reichweite, die es ermöglicht, Leid und unnötige Kosten in einem quantitativ relevanten, sozial gleich verteilten Ausmaß zu verhindern. Effektivität ohne Reichweite bleibt ein „stumpfes Schwert".

Wir benötigen qualifizierte Kräfte, die Programme und Maßnahmen adäquat planen, umsetzen und evaluieren können, und wir brauchen die Beteiligung und die Akzeptanz unserer Zielgruppen. Nur wenn wir die Zustimmung und Mitarbeit der Bürger gewinnen und aufrechterhalten, können die durch Wissenschaft identifizierten, prinzipiell wirksamen Maßnahmen auch tatsächlich gewünschte Effekte erzielen und können möglichst nachhaltige, sich selbst tragende Prozesse in Richtung eines gesundheitsbewussten Handelns entstehen. Hierfür sind Information und Motivation notwendig, denn nur der informierte und motivierte Bürger kann sich beteiligen.

Eine weitere wichtige Bedingung für nachhaltig wirksames Handeln ist die kontinuierliche Evaluation des in Gang gesetzten Prozesses. Es ist zu prüfen, ob die gewünschten Wirkun-

gen mit den eingesetzten Methoden auch tatsächlich erreicht werden, oder ob es neuer, verbesserter Verfahren und Instrumente bedarf.

Mit Hilfe von Evaluation und einer systematischen Rückkopplung der Evaluationsergebnisse an die in der Planung, Durchführung und Weiterentwicklung Beteiligten wird Gesundheitsförderung und Prävention zu einem sich ständig selbst informierenden (und korrigierenden) Lernprozess.

Konstitutive Voraussetzungen für wirksame Gesundheitsförderung und Prävention sind demnach:

– wissenschaftliche Fundierung der Programme und Maßnahmen,
– qualifiziertes Personal,
– Arbeitsteilung und Kooperation,
– hohe Reichweite,
– Bereitschaft zu Innovation,
– Beteiligung der Zielgruppen,
– kontinuierliche Evaluation.

Effizienz

Neben der Effektivität sind aber auch die Kosten zu berücksichtigen, die immer im Verhältnis zu den gewünschten Wirkungen zu sehen sind.

Das zentrale Ziel von Prävention und Gesundheitsförderung ist die Verhütung von Morbidität *und* damit auch die Einsparung von Kosten für Behandlungen vermeidbarer Erkrankungen. Es gibt eine Vielzahl von Belegen, dass sich leidvolle und teure Krankheiten (wie z.B. Aids, Bronchialkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) wesentlich stärker eindämmen und dadurch Kosten für medizinische Behandlung und Rehabilitation sparen ließen, wenn der Prävention eine stärkere Bedeutung beigemessen würde.

Effizienz bezieht sich aber auch auf die Präventionsmaßnahmen selbst, d.h. auf die möglichst kostengünstige Erbringung von einzelnen wirksamen Interventionen. Wie lässt sich also – perspektivisch betrachtet – das Kosten-Wirksamkeitsverhältnis einzelner Maßnahmen und Programme günstiger gestalten? Eine Möglichkeit besteht in der vergleichenden Analyse von Effekten und Kosten einzelner Programme und Maßnahmen und der Auswahl der jeweils effizientesten. Kosten lassen sich aber auch dadurch beeinflussen, indem man Kräfte auf konsensuell festgelegte Ziele hin bündelt und die als effektiv und effizient identifizierten Programme und Maßnahmen arbeitsteilig anwendet.

Eine effiziente Gesundheitsförderung und Prävention erfordern demnach:
– Konzentration der Aktivitäten und Ressourcen auf zentrale Gesundheitsprobleme,
– Vermeidung von Doppelarbeit durch die Herstellung von Transparenz über Anbieter und Angebote im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention,

– Kooperation und Arbeitsteilung bei der Implementation und Durchführung von effektiven Maßnahmen und Programmen,
– Kosten-Wirksamkeits-Untersuchungen.

Die hier vorgestellten Kriterien für wirksame und kostenbewusste Gesundheitsförderung und Prävention sind das Produkt vielfältiger nationaler und internationaler Erfahrungen. Mit dem Anspruch, Effektivität und Effizienz in der Gesundheitsförderung und Prävention zu steigern, wird Qualitätsmanagement zunehmend zu einer zentralen Aufgabe, der sich alle Beteiligten stellen müssen; und ein wichtiges Anliegen der BZgA ist es, Unterstützungsangebote für die Übernahme dieser Aufgabe zu erarbeiten.

Ansätze zur Qualitätssicherung durch die BZgA

Die Förderung und Stärkung der Effektivität und Effizienz von Gesundheitsförderung und Prävention gehören schon immer zu den zentralen Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (vgl. *Kapitel 3.3*). Die zur Wahrnehmung von Aufgaben der Qualitätssicherung notwendigen Maßnahmen wurden zuletzt in der Broschüre *BZgA – Aufgaben und Ziele* (BZgA 2000) skizziert. Einzelne Elemente wurden – wie nachfolgend dargestellt – inzwischen konkretisiert, erprobt und weiterentwickelt. Die Maßnahmen zielen allgemein auf eine breite Förderung von Qualitätsdenken und Qualitätsbewusstsein und sollen insbesondere den in der Praxis Tätigen Möglichkeiten der Qualitätsförderung aufzeigen.[1]

Im Einzelnen entwickeln wir Qualifizierungsmöglichkeiten und Arbeitshilfen sowie Konzepte und Verfahren für die Qualitätssicherung:
– Zur Einführung in den Themenkomplex Qualitätssicherung und -management werden seit 1998 Seminare angeboten (Prof. Simon, Bad Nauheim; siehe auch *Kapitel 2.2*).
– Zur Zeit wird das Instrument des Qualitätszirkels unter der wissenschaftlichen Leitung der Arbeitsgruppe Qualitätsförderung an der Universität Göttingen (Dr. Bahrs; siehe auch *Kapitel 2.5*) modellhaft erprobt.

Beide Maßnahmen dienen der Qualifizierung von Entscheidern und Multiplikatoren, professioneller mit der Aufgabe der Qualitätssicherung umzugehen.

Ein weiteres Praxisprojekt, mit dem die BZgA die Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover (Prof. Schwartz) beauftragte, stellt der vorliegende Reader selbst dar. Er bietet einen umfassenden Überblick über praxisnahe Ansätze eines Qualitätsmanagements in Gesundheitsförderung und Prävention im deutschsprachigen Raum und kann gleichzeitig als Handbuch und Nachschlagewerk für die Praxis genutzt werden.

1 Vgl. hierzu auch *Kapitel 1.5, 3.3* und *3.7* in diesem Band.

Eine weitere wichtige Arbeitshilfe für die Praxis sind die Übersichten und Dokumentationen der BZgA. Mit dem Ziel, mehr Transparenz über Anbieter und Angebote herzustellen, wurden Übersichten über die im Feld der Gesundheitsförderung tätigen Institutionen erarbeitet, wie z.B. der Gesundheitswegweiser[2], und elektronische Datenbanken zu Medien und Maßnahmen für spezifische Themenfelder entwickelt (siehe *Kapitel 3.7*). Mit beiden Maßnahmen wird es in der Praxis leichter, Vergleiche anzustellen und eine bewusste Auswahl zu treffen.

In einem weiteren Projekt arbeiten wir gemeinsam mit der Abteilung für medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Eppendorf (Prof. U. Koch) in Hamburg daran, zu konkreten Konzepten und Verfahren der Qualitätssicherung in einzelnen Präventionsfeldern zu gelangen (siehe *Kapitel 1.5*). Dabei orientieren wir uns an einem Rahmenmodell, das die vier Ebenen benennt, auf denen Entscheidungen über die Qualität von Prävention stattfinden:

– die politische Ebene,
– die Ebene der (Präventions-)Institutionen,
– die Programmebene,
– die Maßnahmenebene.

Es geht hierbei um die Erarbeitung von konkreten Methoden und Instrumenten zur Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung und Prävention auf den einzelnen Handlungsebenen (Maßnahmen, Programme, Institutionen, Politik), die miteinander in Beziehung und damit in wechselseitiger Abhängigkeit stehen. Auf allen Ebenen besteht somit die Möglichkeit, Effektivität und Effizienz der Prävention und Gesundheitsförderung zu beeinflussen.

Insgesamt ist es das Ziel dieser verschiedenen Projekte, die Voraussetzungen für eine effektive und effiziente Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik zu verbessern.

Aidsprävention als Beispiel für die Initiierung eines erfolgreichen gesellschaftlichen Lernprozesses

Am Beispiel Aids lässt sich für die Bundesrepublik Deutschland konkret nachzeichnen, dass Prävention als gesellschaftlich initiiertes und organisiertes Lernen wirksam ist, wenn die zuvor beschriebenen Voraussetzungen für Effektivität auf den verschiedenen Handlungsebenen gegeben sind.[3]

2 *Gesundheitswegweiser: Fachinstitutionen, ihre Aufgaben und Angebote*, hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, Redaktion Peter Sabo. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage, 2000. (Bezug: Fachverlag und Versandbuchhandel Peter Sabo, Postfach 1069, 55270 Schwabenheim, Fax: 06130/7971, DM 36,60; ab 1.1.2002 Euro 18,60 einschl. Mwst. und Versandkosten; Stand Juli 2001.) Der großformatige, 592 Seiten umfassende Gesundheitswegweiser beschreibt die Aufgaben, Ziele und Angebote von ca. 200 überregional tätigen Anbietern (Fachinstitutionen) von Medien, Fortbildung und Beratung in der Gesundheitserziehung/-förderung.

3 Zu den Bedingungen für wirksame Aidsprävention siehe u.a. Lamptey (2000) und Töppich/Christiansen/Müller (2001).

In der Bundesrepublik Deutschland fiel relativ schnell die politische Entscheidung für eine Präventionsstrategie, die ihre Ziele (die Verhinderung von Neuinfektionen mit dem HI-Virus und eine soziale Integration infizierter und kranker Menschen) durch Information und Motivation, Arbeitsteilung und Kooperation und Einbezug von Betroffenen erreichen soll. Es wurden notwendige infrastrukturelle Voraussetzungen für Prävention geschaffen und die für die Durchführung von multimedialen bundesweiten, regionalen und zielgruppenspezifischen Aufklärungskampagnen erforderlichen finanziellen Mittel bereitgestellt.

Alle Kampagnen und Maßnahmen hatten die im Kern identischen Botschaften „Informiere dich, schütze dich (durch Kondome), handle solidarisch". Diese wurden mit einer bis dahin nicht gekannten Häufigkeit über längere Zeiträume kontinuierlich kommuniziert, was zu hohen Reichweiten führte.

Von Beginn an erfolgte parallel zu den Aktivitäten eine Evaluation vieler Einzelmaßnahmen und der bundesweiten Aufklärungskampagne „Gib Aids keine Chance". Durch eine kontinuierliche Messung von intendierten Kampagnenwirkungen mit Hilfe jährlich durchgeführter Monitoringuntersuchungen[4]

- wurde geprüft, ob sich *intendierte Wirkungen* zeigen, z.B. ob das für präventives Handeln notwendige Wissen vermittelt werden konnte; ob sich Schutzintentionen herausbilden und die Kondomnutzung zunimmt; wie sich die Einstellungen zu den von HIV und Aids betroffenen Menschen entwickeln,
- wurde untersucht, ob diese Effekte in Abhängigkeit von der Nutzung von Aufklärungsangeboten der Kampagne variieren,
- wurden Hinweise auf Veränderungen gewonnen, aus denen sich Verbesserungsvorschläge für die weitere Kampagnendurchführung ableiten lassen.

Aus den vorliegenden Daten lassen sich drei Schlüsse über die Effektivität der Aidsprävention in der Bundesrepublik Deutschland ziehen:

- In einem relativ kurzen Zeitraum konnte ein sehr hoher Wissensstand über Aids erreicht werden.
- Innerhalb nur einiger Jahre konnte ein deutlicher Einstellungswandel gegenüber Menschen mit HIV/Aids herbeigeführt werden.
- Es war möglich, einen stetigen signifikanten Anstieg der Schutzintentionen und des Schutzverhaltens in der Bevölkerung insgesamt und insbesondere in den relevanten Zielgruppen zu bewirken.

4 BZgA: „Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland", Köln, jährliche Forschungsberichte seit 1987. Siehe auch Christiansen/Töppich (2000).

Das heißt, ein Lernprozess kann durch adäquat entwickelte Kampagnen und gesellschaftliche Mobilisierung eingeleitet und fortgesetzt werden. Und dieser Lernprozess führte auch zu den gewünschten Gesundheitseffekten (Health-Outcomes): Die Zahl der HIV-Neuinfektionen ging zurück und auch andere sexuell übertragbare Krankheiten zeigten einen deutlichen Rückgang.

Dieser gesellschaftliche Lernprozess ist jedoch abhängig von weiteren Impulsen, denn mittlerweile zeigt sich – parallel zu sinkenden Präventionsaktivitäten, nachlassender Berichterstattung in den Medien und der damit einhergehenden rückläufigen öffentlichen Sichtbarkeit des Themas Aids – eine Stagnation dieses Prozesses.

Aidsprävention – ein effektives Interventionsmodell auch für andere Gesundheitsprobleme? Perspektiven aus Sicht der BZgA

Das Beispiel Aidsprävention zeigt, was Prävention leisten kann, wenn bestimmte Voraussetzungen gegeben sind. Die Frage ist allerdings, ob sich die im Rahmen der Aidsprävention gesammelten Erfahrungen auf andere gesellschaftlich relevante Gesundheitsprobleme übertragen lassen.

Dass es immer themenspezifische Unterschiede und Besonderheiten gibt, steht außer Frage. Gleichwohl muss daran erinnert werden, dass die eingangs beschriebenen Voraussetzungen für wirksame Gesundheitsförderung und Prävention (Qualitätsmerkmale) zu einem Großteil nicht aus „aidsspezifischen" Erfahrungen resultieren. Es handelt sich überwiegend um Kenntnisse, die durch evaluierte (insbesondere US-amerikanische) Gesundheits- und Sozialkampagnen erworben wurden und die bereits vor Beginn der Aidsprävention als Lehrbuchwissen verfügbar waren; dies floss bereits in die Entwicklung aidsspezifischer Präventionsstrategien ein. Neu war die Möglichkeit, dieses Wissen im Rahmen nationaler Präventionskampagnen mit einer bis dahin nicht gekannten Ausstattung für Interventionen und Evaluationen anzuwenden. Dadurch konnten auch in Deutschland vorliegende Erfahrungen systematisch angewendet und empirisch geprüft werden.

Zu erwähnen ist auch, dass der Vergleich von nationalen Aidspräventionskampagnen deutlich macht, dass ihr Erfolg in Abhängigkeit vom Vorhandensein der Wirksamkeitsvoraussetzungen variiert (Lamptey 2000). Das Thema an sich (bzw. die einem Thema durch seine Bedrohlichkeit zugeschriebene Motivationskraft) garantiert keinen Präventionserfolg.

Es gibt folglich eine ganze Reihe von Anhaltspunkten dafür, dass eine relativ große, von einzelnen Themen unabhängige Überschneidungsmenge bei den Wirksamkeitsvoraussetzungen für Prävention existiert. Es scheint deshalb an der Zeit, qualitätsgesicherten und damit sich auch kontinuierlich selbst überprüfenden präventiven Strategien einen größeren Stellenwert bei der Lösung gesellschaftlich relevanter Gesundheitsprobleme beizumessen.

Literatur

BZgA (Hrsg.) (2000): *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – Aufgaben und Ziele.* Köln: BZgA.

Christiansen, G. / Töppich, J. (2000): „Aids – Wissen, Einstellungen und Verhalten 1987 bis 1999 – Ergebnisse der jährlichen Repräsentativbefragung ‚Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik'." *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz,* 43, 9 (2000), 669-676. Berlin, Heidelberg: Springer.

Kotler, Ph. / Roberto, E. (1989): *Social marketing – Strategies for Changing Public behavior.* New York: Free Press.

Lamptey, P. (2000): *„Prevention does work!"* Präsentation auf der XIII. Internationalen AIDS-Konferenz in Durban, Südafrika, 9.–14. Juli 2000.

Töppich, J. / Christiansen, G. / Müller, W. (2000): „Konzept und Strategie der Qualitätssicherung in der AIDS-Prävention für die Allgemeinbevölkerung." In: Brockmeyer, N. H. et al. (2000): *HIV-Infekt.* Berlin, Heidelberg: Springer.

Töppich, J. / Christiansen, G. / Müller, W. (2001): „Gib Aids keine Chance – Public Health in Deutschland am Beispiel der Aids-Prävention." *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 44, 8 (2001), 788-795. Berlin, Heidelberg: Springer.

3.3 Trägerqualität als Aspekt der Qualitätssicherung

Potenziale für Qualitätssicherung bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Manfred Lehmann

3

Zwischen der Qualität von Projekten[1] und dem Umfeld, in dem Projekte geplant, durchgeführt, evaluiert und weiterentwickelt werden, gibt es Zusammenhänge: „Ein Projekt ist meist in eine Organisation eingebettet, die die notwendigen Rahmenbedingungen für eine optimale Umsetzung schafft" (vgl. *Seite 43*), und es kann durch (verbands-)politische Aktivitäten begünstigt oder behindert werden.[2] Es gibt Projekte, die in eine Organisation „passen" und solche, die es nicht tun.

Deswegen verbinden Qualitätssicherungsmodelle[3], die unter der Überschrift „Total Quality Management" (TQM) zusammengefasst werden, Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung von Projekten mit einer umfassenden Analyse der Trägereinrichtung und mit grundlegenden Reorganisationsprozessen im Sinne der Organisationsentwicklung. Indem die Rahmenbedingungen als ermöglichende Faktoren bzw. Potenziale mit einbezogen werden, soll die Wahrscheinlichkeit von „guten" (= zweckentsprechenden, erwünschten und fehlerfreien) Ergebnissen erhöht werden.

Komplementär zu den Beiträgen von Lehmann und Töppich (*Kapitel 3.2*) und von Meyer-Nürnberger (*Kapitel 3.7*), in denen es um die Darstellung von Qualitätssicherungsprojekten der BZgA geht, befasst sich dieser Beitrag mit Parametern der Trägerqualität.[4] Gefragt wird also nach dem Selbstverständnis der BZgA einschließlich ihrem Verständnis von Qualitätssicherung sowie den strukturellen und organisatorischen Bedingungen, die die Qualität ihrer Projekte beeinflussen.

Zum Selbstverständnis der BZgA

Alle gängigen Qualitätsmanagementsysteme fordern als wesentliche Voraussetzung für Qualitätssicherung ein Leitbild zum Ziel und Zweck der Organisation und zur Qualitäts-

1 Als „Projekte" bezeichne ich hier die unterschiedlichsten Maßnahmen und Angebote im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention – von der Herausgabe eines einzelnen Informationsmediums über die Entwicklung und Durchführung einer „Setting"-Konzeption bis zur Planung, Durchführung, Evaluation und Weiterentwicklung einer Aufklärungskampagne.

2 Siehe das Mehr-Ebenen-Modell in *Kapitel 1.5*.

3 DIN EN ISO 9000ff., EFQM, ServAs u.a., siehe auch *Kapitel 2.2*.

4 Eine umfassendere Zusammenstellung von Parametern für die Trägerqualität findet man in dem Beitrag von B. Ruckstuhl, P. Kolip und F. Gutzwiller in diesem Band (*Kapitel 1.2*) im Abschnitt „Parameter der Strukturqualität".

politik. Die Zweckbestimmung der BZgA und ihre Aufgaben sind im „Errichtungserlass" von 1967[5] beschrieben. Sie wird regelmäßig – zuletzt 1996[6] – aktualisiert. Das Selbstverständnis der BZgA beruht dabei von Anfang an auf zwei sich ergänzenden Leitbildern. Einerseits versteht sie sich (seit 1967) als Aufklärungseinrichtung des Bundes, andererseits (wie bereits vor 1967) als zentral und bundesweit wirkende Facheinrichtung für praktische und methodische Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland.[7]

Die BZgA als Aufklärungseinrichtung des Bundes

Als Aufklärungseinrichtung des Bundes führt die BZgA bundesweite Aufklärungsmaßnahmen zu gesundheitlichen Themen von nationaler Bedeutung und von zentralem gesundheitspolitischen (Bundes-)Interesse durch. Kampagnen von nationaler Bedeutung griffen als Themen zunächst einzelne „Risikofaktoren" auf, wie Förderung des Nichtrauchens (*„Der neue Trend – no smoking please"*, Ende der 60er Jahre), gesundheitsgerechte Gestaltung des privaten Alltags (*„Mehr Spaß in der Freizeit"*, Anfang der 70er Jahre) oder ungesunde Ernährung und Bewegungsarmut (*„Essen und Trimmen – beides muss stimmen"*, Ende der 70er Jahre); später wurden auch die Arbeits- und Lebensbedingungen bei eher „ganzheitlicher" Aufklärung einbezogen (*„Familie – jeder für jeden"*). Beispiele für Kampagnen, die aktuelle gesundheitspolitische Bezüge aufwiesen, sind die Bemühungen der BZgA gegen den aufkommenden Konsum illegaler Drogen Anfang der 70er Jahre und die mehrjährige Wunschkinderkampagne (*„Unsere Kinder sollen Wunschkinder sein", „Mussehen muss es nicht geben"*) als flankierende Aufklärungsmaßnahmen zur Reform des § 218 StGB Mitte der 70er Jahre. Mit der Verabschiedung des Schwangeren- und Familienhilfegesetzes 1992 wurde der BZgA die Sexualaufklärung als dauerhaft zu bearbeitender Themenschwerpunkt vom Gesetzgeber übertragen. 1987 erhielt sie den Auftrag zur Entwicklung und Durchführung der bundesweiten Aids-Aufklärungskampagne im Rahmen des Aids-Sofortprogramms. Mit der Verabschiedung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplans 1990 wurde der BZgA der „suchtpräventive Teil" übertragen und von ihr zu einem weiteren Kampagnen-Schwerpunkt (*„Kinder stark machen"*) ausgebaut. Im Rahmen der „Konzeption zur Neuorientierung der Aufgaben der BZgA" von 1996 erhielt sie zusätzlich die Durchführungsverantwortung für aktuelle bundespolitische Aufklärungsthemen, so für eine Motivationskampagne zur Organspende (ab 1996) und ab 1998 für eine Aufklärungskampagne zum Thema Blut- und Plasmaspende.

---

5 Umwandlung des „Deutschen Gesundheitsmuseums – Zentralinstitut für Gesundheitserziehung e.V." in die „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung" per Errichtungserlass vom 20. 7. 1967. Die wichtigsten Eckpunkte sind:
– BZgA als nichtrechtsfähige, dem Bundesministerium für Gesundheit unterstellte Bundesanstalt.
– Die enge Zusammenarbeit mit den Ländern (Gesundheits- und Kultusministerien) in allen Fragen, die die Zuständigkeit der Länder berühren.
– Aufgaben: (1) Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien für Inhalt und Methoden der praktischen Gesundheitserziehung; (2) Ausbildung und Fortbildung der auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und -aufklärung tätigen Personen; (3) Koordinierung und Verstärkung der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung im Bundesgebiet; (4) die Zusammenarbeit mit dem Ausland.

6 Vom Bundesgesundheitsministerium genehmigtes „Neuorientierungspapier", vgl. *BZgA – Aufgaben und Ziele; Neuorientierung der BZgA,* 1. Auflage 1998, *BZgA – Aufgaben und Ziele*, 2., bearbeitete Auflage 2000 (kostenlos über die Bestellnummer 96 000 000 erhältlich).

7 Damals war statt der Begriffe „Gesundheitsförderung" bzw. „Prävention" der Begriff „Gesundheitserziehung" üblich. „Gesundheitserziehung" meinte die pädagogische Vermittlung medizinischer Ziele (W. Fritsche: „Wesen und Möglichkeiten der Gesundheitserziehung", Auszug aus einem Gutachten, o.J.).

Die BZgA als Facheinrichtung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland

Laut Errichtungserlass von 1967 ist es Aufgabe der BZgA, Maßstäbe für die praktische Gesundheitserziehung zu setzen, die im Bereich der Gesundheitserziehung und -aufklärung tätigen Personen zu schulen, die unterschiedlichen Aktivitäten der verschiedenen Träger gesundheitlicher Aufklärungsmaßnahmen zu koordinieren und damit Aufgaben einer zentralen Facheinrichtung für praktische Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland zu übernehmen (vgl. *Anm. 5*). In dieser Funktion hat sich die BZgA in vielen Bereichen einen Namen gemacht, z.B. mit der Herausgabe von allgemein anerkanntem Aufklärungsmaterial zu den verbreiteten verhaltensbedingten Gesundheitsrisiken, mit der Herausgabe von Unterrichtswerken zur Gesundheitserziehung für alle Schulstufen, mit ihren bundesweiten und internationalen Seminaren und Fortbildungsangeboten, der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Kursprogrammen, der Herausgabe von Info-Diensten, Gesundheitswegweisern u.a. Der Facheinrichtung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention wurde mit der „Neuorientierung der BZgA" von 1996 (vgl. *Anm. 6*) eine Koordinierungs- und Clearingfunktion zur Förderung der Effektivität und Effizienz gesundheitlicher Aufklärung zugeordnet.

Qualitätssicherung

Fragen der Qualität und Qualitätssicherung gehörten seit ihrer Gründung zum Projektalltag der BZgA. Explizit genannt als übergreifendes BZgA-Ziel wird die „Qualitätssicherung" allerdings erstmals mit der „Neuorientierung" von 1996.

Die Qualitätssicherung hat entsprechend den beiden Leitzielen zwei Funktionen:

- Es geht zunächst um die Sicherung und Steigerung der Wirksamkeit (Effektivität) der BZgA-Aufklärungsarbeit und um die Optimierung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses (Effizienz) (vgl. *Kapitel 3.2*).
- Zum anderen hat die BZgA als Fachbehörde der Gesundheitsförderung den Auftrag, zur Sicherung eines hohen Qualitätsniveaus in der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland beizutragen.

Die BZgA unterstützt die Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung in Deutschland u.a. dadurch, dass sie ihre Medien auf wissenschaftlicher Grundlage zusammen mit professionellen Mediengestaltern entwickelt und evaluiert, bevor sie diese Einrichtungen und Mitarbeitern der Gesundheitsförderung und Prävention und den Multiplikatoren zur Verfügung stellt. Von Angeboten, die sich an Mitarbeiter von Einrichtungen und Projekten sowie an Multiplikatoren direkt wenden, wird eine qualitätsbeeinflussende Funktion erwartet; zum Beispiel war die personalkommunikative Aids-Kampagne so konzipiert, dass alle in einer Stadt oder in einem Kreis in der Aids-Arbeit Tätigen bei der Planung und Durchführung von Aids-Aktionswochen unterstützt wurden (vgl. Bengel/Koch 1995 und Bengel/Bührlen-Armstrong 1997, hier insbes. die Evaluation des „Mitmach-Parcours" und des „Trainingsprogramms für Multiplikatoren"); auch die Unterrichtsmaterialien für Lehrer und andere Multiplikatorenmedien zielen unmittelbar darauf ab, die Arbeit der

Gesundheitsförderer und Multiplikatoren zu unterstützen und ihre Qualität zu fördern. Daneben erfüllen die so genannten „Endadressatenmedien" (Broschüren, Filme) ebenfalls diese Funktion, wenn sie in die Arbeit vor Ort gezielt integriert werden. Indirekten Einfluss auf die Qualität der Gesundheitsförderung in Deutschland haben darüber hinaus die öffentlichkeitswirksamen und das Meinungsklima beeinflussenden massenkommunikativen Aktivitäten, wie z.B. Pressearbeit, Anzeigen, Großflächenplakatierungen, Fernseh- und Kinospots etc., wenn es ihnen gelingt, gleich gerichtete Aufklärungs-, Erziehungs- und Beratungskonzepte vor Ort zu unterstützen. Als besonders deutliches und gelungenes Beispiel kann die Entwicklung des Meinungsklimas im Bereich der Aidsprävention angeführt werden. Die Wirksamkeit hängt dabei davon ab, ob es gelingt, möglichst breiten Konsens in Ziel- und Gestaltungsfragen herzustellen und die Ressourcen möglichst vieler im Rahmen von Gemeinschaftsaktionen zu bündeln.

Seit der Qualitätssicherungsdiskussion in den 90er Jahren und der Aufnahme des expliziten Ziels „Qualitätssicherung" in den Aufgabenkatalog der BZgA gewinnen spezielle Qualitätssicherungsprojekte an Bedeutung.[8]

Diese Projekte sollen mehr oder weniger konkrete Beiträge zur Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung leisten. Die BZgA hat zwar keine Möglichkeiten, Qualität durch die Gestaltung von Ausbildungs- und Prüfungsordnungen oder verbindliche Leitlinien für einzelne Berufsgruppen u.Ä. direkt zu beeinflussen. Sie kann aber Qualität und ihre konkrete Umsetzung anregen, das Qualitätsbewusstsein fördern, Vorbehalte gegen Qualitätsförderungsmaßnahmen abbauen, Wissen über Konzepte, Strategien, Instrumente und Methoden der Qualitätsförderung vermitteln und konkrete Anstöße zur Qualitätsförderung in der Gesundheitsförderung geben.

Aspekte der Trägerqualität

Die Wahrscheinlichkeit, „gute Ergebnisse" zu erzielen, wird durch strukturelle Voraussetzungen und eine effiziente Prozessplanung und -organisation beeinflusst („Strukturqualität + Prozessqualität = Ergebnisqualität"[9]). Wichtige Aufgaben der Qualitätssicherung, wie die Untersuchung der Wirksamkeit von Interventionen, die wissenschaftliche Fundierung der Arbeit, die Steuerung und Förderung von Planungs- und Durchführungsprozessen, die Förderung der Qualifikation der Mitarbeiter, die Bereitstellung von Haushaltsmitteln, sind in der BZgA organisatorisch verankert, so dass wesentliche strukturelle Bedingungen für die Qualitätssicherung ihrer Arbeit gegeben sind.

8 Dazu gehören dieser Reader und andere Projekte, wie sie in *Kapitel 3.2* und *Kapitel 3.7* in diesem Band beschrieben werden, sowie z.B. der Qualitätsraster Adipositas (BZgA 1993; Töppich/Kruse/Mann-Luoma 1993), Grundlagen und Übersicht zur Raucherentwöhnung in Deutschland (Kröger 2000), der Gesundheitswegweiser (BZgA 2000), *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen* (Riemann/Gerber 1997), *Evaluation als ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung* (Christiansen 1999), Modellprojekt „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung" (Bahrs et al. 2000) sowie Einführungsseminare in die Qualitätsförderung (Lehmann 1999).

9 Faustregel von Prof. W. Simon, Moderator des BZgA-Seminars zur Einführung in das Thema „Qualitätsförderung".

Evaluationsreferat

Mit der Umwandlung in eine Bundeseinrichtung 1967 wurde in der BZgA eine Organisationseinheit (Referat) für die Evaluation von Gesundheitserziehungsmaßnahmen eingerichtet – die erste Stelle in der Bundesrepublik, deren Hauptaufgabe die Evaluation von Gesundheitserziehungsaktivitäten war. Entsprechend der Bedeutung dieses Bereichs für die BZgA wurde das Referat im Laufe der Zeit wiederholt personell verstärkt. In der in den 90er Jahren hinzugekommenen Abteilung „Sexualaufklärung, Verhütung, Familienplanung" ist ein zweites Evaluationsreferat vorgesehen.

Durch die Einrichtung des Evaluationsreferats 1967 ist seit über 30 Jahren eine wesentliche Voraussetzung für die Qualitätsentwicklung der BZgA-Projekte geschaffen worden: Ohne Evaluation ist Qualitätsentwicklung nicht vorstellbar (Christiansen 1999). Das Referat trägt dazu bei, Aufklärungsmaßnahmen mit Mitteln der empirischen Sozialforschung (z.B. Markt- und Meinungsforschung) vorzubereiten und ihre Wirkung zu erforschen. Ziel der Referatsarbeit ist, den Nachweis für erzielte Effekte wissenschaftlich zu erbringen, Gründe für Erfolge und Misserfolge zu analysieren und auf der Basis der langjährigen Erfahrungen Erfolgsmaßstäbe bzw. Qualitätsmaßstäbe zu setzen. Soweit möglich und angebracht werden auch entsprechende Untersuchungen in der Entwicklungsphase von Maßnahmen (Pretests u.a.) durchgeführt, um die Wahrscheinlichkeit ihrer Wirksamkeit von vornherein zu erhöhen. Schließlich gehört es zu den Aufgaben des Referats, Untersuchungen von grundsätzlicher Bedeutung durchzuführen, die Grundlagen für die konzeptionelle und die Projektarbeit bereitstellen. Hierzu gehören z.B. Untersuchungen über Gesundheitsverhalten und ihre Determinanten, über die Wirkung von Aufklärungsstrategien (z.B. Angstappelle[10]), Expertisen über Wirkungen von gesundheitlicher Aufklärung und Prävention etc.[11] Die Liste der Studien und Untersuchungen der BZgA, die ständig aktualisiert wird, und die Untersuchungen selbst sind öffentlich zugänglich.[12] Sozialwissenschaftlichen Lehrstühlen und Instituten stehen zur weiteren Auswertung darüber hinaus auch die Originaldaten einzelner BZgA-Untersuchungen zur Verfügung. Es handelt sich vor allem um Daten von regelmäßig durchgeführten Repräsentativbefragungen der Bevölkerung zu Fragen der subjektiven Gesundheit, der Einstellungen zu Zielvorstellungen der Gesundheitsförderung und Aussagen von Befragten über das eigene Gesundheitsverhalten.[13]

Dadurch, dass die Studien und die Daten öffentlich zugänglich sind, erfüllt die BZgA eine wichtige Servicefunktion für die Gesundheitsförderung allgemein, weil auch Dritte, denen die Strukturen und die Mittel für eigene Evaluationsforschung fehlen, von den Forschungsergebnissen der BZgA profitieren können.

---

10 Vgl. Barth / Bengel (1998): *Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung*. (3. Aufl. 2000) Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 4).

11 Aus Kapazitäts- und Effizienzgründen ist es selbstverständlich immer erforderlich gewesen, Prioritäten zu setzen. Nicht jede Einzelmaßnahme konnte mit empirischer Begleitforschung überprüft und optimiert werden.

12 BZgA: Dokumentation der abgeschlossenen Studien und Untersuchungen; für ein Gesamtverzeichnis aller abgeschlossenen Studien und Untersuchungen sowie eine Auswahl aktueller Studien mit der Möglichkeit zum Download siehe auch im Internet unter www.bzga.de im Verzeichnis Studien.

13 Jahreserfolgskontrollen, Aktionsgrundlagen; Drogenaffinitätsuntersuchungen; Aids im öffentlichen Bewusstsein. (Siehe auch *Anm. 12.*)

Fachreferate

Die Basis-Organisationseinheit der BZgA ist das Fachreferat. Die BZgA verfügt über:

- Fachreferate für verschiedene Themenbereiche (chronische Krankheiten, Abhängigkeiten und Missbrauchsverhalten, Ernährung und Verbraucherschutz, Aids, Sexualerziehung, Verhütung und Familienplanung),
- Fachreferate für bestimmte Interventionsbereiche (Gesundheit von Kindern und in der Familie, Gesundheitserziehung in der Schule),
- Fachreferate für Interventionsarten und solche mit übergreifenden, zentralen Funktionen (Ausstellungen, AV-Medien, Fortbildung, Evaluation, Planung, Zusammenarbeit mit Ländern und Verbänden, Auslandsbeziehungen, Druck, Streuung und Anzeigenschaltung, Informationstechnik u.a.).

In den Fachreferaten wird die Projektarbeit der BZgA geplant, entwickelt, durchgeführt und ausgewertet. Sie können als lernende Organisationen innerhalb der BZgA und als eine wesentliche strukturelle Voraussetzung für die Qualität der BZgA-Projekte gesehen werden, weil durch die Kontinuität in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen Kompetenzzuwachs und Weiterentwicklung von Konzepten und Kooperationsbeziehungen möglich werden.

Standard für BZgA-Projekte ist, dass sie so weit wie möglich vor einer Veröffentlichung bzw. vor ihrem Einsatz in der Öffentlichkeit einer fachlichen und gesundheitspolitischen Überprüfung standhalten müssen. So weit es möglich und vertretbar ist, werden Projekte vor ihrer breiten Implementierung außerdem getestet und praktisch erprobt. Bei Neuauflagen von Broschüren, weiteren Ausstellungseinsätzen, den nächsten Seminaren etc. werden Reaktionen aus der Öffentlichkeit und der Fachöffentlichkeit, Erfahrungen und Rückmeldungen von Nutzern bzw. Teilnehmern ausgewertet und berücksichtigt. In enger Zusammenarbeit mit Fachleuten und Fachgesellschaften und dem Evaluationsreferat wird in den Fachreferaten ein Lernschleifenkonzept und ein Konzept der kontinuierlichen Verbesserung von Arbeitsprozessen und -ergebnissen[14] verfolgt.

Die Projektarbeit der Fachreferate beginnt in der Planungsphase mit der Aufbereitung des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes; dazu werden Literaturexpertisen, nationale und internationale Workshops und Konferenzen, empirische Erhebungen bzw. Marktforschung durchgeführt. Ergebnis der Planungsphase ist eine Konzeption, in der dargelegt ist, welche Ziele mit welchen Instrumenten bzw. Maßnahmen bei welchen Zielgruppen erreicht werden sollen. Diese Konzeption bildet auch die zentrale Grundlage für die Planung der Evaluation. Ein weiterer Schritt besteht in der Prüfung, ob geeignete Instrumente bzw. Modellmaßnahmen bereits vorliegen und übernommen werden können (Marktübersichten; siehe auch *Kapitel 3.7*). Gegebenenfalls (z.B. bei zentralen Medien einer Kampagne) werden Pretests durchgeführt, um sicherzugehen, dass beabsichtigte Wirkungen eintreten werden. Alle Schwerpunktkampagnen werden im Hinblick auf ihre Wirkungen und möglichen Nebenwirkungen evaluiert. Im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungs-

14 „Deming-Kreis" – Zur Bedeutung für die Gesundheitsförderung und Prävention vgl. auch Ruckstuhl/Somaini/Twisselmann (1997).

prozesses werden die Ergebnisse gemeinsam ausgewertet und Schlussfolgerungen für die weitere Arbeit gezogen.

Zur Optimierung von projekt- und referatsinternen Prozessen kann jedes Fachreferat auf Instrumente des Planungsreferats (s.u.) und der Verwaltung (z.B. zur Vertragsgestaltung) zurückgreifen und verfügt darüber hinaus über zusätzliche spezifische Instrumente, die aufgrund der Fachliteratur für den Zuständigkeitsbereich und aufgrund langjähriger Erfahrungen von den Mitarbeitern der Referate entwickelt und fortgeschrieben wurden (z.B. Checkliste zur Planung, Durchführung und Auswertung von Seminaren sowie zur Auswahl von Tagungsstätten im Lehrgangsreferat). Solche Instrumente sind zum Teil auch für Dritte zugänglich aufbereitet worden.[15]

Planungsreferat

Eine weitere wesentliche Voraussetzung für die Qualitätsentwicklung in der BZgA wurde Mitte der 70er Jahre mit der Einrichtung des Referats „Aufgabenplanung und -koordinierung, Projektablaufplanung" geschaffen. Zu den Aufgaben dieses Referats gehört es,

(1) die Leitung bei der Entwicklung und Fortschreibung der „BZgA-Unternehmenspolitik" und Aufgabenplanung zu unterstützen,
(2) in Zusammenarbeit mit allen Fachreferaten ein jährliches Arbeitsprogramm zu erstellen (Projektplanung),
(3) die dafür notwendigen „internen" Abstimmungsprozesse (BZgA-intern und mit dem Bundesministerium für Gesundheit) zu koordinieren und
(4) die Realisierung der Jahresplanungen zu begleiten und zu überprüfen.

Um diese Aufgaben zu erfüllen, wurden Instrumente entwickelt und erprobt, u.a. die jährlichen Projektlisten (als Arbeitsprogramm) und Projektablaufpläne für einzelne Projektarten (als Planungshilfen und Kontrollinstrumente). Diese Instrumente ermöglichen es zusammen mit den „Sachstandsgesprächen", einen Überblick über den jeweils aktuellen Stand der Arbeiten an den einzelnen Projekten zu erhalten und zu behalten und ggf. zu intervenieren. Dadurch konnte auch die Verwendung der verfügbaren Geldmittel optimiert werden.

Eine weitere wichtige Aufgabe dieses Referats ist die Unterstützung der Leitung bei der Außendarstellung der BZgA als Gesamtheit. Neben der bereits erwähnten Broschüre *BZgA – Aufgaben und Ziele* sind in diesem Zusammenhang vor allem die (Zwei-)Jahresberichte der BZgA zu nennen.

15 BZgA (Hrsg.): „Veranstaltungen von Mensch zu Mensch am Beispiel des Themas Aids planen – durchführen – auswerten" (Loseblattsammlung mit Beiträgen von R. Krause, F. Weizenmüller, J. Bengel, B. Bührlen-Armstrong, R. Domschat, B. Lausberg und B. Ziegler) o.J. – Interessenten wenden sich an die BZgA, Beate Lausberg. – BZgA (Hrsg.): *Planung und Durchführung von Tagungen und Kongressen. Ein Handbuch mit Planungshilfen*. Erstellt von Stefanie Amann, Redaktion Heike Ettischer.

Qualifikation und Qualifizierung der Mitarbeiter

Qualitätssicherung steht und fällt mit der Qualifikation und berufsbegleitenden kontinuierlichen Qualifizierung der Mitarbeiter, d.h. mit der angemessenen Personalauswahl und der Qualifizierung der Mitarbeiter im Hinblick auf ihre berufliche Entwicklung und die fachgerechte und zeitgemäße Erfüllung ihrer Aufgaben in der Organisation.

Die BZgA verfügt über ein Team von Medizinern, Sozialwissenschaftlern, Psychologen, Pädagogen, Biologen, Werbefachleuten, Verwaltungsfachleuten, Drucksachverständigen etc. und ist damit auch in der Lage, multidisziplinär zu arbeiten und mit den korrespondierenden Disziplinen fachlich zusammenzuarbeiten. Die Mitarbeiter können für die berufliche Weiterbildung vielfältige hausinterne und externe Fortbildungsmöglichkeiten im eigenen Fachgebiet, im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention und zu Fragen der Verwaltung und des Managements nutzen (Expertengespräche, Workshops, Präsentationsveranstaltungen, Projektgruppen, Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Kongresse und Konferenzen u.a.). Im Rahmen des aktuellen Organisationsentwicklungsplans beabsichtigt die Verwaltung darüber hinaus, ein Fortbildungs- und Personalentwicklungskonzept für die Mitarbeiter der BZgA zu erarbeiten.

Das Lehrgangsreferat der BZgA hat vor allem die Aufgabe, die in der Gesundheitsförderung und Prävention Tätigen fortzubilden. Diese Angebote des Referats werden aber nicht nur von Externen, sondern auch von den eigenen Mitarbeitern genutzt. Unter Umständen kann jedoch das Referat auch einen Schwerpunkt auf die interne Mitarbeiterfortbildung legen. 1998 wurde das Einführungsseminar in das Thema „Qualitätsförderung“ zunächst hausintern durchgeführt, um das Angebot zu erproben und gleichzeitig die Mitarbeiter mit dem aktuellen Thema vertraut zu machen.

Finanzen

Die BZgA verfügt über einen eigenen Haushalt in Höhe von zurzeit ca. 20 Mio. DM, der Teil des Bundeshaushalts (Kapitel 1504) ist und deswegen jährlich vom Gesetzgeber beschlossen wird. Daraus finanziert die BZgA das Personal, die Infrastruktur (Gebäude, Arbeitsmittel), laufende Geschäftskosten (Informationstechnik/Kommunikation, Reisen etc.) sowie Aufklärungsaktivitäten außerhalb der Schwerpunktkampagnen. Außerdem sind im BZgA-Haushalt besondere Mittel (Titel) für den internationalen Erfahrungsaustausch, für Ausstellungsaktivitäten und für Lehrgänge vorgesehen.

Der „eigene“ Haushalt ermöglicht der BZgA Kontinuität und Planungsfähigkeit und ist deshalb ein wesentlicher Qualitätsfaktor. Die Mittel des BZgA-Haushalts reichen allerdings nicht für die Durchführung von Aufklärungskampagnen. Da eine effiziente Aufklärung der Bevölkerung und von Bevölkerungsgruppen, insbesondere die massenkommunikativen Aktivitäten, sehr viel Geld kosten, ist die BZgA auf zusätzliche Mittel in erheblichem Umfang angewiesen. Der größte Teil (bis zu 50 Mio. DM Mitte der 90er Jahre) wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit für die Aids-Aufklärung und die Suchtprävention zusätzlich zur Verfügung gestellt. In Zukunft soll der Mittelaufwand nach Möglichkeit über

Gemeinschaftskampagnen der BZgA und verschiedener Kooperationspartner indirekt verstärkt werden. Außerdem können nach vorgeschriebenen engen Regeln Sponsorengelder in engem Rahmen eingeworben werden.

Schlussbemerkung

Diese Bestandsaufnahme beschränkt sich auf einige wesentliche Aspekte der Strukturqualität des Projektträgers BZgA mit der Absicht, den Zusammenhang zwischen Trägerqualität und Projektqualität zu veranschaulichen. Eine Arbeitsgruppe der BZgA zum Thema Qualitätssicherung führte bereits eine umfangreichere systematische Analyse der BZgA-Trägerqualitäten anhand des Selbst-Assessment-Instruments der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM)[16] durch. Ziel war es, dieses Instrument zu erproben. Seine Relevanz konnte für unsere Institution bestätigt werden. Jeder Leser, der eine solche Analyse für den eigenen Arbeitsbereich oder die eigene Institution durchgeführt hat, wird bestätigen können, dass manche Erkenntnisse intern bleiben müssen und sich für eine Veröffentlichung nicht eignen. Deswegen muss diese Darstellung unvollständig bleiben.

Literatur

Bahrs, O. / Lehmann, M. / Nave, M. /Pohl, D. / Schmidt, U. / Weiß-Plumeyer, M. (2000): *Modellprojekt Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung*. Göttingen.

Bengel, J. / Bührlen-Armstrong, B. (1997): *Evaluation der personalen AIDS-Kommunikation 1995*. Im Auftrag der BZgA. Köln: BZgA.

Bengel, J. / Koch, U. (1992): *Evaluation der personalen AIDS-Kommunikation der BZgA*. Köln: BZgA.

BZgA (Hrsg.) (1993): *Qualitätsraster Adipositas. Eine Anleitung zur Beurteilung von Maßnahmen gegen Übergewicht.* Köln: BZgA.

BZgA (Hrsg.) (2000): *Gesundheitswegweiser. Fachinstitutionen, ihre Aufgaben und Angebote*. (3., akt. u. erw. Aufl.) Köln: BZgA.

Christiansen, G. (1999): *Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung.* (2. Aufl. 2000) Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 8).

Kröger, Ch. (2000): *Raucherentwöhnung in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht.* Köln: BZgA (Gesundheitsförderung konkret Bd. 2).

Lehmann, M. (1999): „Einführung in das Thema ‚Qualitätsförderung'" (Seminarbericht). *Prävention* 2 (1999), 50-54.

Riemann, K. /Gerber, U. (1997): *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen.* (4. Aufl. 2000) Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 1).

Ruckstuhl, B. / Somaini, B. / Twisselmann, W. (1997): *Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (Vertrieb: RADIX).

Töppich, J. / Kruse, J. / Mann-Luoma, R. (1993): „Der ‚Qualitätsraster Adipositas' der BZgA – Als Beitrag zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung." *Prävention*, 16 (1), 18-20.

16 Zu EFQM vgl. auch die Darstellung von W. Simon in diesem Band (*Kapitel 2.2*).

3.4 Qualitätsmanagement als Strategie

ISO 9001 als unterstützendes Instrument strategischer Planung im Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZEPRA)

Peter Gut

Das Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZEPRA) ist eine Abteilung des Amtes für Gesundheitsvorsorge im Gesundheitsdepartement des Schweizer Kantons St. Gallen. Ein transdisziplinäres Team von zehn Mitarbeitern, die sich 715 Stellenprozent teilen, bearbeitet in einer dezentralen Organisationsstruktur Aufgaben der Gesundheitsförderung und der nichtmedizinischen Prävention. Ziel ist die Förderung und Erhaltung der Gesundheit des einzelnen Menschen, von Gruppen und der Gesamtbevölkerung. Dabei bildet die Suchtprävention einen besonderen Schwerpunkt. Bei den modellhaften Projekten des Zentrums sollen sowohl das persönliche Verhalten des Einzelnen als auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst werden.

Überlegungen zum Fachgebiet – und was das mit Qualitätssicherung zu tun hat

Prävention und Gesundheitsförderung sind zu beliebten Schlagworten geworden. Man kann die Bedeutung dieser Bereiche immer wieder hervorheben, ohne grundsätzlichen Widerstand erwarten zu müssen. Wer ist denn schon gegen die Verhütung von Krankheiten und eine Verbesserung der Gesundheit? Geht man dann an die praktische Verwirklichung, erweist sich das Ganze als nicht immer so einfach. Von finanziellen Mitteln und von professioneller Kompetenz, die hier wie in jedem anderen Bereich des Gesundheitswesens erforderlich sind, soll an dieser Stelle nicht die Rede sein. In der Gesundheitsförderung zeigt sich aber eine Besonderheit, die vor allem bei knapper werdenden finanziellen Ressourcen nicht unproblematisch sein kann: Ihre Resultate sind meistens schwer messbar oder überhaupt nicht direkt dokumentierbar. Dies hatte in der Vergangenheit zur Folge, dass sich berufene wie unberufene, qualifizierte wie unqualifizierte „Experten“ in diesem Bereich tummeln konnten und die Seriosität der jeweiligen Tätigkeiten nicht oder nur schwer überprüfbar war.

Die Entscheidung, der Arbeit des ZEPRA ein Qualitätsmanagement nach der ISO-Norm 9001[1] zugrunde zu legen, war vor diesem Hintergrund ein folgerichtiger und auf die Zukunft ausgerichteter Schritt. Konsequent kundenorientiertes Arbeiten in der Gesund-

1 Zur ISO-9000-Normenreihe siehe auch den Beitrag von Simon in diesem Band (*Kapitel 2.2*).

heitsförderung mag für viele zunächst noch etwas ungewohnt erscheinen. Dieses Postulat entspricht aber dem Geist moderner Gesundheitsförderung, nach dem die Menschen zu einem aktiven und selbstverantwortlichen Interesse am Gesundsein befähigt werden sollen.

Fachliche und thematische Einbettung unserer Arbeit

Organisationsphilosophie

Im „Leitbild Gesundheit" (Staatskanzlei St. Gallen 1993) werden verbindliche Aussagen zu Auftrag, Ausführung und Qualitätssicherung gemacht, wobei zwischen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität unterschieden wird. Das Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung als spezifisches Dienstleistungsangebot des Gesundheitsdepartements untersteht diesen Überlegungen und orientiert sein Handeln an diesen Vorgaben.

Selbstdarstellung

Im ZEPRA-Leitbild wird das Selbstverständnis des Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung bei der Leistungserbringung dargestellt. So wollen wir die von uns angestrebte Transparenz bei der Aufgabenerfüllung sicherstellen und unserem Arbeitgeber wie auch unserer Kundschaft gegenüber klar und verbindlich auftreten.

Operationalisierung

Durch eine klare, aber nicht starre, sondern aktuelle und vermutete zukünftige Entwicklungen einbeziehende Definition von Qualitätszielen schaffen wir die Grundlage für eine Überprüfbarkeit unserer Arbeit im Sinne von Zielerreichung.

Die Idee der Qualitätssicherung im ZEPRA

Eine der Grundaufgaben der Gesundheitsförderung lautet, ihre Botschaft an die jeweilige Zielgruppe zu bringen. Dies ist nicht immer einfach und scheitert noch zu oft an fehlendem spezifischen Fachwissen. Deshalb organisierte das Zentrum 1995 eine interne Fortbildung zum Thema Marketing. Nach zwei intensiven Arbeitstagen wurde dann allerdings klar, dass das Problem weniger darin bestand, wie wir unsere Anliegen kommunizieren, sondern vielmehr, was wir eigentlich machen und wie wir das machen. Mit anderen Worten: Die Diskussion zum Thema Qualität war lanciert. Eine Mitarbeiterin übernahm die Aufgabe, ein Dossier zum Thema zu erarbeiten. Dabei sollten folgende Klärungen erreicht werden:

- Definition der am häufigsten verwendeten Begriffe im Bereich der Qualitätssicherung zur Findung einer organisationsinternen gemeinsamen Sprache;
- Marktanalysen über bestehende und bewährte Angebote, Vorgaben und Normen im Bereich der Qualitätssicherung;
- erste Kostenberechnungen für den Fall einer Entwicklung eines Qualitätsmanagementsystems;
- Erarbeitung einer konkreten Empfehlung für das weitere Vorgehen.

Nach Vorliegen dieses Berichts wurde im Rahmen einer dreistündigen Teamsitzung die Entscheidung für das weitere Vorgehen gefällt, das sich an den Vorgaben von ISO 9001 orientieren sollte. Rückblickend kann festgehalten werden, dass vor allem drei Faktoren wesentlich für diese Entscheidung waren:

– der Wunsch, bei Partnern aus der Privatschaft (eine der wichtigsten Zielgruppen unserer Tätigkeit) ein Image der Seriosität und Zuverlässigkeit zu generieren,
– die klaren Vorgaben der ISO-Norm, die für die Entwicklung eines ZEPRA-spezifischen Qualitätsmanagements als äußerst hilfreich eingeschätzt wurden,
– der Wunsch, auch organisationsintern eine neue Qualität von Verbindlichkeit zu erhalten.

Besonders zu erwähnen ist, dass zu diesem Zeitpunkt explizit offen gehalten wurde, ob sich das Zentrum zertifizieren lassen sollte. Diese Entscheidung wurde auf die Zeit nach der Erarbeitung des Qualitätsmanagementsystems vertagt, um so auch deutlich zu machen, dass das inhaltliche Anliegen wichtiger war als das formale.

Nachdem sich die Mitarbeiter der Abteilung Anfang 1996 entschieden hatten, verstärkte Anstrengungen im Bereich der Qualitätssicherung zu unternehmen, wurde zwischen Juli 1996 und Januar 1997 ein internes Qualitätsmanagementsystem aufgebaut. Dabei wurde nach einer Phase der Abklärung zum Thema Qualitätssicherung die Grundphilosophie der ISO-9000er-Reihe als auch für uns gültige übernommen:

- Das Netzwerk von Vorgaben, Auftragserteilung, Geschäftsprozessen und Kundenbeziehungen sowie deren Schnittstellen sollte erfasst, systematisch organisiert und gesteuert werden.
- Sowohl die eigene Professionalität als auch die Geschäftsprozesse der Abteilung sollten ständig verbessert werden.
- Das Ziel der Qualitätssicherung sollte in der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung liegen.
- Die Übernahme von Normvorgaben, die grundsätzlich für alle Wirtschaftsbereiche anwendbar sind, sollte die Einbindung in ein breit gefächertes Beziehungsnetz mit Kunden verschiedenster professioneller Herkunft und mit einer Vielzahl spezifischer Anliegen ermöglichen bzw. erleichtern.

Die Erreichung der ISO-Norm 9001, der umfassendsten innerhalb der 9000er-Normenreihe, wurde dabei als Ziel gesetzt. Dies deshalb, weil wir unseren Auftrag dahin gehend interpretierten, dass neben der Reproduktion bekannter Arbeitsabläufe auch die ständige Weiterentwicklung des fachspezifischen Know-hows und damit verbunden die Entwicklung neuer Hilfs- und Arbeitsmittel zu unserer Arbeit gehören.

Die Erarbeitung des Systems wie auch der Aufbau im Qualitätsmanagement-Handbuch orientierten sich am Raster der Norm EN ISO 9001, das auf einer Gliederung in drei Ebenen beruht (siehe *Tabelle 1*).

Ebene	Dokument	Einsatz	Wertung: SOLL
1. Ebene ***Wer* macht *was*?**	*Qualitätsmanagement-Handbuch*	*Abteilungsübersicht* *Intern* als Führungsinstrument *Extern* als Kundeninformation	*Wichtig* *Aufbau*: knapp abgefasst *Zweck*: Transparenz, klare Abgrenzung der Aufgaben
2. Ebene ***Was* wird *wie* gemacht?**	*Qualitätssicherungs-vorschriften*	*Detailwissen* *Intern* als Führungsinstrument *Extern* – – –	*Wichtig*, falls notwendig *Aufbau*: knapp abgefasst *Zweck:* Know-how-Sicherung
3. Ebene ***Wie* wird es *umgesetzt*?**	*Qualitätssicherungs-formulare*	*Umsetzung* *Intern* als Führungsinstrument und Arbeitsmittel *Extern* z.T. als Arbeitsmittel	*Sehr wichtig* *Aufbau*: selbsterklärend *Zweck*: Gewährleistung der Fachlichkeit

Tab. 1: Raster der Norm EN ISO 9000ff.

Bei der Erarbeitung dieser drei Ebenen wurde eine klare Aufgabenteilung vorgenommen. Der Qualitätsbeauftragte ist gemäß Vorgaben für Maßnahmenentscheidungen, die jährliche Systembewertung und die Überwachung des Qualitätsmanagementsystems verantwortlich. Diese Aufgabe übernahm der Amtsleiter. So wurde auch gewährleistet, dass er in seiner Funktion als Mitglied des obersten Departementskaders die nötige Kommunikation „gegen oben“ sicherstellen konnte.

Der Qualitätsleiter ist gemäß Vorgaben für den normkonformen Aufbau, die Umsetzung und Pflege des Qualitätsmanagementsystems sowie die Qualitätsberichterstattung verantwortlich. In einem demokratischen Verfahren, an dem alle Mitarbeiter beteiligt waren, wurde der Leiter in diese Funktion gewählt. Er erstellte in der Folge das Handbuch und verteilte an alle Mitarbeiter Aufträge zur Formulierung von Vorschriften und zum Erstellen der Formulare.

Das so entwickelte Handbuch wurde – nach einigen Änderungen, Präzisierungen und Ergänzungen – schließlich vom Team im Zirkularverfahren genehmigt. Das wohl zentrale Element in dieser Phase war eine eintägige Schulung, an der alle Mitarbeiter teilnahmen. Aufgrund fiktiver oder tatsächlicher Praxisbeispiele wurde die Funktionalität der Beschreibungen, Vorschriften und Formulare getestet, und die daraus gewonnenen Erkenntnisse flossen in eine letzte Überarbeitung des Handbuchs ein. Erst anschließend wurde die Ent-

scheidung gefällt, das Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung zertifizieren zu lassen. Nach dem Einsatz von rund 500 Arbeitsstunden und von ca. 23.000 Schweizer Franken (ca. 29.300 DM) für Vorgespräche, Voraudit und Zertifizierungsaudit war es im August 1997 schließlich so weit: Das Zentrum erhielt von der Schweizerischen Vereinigung für Qualitäts- und Managementsysteme (SQS) das ISO-9001-Zertifikat.

Fragen im Zusammenhang mit der Einführung eines Qualitätsmanagements

Folgende Fragenkomplexe standen bei der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems im Zentrum unserer Überlegungen:

- *Welche Qualitätsziele gibt es bzw. sollen angestrebt werden?*
  – Wer will wozu welche Qualitätssicherung?
  – Qualitätsziele und Qualitätssicherung „nach innen" oder „nach außen" (Geldgeber, Dienstleister- und Nutzerebene)?

- *Welche Qualitätsziele sollen durch wen definiert werden?*
  – Input-, Output-, Prozesssteuerung?

- *Bestehen Indikatoren für die Erreichung von Qualitätszielen?*

- *Wer kontrolliert die Qualität?*
  – Wer/was wird kontrolliert?
  – Wozu wird kontrolliert?
  – Wann wird kontrolliert?

Die konzentrierte Auseinandersetzung mit diesen Fragen scheint rückblickend ein Schlüsselfaktor für die erfolgreiche Implementierung des Qualitätsmanagementsystems im Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung gewesen zu sein. Es muss unbedingt beachtet werden, dass die genaue Beschreibung dessen, was getan wird – selbst wenn sie konsensual erarbeitet wird – neben Hoffnungen und Wünschen auch Befürchtungen bezüglich einer zukünftigen Inflexibilität bei der Gestaltung der eigenen Arbeit wecken kann.

Ebenso ist in dieser Phase des Entwicklungsprozesses entscheidend, ob es gelingt, alle Beteiligten davon zu überzeugen, dass die künftige Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems nicht zufällig oder willkürlich erfolgen wird, d.h. dass es z.B. nicht als Mittel zur Bestrafung bei Nichterreichen gesetzter Ziele dient. Nach unseren Erfahrungen ist es hilfreich, sich für die Diskussion dieser Aspekte genügend Zeit zu nehmen und über die Resultate dieser Diskussionen auch mit den daran nicht beteiligten Mitgliedern der Organisation klar zu kommunizieren.

Organisationsstrategie und Qualitätsmanagement

Aktuelle Managementtheorien lehren, dass eine Organisation sechs Ebenen hat (Biehal 1994). Dies sind: *Leitbild, Strategie, Strukturen, Menschen, Abläufe, Mittel.*

Das Vorliegen eines *Leitbildes* (zum Zwecke der klaren Positionierung der Organisation für Geldgeber, Kunden und Mitarbeiter), das Vorhandensein bzw. die Überblickbarkeit klarer *Strukturen*, Kenntnis über die beteiligten *Menschen* und die vorhandenen und einsetzbaren *Mittel* sind genauso Bedingung für ein funktionierendes Qualitätsmanagementsystem wie die Beschreibbarkeit der Prozesse und *Abläufe* – denn was ist ein Qualitätsmanagementsystem anderes als die Beschreibung der Organisation und das Handwerkszeug zur Planung und Steuerung dessen, was die Organisation macht? Das Vorhandensein ebenso klarer *Strategien* kann weniger als gegeben vorausgesetzt werden. Nach wie vor geistert noch in vielen Köpfen der Mythos, dass die klügsten Maßnahmen erfolgreicher Organisationen auf hervorragender und hochkomplexer strategischer Planung basieren.

In der Realität ist es aber so, dass das, was im Nachhinein nach brillantem Weitblick und intelligenter Vorausplanung aussieht, oft das Ergebnis von „Herumprobieren" und Irrtum, Opportunismus, Zufällen und Experimentierfreude ist, frei nach der Devise: „Probieren wir eine Menge aus und bleiben bei dem, was funktioniert" (Collins 1998).

Die Entwicklung einer Unternehmensstrategie ist genauso ein kontinuierlicher Prozess wie das Management der erzeugten Qualität. Dafür sind keine radikalen Eingriffe an allen Lebensadern der Organisation erforderlich. Entscheidend sind kleine, aber kontinuierliche Veränderungen in der gesamten Organisation. Und dies bedeutet, dass Entwicklung den Mut braucht, in einem Klima der Unsicherheit zu arbeiten (Crainer 1999).

Eine Organisation ist dann erfolgreich, wenn es ihr gelingt, ihre Stakeholder (Kunden, Kapitalgeber, Mitarbeiter, Kooperierende und – besonders im Bereich der Gesundheitsförderung – eben auch die Gesellschaft) besser und schneller zufrieden zu stellen als die Konkurrenz oder Referenzorganisationen dies können (Hinterhuber/Handlbauer/Matzler 1995). Das heißt also, dass sich Organisationen der Prävention und Gesundheitsförderung ihrer Kernkompetenzen bewusst sind und diese nutzen. Kernkompetenzen werden dabei als materielle und immaterielle Ressourcen verstanden, die erheblich zu dem von den Stakeholdern wahrgenommenen Nutzen beitragen und von der Konkurrenz nicht oder nur schwer nachahmbar sind.

Und hier schließt sich der Kreis zum Thema Qualitätsmanagementsystem im Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung. Um Gutes zu tun und darüber sprechen zu können, muss man die Entstehung dieses Guten verstehen und beherrschen. Prävention und Gesundheitsförderung bewegen sich immer im Spannungsfeld von gesellschaftlichen Realitäten, politischem Auftrag, persönlichen und kollektiven Visionen und der Notwendigkeit zu pragmatischem, handlungsorientierten Vorgehen. Diese können nicht losgelöst

von persönlichen und kollektiven Werthaltungen umgesetzt werden. Und das erfordert eine Reduktion von Zufälligkeiten und Fehlern oder eben – ein Qualitätsmanagementsystem.

Praxiserfahrung nach drei Jahren

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Ziele – Dienstleistungs- und damit Kundenorientierung, Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung, Werbung gegen „innen" (Geldgeber und Vorgesetzte) und gegen „außen" (klare Positionierung im Gesundheitsmarkt) – „erreicht" werden konnten. „Erreicht" – in Anführungszeichen – soll heißen, dass dies keine lineare, finale Aussage ist, da wir unsere Arbeit wie auch das sie beschreibende Qualitätsmanagementsystem prozessorientiert verstehen und „erreicht" einen Stillstand implizieren würde.

Die Entscheidung für ISO 9001 ist auch rückblickend richtig. Die klare Vorgabe der einzelnen Normkapitel hat das Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung als kleine und daher zwar sehr flexible, in Grundzügen aber auch chaotische Organisation gezwungen, Klarheit zu schaffen. Zur Illustration dieser Aussage soll nachstehend ein Auszug aus Kapitel 8 des Qualitätsmanagement-Handbuchs dienen, in dem wir unsere Kunden definieren:

Das kundenspezifische Leistungsprogramm

Dieses Kapitel zeigt das Leistungsprogramm des ZEPRA. Die Gliederung mit den entsprechenden Schwerpunkten stellt die Transparenz über unser Dienstleistungsangebot her und ermöglicht der Kundschaft, das für sie spezifische Leistungsprogramm zu definieren.
Dabei ist festzuhalten, dass sich unsere Kunden je nach gewählter Methode bzw. gewähltem Vorgehen ändern können und in diesem Sinne keine homogene Einheit darstellen. Wir unterscheiden dabei folgende mögliche Kunden:

- ➜ Bei Öffentlichkeitsarbeit und speziell bei Informationsaktivitäten im Sinne unseres grundsätzlichen Auftrages haben wir keine eigentlichen Kunden, sondern von uns definierte Zielgruppen. Gezielte Informationsaktivitäten, welche auf einen speziellen Auftrag von Dritten erfolgen, bilden die Ausnahme bzw. sind in ein Multiplikatoren- oder ein Signalprojekt integriert.
- ➜ Bei der Erteilung und/oder Vermittlung von Auskünften und/oder der themenspezifischen Beratung ist der jeweilige Anfrager unser Kunde.
- ➜ Bei Multiplikatorenprojekten ist der oder sind die jeweiligen Multiplikatoren unsere Kunden. Die dem Multiplikator nachgelagerten Personen (also z.B. Schüler, Arbeitnehmer, Teile eines Gemeinwesens) sind dann wiederum die Zielgruppe(n).
- ➜ Bei Signalprojekten, welche zusammen mit Partnern realisiert werden, sind entweder diese Partner unsere Kunden oder fallweise die zu erreichende Zielgruppe.

Auszug aus Kapitel 8 *Qualitätsmanagement-Handbuch* des ZEPRA

Die Messbarkeit der standardisiert erhobenen Kundenzufriedenheit, das Erkennen und Bearbeiten von Reklamationen und eine neue Kultur im Umgang mit intern verursachten Fehlern sind weitere Resultate unseres Qualitätsmanagementsystems. Dies führte und führt noch zu einer verbesserten, kontinuierlichen Fachkritik im Team und dem rascheren Erkennen organisatorischer und persönlicher Schwachstellen, die so konstruktiv und ressourcenorientiert angegangen werden können.

Oder anders, mit einer Prise Selbstironie ausgedrückt: Mit Hilfe des Qualitätsmanagementsystems haben wir gelernt, dass das im Leitbild geltende und beschriebene Menschenbild auch für uns selber gilt.

Kritische Reaktionen

Die Reaktionen auf die Zertifizierung waren fast durchweg positiv. Im Sinne einer Praxisanregung sollen hier allerdings nur die kritischen oder negativen Reaktionen erwähnt werden. Diese waren einerseits verwaltungsinterner Art: Die mangelhafte Kommunikation unserer Ziele und Absichten gegenüber anderen Ämtern und Dienststellen lösten bei diesen z.T. Widerstände und Verunsicherungen aus. Vor allem auch die verwendete Terminologie (z.B. Kundenorientierung) wurde nicht verstanden. Hier muss deutlich festgehalten werden, dass eine offensivere Informationspolitik mit unseren Systempartnern nötig gewesen wäre.

Andererseits wurde das Zentrum von einigen Fachstellen des Sozial- und Gesundheitswesens mehr oder weniger deutlich deswegen kritisiert, weil diese sich nun unter Druck gesetzt fühlten, selber im Bereich Qualitätsmanagement aktiv zu werden. Eine offensivere Kommunikation und das freizügige Gewähren von Einblicken in unser Qualitätsmanagementsystem konnten diese Kritik allerdings gut und nachhaltig auffangen, und es gelang, das Zentrum als Ressource für spezifisches Know-how zu positionieren.

Abschließende Empfehlungen

Im Sinne einer Empfehlung aus der Praxis für die Praxis kann aus unserer Sicht das Beachten der folgenden sechs Arbeitsschritte wesentlich zum Erfolg bei der Auseinandersetzung um die Einführung eines klar strukturierten Qualitätsmanagementsystems beitragen:

(1) Die Entscheidung für die Erarbeitung eines Qualitätsmanagementsystems sollte innerhalb der Organisation möglichst im Kollektiv generiert werden können. Wo dies nicht möglich ist, muss eine laufende Information über Ziele und Motive erfolgen und die Möglichkeit zum Feedback und zur Einflussnahme gegeben werden. So können Ängste und Befürchtungen rechtzeitig ernst genommen und abgebaut und Wünsche und Hoffnungen realistisch relativiert werden.

(2) Das Durchführen einer Marktanalyse über bestehende Qualitätsmanagementsysteme (z.B. TQM, ISO, EFQM) hilft herauszufinden, was man für sich will und was zur Organisation passt. Wenn das Gefühl bleibt, dass es nichts Passendes gibt, dann will man wahrscheinlich auch kein Qualitätsmanagementsystem.
(3) Das Vorgehen sollte möglichst genau festgelegt und kontinuierlich mit allen Betroffenen kommuniziert werden.
(4) Es müssen Verantwortliche definiert werden, die nach einem klaren Zeitplan arbeiten müssen. Die Einbindung der obersten Führungsebene ist dabei unabdingbar.
(5) Ein kontinuierliches Feedback-System muss sichergestellt werden. Alle Betroffenen müssen jederzeit konstruktiv mitreden können.
(6) Vor der definitiven Beschlussfassung sollte getestet werden, ob das erarbeitete Qualitätsmanagementsystem dem entspricht, was nützt und gewollt wird. Die Frage nach einer eventuellen Zertifizierung sollte erst jetzt definitiv beantwortet werden.

Literatur

Biehal, F. (1994): *Lean Service. Dienstleistungsmanagement der Zukunft für Unternehmen und Non-Profit-Organisationen*. Wien: MANZ'sche.

Collins, J. C. (1998): „Zwölf Managementmythen." *gdi-impuls*, 3, Rüschlikon.

Crainer, S. (1999): *Managementtheorien, die die Welt verändert haben.* Frankfurt.

Hinterhuber, H. / Handlbauer, G. / Matzler, K. (1997): *Kundenzufriedenheit durch Kernkompetenzen. Eigene Potentiale erkennen – entwickeln – umsetzen.* München: C. Hanser.

Staatskanzlei St. Gallen (Hrsg.) (1993): *Der Kanton St. Gallen heute und morgen,* 59.

3.5 „Qualitätsmanagement in gesundheitsbezogenen Einrichtungen“

Bericht[1] über ein Münchner Modellprojekt

Gerlinde Appel, Reinhard Fuß

Ausgangssituation

Die schwierige finanzielle Situation der öffentlichen Haushalte zwang auch die bayerische Landeshauptstadt München zu der Überlegung, wie knapper werdende finanzielle Ressourcen möglichst effizient und effektiv für die (zunehmenden) Leistungsansprüche der BürgerInnen eingesetzt werden können. Dieses leitete einen Perspektivwechsel von einer bisher inputorientierten zu einer outputorientierten Steuerung ein. Die Belange der NutzerInnen von Dienstleistungen wurden damit zur zentralen Steuerungskategorie bei Planung und Umsetzung gesundheitsbezogener Dienstleistungen. Ein wesentliches Element dieser neuen Perspektive stellt das Qualitätsmanagement dar. Qualitätsmanagement soll Hilfestellung geben bei Entscheidungen über bedarfs- und bedürfnisgerechte Angebote, bei der Beurteilung der Wirksamkeit von Maßnahmen und im Hinblick auf ein verändertes Berichtswesen. Dabei ist Qualitätsmanagement keine Methode, um an der Kostenschraube anzusetzen, obwohl auch die Kosten getroffen werden, wenn man auf die Qualität zielt.

Für das Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München[2] stellte sich dementsprechend die Aufgabe, auch die von ihr bezuschussten ambulanten Gesundheitsdienste[3] zu motivieren, sich den Fragen eines Qualitätsmanagements zu stellen. Es wurde ein Modellprojekt konzipiert, das Voraussetzungen schaffen und erproben sollte, unter denen alle bezuschussten ambulanten Gesundheitsdienste innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren in der Lage wären, ein Qualitätsmanagementsystem zu implementieren.

Steckbrief des Projekts

Projektbeteiligte und deren Rollen

Das Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München konnte das Modellprojekt in Kooperation mit dem überörtlichen Sozialhilfeträger, dem Bezirk Oberbayern (beide bezuschussen zusammen über 60 Einrichtungen im Gesundheitsbereich, einschließlich

1 Die Ausführungen beruhen zum großen Teil auf dem Abschlussbericht der Projektbegleitung, Michael Fischer, Christian Schoderer und Ursula Singer-von Seidlein. Der ausführliche Projektbericht ist beim Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München erhältlich.

2 Am 1. Juli 1998 wurde das damalige Gesundheitsreferat mit dem Umweltschutzreferat zum Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) der Landeshauptstadt München fusioniert. Für den Modellzeitraum (1996–98) wird die alte Bezeichnung verwendet.

3 Damit sind gemeint: Suchthilfeeinrichtungen, psychiatrische Einrichtungen wie Sozialpsychiatrische Dienste, Gesundheitsberatungsstellen, Einrichtungen zur Gesundheitsförderung und zur geriatrischen Rehabilitation.

Psychiatrie und Sucht), durchführen. Die Projektbeteiligten und ihre Aufgaben stellen sich folgendermaßen dar:

- *Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München und Bezirk Oberbayern*: Finanzierung und Steuerung als Projektträger;
- *Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München*: Geschäftsführung und Projektmanagement;
- *Wohlfahrtsverbände und Träger der beteiligten Einrichtungen*: Steuerung und Schaffung von Rahmenbedingungen für die Umsetzung in den Einrichtungen;
- *Einrichtungen* (jeweils vier Einrichtungen aus dem ambulanten Sucht- und Psychiatriebereich, drei aus dem Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsberatung, ein „virtuelles Team" aus Planung und Zuschusswesen der beiden Projektträger): methodische Entwicklung, Umsetzung und Transfer;
- *Projektbegleitung* (drei externe, freiberuflich tätige und im Qualitätsmanagement erfahrene Berater): Schulung, Beratung, Coaching.

Projektstruktur

Zur Steuerung des Modellprojekts und zur Klärung der Fragen bezüglich seiner Übertragbarkeit wurden folgende Strukturen geschaffen:

- *Lenkungskreis*: VertreterInnen der Spitzenverbände, VertreterInnen der Auftraggeber, Projektbegleitung, VertreterInnen der Einrichtungen, teilweise GeschäftsführerInnen der beteiligten TrägerInnen – tagte ca. alle drei Monate, oberstes Entscheidungsgremium;
- *Projektgruppe*: VertreterInnen der beteiligten Einrichtungen, VertreterInnen der Auftraggeber, Projektbegleitung – tagte ca. einmal monatlich, operative Entscheidungen, Nachbereitung der Fortbildungssequenzen;
- *Qualitätsbeauftragte* der beteiligten Einrichtungen: ein/e MitarbeiterIn pro Einrichtung;
- *Qualitätszirkel*: jeweils das Gesamtarbeitsteam der jeweiligen Einrichtung.

Finanzierung des Projekts

Mit der Durchführung des Modellprojekts wurden drei externe BeraterInnen per Werkvertrag beauftragt. Die Finanzierung hierfür übernahmen je zur Hälfte die Stadt München und der Bezirk Oberbayern. Sonstige Kosten für Räumlichkeiten, Material und Geschäftsführung übernahm das Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München.

Durchführung des Projekts

Der Umsetzungszeitraum umfasste zwei Jahre (Februar 1996 bis Februar 1998). Die Vorbereitungsphase mit Konzepterstellung, Stadt- und Bezirksratsbefassung, Einbindung der Verbände und Trägerorganisationen dauerte ca. ein Jahr.

Ziele des Projekts

Zu Beginn der Modellphase wurden die Ziele des Gesamtprojekts formuliert:

- Vermittlung von Methoden zur Erstellung eines Qualitätsmanagementsystems mit Qualitätsmanagement-Handbuch,

– Erstellung von Materialien und Instrumentarien zur Standardisierung und Aufzeichnung von Verfahrensabläufen,
– Entwicklung und Einführung eines Evaluationssystems,
– Darstellung der entwickelten Qualitätsverbesserungen und Weitergabe der Methoden/Standards aus dem Modellprojekt an nichtbeteiligte Einrichtungen,
– Aufbau und Ausbau von konstruktiven Kooperationen zwischen den Zuschussgebern untereinander, den MaßnahmeträgerInnen und den Einrichtungen.

Konzeptioneller Ansatz des Modellprojekts

Die Erstellung und Umsetzung des Konzepts orientierte sich an:

1. den Normen der DIN EN ISO 9000ff.,
2. der Vorlage zur outputorientierten Steuerung im Bereich der Verwaltung, die von der Kommunalen Gemeinschaftsstelle (KGST) Köln entwickelt wurde, und
3. der Qualitätspolitik entsprechend dem Total Quality Management (TQM) und der European Foundation for Quality Management (EFQM).

Es wurde von folgenden Leitideen ausgegangen:

– Die Umwelt von Organisationen verändert sich permanent. Will die Organisation ihren Anforderungen gerecht werden und dauerhaft ihren Auftrag erfüllen, muss auch sie sich ändern.
– Neue Herausforderungen können nur dann erfolgreich bewältigt werden, wenn die/der Einzelne und die Organisation lernen.
– Lernen ist zunächst mit Irritation und Verunsicherung verbunden. Zu ihrer Bewältigung bedarf es einer Kultur der Wertschätzung und des Vertrauens.
– Die Kraft einer Organisation und damit ihr Erfolg hängt davon ab, inwieweit sie das Potenzial aller MitarbeiterInnen zu nutzen versteht.
– Die Art, wie sich ein Unternehmen organisiert oder erfolgreich gesteuert wird, unterscheidet sich nach den jeweiligen Kultur- und Kontextbedingungen.
– Die erfolgreiche Steuerung ist abhängig von der immer wieder herzustellenden Konsensbildung, d.h. dem permanenten Versuch, die Bedürfnisse der Kundinnen/Kunden, der Organisation und der MitarbeiterInnen in eine Fließbalance zu bringen und die dafür erforderlichen Kompetenzen der Mitwirkenden auszubilden.

Bei der Gestaltung und Umsetzung des Qualitätsmanagements in den beteiligten Einrichtungen waren für alle Beteiligten die im Folgenden beschriebenen qualitätsorientierten Aspekte besonders sinnvoll und hilfreich.

Zukunftsorientierung

Im ersten Schritt gilt es zu klären, an welchen Visionen und strategischen Überlegungen sich die MitarbeiterInnen in den Organisationen orientieren wollen. Aus diesen Visionen und Leitbildern lassen sich die künftigen Anforderungen an die Arbeit ableiten. Notwendige Zielbestimmungen und Entwicklungsmaßnahmen können in operativen Konzepten entsprechend formuliert werden. Leitbilder und die daraus entwickelten Führungsgrundsätze sowie die inhaltlichen Konzeptionen sind die zentralen Steuerungsinstrumente.

Kundinnen-/Kundenorientierung

Im Umgang mit der Klientel geht es um die Überlegung, wie kann ich meine Leistungsfähigkeit steigern, um den Erwartungen der Klientel bestmöglich gerecht zu werden und gleichzeitig die im Konzept formulierten Ziele zu erreichen. Daraus entstehen Anforderungen, sich stärker als bisher an den Erwartungen der Klientel zu orientieren, sie bei der Konzeption der Leistungen zu berücksichtigen und die Leistungen stärker auf dieses Kriterium hin zu überprüfen.

MitarbeiterInnenorientierung

„Die MitarbeiterInnen sind unsere wichtigste Ressource." Es gibt kaum ein Leitbild, das diesen Kernsatz nicht in dieser oder ähnlicher Form postuliert. Wie viele Organisationen machen mit dem Gegenstromverfahren (*top down – bottom up*) ernst? Wie und wo werden die MitarbeiterInnen verantwortlich in die Formulierung der Ziele, der Standards, der Gestaltung der Prozesse mit einbezogen?

Teamorientierung

Um dieser Anforderung gerecht werden zu können, ist eine entsprechende Qualifikation der MitarbeiterInnen unabdingbar. Deren fachliche und soziale Kompetenz kann sich nicht mehr nur auf den Umgang und die Arbeit mit der Klientel beschränken. Die Teamkompetenz (Kommunikations- und Kooperationskompetenz) der beteiligten MitarbeiterInnen untereinander muss vielmehr so gesteigert werden, dass sie dem erforderlichen Qualifikationsniveau entspricht.

Managementorientierung

Durch die Einführung eines Qualitätsmanagements werden die Anforderungen an eine professionelle Gestaltung der Einrichtung erheblich gesteigert. Für das Management bedeutet dies, ein Anforderungsprofil zu erstellen und zu erfüllen, welches den Ansprüchen einer qualitätsorientierten Personalführung entspricht. Hierzu gehören vor allem, ziel- und konsensbildend zu leiten, ressourcenpflegend bzw. ressourcenfördernd Prozesse zu gestalten, innovative Projekte zu entwickeln und zu betreuen und für Strukturen zu sorgen, in denen die Entfaltung der vorhandenen Potenziale auf optimale Art und Weise gewährleistet ist.

Leistungsorientierung

Mit Einführung eines in sich geschlossenen und aufeinander bezogenen Qualitätsmanagementsystems kommt der Frage nach der Effizienz der Leistungen eine zentrale Bedeutung zu. Qualitätsfördernde Maßnahmen konzentrieren sich auf die positive Förderung der Effizienz und damit der Leistungsfähigkeit der Einrichtungen. Dabei steht der Gedanke der „qualitativen Rationalisierung" im Vordergrund. Zu beachten ist, dass es nicht um Kostenreduktion durch weniger Leistung geht, sondern um einen ganzheitlichen Prozess, der darauf abzielt, durch die permanente Auseinandersetzung mit der Frage: „Machen wir die richtigen Dinge und machen wir die Dinge richtig?" eine kostenneutrale Optimierung zu erreichen. Dies wird vor allem durch eine Optimierung der Strukturen, der Prozesse und die Weiterentwicklung der Team- und Führungskompetenzen erzielt. Ressourcen sollen

dabei nicht abgebaut, sondern erhalten und für die Durchführung innovativer Aufgaben entwickelt werden.

Umsetzungsschritte

Die zentralen Umsetzungsschritte während der zwei Jahre des Modellprojekts waren:
- Bildung des Lenkungskreises,
- Projektausschreibung an die in Frage kommenden Einrichtungen,
- Informationsveranstaltung für alle angeschriebenen Einrichtungen zum Thema Qualitätsmanagement,
- Auswahl der Einrichtungen durch den Lenkungskreis,
- Grundlagenseminar für *alle* MitarbeiterInnen der ausgewählten Einrichtungen,
- Ernennung der Qualitätsbeauftragten in den Einrichtungen,
- Bildung der Projektgruppe,
- Moderationsschulung für die Qualitätsbeauftragten,
- sechs zweitägige Fortbildungsveranstaltungen zur Implementierung der weiter unten benannten Qualitätsmanagement-Elemente,
- Beratung der Einrichtungen vor Ort bei der Implementierung des Qualitätsmanagements,
- Herstellung der (Fach-)Öffentlichkeit und Einladung der Politiker zu zwei Qualitätsmanagement-Fachforen (Zwischenauswertung und Abschlussveranstaltung),
- Projektdokumentation.

Zu Beginn des Projekts wurden gemeinsam mit den Qualitätsbeauftragten aus den 20 Elementen der ISO-Norm[4] diejenigen ausgewählt, die für die Erbringung sozialer Dienstleistungen von besonderer Bedeutung sind. Zu diesen Elementen wurden jeweils zweitägige Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt. Im Einzelnen handelte es sich hierbei um folgende Elemente und Implementationsschritte:
- Leitbild entwickeln,
- Produkte/Leistungen beschreiben,
- Prozesse beschreiben,
- Evaluationsmethoden kennen lernen und Evaluationsinstrumentarien entwickeln,
- Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Personalentwicklung kennen lernen,
- Qualitätsmanagementsystem installieren und Qualitätsmanagement-Handbuch anlegen.

Wie ein roter Faden zog sich durch die genannten Elemente ein weiteres Element, nämlich Kontrakte verabschieden. Eine in den jeweiligen Einrichtungen zuvor durchgeführte Ist-Analyse zu den sechs Elementen hatte deutlich gemacht, dass zwar zu diesen Elementen vieles verschriftlicht wurde, jedoch mit wenig Verbindlichkeit.

4 Zu den Elementen der (alten und neuen) ISO-Norm vgl. auch *Kapitel 2.2.*

Auswertung des Modellprojekts

Da an dieser Stelle unmöglich alle Überlegungen und Facetten, die Diskussionsverläufe und Stimmungen, die unterschiedlichen Konflikte und das gesamte Spektrum der Ergebnisse dargestellt werden können, beschränken wir uns auf einige allgemeine Ergebnisse und zeigen anhand von zwei Beispielen konkrete Umsetzungsmöglichkeiten auf.[5]

Um die Kooperation der Einrichtungen untereinander, aber auch zwischen den Einrichtungen, dem Gesundheitsreferat und dem Bezirk Oberbayern zu fördern, war es eine wesentliche Anforderung, Rolle und Funktion der Beteiligten gleich zu Beginn des Modellprojekts zu klären, ein neues Kooperationsverständnis zu erarbeiten, für mehr Transparenz zwischen allen Beteiligten zu sorgen und so eine von gegenseitigem Vertrauen geprägte, gemeinsam getragene Verantwortung zu schaffen. Dies hat sich während des zweijährigen Prozessverlaufs bewährt. Die Schaffung neuer Kommunikations- und Kooperationsstrukturen ist gut gelungen und spiegelt sich mittlerweile in der alltäglichen Zusammenarbeit wider (s.u. „Ergebnisbeispiele"). Die von der externen Projektbegleitung zum Abschluss des Modellprojekts durchgeführte Befragung in den beteiligten Einrichtungen (siehe *Tabelle 1*) zeigt die hohe Akzeptanz der MitarbeiterInnen für die Einführung des Qualitätsmanagements, lässt aber auch den noch vorhandenen Nachholbedarf in der Kooperation zwischen TrägerInnen und MitarbeiterInnen (Managementorientierung, MitarbeiterInnenorientierung) sowie zwischen den Einrichtungen und Zuschussgebern (Planungsbeteiligung, Kosten- und Finanzierungstransparenz) erkennen.

	weiß nicht	**++**	**+**	**0**	**–**	**– –**
1. Wie schätzen Sie den Nutzen des Projekts für Ihre eigene Arbeit in der Einrichtung ein?	0	19	31	1	1	1
2. Wie schätzen Sie den Nutzen des Projekts für Ihre eigene Arbeit mit Klientinnen/Klienten/ Kundinnen/Kunden ein?	0	7	36	7	2	0
3. Wie schätzen Sie die Wirkung auf die Zusammenarbeit in der Einrichtung ein?	0	13	30	8	1	0
4. Wie hat sich das Projekt auf die Zusammenarbeit mit der/dem TrägerIn ausgewirkt?	16	1	10	17	4	3
5. Wie hat sich das Projekt auf die Zusammenarbeit mit den Zuschussgebern ausgewirkt?	22	5	9	10	2	3
6. Wie verständlich ist Ihnen das Qualitätsmanagementsystem im Hinblick auf den Sinn?	1	24	24	1	2	0
7. Wie verständlich ist Ihnen das Qualitätsmanagementsystem im Hinblick auf die Methodik?	3	9	27	10	3	0
8. Wie schätzen Sie die Aufwand-Nutzen-Relation für das Projekt ein?	2	2	26	6	12	4
9. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch die Projektbegleitung?	9	10	23	6	2	2

Tab. 1: MitarbeiterInnenbefragung in den beteiligten Einrichtungen

5 Eine vollständige Dokumentation des Modellprojekts kann bei der Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt, Implerstr. 9, 81371 München, Tel. 089/233-21108, Fax 089/233-20570 angefordert werden.

Zusammenfassung der Erfahrungen

- Der Wissenstransfer durch die Qualitätsmanagement-Beauftragten in ihre Arbeitsteams war unerwartet schwierig. Ursache hierfür war nicht nur die ungewohnte Sprache der ISO 9000ff., sondern auch die ungewohnte Dokumentationssystematik. Erst als es gelang, dieses Regelwerk als den Versuch zu erkennen, Organisationen „lernfähig“ zu machen und den dazu erforderlichen Regelkreis von Planen, Tun, Überprüfen, Anpassen in den Vordergrund zu stellen, stieg die Akzeptanz gegenüber der ISO und die Bereitschaft zur Einführung des Qualitätsmanagements als professionellen Standard. Die ständige Motivationsarbeit der Qualitätsmanagement-Beauftragten hat sich meistens gelohnt und spiegelt sich in der verstärkten Team- und Klientinnen-/Klientenorientierung wider.
- Eine Verstärkung der Klientinnen-/Klientenorientierung wurde teilweise dadurch erreicht, dass die Klientel in einzelnen Umsetzungsschritten einbezogen wurde, z.B. bei der Leitbildentwicklung und bei einzelnen Prozessbeschreibungen. Die Klientinnen/Klienten fühlten sich dadurch mit ihren Problemen sehr ernst genommen und die Einrichtung profitierte, indem sie Angebote oder auch einfach Arbeitsabläufe zielgenauer konzipieren konnte.
- Angeregt durch die stark männlich geprägte Sprache der ISO befassten sich die beteiligten Fraueneinrichtungen mit frauenspezifischen Aspekten des Qualitätsmanagements (z.B. im Bereich der Personalentwicklung), so dass sich dies in der Praxis bereits in verschiedenen Themenfeldern der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Versorgung von Frauen niederschlägt (z.B. Entwicklung von frauenspezifischen Leitlinien).
- Langwierige Prozesse haben sehr viel Arbeitszeit beansprucht und die MitarbeiterInnen ständig an ihre Leistungsgrenzen gebracht. Aber es wurden Ergebnisse für die alltägliche Arbeit sichtbar. So nutzte bei der Leitbildentwicklung z.B. ein Projekt die Zeit und entwickelte ein neues PR-Konzept mit entsprechenden Materialien. Solche Erfolgserlebnisse haben die Bereitschaft zum Weitermachen aufrechterhalten. Die Gründung eines Qualitätszirkels mit den Qualitätsbeauftragten der Einrichtungen über die Modellphase hinaus sichert Ergebnisse und fördert die Weiterarbeit in den Einrichtungen.
- Die Einrichtungen stellen sich heute insgesamt professioneller dar.
- Anträge und Auswertungsgespräche zwischen Einrichtung und Zuschussgeber wurden ziel- und wirkungsorientierter gestaltet.
- Leistungen und Kosten können ansatzweise zusammengeführt werden.
- Trotz schwieriger Konstituierungsprozesse im „virtuellen Team“ (s.o.) entwickelten sich neue Kooperations- und Kommunikationsstrukturen für gemeinsame Planungs- und Förderentscheidungen. Dies wirkte sich entsprechend positiv auf den Umgang mit Verbänden und weiteren MaßnahmeträgerInnen aus.
- Im Selbstverständnis und bei der Aufgabenwahrnehmung im Bereich Zuschusswesen der Landeshauptstadt München ist ein Umdenken und eine Änderung festzustellen. Die Inhalte der Arbeit entwickeln sich von der Kontrolle hin zum Controlling, d.h. außer der kontrollierenden Funktion (wie bisher) übernehmen die MitarbeiterInnen eine beratende, unterstützende und planerische Funktion. Damit wurden implizit auch neue

Anforderungen an die Kooperation zwischen allen Beteiligten, Kostenträgern, Dachverbänden, TrägerInnen und Einrichtungen formuliert.
- Die Bemühungen der Verwaltung, die Planungs- und Entscheidungssicherheit schaffen will, laufen nicht immer konform mit den Zielvorstellungen der Politik. Hier müssen zwischen Verwaltung und Politik ebenfalls neue Kommunikations- und Kooperationsstrukturen erarbeitet werden.

Ergebnisbeispiele

Beispiel 1:
Stadtteilgesundheitsförderung: Produktklarheit – Verbindlichkeit

Im Rahmen des Gesunde-Städte-Programms der WHO sind in München vor ca. zehn Jahren die ersten Projekte entstanden, die teilweise heute noch durch die Stadt München bezuschusst werden und damit einen gesundheitspolitischen Auftrag haben. So wurde mit Stadtratsbeschluss die Einrichtung „Münchner Aktionswerkstatt G'sundheit" (MAG's) in die Stadt(teil)gesundheitsförderung eingebunden. Der Auftrag bezieht sich zwar auf konkrete Stadtteile, bis 1997 wurden aber keine konkreten Handlungsziele formuliert und vereinbart. Die Berichterstattung gegenüber dem Stadtrat war somit dementsprechend schwierig.

Was wurde durch die Teilnahme am Qualitätsmanagement-Modellprojekt geändert? Durch die Produkt- und Prozessbeschreibung mit Kundenpfadanalyse wurden erstmals klare Handlungsziele und entsprechende qualitative und quantitative Standards formuliert und zwischen Einrichtung und Zuschussgeber vereinbart. Weitere Akteurinnen/Akteure und KooperationspartnerInnen vor Ort wurden einbezogen. Ein für alle in der Stadtteilgesundheitsförderung tätigen Einrichtungen verbindlicher Arbeitskreis wurde gegründet, der Ziele und Maßnahmen festlegt sowie eine begleitende Evaluation sicherstellt und dokumentiert. MAG's erhielt von der Stadt München einen Dreijahresvertrag mit klaren Leistungsvereinbarungen. Jährlich findet ein Auswertungsgespräch zwischen Zuschussgeber und MAG's statt, so dass daraus weitere aktuelle Handlungsschritte für das Folgejahr formuliert und vereinbart werden können.

Somit sind Verantwortlichkeiten festgelegt und die Zielerreichung ist gut überprüfbar. Wo Informationen fehlen, können neue Evaluationsvereinbarungen getroffen werden. Maßnahmen können relativ kurzfristig an aktuelle Situationen angepasst und auf neue Zielgruppen schneller zugeschnitten werden. Die Transparenz hinsichtlich Leistung, Kosten und Finanzierung ist hergestellt und bietet bessere Verhandlungsgrundlagen. Die Berichterstattung gegenüber dem Stadtrat ist klarer, ergebnis- und wirkungsorientierter.

Beispiel 2: Kosten-Leistungsvereinbarung

Der Kontaktladen „off" des Con-drobs e.V. ist eine niederschwellige Suchthilfeeinrichtung für Drogenabhängige. Um diese Menschen zu erreichen, verfolgen die MitarbeiterInnen des

Kontaktladens einen tertiärpräventiven Ansatz, indem sie Leistungen bereitstellen, die überlebenswichtig und gesundheitserhaltend sind. Dies sind Nahrung, Dusch- und Waschmöglichkeiten, Waschmaschine und evtl. Versorgung mit Kleidung, kleinere medizinisch-pflegerische Versorgung und Spritzentausch. Verhindert werden soll eine weitere soziale Verwahrlosung und HIV- und Hepatitisinfizierung.

Vor der Durchführung des Modellprojekts gab es hinsichtlich der hohen Kosten dieser Leistungen immer wieder schwierige Diskussionen mit den Trägern von Kontaktläden. Im Rahmen der Produktbeschreibung wurden Standards bezüglich des Bedarfs einer Besucherin/eines Besuchers pro Aufenthalt erstellt und dies in Kosten umgerechnet. Des Weiteren wurde eine Eingrenzung der Aufenthalte (BesucherInnenzahl) pro Öffnungstag vorgenommen und auf ein Jahr hochgerechnet. Mit den Trägern der Kontaktläden konnte der Zuschussgeber somit eine BesucherInnenpauschale vereinbaren, die dann Eingang in die Regelfinanzierung gefunden hat.

Dadurch wurden die Sicherung der Grundversorgung der Zielgruppe, eine Kosten-Leistungs-Transparenz und Planungssicherheit für den Träger erreicht; klare Planungsmöglichkeiten für den Zuschussgeber und klare Aussagen gegenüber der Politik wurden möglich.

Schlussbemerkungen

Nach der Modellphase erstellte das Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München wieder gemeinsam mit dem Bezirk Oberbayern ein Transferkonzept, das sich seit Frühjahr 1998 in der Umsetzungsphase befindet und bis Herbst 2001 läuft. In drei je anderthalbjährigen Fortbildungszyklen, an denen jeweils bis zu 20 Einrichtungen teilnehmen können, werden die Erfahrungen aus der Modellphase weiteren Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Da die Entwicklung in der Diskussion um Qualitätsmanagement weiterschreitet, werden die Inhalte in der Transferphase an die neuen Entwicklungen angepasst, insbesondere in Bezug auf die Instrumentarien des EFQM und auch auf die Passfähigkeit zum „Neuen Steuerungsmodell“ der Kommune.

Das Modellprojekt wurde in zwei Teilen (Allgemeiner Teil; Anhang: Materialteil) dokumentiert.[6] Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird alle zwei Jahre eine Fachtagung durchführen und dazu weitere Dokumentationen erstellen, so dass dann neue Aspekte zum Thema Qualitätsmanagement in gesundheitsbezogenen Einrichtungen für eine gesundheitsförderliche Kommune vorgestellt werden können.

6 Bezugsmöglichkeit siehe Anmerkung 5 auf *Seite 214*.

3.6 Qualität(en) in der Gesundheitsförderung

Das Qualitätsmanagementkonzept des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Baden-Württemberg

Barbara Leykamm, Jürgen Burmeister

Unter Federführung des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (LGA) wurde 1997 ein Projekt zum „Qualitätsmanagement in der Prävention/Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst" gestartet. In Abstimmung mit dem Sozialministerium und dem Landkreistag Baden-Württemberg und in enger Kooperation mit den Fachstellen für Gesundheitsförderung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Baden-Württemberg wurde bis Juli 1999 modellhaft ein Konzept zur Stärkung der Qualität(en) in der Gesundheitsförderung entwickelt und erprobt.[1] Das Projekt basiert sowohl auf überregionalen fachlichen Grundlagen (z.B. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung) als auch auf Strukturen und Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg (z.B. Gesundheitsdienstgesetz Baden-Württemberg).

Zielsetzung und Rahmenbedingungen

Für das Projekt wurde folgende Zielsetzung festgelegt: Entwicklung eines spezifisch auf die Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst zugeschnittenen Qualitätsmanagementkonzepts, das die Fachkräfte für Gesundheitsförderung aktiv mit einbezieht und als dauerhafter Prozess angelegt ist.

Im Einzelnen soll der Aufgabenbereich Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst gestärkt werden durch
- Transparenz der Leistungen,
- bedarfsgerechte Zielgruppenorientierung,
- hohe Nutzung fachlicher Kompetenzen,
- Effizienz und Effektivität.

Nutznießer des Projekts sollten in erster Linie die Fachkräfte für Gesundheitsförderung in den Gesundheitsämtern der Landratsämter/Bürgermeisterämter sein, denen die Möglichkeit geboten wurde, ihre regionale und damit spezifische Qualität zu entwickeln und in ein zu schaffendes Qualitätsmanagementsystem zu überführen. Das Landesgesundheitsamt konnte seinerseits das Projekt dazu nutzen, fachliche Empfehlungen und Standards für die

1 Der Projektbericht „Qualitätsmanagement Gesundheitsförderung im öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg" steht im Internet als Download-Datei zur Verfügung <http//www.landesgesundheitsamt.de/download/quali_gesfoerderung.pdf>

Gesundheitsförderung insgesamt zu entwickeln und zu formulieren, wobei das gegenwärtige Leistungsprofil der Gesundheitsförderung auf Stadt- und Landkreisebene als Ausgangspunkt diente.

Bei diesem zweigleisigen Projektdesign, das auf die Formulierung landesweiter fachlicher Standards *und* die Entwicklung regionaler Qualitäten in der Gesundheitsförderung zielte, mussten folgende Rahmenbedingungen berücksichtigt werden:

- Es standen nur knappe personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung.
- Die externe Beratung musste sich gleichermaßen auf die Landes- wie die Regionalebene beziehen.
- Die heterogenen Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg, wie sie auch innerhalb des Projekts zum Ausdruck kamen, mussten integriert werden.

Einstieg in ein Qualitätsmanagement

Ausgehend von einem Verständnis, wonach Qualität verlässlich nur durch prozessorientierte Konzepte entwickelt und umgesetzt werden kann, wurden folgende Leitgedanken vorgestellt, diskutiert und festgehalten:

- Qualitätsentwicklung und -sicherung in einen systematischen Prozess einbinden,
- Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gleichermaßen berücksichtigen,
- die Sorge um Qualität als Daueraufgabe verstehen,
- sich nicht nur um formale Kriterien, sondern sich auch um inhaltliche Standards bemühen,
- den Bedarf und die Zufriedenheit direkter und indirekter Zielgruppen berücksichtigen,
- nicht Zertifizierung ist der Ausgangspunkt, sondern Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung (vgl. Burmeister/Lehnerer 1996).

Ein weiteres Kennzeichen des hier verfolgten Ansatzes sollte sein, dass die Fachkräfte für Gesundheitsförderung von Anfang an aktiv in die Projektgestaltung einbezogen werden. Den Leitgedanken des Projekts entsprechend wurde ein Phasenablauf gewählt, der gewährleistet, dass Qualität in einen systematischen Entwicklungsprozess eingebunden ist und nicht als einmalige Momentaufnahme betrachtet wird. Das Projekt folgte im Einzelnen den in *Tabelle 1* dargestellten Schritten.

Zeit	Prozessphasen (vgl. Burmeister/ Lehnerer 1996)	Arbeitsschritte
Juli 1997	**Einstieg**	Fachseminar „Qualitätsmanagement in Theorie und Praxis“ für Fach- und Führungskräfte
1997	**Organisations-Check**	Fragebogenerhebung zur Strukturqualität durch das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
1997/ 1998	**Stärken-/ Schwächenanalyse**	Entwicklung/Erprobung von Instrumenten für eine Selbstanalyse sowie Mitarbeiter- und Kooperationspartner-befragungen
1999	**Positionierungskonzept**	Festlegung von Handlungsstrategien für ein bedarfsgerechtes Angebot
1999	**Qualitätsstandards**	Entwicklung von Qualitätsstandards für die Angebote der Gesundheitsförderung im ÖGD Baden-Württemberg
1999	**Qualitätssicherung**	Entwicklung/Erprobung/Implementierung von Verfahren der Prozesslenkung und zur Einhaltung der Qualitätsstandards
1997–1999	**Dokumentation**	Begleitende Evaluation und Ergebnissicherung sowie Erstellung eines Projektberichts (vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 1999)
1999	**Transfer**	Präsentation der Projektergebnisse vor der Fachöffentlichkeit sowie Beratung und Begleitung der Fachstellen für Gesundheitsförderung im ÖGD Baden-Württemberg, die am Projekt nicht beteiligt waren

Tab. 1: Einstieg in ein Qualitätsmanagement

Es wurde erreicht, dass sich aus jedem der mitwirkenden Gesundheitsämter zwei Fachkräfte als Qualitätstandem an dem Projekt aktiv beteiligten. Im kollegialen Austausch sollte vor Ort die modellhafte Ausrichtung der Arbeit im Sinne des Qualitätsmanagements umgesetzt werden.

Folgende Landratsämter in Baden-Württemberg wirkten aktiv mit:
- Böblingen (Gesundheitsamt),
- Ludwigsburg (Gesundheitsamt),
- Ortenaukreis (Amt für soziale und psychologische Dienste; Dienst für Gesundheitsförderung und soziale Prävention),
- Ostalbkreis (Gesundheitsamt),
- Rems-Murr-Kreis (Gesundheitsamt),
- Rhein-Neckar-Kreis/Heidelberg (Gesundheitsamt),
- Sigmaringen (Gesundheitsamt),
- Waldshut (Gesundheitsamt).

Geleitet, koordiniert und finanziert wurde das Projekt vom Landesgesundheitsamt, Referat Gesundheitsförderung, im Rahmen seiner Aufgaben als fachliche Leitstelle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Daneben unterstützte eine Planungsgruppe des Landes-

gesundheitsamtes den Projektprozess durch konzeptionelle und fachliche Begleitung im Kontext Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Beraten und fachlich begleitet wurde das Projekt von Dr. Jürgen Burmeister[2]. Das Projekt nutzte dadurch die Erfahrungen aus der qualitätsorientierten Arbeit in anderen Handlungsfeldern und erfuhr eine Unterstützung auf der Konzept- und Methodenebene. So handelte es sich bei den strukturierenden Prozessphasen um Projektschritte, die bereits bei der Entwicklung von Qualitätsmanagementverfahren im Sozialbereich (vgl. Burmeister/ Lehnerer 1996) erfolgreich erprobt worden waren.

In einem Einführungsseminar des LGA zum „Qualitätsmanagement in Theorie und Praxis" im Juli 1997 hatten Fach- und Führungskräfte aus Gesundheitsämtern zunächst Gelegenheit, Konzepte für ein Qualitätsmanagement und praktische Ergebnisse von Qualitätsmanagementprojekten kennen zu lernen. Neben den Fachkräften wurden in diesem Seminar ganz besonders die Amtsleitungen angesprochen, da Qualitätsmanagement eine wichtige Führungsaufgabe darstellt. Fach- und Führungskräfte haben sich dann gemeinsam über ihre Beteiligung am Projekt verständigt und ihre aktive Mitarbeit über den Projektzeitraum bestätigt.

Die Analysephase

Anliegen der Analysephase war es, bei den beteiligten Gesundheitsämtern das augenblickliche Leistungsprofil der Gesundheitsförderung zu erheben und zu überprüfen, um so Stärken, aber auch Schwächen systematisch darstellen zu können. Dies beinhaltet sowohl eine kritische Selbstwahrnehmung als auch ganz wesentlich die Wahrnehmung durch die Augen anderer: Wie beurteilen Gesundheitsamt und Landratsamt selber, wie die externen Kooperationspartner die örtliche Gesundheitsförderung?

Ausgehend von dem Anspruch, dass die Einführung eines Qualitätsmanagements in einen systematischen Prozess eingebunden ist, der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Gesundheitsförderung gleichermaßen berücksichtigt, beinhaltete die Analysephase folgende Schritte:

- Erhebung zur Strukturqualität in der Prävention/Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg – landesweite schriftliche Befragung (Dezember 1997),
- Stärken-/Schwächenanalyse,
- Selbstanalyse der Fachkräfte für Gesundheitsförderung (Frühjahr 1998),
- Mitarbeiterbefragung im Gesundheitsamt/Landratsamt (Frühjahr 1998),
- Kooperationspartnerbefragung (Frühjahr 1998).

2 Dr. Jürgen Burmeister gehört dem Nürnberger Beratungsunternehmen xit forschung.planung.beratung an, das sich u.a. auf die Beratung sozialer und medizinischer Einrichtungen in Fragen des Qualitätsmanagements spezialisiert hat, und ist Fachleiter im Bereich Soziale Arbeit in der Verwaltung/Soziale Dienste an der Berufsakademie Heidenheim.

Erhebung zur Strukturqualität – landesweite Ergebnisse

Für diese Erhebung hat das Landesgesundheitsamt in Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern einen teilstandardisierten Fragebogen mit folgenden Dimensionen entwickelt:

- Personelle Ausstattung
  – Beschäftigte in den Gesundheitsämtern insgesamt,
  – Beschäftigte im Bereich Prävention/Gesundheitsförderung.
- Arbeits-/Ablauforganisation
  – Organisatorische Anbindung der Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt,
  – Stellenbeschreibung, Zielvereinbarung,
  – Haushaltsmittel,
  – Kommunikation und Zusammenarbeit.
- Fachlich-konzeptionelle Dimension
  – Ist-Situation (grundsätzliche Aufgaben und Tätigkeitsschwerpunkte),
  – Perspektiven.

Im Aufgabenbereich Gesundheitsförderung – eine im Gesundheitsdienstgesetz verankerte Schwerpunktaufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – waren 1997 landesweit 54 Stellen besetzt. Dies entspricht einem Stellenanteil von 4,2%, bezogen auf die insgesamt in den Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg Beschäftigten. Die Mehrzahl der Gesundheitsämter hat 1–1,9 Stellen im Bereich Gesundheitsförderung, jedes dritte Amt weniger als eine, zwei Ämter haben überhaupt keine Stelle in diesem Bereich. Die Fachkräfte für Gesundheitsförderung haben sozialpädagogische, ärztliche und sozialwissenschaftliche Qualifikationen oder sind sozialmedizinische Assistentinnen und Verwaltungsangestellte.

Stärken-/Schwächenanalyse – landesweite Ergebnisse: Selbstanalyse der Fachkräfte

Die am Projekt beteiligten Gesundheitsförderer der acht Gesundheitsämter analysierten anhand eines eigens entwickelten Leitfadens umfassend die jeweiligen Stärken und Schwächen ihres Aufgabenbereichs Gesundheitsförderung. Die Analysen wurden von insgesamt 19 Personen durchgeführt, teils einzeln, teils in Gruppen. Der Analyseleitfaden beinhaltete folgende Dimensionen, die bezüglich Stärken und Schwächen der Gesundheitsförderung in der Selbstwahrnehmung abgefragt wurden:

- Verantwortlichkeiten und Kompetenzen,
- Qualifikation und Fortbildung,
- Kommunikation und Zusammenarbeit,
- Personalführung,
- Fachlichkeit und Qualität der Arbeit,
- Erwartungen an die Gesundheitsförderung,
- Zentrale Stärken und Schwächen bezüglich
  – Zielen,
  – Angeboten/Leistungen,
  – Strukturen,
  – Personal.

Qualifikation und Engagement beschrieben die Fachkräfte als ausgeprägteste Stärke der Gesundheitsförderer. Weitere Stärken im Personalbereich waren Bereitschaft zur Zusammenarbeit, Kontinuität und Führungsstil. In Bezug auf Angebote und Leistungen der Gesundheitsförderung wurden Bedarfsorientierung und Projektmanagement als besondere Stärken wahrgenommen, Dokumentation und Evaluation jedoch als Schwächen eingeschätzt. Positiv wurden darüber hinaus die Klarheit der Ziele und das Ansehen bei Partnern bewertet.

Auf der Schwächenskala erhielt der Strukturaspekt „Einbettung in das Landratsamt" die schwächste Bewertung. Die Gesundheitsförderer schätzten darüber hinaus ihre räumliche, finanzielle und personelle Situation relativ negativ ein. Schwächen wurden weiter in Bezug auf das Image im Umfeld, in der allgemeinen Bekanntheit und im Ansehen im politischen Umfeld gesehen.

Mitarbeiterbefragung im Gesundheitsamt/Landratsamt

Mit einer schriftlichen Befragung ausgewählter Mitarbeiter im Gesundheitsamt und Landratsamt zu Stärken und Schwächen der Gesundheitsförderung wurde systematisch die Einschätzung der Arbeit der Gesundheitsförderer von Kollegen aus anderen Arbeitsbereichen erhoben.

Der Fragebogen enthielt die folgenden Schwerpunkte:
- Form des Kontakts zur Gesundheitsförderung,
- Gestaltung der Zusammenarbeit mit der Gesundheitsförderung,
- Angebote und Leistungen,
- Qualifikation und Engagement der Fachkräfte,
- Informationsverhalten,
- Zuverlässigkeit hinsichtlich Vereinbarungen und Absprachen,
- Fachkompetenz des Bereichs Gesundheitsförderung,
- Reaktionsfähigkeit,
- Einflussmöglichkeiten des Bereichs Gesundheitsförderung,
- Gesamtbeurteilung der Stärken und Schwächen.

Kommunikationsbereitschaft, Zuverlässigkeit und Kooperation erhielten die besten Rückmeldungen. Ähnlich wie bei der Selbstanalyse der Gesundheitsförderer bekamen Räumlichkeiten und Ausstattung die schlechteste Bewertung. Defizite wurden darüber hinaus hinsichtlich Effektivität, Angeboten, Öffentlichkeitsarbeit und Zahl der Mitarbeiter rückgemeldet.

Befragung der Kooperationspartner

Die Analysephase wurde durch eine schriftliche Befragung der Kooperationspartner vervollständigt. So wurden beispielsweise Mitglieder der Regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit um Einschätzungen zu Stärken und Schwächen der Gesundheitsförderung gebeten, aber auch andere Institutionen, mit denen die Gesundheitsämter bereits zusam-

mengearbeitet hatten. Insgesamt erhielten die beteiligten acht Gesundheitsämter Rückmeldungen von ca. 170 Einrichtungen.

Der teilstandardisierte Fragebogen enthielt folgende Frageschwerpunkte:
– Form des Kontakts mit dem Bereich Gesundheitsförderung,
– Gestaltung der Zusammenarbeit,
– Kooperationsbereitschaft,
– Informationsgrad,
– Effektivität,
– Gesamtbeurteilung,
– Erwartungen,
– besonders positive Erfahrung mit dem Bereich Gesundheitsförderung,
– besonders negative Erfahrung mit dem Bereich Gesundheitsförderung,
– größtes zu lösendes Problem im Bereich Gesundheitsförderung.

Die wichtigsten Stärken der Gesundheitsförderung sind aus Sicht der Kooperationspartner die Mitarbeiter, ihre Zuverlässigkeit, ihre Kooperations- und Kommunikationsbereitschaft. Am problematischsten hingegen werden die Räumlichkeiten und die Ausstattung eingeschätzt, ebenso die Öffentlichkeitsarbeit und die Darstellung des Bereichs Gesundheitsförderung nach außen (siehe *Abbildung 1*).

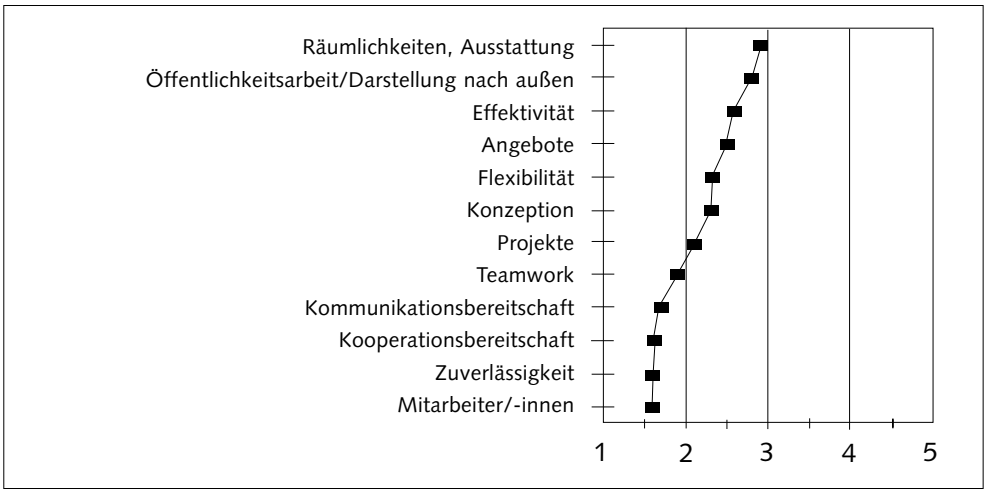

Abb. 1: Einschätzung der Stärken und Schwächen des Bereichs Gesundheitsförderung durch die Kooperationspartner (Stärke = 1, Schwäche = 5)

Auffällig ist die in vielen Bereichen hohe Übereinstimmung der Ergebnisse der Selbstanalyse, der Mitarbeiterbefragung im Gesundheitsamt und Landratsamt und der Kooperationspartnerbefragung. Hinzu kommt, dass sich die Ergebnisse zu den einzelnen Gesundheits-

ämtern, die hier nicht wiedergegeben werden, in hohem Maße entsprechen. Dies bedeutet, dass die Gesundheitsförderung in den beteiligten Landkreisen durch ähnliche Stärken und Schwächen gekennzeichnet ist und dass sich bei dieser Bewertung Gesundheitsförderer, Mitarbeiter der Gesundheitsämter/Landratsämter und Kooperationspartner in vielen Punkten einig sind.

Positionierungskonzept – Standort, Selbstverständnis und Aufgaben

Durch ein Positionierungskonzept wird vor dem Hintergrund der bisherigen Analyseschritte und ihrer Ergebnisse festgelegt, welche Angebote, Leistungen und Aufgaben von der Gesundheitsförderung für wen erbracht werden. Sinn eines Positionierungskonzepts ist also, das, was man tut, vor dem Hintergrund der Rückmeldungen von Mitarbeitern der Gesundheitsämter/Landratsämter und vor allem der Kooperationspartner kritisch zu reflektieren und, wenn notwendig, eine Neuorientierung hinsichtlich der Angebote und Zielgruppen vorzunehmen. Damit wird auch deutlich, dass es Aufgabe der regionalen Gesundheitsämter ist, ihr spezifisches Positionierungskonzept zu erarbeiten und festzulegen.

Da durch die Befragungen in der Analysephase jedoch deutlich wurde, dass es bei vielen internen wie externen Partnern der Gesundheitsförderung nur vage Vorstellungen darüber gibt, was das Selbstverständnis und die grundlegende Zielorientierung der Gesundheitsförderung betrifft, wurden im Rahmen dieses Projekts auf Landesebene Empfehlungen zur Gesundheitsförderung formuliert, die gerade darüber in einem allgemeinen Sinn Auskunft geben und den spezifischen Positionierungskonzepten (Angebots- und Zielgruppenbestimmungen) der regionalen Gesundheitsförderung vorangehen. Zur gleichen Zeit beauftragte das Forum ÖGD/Gesundheitswissenschaften/Kommunalpolitik unter Leitung des Sozialministeriums Baden-Württemberg das Landesgesundheitsamt, Entwürfe für fachliche Empfehlungen zu Schwerpunktaufgaben im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu erarbeiten (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 1999).

Qualitätsstandards und Qualitätssicherung

Aufbauend auf den Analyseergebnissen und eng verflochten mit dem Positionierungskonzept, das die Gesundheitsförderer auf Stadt-/bzw. Landkreisebene und damit spezifisch für ihre Situation vor Ort entwickeln, erfolgt der nächste Schritt: die Entwicklung von Qualitätsstandards. Konkret bedeutet dies, dass die Gesundheitsämter vor dem Hintergrund rückgemeldeter Schwachstellen und der konkreten Angebots- und Zielgruppenorientierung Standards entwickeln, durch die zum Ausdruck kommt, wie die zukünftige Arbeits- und Angebotsgestaltung verlässlich zu erfolgen hat. Die Beispiele in *Abbildung 2* sollen das Vorgehen verdeutlichen.

Anknüpfungspunkt:	**Planung und Durchführung von Projekten der Gesundheitsförderung**
Qualitätsstandards:	1. Orientierung an der Jahresplanung 2. Bedarfserhebung 3. Beratungsraster 4. Beachtung der Qualitätsmerkmale aus dem Plan für Gesundheitsförderung 5. Projektbeschreibung 6. Zeitnahe Dokumentation 7. Evaluation
Anknüpfungspunkt:	**Öffentlichkeitsarbeit**
Qualitätsstandards:	1. Wir informieren regelmäßig über unsere Arbeit nach innen und außen. 2. Es wird festgelegt, wer mit welchem Medium in welchen Abständen bzw. zu welchen Gelegenheiten Informationen erhält. 3. Wir arbeiten mit der Presse zusammen. 4. Die Darstellung erfolgt maßnahmebezogen, fachspezifisch oder generell.

Abb. 2: Entwicklung von Qualitätsstandards auf regionaler Ebene

Auf Landesebene stellte sich die Aufgabe, unabhängig von regionalen Besonderheiten landesweite fachliche Standards zu entwickeln, die für die Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg insgesamt zur Anwendung kommen sollen. Ausgangspunkt waren hier einerseits die landesweiten Ergebnisse der Strukturerhebung und der Stärken-/Schwächenanalysen und andererseits die fachlichen Empfehlungen zur Gesundheitsförderung, die auf ausgewiesenen fachlich-konzeptionellen Standards der Gesundheitsförderung basieren (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 1999). In *Abbildung 3* finden sich hierzu wieder einige Beispiele.

Anknüpfungspunkt:	**Zielgruppenorientierung**
Qualitätsstandards:	1. Zielgruppen der einzelnen Angebote werden exakt definiert. Dabei dienen z.B. folgende Merkmale als Orientierungspunkte: – Entscheidungsträger (z.B. in der Kommunalpolitik, Schulleitungen, in Einrichtungen), – Multiplikatoren (z.B. Erzieherinnen, Lehrkräfte, Elternbeiräte), – Bevölkerungsgruppen differenziert nach Alter, Geschlecht, soziale Lage, Nationalität, Bildung, Wohnort. 2. Bei der Angebotserstellung wird überprüft, inwieweit Inhalte, Leistungen und Zugangsformen zielgruppenadäquat sind.
Anknüpfungspunkt:	**Informationswesen und Kommunikation**
Qualitätsstandards:	1. Schaffung einer Kommunikationsplattform für Gesundheitsförderungsfachkräfte und die übrigen Arbeitsbereiche im Gesundheitsamt. 2. Aufbau eines klar strukturierten Besprechungswesens zu den Aktivitäten der Gesundheitsförderung.

Abb. 3: Entwicklung von fachlichen Qualitätsstandards auf landesweiter Ebene

Nach der Entwicklung von Qualitätsstandards muss dafür Sorge getragen werden, dass diese Standards auch angewendet und damit in der täglichen Arbeit umgesetzt werden. Dies schließt auch Überprüfungen und gegebenenfalls notwendige Korrekturen ein. Qualitätssicherung bedeutet, entsprechende Verfahren, Anweisungen und Verantwortlichkeiten hierfür zu konzipieren bzw. festzulegen.

Qualitätssicherung ist damit eine Aufgabe, die jedes Gesundheitsamt für sich, und damit spezifisch an die eigene Situation angepasst, angehen und lösen muss. Ebenso wie es bei den Qualitätsstandards individuelle Ausprägungen in der regionalen Gesundheitsförderung gibt und auch geben soll, unterscheiden sich die Festlegungen im Rahmen der Qualitätssicherung, da diese der örtlichen Struktur angepasst sein müssen.

Für die Landesebene stellt sich hinsichtlich der Qualitätssicherung die Aufgabe, Verfahren zu entwickeln, die einerseits auf die Überprüfung der regional angewendeten Standards zielen und andererseits den Raum und die Möglichkeit schaffen, sich überregional über die Qualitätsstandards der Gesundheitsförderung austauschen zu können, um einen wechselseitigen Erfahrungsaustausch mit entsprechenden Lerneffekten zu verankern.

Hierzu werden zukünftig von Seiten des Landesgesundheitsamtes zwei Ansätze verfolgt:

(1) Eine regelmäßig stattfindende Erhebung bei den Gesundheitsämtern über angewendete Qualitätsstandards im Bereich Gesundheitsförderung,
(2) Einrichtung eines Qualitätszirkels, der den Fachkräften der Gesundheitsförderung die Möglichkeit eines strukturierten Erfahrungsaustauschs bietet und eine Plattform darstellt, von der aus gemeinsam weitere bzw. weiterentwickelte Qualitätsstandards formuliert werden können.

Fazit, Empfehlungen und Ausblick

Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems stellt für Ämter und Mitarbeiter eine besondere Herausforderung dar, da man sich häufig zum ersten Mal systematisch mit dem Thema Qualitätsmanagement beschäftigt und sich mit neuen Begrifflichkeiten und Verfahren auseinander setzen muss. Wenn, wie im vorliegenden Fall, die Gesamtkoordination und Verantwortung für das Projekt auf einer übergeordneten Fachebene liegen, gleichzeitig aber die Zielsetzung besteht, dass alle beteiligten Gesundheitsämter ihr individuelles Konzept für die regionale Gesundheitsförderung entwickeln können, kommt es im Projektverlauf fast unweigerlich zu Problemen. Insofern sollen zunächst einige Stolpersteine benannt werden, durch die man ins Straucheln geraten kann, aber nicht muss:

– Problematisch ist es, wenn ein nur mangelndes Interesse der obersten Leitung an einem Qualitätsmanagementprojekt besteht. Dann kann es zu Konflikten und Enttäuschungen kommen, wenn in der Folge eines Projekts konkrete Änderungen anstehen, diese jedoch von der Leitung nicht mitgetragen werden.

- Ungünstig ist es, wenn Projekte nicht in der Organisationsstruktur verankert werden. Das bedeutet, dass Ressourcen (Personal, Zeit, Finanzen) für den Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems eingeplant werden müssen, um zu verhindern, dass Qualitätsmanagement nur als zusätzliche Pflichtaufgabe mit untergeordneter Priorität angesehen wird.
- Werden keine Ressourcen eingeplant, bleibt häufig das gesamte Projekt im Dunkeln, was dazu führen kann, dass man von nicht am Projekt beteiligten Kollegen mehr als kritisch beäugt und beobachtet wird.
- Wenn man ein Qualitätsmanagementprojekt dynamisch und damit auch als Organisationsentwicklungsprozess anlegt, werden Schnittstellen und ämterübergreifende Fragestellungen thematisiert, die man nicht befriedigend bearbeiten kann, wenn das Projekt ausschließlich in einem Verwaltungsausschnitt wie der Gesundheitsförderung verankert ist.
- Führt man eine ausführliche Analyse über die eigene Arbeit durch und lässt sich auch von Kooperationspartnern beurteilen, besteht die Gefahr, dass man in der gesammelten Datenmenge „untergeht" und konkrete Schlussfolgerungen und Maßnahmen ausbleiben.
- Niemandem ist gedient, wenn man unrealistische Qualitätsstandards formuliert, hinter denen man dann in der täglichen Arbeit zurückbleibt. Besser sind bescheidenere Standards, die dafür verlässlich gewährleistet werden können.
- Versäumt man es im Rahmen der Qualitätssicherung, klare Verbindlichkeiten hinsichtlich durchzuführender Prüfverfahren und personeller Verantwortlichkeiten festzulegen, werden Qualitätsstandards nicht dauerhaft umgesetzt.
- Dokumentationen zum Qualitätsmanagementsystem sollten in jedem Fall handhabbare Formblätter, Checklisten, Arbeitsplatzordner etc. umfassen, da dicke Qualitätsmanagement-Handbücher allein keine Arbeitshilfe sind.

Demgegenüber bieten Qualitätsmanagementprojekte aber auch eine Fülle von Chancen, die von Ämtern und Mitarbeitern in vielfältiger Weise genutzt werden können. Die wichtigsten Empfehlungen für Neueinsteiger sind:

- Projekte sollten immer in der Verantwortung der obersten Leitung stehen.
- Erfahrungen können aus anderen Bereichen, die auf ähnlichen Prinzipien basieren wie die Gesundheitsförderung, gewinnbringend genutzt werden, wenn man an den dort entwickelten Projektansätzen anknüpft.
- Sind diese ausreichend offen für gesundheitsförderungsspezifische Inhalte, kann ein passgenaues Qualitätsmanagementsystem unter Berücksichtigung ressourcenorientierter, salutogenetischer Ansätze entwickelt werden.
- Eine stadt- bzw. landkreisübergreifende Projektgruppe ist eine fruchtbare Plattform für einen fachlichen Austausch, motiviert zum Durchhalten, ermöglicht die Reflexion der eigenen Arbeit im Vergleich mit anderen und liefert vielfältige praktische Anregungen.
- Durch eine systematische Erhebung der eigenen Stärken und Schwächen (sowohl durch eine Innen- wie auch eine Außenwahrnehmung) bietet ein Qualitätsmanagementprojekt die Chance, eine inhaltliche und konzeptionelle (Neu-)Ausrichtung vorzunehmen.
- Das Wissen um die Anforderungen und Erwartungen, die an einen gestellt werden, ermöglicht es Ämtern, Ressourcen zielsicherer und damit effektiver einzusetzen.

– Grundsätzlich besteht die Chance, wahrgenommene und rückgemeldete Stärken auszubauen und Schwächen zu beheben bzw. zu reduzieren, wobei sich dies auch auf strukturelle Veränderungen im Bereich Gesundheitsförderung beziehen kann (z.B. veränderte Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten).
– Durch ein Projekt können auch Behörden und Ämter Wettbewerbsvorteile erlangen. Denn diese stehen untereinander im Wettbewerb um Gelder, gute Mitarbeiter, Ansehen etc.
– Projekte, die in einem Teilbereich der Verwaltung angesiedelt sind, können zum Vorbild für andere Bereiche werden, wobei die Chance besteht, dass diese von den Erkenntnissen und Erfahrungen sowie den entwickelten Instrumenten profitieren.
– Ämter, die sich durch ein Qualitätsmanagementprojekt in die Lage versetzen, genau darlegen zu können, was man für wen leistet und welcher konkrete Nutzen mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen gestiftet wurde, steigern durch diese Form der internen Transparenz ihre Reputation im politischen Umfeld.
– Das Image in der Öffentlichkeit entwickelt sich ebenfalls positiv, wenn man die eigene Arbeit durch ein Projekt transparent und damit nachvollziehbar darstellen kann. Dies umso mehr, wenn man Zielgruppen immer wieder nach deren Erwartungen und Anforderungen an die eigene Arbeit befragt.
– Für Mitarbeiter, die unmittelbar in einem Projekt mitarbeiten, stellt dies eine Weiterqualifizierung dar, die ihr Kompetenzprofil verbreitert. Es werden theoretische und praktische Kenntnisse (Handwerkszeug) über Qualitätsmanagement erworben, womit das Qualitätsbewusstsein ansteigt. Dabei kann dieses „neue Wissen" mit vorhandenen Kenntnissen über und Erfahrungen mit Planungsaufgaben verknüpft werden.
– Rückenwind erhalten Qualitätsmanagementprojekte, wenn externe Berater sich auch vor Ort präsentieren und engagieren, da dies die Fachlichkeit und Verbindlichkeit des Projekts ausdrückt und dadurch seine Akzeptanz fördert.
– Projekte können bei Mitarbeitern einen kräftigen Motivationsschub erzeugen, der dazu führt, die einmal erreichten Standards nicht mehr preisgeben zu wollen.

Als Ausblick lässt sich formulieren, dass die Projektgruppe als „Qualitätszirkel Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg" weiterbestehen wird, um, wie beim Punkt Qualitätssicherung bereits erwähnt, die Entwicklung von Qualitätsstandards weiter voranzutreiben. Die bisherigen Ergebnisse und insbesondere auch die entwickelten Instrumente stehen allen Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg uneingeschränkt zur Verfügung.

Literatur

Burmeister, J. / Lehnerer, C. (1996): *Qualitätsmanagement in der Jugendverbandsarbeit.* Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe – QS 4).

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (1999): *Qualitätsmanagement Gesundheitsförderung im öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg.* Projektergebnisse, Fachliche Standards, Perspektiven. Stuttgart.

3.7 Marktbeobachtung und Marktanalyse

Ein Ansatz der BZgA zur Förderung und Sicherung der Qualität im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention

Monika Meyer-Nürnberger

Neben ihren Informations- und Kommunikationsaufgaben auf Bundesebene übernimmt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zunehmend Qualitätssicherungsaufgaben in der Funktion einer Clearing- und Koordinierungsstelle.[1] Auf diesem Sektor erarbeitet die BZgA wissenschaftliche Grundlagen, unterstützt die Qualifizierung von Multiplikatoren, fördert die Entwicklung innovativer Strategien und Maßnahmen und entwickelt Qualitätssicherungsverfahren. Am Beispiel des Arbeitsschwerpunkts „Marktbeobachtung/Marktanalyse" soll an dieser Stelle ein konkreter Ansatz der BZgA zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung in der Gesundheitsförderung und Prävention beschrieben werden.

„Marktbeobachtung/Marktanalyse": Ausgangslage und Zielsetzungen

Angesichts der unüberschaubaren Vielfalt an Angeboten, Projekten, Medien und Maßnahmen auf dem Markt der Gesundheitsförderung werden dringend bundesweite Übersichten benötigt. Die Zielsetzung des Arbeitsbereichs „Marktbeobachtung/Marktanalyse" der BZgA ist es, in diesem Feld zur Transparenzverbesserung beizutragen, verlässliche Grundlagen zur Einschätzung der Versorgungssituation zu schaffen, Vernetzung und Kooperation zu fördern sowie hierdurch arbeitsteiliges Vorgehen zu unterstützen (siehe *Abbildung 1*). Die Dokumentations- und Analyseaufgabe, die mit der Entwicklung von Empfehlungen, Leitlinien und Qualitätskriterien verbunden ist, ist eine neue Herausforderung, der sich die BZgA als neutrale, nicht von Marktinteressen geprägte Institution stellt.

Welche Anbieter sind dauerhaft in der Gesundheitsförderung tätig? Wer bietet was zu welchen Themen an? Welche Medien und Maßnahmen sind für welche Zielgruppen vorhanden? Angesichts der Heterogenität und Unübersichtlichkeit des Marktes, bezogen auf Anbieter und Angebote, sind qualifiziert durchgeführte Recherchen sowie die differenzierte Erfassung auf der Basis standardisierter Dokumentationskriterien erforderlich. Hierdurch werden ein Überblick, Vergleichbarkeit und einordnende Analysen ermöglicht. Um die inhaltliche Ausrichtung und Qualität der Angebote einschätzen zu können, ist die Entwicklung von Leitfragen, Qualitätskriterien und Standards ein weiterer wichtiger Schritt.

1 BZgA (Hrsg.) (2000): *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – Aufgaben und Ziele*. Köln: BZgA.

Ausgangslage	• heterogenes, unübersichtliches Feld • Prozesshaftigkeit des Marktes • unterschiedliche Themenfelder/Inhalte • unterschiedliche Zielgruppen • unterschiedliche Medienarten • unterschiedliche Streumodalitäten
Zielsetzungen	• Transparenz/aktuelle Überblicke bundesweit • Grundlage zur Einschätzung der Versorgungssituation • Entscheidungshilfe/Orientierungsgröße für Prioritätensetzung • Entwicklung von Standards und Leitlinien • Empfehlungen zur Qualitätssicherung
Zentrale Fragestellungen	• Wer bearbeitet welche Themen und erfasst welche Zielgruppen? • Welche Anbieter/Institutionen/Organisationen sind kontinuierlich in der Gesundheitsförderung tätig? • Wer produziert dauerhaft Medien und bietet Maßnahmen an, die bundesweit zur Verfügung gestellt werden können? • Welche Medien und Maßnahmen sind für welche Zielgruppen vorhanden? • Sind Medien und Maßnahmen evaluiert?

Abb. 1: Ausgangslage und Zielsetzungen

Das Gesundheitsinformationssystem der BZgA

Ausgehend von den formulierten Zielsetzungen hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein umfangreiches Instrumentarium zur Dokumentation von Medien, Maßnahmen und Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt und erprobt, das inzwischen als Basis bundesweiter Recherchen eingesetzt wird. Dieses Dokumentationsinstrumentarium der BZgA besteht aus Erhebungsformularen und einem analog geschalteten Datenbanksystem (MS-Access) und erlaubt die differenzierte Erfassung der Institutionen und ihrer Angebote.

Zu den Institutionen (Anbietern) können und sollen neben den üblichen Absenderdaten wie Adresse und Ansprechpartner auch Angaben zu Aufgaben und Zielen, Arbeitsschwerpunkten und Kooperationspartnern angegeben werden. Hierdurch erhalten die Organisationen und Institutionen Gelegenheit, sich vorzustellen und sich in Hinblick auf eine mögliche spätere Vernetzung bekannt zu machen.

Die Angebote selbst werden – bezogen auf Zielsetzung, Thema, Zielgruppe, Medienart, Medienformat, Inhalt, Methode, spezielle Einsatzfelder, Kosten/Bezugsmöglichkeit, Grad der Evaluation etc. – anhand standardisierter Kriterien dokumentiert. Auf dieser Grundlage können spezifische Abfragen und Auswertungen durchgeführt werden.

Ausgewählte Bereiche der Datenbank werden über das Internet (www.bzga.de) direkt zugänglich gemacht oder beispielsweise im Rahmen der Telefonberatung – ergänzt durch persönliche Beratung – genutzt. Die BZgA stellt die Ergebnisse der Recherche zudem in Form von Readern, Wegweisern oder Medienlisten den Multiplikatoren und Fachkräften in den entsprechenden Arbeitsfeldern zur Verfügung. Eine weitere Nutzbarmachung erfolgt über Publikation im Rahmen der BZgA-Schriftenreihe „Gesundheitsförderung konkret".[2]

Entwicklung und Anwendung von Qualitätskriterien

Erhebung, Sammlung und – anhand der festgelegten Kriterien – standardisierte Dokumentation betreffen ein erstes Level der Qualitätssicherung gesundheitsbezogener Information: Verbesserung der Markttransparenz, kriteriengestützte bessere Vergleichbarkeit der Angebote. In diesem Zusammenhang sind die folgenden Aspekte gleichermaßen wichtig:

- die Aktualität der Daten sowie
- die adressaten- und bedarfsgerechte Informationsweitergabe bzw. das Zur-Verfügung-Stellen der Daten für Experten, Multiplikatoren und Bürger (z.B. Marktübersicht „Angebote zur Raucherentwöhnung" als eine der Arbeitsgrundlagen für die persönliche Telefonberatung).

Eine weitere wichtige Dimension betrifft die fachliche Qualität der Angebote, Medien und Maßnahmen selbst. Ein Ziel hierbei ist die Implementierung von Standards und Empfehlungen, die sich nachhaltig auf die Qualitätseinhaltung sowie die Optimierung von Medien, Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention auswirken.

Die BZgA unterstützt diesen Bereich durch die Entwicklung von Qualitätskriterien und Standards auf Konsensbasis. In ausgewählten Themenfeldern entwickelt sie gemeinsam mit Experten aus Wissenschaft und Praxis themen- und zielgruppenspezifische Leitlinien und Empfehlungen, informiert über *Models of good practice* und schafft hierdurch einen Orientierungsrahmen bzw. gibt Hilfestellung bei der Entwicklung neuer Projekte. Neben der Berücksichtigung grundlegender wissenschaftlicher Kriterien finden hier in besonderem Maße die spezifischen Zielgruppenbedarfe und Nutzerinteressen Eingang, die z.B. im Rahmen modellhafter Wirksamkeitsuntersuchungen erhoben werden.

Im Rahmen von Fachtagungen sowie über Publikation innerhalb ihrer Fachheftreihen[3] informiert die BZgA eine breite Fachöffentlichkeit kontinuierlich über Ergebnisse aus dem Arbeitsbereich.

---

2 R. Zimmer (2000): *Bewegungsförderung im Kindergarten.* Kommentierte Medienübersicht. (3. Aufl. 2001) Köln: BZgA (Gesundheitsförderung konkret Bd. 1) – Chr. Kröger (2000): *Raucherentwöhnung in Deutschland.* Grundlagen und kommentierte Übersicht. (2. Auflage 2001) Köln: BZgA (Gesundheitsförderung konkret Bd. 2).

3 „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung" (Übersicht über die bisher erschienenen Titel siehe am Ende dieses Bandes), „Gesundheitsförderung konkret" sowie „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung". Ausführliche Informationen zu diesen Schriftenreihen sowie Downloadmöglichkeiten der einzelnen Bände auch im Internet unter www.bzga.de im Verzeichnis „Fachpublikationen".

Vor dem Hintergrund des Ziels, die Effektivität und Effizienz gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen zu steigern (vgl. *Kapitel 3.2*) lassen sich mit Bezug auf den „Markt der Gesundheitsförderung und Prävention" für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung zusammenfassend die in *Abbildung 2* dargestellten Zieldimensionen formulieren.

Zieldimension 1: Qualitätssicherung durch Verbesserung der Markttransparenz	**Basis:** • Qualifizierte Recherchen • Standardisierte Dokumentation • Systematische Überblicke und Analysen als Beurteilungsgrundlage hinsichtlich Über- und Unterversorgung
Zieldimension 2: Unterstützung der Auswahlkompetenz und sachgerechten Inanspruchnahme	**Basis:** • Sensibilisierung von Multiplikatoren und Endadressaten für Fragen der Qualitätssicherung • Adressatengerechte Informationsweitergabe („Kundenorientierung")
Zieldimension 3: Erhaltung bzw. Förderung der Qualität der Angebote	**Basis:** • Entwicklung von Standards, Qualitätskriterien und Leitlinien • Stärkung des Qualitätsbewusstseins der Anbieter und Nutzer • Förderung der Anwendung von Standards, Qualitätskriterien und Leitlinien
Zieldimension 4: Verbesserung der Qualität der Versorgungsstruktur	**Basis:** • Förderung von Kommunikation und Informationsaustausch • Unterstützung von Kooperation und Netzwerkbildung • Motivation zu arbeitsteiligem Vorgehen

Abb. 2: Zieldimensionen

Umsetzungsbeispiele

Beispiel 1:
Bundesweite Recherche „Gesundheitsförderung im Vorschulalter"

Am Beispiel einer bundesweiten Marktrecherche im Bereich Gesundheitsförderung im Vorschulalter sollen der Erhebungs- und Dokumentationsprozess, die Integration qualitätssichernder Elemente in die Auswertungs- und Analyseschritte sowie die Nutzbarmachung verdeutlicht werden.

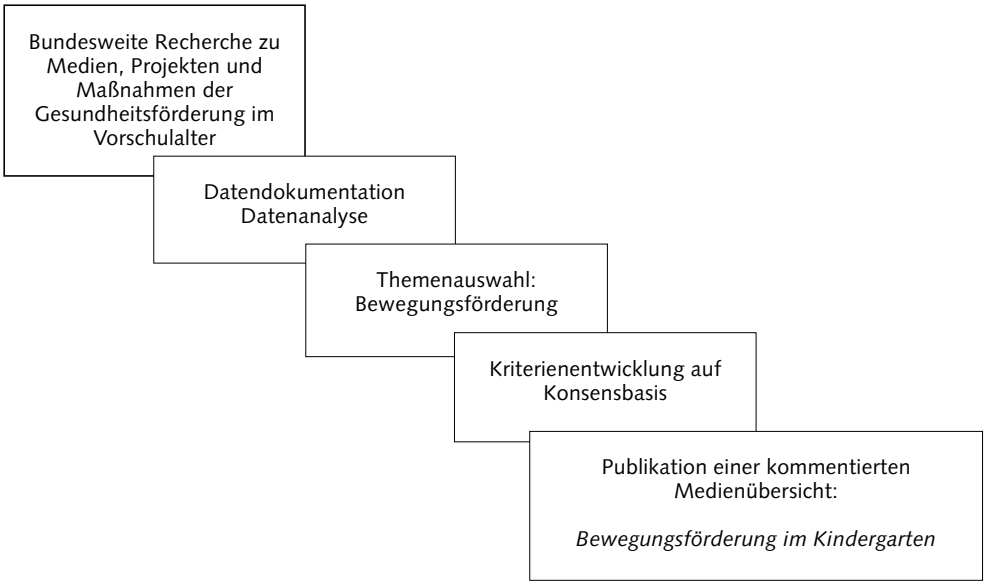

Abb. 3: Recherche „Gesundheitsförderung im Vorschulalter“

Basis bildete eine bundesweite BZgA-Recherche zum Thema „Gesundheitsförderung im Vorschulalter“. Bezogen auf ein ausgewähltes Thema – hier: Bewegungsförderung – wurden zur Nutzbarmachung des Datenpools für settingbezogene Gesundheitsförderung gemeinsam mit Experten aus Wissenschaft und Praxis entsprechend spezifische Leitfragen und Kriterien entwickelt. Ein generell wesentlicher Gesichtspunkt ist die Berücksichtigung von Grundlagen der Gesundheitsförderung und – im Beispielfall – der Bewegungsförderung im Kontext der Gesundheitsförderung. Hinzu kommen weitere kontextrelevante fachliche Aspekte wie z.B. Berücksichtigung ganzheitlicher Entwicklungsförderung, Vermeidung von Überbelastung und Falschbeanspruchung, Bezug zu pädagogischen Konzepten, Umsetzbarkeit im Settingalltag, Unfallprävention, Verständlichkeit der Inhalte, Übersichtlichkeit, Anschaulichkeit etc. Die erarbeiteten Standards dienen der Auswahl und Einschätzung der Medien und Materialien.

Im Beispielfall erscheint das auf dieser Basis zusammengestellte Material in Form einer kommentierten Medienliste, die als Band 1 der BZgA-Publikationsreihe „Gesundheitsförderung konkret“ erschienen ist (siehe *Anm. 2* auf *Seite 232*). Die Übersicht enthält neben den erhobenen technischen Angaben wie Titel, Autor, Verlag, Umfang, Bezugsmöglichkeit und Kosten inhaltliche Kurzbeschreibungen, die über die Zielsetzungen und Inhalte informieren sowie auf die jeweiligen gesundheitserzieherischen Komponenten eingehen. Auf diese Weise wird den Fachkräften und Multiplikatoren ein qualifizierter Überblick gegeben, der Anregungen für die Praxis und Entscheidungshilfen enthält.

Beispiel 2:
Regionale Gesundheitsinformationsdatenbanken als Instrument des Informations- und Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung – Einsatz des BZgA-Gesundheitsinformationssystems in Baden-Württemberg[4]

Für die erfolgreiche Durchführung der Qualitätssicherungsaufgabe Marktbeobachtung und Marktanalyse sind die Koordinierung des (wechselseitigen) Informationsflusses und die Kooperation mit entsprechenden Partnern von maßgeblicher Bedeutung. Als Beispiel für die Zusammenarbeit und Vernetzung mit beteiligten Partnern auf der Grundlage der Datenbank der BZgA sei hier die Kooperation mit dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg beschrieben.

Auf regionaler Ebene besteht ein zunehmender Bedarf an Informations- und Koordinierungsinstrumenten, da die Anforderungen an eine erfolgreiche Gesundheitsförderung gestiegen sind. So sollten unter Regie des Landesgesundheitsamtes die Maßnahmen, Aktivitäten und Arbeitsschwerpunkte im Bereich Gesundheitsförderung, die unter Federführung der regionalen Gesundheits- und Landratsämter laufen, recherchiert und ein landesweites Dokumentationssystem aufgebaut werden (siehe hierzu auch *Kapitel 3.6*). Ziel sollten eine verbesserte Transparenz des regionalen Leistungsangebots und die Qualitätssicherung gesundheitlicher Information sowie eine intensivere Vernetzung, Zusammenarbeit und Feinabstimmung vor Ort in Hinblick auf künftige Planung in Baden-Württemberg sein. Dieses Vorhaben konnte auf der Basis des Gesundheitsinformationssystems der BZgA in enger Zusammenarbeit zwischen BZgA, LGA und den einzelnen Stadt- und Landkreisen realisiert werden.

Das Erhebungs- und Dokumentationsinstrumentarium der BZgA wurde den spezifischen Bedürfnissen angepasst und bereitgestellt. Die inhaltliche Datenerhebung erfolgte durch die Verantwortlichen vor Ort, die Datendokumentation wurde zentral durch das LGA durchgeführt. Insgesamt 223 regionale Angebote konnten in die Zentraldatenbank aufgenommen und detailliert beschrieben werden (Stand Juli 2000). Hierdurch wurde die Grundlage für mehr Transparenz und somit verbesserte Einschätzung der Versorgungssituation geschaffen.

Wichtig in Hinblick auf die Erreichung dieser umfassenden, validen und aussagefähigen Datenbasis, die gleichzeitig ein Element einer effektiven Projektplanung und Abstimmung darstellt, war die enge Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen BZgA, LGA und den Stadt- und Landkreisen. Eine in Hinblick auf eine verlässliche und qualitativ hochwertige Dokumentation unverzichtbare Grundlage sind das Expertenwissen, die Insider-Kenntnisse sowie das Engagement vor Ort.

Die Dokumentation der Maßnahmen und die Implementation von Qualitätsstandards stellen für die vor Ort Verantwortlichen eine besondere Herausforderung dar. Zur

4 Zum Einsatz von Dokumentationssystemen zur Qualitätssicherung siehe auch den Beitrag von B. Locher in diesem Band (*Kapitel 3.8*).

Unterstützung der Arbeit der Multiplikatoren und Berater wurden – parallel zur Einführung des „Dokumentations- und Informationssystems in der Gesundheitsförderung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Baden-Württemberg“ – im Rahmen von Workshops und Qualitätszirkeln mit den Anwendern entsprechende Fragen bearbeitet und Lösungswege systematisch erarbeitet. Inzwischen hat sich ein intensiver regionaler Austausch auf der Basis der gegenseitigen Information ergeben. Zudem haben sich bestimmte Aktualisierungsintervalle und Routineverfahren der Datenpflege zwischen den Beteiligten in der Praxis bewährt und etabliert.

3.8 Dokumentationssysteme als Beitrag zur Qualitätssicherung

Das Dokumentationssystem für Prävention, Öffentlichkeitsarbeit und Arbeitskreise des Badischen Landesverbands gegen die Suchtgefahren e.V.

Beate Locher

3

Der Badische Landesverband gegen die Suchtgefahren e.V., größter Träger der Suchtkrankenhilfe in Baden-Württemberg, arbeitet seit vielen Jahren auch intensiv auf dem Gebiet der Prävention. Allen 27 Beratungsstellen des Landesverbands ist eine Fachkraft für Suchtprävention und Gesundheitsförderung zugeordnet. Begründet in der zunehmenden Professionalisierung der Präventionsarbeit sowie in neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und neuen Zielgruppen stellte sich seit geraumer Zeit die Aufgabe, ein neues Dokumentationssystem zu entwickeln (in Ergänzung zum Einrichtungsbezogenen Informationssystem EBIS[1]). Die Mitglieder der Projektgruppe Basisdokumentation erhielten 1996 von der Geschäftsleitung den Auftrag, dieses Ziel vorzubereiten und umzusetzen. Die Projektgruppe, die ihre Arbeit noch nicht ganz abgeschlossen hat, setzt sich zusammen aus zwei Präventionsfachkräften, der Referentin für Prävention und Öffentlichkeitsarbeit des Badischen Landesverbands gegen die Suchtgefahren e.V. sowie einem wissenschaftlichen Berater vom Psychologischen Institut der Universität Freiburg.

Ziele der Dokumentation sind im Wesentlichen die Nachweisführung über durchgeführte Maßnahmen (Legitimation gegenüber Kostenträgern) und deren Bewertung (zum Beispiel im Rahmen von verbandsinternen Zielvereinbarungsgesprächen) sowie die Planung weiterer Entscheidungen (auf regionaler und verbandlicher Ebene). Sie dient letztlich der Qualitätssicherung.

In 35 Treffen über einen Zeitraum von drei Jahren wurde ein detailliertes Dokumentationssystem erstellt, das aus folgenden Teilen besteht:

- Modul P – Dokumentation der Präventionsaktivitäten,
- Modul Ö – Dokumentation der Öffentlichkeitsarbeit,
- Modul A – Dokumentation der Arbeitskreise im Präventions- und Therapiebereich (in Vorbereitung),
- Leitfaden in Form eines Handbuchs (Badischer Landesverband 1998).

1 Das bundesweite Informationssystem EBIS wird seit 1980 routinemäßig in ambulanten Suchtberatungsstellen eingesetzt und vom Institut für Therapieforschung in München begleitet bzw. ausgewertet. Der Erhebungsrahmen umfasst Daten zur jeweiligen Einrichtung, wie z.B. Art und Angebote, Mitarbeiterstruktur sowie Daten zur Klientel in den Bereichen Anamnese, Soziodemographie, Behandlungsverlauf und Diagnosen. Darüber hinaus bietet er den Einrichtungen auch die Möglichkeit, spezifische Fragestellungen für die eigene Auswertung, so zum Beispiel zur Prävention und Gesundheitsförderung, zu integrieren (DHS 1999:177).

Ein System mit drei Modulen[2]

Modul P „Prävention“

Das Modul P „Prävention“ beinhaltet einen vierseitigen Fragebogen. Mit Hilfe dieses Bogens lässt sich für jede Präventionsmaßnahme erfassen, wie sie aufgebaut ist, an wen sie sich richtet, was erreicht werden soll, mit welchen Mitteln dies erreicht werden soll, wie hoch der Aufwand war (Zeit/Kosten), wie der Gesamtrahmen der Maßnahme aussah etc. Neben den Grunddaten einer Maßnahme sind die meisten Fragen durch Ankreuzen (einfach/mehrfach) zu beantworten. Daneben gibt es einige Fragen mit inhaltlichen Angaben. Durch die spezielle Systematik und eine Codierung jedes Bogens ist es möglich, auch größere Projekte, Veranstaltungsreihen oder längerfristige Maßnahmen so zu erfassen, dass die inneren Bezüge einzelner Bausteine erkennbar sind.

Modul Ö „Öffentlichkeitsarbeit“

Das Modul Ö „Öffentlichkeitsarbeit“ ist ein zweiseitiger Fragebogen, dessen Struktur der von Modul P ähnelt. Erfasst werden alle zielgerichteten Maßnahmen der Vermittlung von Informationen über die Institution, ihren Träger, ihre Arbeitsweise, ihr Angebotsprofil oder Themen der Suchtkrankenhilfe, der Suchtprävention und Gesundheitsförderung. „Werbeaktionen“ für konkrete Angebote einer Beratungsstelle oder Fachstelle für Suchtprävention und Gesundheitsförderung fallen ebenfalls in diesen Bereich. Novum gegenüber bisherigen Dokumentationssystemen ist – wie im Modul P – die Erfassung des Zeitaufwands und der Kosten.

Modul A „Arbeitskreise“

Modul A „Arbeitskreise“ ist ebenfalls ein zweiseitiger Fragebogen, der sowohl für den Suchtpräventions- und Gesundheitsförderungsbereich als auch für den Therapiebereich einzusetzen ist. Die Art der Codierung wurde aus Modul P und Ö übernommen, daher lassen sich bei der Auswertung auch Querverbindungen herstellen. Für jeden Arbeitskreis wird ein Bogen ausgefüllt; über vorgegebene Items werden Anzahl der Sitzungen, Zielrichtung, Teilnehmer, Protokollerstellung (ja/nein), Kosten und Zeitaufwand erfragt. Daneben bleibt Raum für Notizen, der für die Beschreibung von Inhalten und als Planungshilfe genutzt werden kann.

Leitfaden

Ein umfangreicher Leitfaden mit rund 100 Seiten beschreibt den Aufbau des Dokumentationssystems, sorgt für klare Abgrenzungen zwischen den Modulen und für ein möglichst fehlerfreies Ausfüllen der Fragebogen. Jedes Item ist genau definiert. So kann man beispielsweise unter dem Begriff Projekt nachlesen:

> Ein Projekt unterscheidet sich von der regelmäßigen Alltagsarbeit und -routine in mehrfacher Hinsicht. ... In Projekten erfolgt die Planung und Durchführung von Vorhaben und Maßnahmen,

2 Die Module sind in dem Leitfaden abgeheftet, können aber auch separat bezogen werden. Interessenten können sich direkt an den Badischen Landesverband gegen die Suchtgefahren e.V. wenden, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Renchtalstraße 14, 77871 Renchen, Tel. 07843/949-165 oder E-Mail Blocher.blv@t-online.de. Preis auf Anfrage.

die nicht zu den Routineaufgaben gehören bzw. in diesem Fall herausgehoben werden. Sie haben einen zeitlichen, personellen und finanziellen Rahmen und sind gegenüber anderen Maßnahmen abgegrenzt und haben eine projektspezifische Organisation. Projekte enden entsprechend der vorgesehenen Projektzeit oder aber bei Erreichung der vorgesehenen Ziele. ... (Badischer Landesverband gegen die Suchtgefahren 1998, Teil 3:7)

Phasen der Implementierung

Das Programm verlangt von den Mitarbeitern der Beratungsstellen und Fachstellen für Suchtprävention und Gesundheitsförderung eine zeitaufwendige Einarbeitung, die durch eine stufenweise Implementierung vereinfacht werden sollte. Wichtig war die aktive Beteiligung der Mitarbeiter. Es sollte nicht der Eindruck entstehen, das System werde von einer an der Entwicklung beteiligten Minderheit „übergestülpt". Ab 1998 erschien jährlich ein Modul (1998 „Prävention"; 1999 „Öffentlichkeitsarbeit"; 2000 „Arbeitskreise"), das jeweils für ein Jahr erprobt und mittels Itemanalyse wissenschaftlich ausgewertet wurde (bisher für Modul P). Für die Einarbeitung in das erste Modul wurde eine eintägige Informationsveranstaltung an der Universität Freiburg durchgeführt. Das Prinzip des Ausfüllens wurde durch Praxisbeispiele nahe gebracht. Die Fachkräfte für Prävention und Gesundheitsförderung konnten während der Erprobungsphase bis zu einem Stichtag so genannte Bemerkungsbogen ausfüllen, um dort positive wie negative Kritik zum Dokumentationssystem anzubringen. Darüber hinaus bestand für Fragen und Unklarheiten die Möglichkeit, eine eingerichtete Hotline (bestehend aus Mitgliedern der Projektgruppe) zu nutzen. Die Rückmeldebogen wurden rege genutzt, die Hotline blieb als Rückmeldeschleife eher unberücksichtigt.

Mit der Einführung der Basisdokumentation entwickelten sich mehrere Meinungsforen innerhalb des Verbands. Eine Gruppe versucht, das System als Planungshilfe für die eigene Tätigkeit zu verstehen und sieht die Notwendigkeit einer stärkeren Dokumentation und Transparenz durchgeführter Präventionsmaßnahmen nach außen. Eine andere Gruppe hat gewisse Bedenken, das System könnte von Seiten der Geschäftsleitung für Kontrollzwecke missbraucht werden. Obwohl die Geschäftsleitung die Basisdokumentation als ein einrichtungsbezogenes Erhebungsinstrument betrachtet, kann die durchgeführte Tätigkeit durchaus auf die einzelnen Mitarbeiter zurückverfolgt werden. Es bleibt in Verantwortung der Akteure, die Ergebnisse möglichst sinnvoll und ohne Schuldzuweisungen für die Weiterentwicklung der Präventionstätigkeit zu nutzen. Eine dritte Gruppe bezeichnet das System als fachlich fundiert und ausgefeilt, in der Praktikabilität allerdings zu komplex und zeitaufwendig.

Die Akzeptanz des Dokumentationssystems ist trotz des Versuchs der aktiven Beteiligung noch nicht vollständig befriedigend. Hier wird noch Überzeugungsarbeit notwendig sein. Die Projektgruppe wird die vorhandenen Mängel nachbessern, einige Items aus den erstellten Fragebogen herausnehmen, um so das Ankreuzen überschaubarer und praktikabler zu

gestalten. Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen den Modulen sollen durch detailliertere Erklärungen im Leitfaden behoben werden.

Auswertung und Ergebnisse

Die statistische Auswertung für das Jahr 1998 erfolgte mit dem Programm SPSS (Version 8.0, deutsche Fassung) und wurde vom Psychologischen Institut der Universität Freiburg durchgeführt. Die Auswertung erfolgte überwiegend in deskriptiver Form und ausschließlich auf den Gesamtverband bezogen. In den Folgejahren soll zusätzlich jede Fachstelle für Suchtprävention und Gesundheitsförderung eine Einzelauswertung erhalten. Mittelfristig soll jede Fachstelle über ein eigenes computergesteuertes Auswertungsprogramm verfügen, so dass jederzeit Zwischenauswertungen für eigene Planungen oder Zielvereinbarungsgespräche möglich werden. Geplant ist, dass die Module ab 2002 in EDV-Version[3] vorliegen und die Daten direkt von den Präventionsfachkräften eingegeben werden können. Jede Präventionsfachkraft kann dann selbst eine Standardauswertung vor Ort vornehmen. Eine umfangreichere Verbandsauswertung ist zentral über die Geschäftsstelle möglich. Die Finanzierung erfolgt über Landes- und Eigenmittel.

Die Auswertungsmöglichkeiten sind vielfältig. So lassen sich Verknüpfungen herstellen, wie zum Beispiel:
- Welche inhaltlichen und methodischen Schwerpunkte lassen sich beschreiben?
- Welche Kooperationsformen mit externen Institutionen werden praktiziert?
- Welche Zusammenhänge gibt es zwischen den Zielen einer Präventionsmaßnahme und den verwendeten Methoden?
- Wie kurz-, mittel- und langfristig sind die Maßnahmen angelegt (besondere Codierung)?
- Was kosten Präventionsmaßnahmen (Kosten-Nutzen-Analyse)?

Übertragbarkeit auf andere Institutionen

Alle drei Module lassen sich grundsätzlich auf andere Einrichtungen/Verbände etc. übertragen. Einige orts- bzw. verbandsspezifische Details müssen dafür angepasst werden.

Basisdokumentation als eine von mehreren Qualitätsmanagementmaßnahmen

Die Entwicklung eines Dokumentationssystems für Präventions- und Öffentlichkeitsmaßnahmen und Arbeitskreise ist Teil einer umfangreichen Rahmenkonzeption (siehe *Tabelle 1*), die derzeit vom Badischen Landesverband gegen die Suchtgefahren erstellt wird. In Zeiten angespannter Haushaltssituationen kann es geschehen, dass Suchtprävention und Gesundheitsförderung als „Luxus“ betrachtet werden und dem Rotstift zum Opfer fallen (vgl. frühere Debatten um § 20 SGB V). Der Badische Landesverband gegen die

3 Der Badische Landesverband gegen die Suchtgefahren e.V. hat sich Anfang 2001 entschlossen, ab sofort mit dem Software-Programm Horizont der Firma Ohltec AG in Kiel zu arbeiten, das u.a. die Möglichkeit bietet, selber die Module dort einzuprogrammieren.

Ziele und Zielgruppen	Entwicklung eines Leitbildes für die Prävention und Beschreibung des professionellen Selbstverständnisses einer Fachkraft für Suchtprävention und Gesundheitsförderung. Darunter fallen folgende Arbeitsschritte: • Beschreibung der bisherigen Angebote, • Sichtung wichtiger Rechtsgrundlagen und politischer Dokumente zur Gesundheitsförderung, • Begriffsklärungen (Prävention, Gesundheitsförderung, Projektarbeit, Informationsveranstaltung etc.), • Zieldefinitionen auf Verbands-, Regional-, Zielgruppenebene, • Sichtung und Bewertung einschlägiger Studienergebnisse aus der Wissenschaft.
Maßnahmen-planung	Festlegung von Schwerpunkten für die Prävention und Diskussion über die Einführung von 2-Jahres-Themen; Absprache über Honorarordnungen und Preise von Präventionsveranstaltungen; Einrichtung eines Referentenpools für definierte Schwerpunktbereiche; Entwicklung von Angebotsbausteinen je Schwerpunktthema.
Projektmittel	Erarbeitung von Möglichkeiten des Sponsorings und des Fundraisings; Sichtung von potenziellen Sponsoren, Geldgebern und Stiftungen; Diskussion über Budget-Rahmen für kleinere Projekte innerhalb der Präventionstätigkeit.
Öffentlichkeits-arbeit	Akquisition der Präventionsangebote (Regelungen nach „Komm"- und „Geh"-Struktur); Erarbeitung von politischen Stellungnahmen für die Prävention (Musterpresse-mitteilungen; Einrichtung eines Artikel-Pools).
Medien	Nutzung neuer und bewährter Methoden für die Präventionsarbeit; Früherkennungsprogramme; Internet-Beratung; Liste empfehlenswerter Medien.
Technische Ausstattung und Grund-lagenliteratur	Zusammenstellen wichtiger Grundlagen für einen Präventionsarbeitsplatz (Arbeitsmittel; Grundlagenliteratur; Regelung der Einarbeitung neuer Präventionsfachkräfte; Erstellung eines Aktenplans).
Qualitäts-sicherung	Standardisierte Formen der Selbstevaluation (Fragebogen für Teilnehmer; Zusammenstellung von Grundbegriffen der Statistik); **Dokumentationssystem** (Module P, Ö, A); Erweiterung der Kontakte zu Fachhochschulen und Universitäten (Vergabe von Magister-, Diplomarbeiten); Erstellung einer Kriterienliste für die interne und externe Kundenzufriedenheit; Qualitätszirkel (standardisierte Abläufe der Sitzungen innerhalb der Regionalverbunde); Supervision; Erstellung eines Weiterbildungskatalogs mit Option der Höhergruppierung von BAT IVb nach BAT IVa; Zielvereinbarungsgespräche.

Tab. 1: Rahmenkonzept für die Prävention

Suchtgefahren möchte mit einem wissenschaftlich fundierten, gesellschaftlich wie politisch begründbaren Gesamtkonzept Präventionsaktivitäten transparent und überprüfbar darstellen. Inhaltliche Zielsetzungen will der Verband neu überdenken, Ziele verbandsweit auf einen Nenner bringen und neue fokussieren.

Die Konzeption soll unter hoher Beteiligung der Fachkräfte für Prävention und Gesundheitsförderung und unter Mitwirkung von Wissenschaftlern (Universität oder Fachhochschule) erstellt werden. Dazu werden verbandsintern Projektgruppen ausgeschrieben, zu denen sich interessierte Präventionsfachkräfte anmelden können. Vor dem letztendlichen Beschluss der Geschäftsleitung über die Verbindlichkeit des Konzepts erfolgt nach einzelnen Arbeitsabschnitten eine Rückkoppelung zu führenden Gremien des Verbands (Fachbeirat und Leitungstagung).

Frage nach einer Qualitätsverbesserung

Erfolge einer Qualitätsverbesserung lassen sich zum derzeitigen Zeitpunkt noch nicht messbar nachweisen. Zu beobachten sind Ergebnisse einer Personalentwicklung. Im Rahmen von Zielvereinbarungsgesprächen wird von Seiten der Geschäftsleitung zunehmend auf Schwerpunktsetzung innerhalb des Arbeitsfelds der Prävention und Gesundheitsförderung geachtet. Dies soll ein konzentriertes, vernetztes, ganzheitlich orientiertes und langfristiges Arbeiten gewährleisten. Das heißt, dass sich Fachkräfte für Prävention und Gesundheitsförderung je nach Deputat, regionalen Gegebenheiten und Neigungen für ein oder zwei Interventionsbereiche (zum Beispiel Suchtprävention in der Schule, im Betrieb, in der Jugendarbeit) entscheiden. Andere Bereiche sollen über wechselnde Jahresthemen, die verbandsweit ausgeschrieben werden, abgedeckt werden. Der Badische Landesverband gegen die Suchtgefahren sollte als öffentlicher Träger ein möglichst breites Spektrum an Zielgruppen erreichen. Die erste Auswertung des Moduls „Prävention“ ergab des Weiteren, dass für die Vor- und Nachbereitung von Präventionsaktivitäten die gleiche Zeit benötigt wird wie für die eigentliche Durchführung von Maßnahmen. So muss überlegt werden, wie sich Ressourcen noch besser bündeln lassen, um Vor- und Nachbereitung zu reduzieren. Andernfalls muss im Rahmen des Zeitmanagements einer Präventionskraft hierfür genügend Zeit einkalkuliert werden.

Literatur

Badischer Landesverband gegen die Suchtgefahren e.V. (1998): *Leitfaden zum Dokumentationssystem*.

DHS – Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (1999): *Jahrbuch Sucht ‘99*. Geesthacht: Neuland.

3.9 Qualität in Bewegung

Das „Praxisorientierte Qualitätshandbuch“ der Berliner Mobilitätshilfedienste

Sonja Kubisch

Im Januar 1997 veröffentlichten die Berliner Mobilitätshilfedienste das *Praxisorientierte Qualitätshandbuch*, das ohne Unterstützung durch externe Experten und ohne zusätzliche finanzielle und personelle Ressourcen von den Projektleitern der Mobilitätshilfedienste in Kooperation mit der Koordinationsstelle erstellt worden war.

Der vorliegende Beitrag soll sich nicht auf die Darstellung des Qualitätshandbuchs beschränken, sondern es als Teil einer Entwicklung, als Stufe in einem fortlaufenden Prozess zeigen. Neben der Beschreibung der Produkte, die in diesem Prozess entstanden sind, erscheint es daher wichtig, die Leser an dem Reflexionsprozess und den im Laufe der Entwicklung auftauchenden Fragestellungen und Problemen teilhaben zu lassen. Abschließend soll in einer zusammenfassenden Bewertung dargestellt werden, welche Erfolge mit dem Qualitätsentwicklungsprozess erzielt wurden, was (bisher) nicht erreicht wurde und welche Fragen noch offen sind.

Zunächst sollen jedoch Aufgaben und Organisationsstruktur der Berliner Mobilitätshilfedienste beschrieben werden, um dem Leser ein möglichst klares Bild von dem Rahmen zu vermitteln, in den der hier beschriebene Prozess der Qualitätsentwicklung eingebettet ist.

Die Berliner Mobilitätshilfedienste – Klientel und Leistungen

Ältere und behinderte Menschen, die ihre Wohnung nicht ohne fremde Hilfe verlassen können – sei es, weil sie auf die Nutzung eines Rollstuhls angewiesen sind, seh- oder gehbehindert oder einfach ängstlich sind –, sind die Zielgruppe der Berliner Mobilitätshilfedienste.

Aufgabe dieser Dienste ist es, den Angehörigen dieser Zielgruppe die Teilnahme am öffentlichen Leben und die Verrichtung von Alltagsaktivitäten im nahen Wohnumfeld zu ermöglichen. Dementsprechend umfassen die Leistungsangebote Rollstuhlschiebedienste, Begleitdienste, Blindenführung und Treppentransporte (Beförderung eines Klienten im Rollstuhl aus einer Wohnung ohne Fahrstuhl). Die Begleitung erfolgt dem Wunsch der Nutzer entsprechend überwiegend im nahen Wohnumfeld. Längere Wege werden mit Hilfe eines Rollstuhls, öffentlicher Verkehrsmittel oder (in seltenen Fällen) mit dem Taxi

zurückgelegt. Ältere und behinderte Menschen nutzen die Leistungen der Dienste vor allem, um Einkäufe erledigen, Ärzte aufsuchen, spazieren gehen oder kulturelle Veranstaltungen besuchen zu können.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Mobilitätshilfedienste besteht in der Beratung ihrer Klientel hinsichtlich Hilfe- und Versorgungsmöglichkeiten (z.B. über Sozialstationen oder fahrbaren Mittagstisch) und Angeboten der Freizeitgestaltung (z.B. Seniorenfreizeitstätten). Häufig ist die leicht zugängliche (niedrigschwellige) Leistung der Mobilitätshilfedienste die erste institutionalisierte Form der Hilfe, die ältere Menschen in Anspruch nehmen, und in der Regel sind sie dann nicht über Leistungen der Pflegeversicherung oder die Optionen der Nutzung von Hilfsmitteln informiert. Die Mobilitätshilfedienste sind in der Lage, ihre Klientel bei der Erkundung, Beantragung und Umsetzung dieser zusätzlichen Hilfemöglichkeiten – in doppelter Hinsicht – zu begleiten. Da es sich bei einem großen Teil der Klientel um vereinsamte ältere Menschen handelt, gehört es zu den Aufgaben der Mobilitätshilfedienste, sie bei der Aufrechterhaltung bestehender bzw. beim Knüpfen neuer Kontakte zu unterstützen.

Die Mobilitätshilfedienste arbeiten sowohl präventiv, indem sie älteren Menschen ermöglichen, alltägliche Aktivitäten trotz körperlicher Einschränkungen fortzuführen, und so daran mitwirken, dass diese länger selbständig leben können, als auch rehabilitativ. Dies kann bedeuten, dass ältere Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt bei der Wiedererlangung ihrer Mobilität unterstützt werden, aber auch, dass sie ermuntert werden, längst „vergessene“ Wünsche hinsichtlich der Orte zu formulieren, die sie gerne aufsuchen würden. Die Mobilitätshilfedienste möchten dazu beitragen, dass ältere und behinderte Menschen so lange wie möglich in ihrer eigenen Wohnung verbleiben und ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können.

Organisation der Dienste

Das bundesweit einmalige Konzept zur alltagsnahen Unterstützung älterer und behinderter Menschen existiert seit mehr als zehn Jahren in Berlin. Ursprünglich wurden die Mobilitätshilfedienste geschaffen, um den Fahrdienst für Behinderte (Telebus) zu ergänzen, dessen Einsatz für kleine Wege im häuslichen Umfeld nicht adäquat erschien. Inzwischen hat sich das Gesamtprojekt von einem reinen „Schiebedienst“ zu einem eigenständigen Angebot entwickelt, das die psychosoziale Betreuung und die langjährige Begleitung der Klientel einschließt und dessen Stärke es ist, sich auf die sich verändernden Bedürfnisse und Möglichkeiten der einzelnen Klienten einstellen zu können.

Heute gibt es, bis auf eine Ausnahme, in jedem der 23 Berliner Bezirke einen Mobilitätshilfedienst, der von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales finanziert wird. Dabei umfasst die Finanzierung den Kern des Projekts, d.h. Sachmittel und Personalkosten für die Projektleitung sowie maximal 3,5 weitere Stellen – Mobilitätshelfer, die die Beglei-

tung durchführen, und Einsatzleiter, die für die Disposition verantwortlich sind. Alle Mobilitätshilfedienste arbeiten darüber hinaus mit Mitarbeitern, die über Arbeitsförderung oder das Bundessozialhilfegesetz finanziert werden, mit Ehrenamtlichen, Zivildienstleistenden und Praktikanten. Aus den befristeten Arbeitsverträgen resultiert ein häufiger Personalwechsel auf der Ebene der Mobilitätshelfer, mit dem die Projektleiter kontinuierlich umgehen müssen. Konkret erfordert dies fortlaufend die Einarbeitung neuer Mitarbeiter sowie eine Konzipierung und Umsetzung von Projektstrukturen, die dieser Fluktuation standhalten.

Neben dem senatsgeförderten Dienst gibt es in jedem Bezirk einen oder mehrere Dienste, die sich ausschließlich über das Arbeitsförderungsgesetz finanzieren und ebenfalls Mobilitätshilfe anbieten.

Kooperation und Koordination

Ein wesentliches Merkmal der Berliner Mobilitätshilfedienste ist die Form ihrer Kooperation: Die derzeit insgesamt 42 Dienste unter Trägerschaft von 18 verschiedenen Verbänden und Vereinen[1] sind über die Koordinationsstelle der Berliner Mobilitätshilfedienste beim Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg e.V. vernetzt.[2] Die Koordinationsstelle arbeitet trägerübergreifend und hat die Aufgabe, die Dienste in fachlicher, organisatorischer und finanztechnischer Hinsicht zu beraten sowie die Interessen der Klientel und der Projekte zu vertreten. Sie hat jedoch keine kontrollierende Funktion gegenüber den Projekten und Trägern. Lediglich die zuwendungsgeförderten Dienste haben, festgelegt durch ihren Zuwendungsbescheid, die Auflage, mit der Koordinationsstelle zu kooperieren.

Einmal monatlich findet eine Koordinatorenrunde statt, in der sich die Projektleiter fachlich austauschen, gemeinsame Aktivitäten planen und von der Koordinationsstelle über neue Entwicklungen informiert werden. Weitere Arbeitsgruppen werden themenspezifisch angeboten (z.B. zum Thema Öffentlichkeitsarbeit). Darüber hinaus organisiert die Koordinationsstelle einmal jährlich eine zweitägige Fachtagung, die der vertiefenden Bearbeitung ausgewählter Fragestellungen dient. Mehrmals im Jahr werden Fortbildungen für die unterschiedlichen Mitarbeitergruppen angeboten; monatlich finden Einführungsveranstaltungen statt, in denen neue Mitarbeiter für den Umgang mit älteren und behinderten Menschen geschult werden und ein Rollstuhltraining und Übungen zum Führen blinder Menschen absolvieren. Die Projektleiter der senatsgeförderten Dienste nehmen kontinuierlich an der Koordinatorenrunde teil, während die Projektleiter der durch das Arbeitsamt geförderten Dienste aufgrund befristeter Arbeitsverträge oder befristeter Projekte häufig nur für die Dauer eines Jahres an dieser Runde teilnehmen können.

Zu den Aufgaben der Koordinationsstelle gehört auch die Entwicklung eines Qualitätsmanagementsystems gemeinsam mit den Projekten, das im Folgenden vorgestellt werden soll.

---

1 Erhebung im Januar 1999.

2 Die Finanzierung der Koordinationsstelle erfolgt ebenfalls über die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales.

Die Erarbeitung des Qualitätshandbuchs – Die Fachtagungen 1995 und 1996

Nachdem im Rahmen der Fachtagung „Philosophie der Mobilitätshilfe/Modell Berlin“ im Oktober 1995 von den Projektleitern eine Philosophie im Sinne eines gemeinsamen Selbstverständnisses der Berliner Mobilitätshilfedienste entwickelt worden war, in die unterschiedliche Erwartungshaltungen der Klientel, der Zuwendungsgeber und verschiedener Kooperationspartner integriert worden waren, beschlossen die Teilnehmer der Fachtagung im Oktober 1996, noch im Rahmen dieser Tagung mit der Erarbeitung eines Qualitätshandbuchs zu beginnen, in dem das Leistungsprofil und die Qualitätsstandards konkretisiert werden sollten. Themen, die das Qualitätshandbuch beinhalten sollte, wurden bereits festgelegt und man begann, in Arbeitsgruppen Musterbogen für einzelne Aufgabengebiete zu bearbeiten.

Die Erstellung der Qualitätsbogen wurde von Diskussionen über die Verbindlichkeit der Standards und die Notwendigkeit bzw. Sinnhaftigkeit einer differenzierten und vollständigen Auflistung der Qualitätsmerkmale und Arbeitstechniken begleitet. Zeitweise schien den Projektleitern die Aufgabe nicht zu bewältigen zu sein, da ihnen immer neue Aufgabenfelder und Arbeitsinhalte bewusst wurden, die eine detaillierte Beschreibung erfordern würden. Trotzdem konnten letztendlich ca. 40 Qualitätsbogen erarbeitet werden, die einen wesentlichen Teil des Qualitätshandbuchs bilden sollten. Vor allem die Gründung einer Arbeitsgruppe, die sich ausschließlich dem Thema Qualitätsentwicklung widmete, erwies sich dafür als vorteilhaft.

Das „Praxisorientierte Qualitätshandbuch“ für die Berliner Mobilitätshilfedienste

Bereits im Januar 1997 erschien das *Praxisorientierte Qualitätshandbuch* für die Berliner Mobilitätshilfedienste. Es sollte zum einen der Orientierung der Projektleiter und Mitarbeiter in der täglichen Praxis, zum anderen der Darstellung der Projektarbeit nach außen dienen.

Das 84 Seiten umfassende Qualitätshandbuch ist in neun Kapitel gegliedert. Im ersten Kapitel wird die Organisationsstruktur der Berliner Mobilitätshilfedienste beschrieben. Darüber hinaus enthält es ein Faltblatt und einen Artikel zum Modell der Mobilitätshilfedienste. Im zweiten Kapitel werden die Grundsätze der Arbeit erläutert, während sich das anschließende Kapitel der Porträtierung der Klientel und der Bedarfsanalyse widmet. Die für die Arbeit nötigen Rahmenbedingungen werden im vierten Kapitel beschrieben. Diese werden unterschieden in finanzielle Ausstattung, infrastrukturelle Rahmenbedingungen, organisatorische trägerinterne Rahmenbedingungen sowie personelle Voraussetzungen. Die Qualifizierung der Mitarbeiter steht im Mittelpunkt des fünften Kapitels. Neben der Nennung wichtiger Fortbildungsthemen sind hier auch Rahmenpläne für

umfassendere Qualifizierungsmaßnahmen (im Rahmen von ABM-Projekten) abgebildet. Das sechste Kapitel enthält Stellenbeschreibungen für Projektleitung, Einsatzleitung und Mobilitätshelfer, die die Grundlage für eine professionelle, klar definierte und strukturierte Arbeit bilden. Der Leistungskatalog (*Kapitel 7*) unterteilt die Leistungen der Mobilitätshilfedienste in einen Kernbereich und ergänzende psychosoziale Angebote. Darüber hinaus werden ausgeschlossene Dienstleistungen benannt. Den mit ca. 40 Seiten umfangreichsten Teil des Qualitätshandbuchs bildet das achte Kapitel, „Qualitätsmerkmale, Methoden der Umsetzung, Kontrollinstrumente". Gegliedert in die Teile A (Mobilitätshelfer), B (Einsatzleiter) und C (Projektleiter) und wiederum unterteilt in verschiedene Arbeitsbereiche, enthält es für jedes der benannten Aufgabengebiete einen Qualitätsbogen[3], in dem Qualitätsmerkmale und Ziele des Arbeitsprozesses, Methoden, Arbeitstechniken bzw. Instrumente zur Zielerreichung sowie Möglichkeiten der Dokumentation und Qualitätskontrolle beschrieben werden. Sofern für das jeweilige Aufgabengebiet Formulare vorliegen, die in der Praxis bereits verwendet werden, sind diese den Qualitätsbogen unmittelbar angefügt. Im neunten Kapitel werden schließlich die Aufgaben der Koordinationsstelle dargestellt.

Um sicherzustellen, dass das Buch nicht als abgeschlossenes Werk betrachtet und nach kurzer Zeit keine Beachtung mehr finden würde, wurde neben dem gebundenen Exemplar eine interne Loseblattsammlung konzipiert, die offen für fortlaufende Veränderungen und Ergänzungen sein sollte.

Vorübergehend schien es in dieser Phase endlich „Ordnung" zu geben, doch schon bald fielen den Beteiligten Themen auf, um die das Qualitätshandbuch ergänzt werden müsste. In erster Linie waren die Projektleiter jedoch stolz auf ihr Werk und die Dokumentation ihres Tätigkeitsbereichs.

Bewertung des Qualitätshandbuchs: Die „Dialogbogen"

Im Juli 1997, ein halbes Jahr nach Erscheinen des Qualitätshandbuchs, entwickelte die Mobilitätshilfe-Konzept-AG, die fortan in sechswöchigem Rhythmus – unter Teilnahme jeweils eines Projektleiters von jedem Träger – stattfinden sollte, einen zweiseitigen Dialogbogen; mit diesem Dialogbogen wurden die Projektleiter anonym zur Verwendung bzw. Verwendbarkeit des Qualitätshandbuchs befragt. Darüber hinaus wurden sie gebeten, Ergänzungsvorschläge und Unterstützungswünsche zu notieren.

Etwa drei Viertel der Projektleiter beteiligten sich an der Umfrage, die überwiegend begrüßt wurde. Die Auswertung der 32 Bogen ergab, dass die Projektleiter das Buch vorwiegend zur Anleitung und Qualifizierung der Mitarbeiter im Rahmen von Einzelgesprächen oder Teamsitzungen nutzten, des Weiteren zur Information und Beratung der Klientel und

3 Die vom Arbeitskreis Qualitätssicherung bei SEKIS (Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle; vgl. Kapitel *3.14*) entwickelten Qualitätsbogen wurden von den Berliner Mobilitätshilfediensten für ihren Arbeitsbereich modifiziert und weiterentwickelt.

deren Angehörigen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass die Qualitätsbogen mit den differenzierten Beschreibungen der einzelnen Aufgabengebiete als der hilfreichste Teil des Buches angesehen wurden. Daneben fand das Buch bei der Klärung von Kompetenzen und als Grundlage für konzeptionelle Arbeit und Berichte Verwendung. Problematisiert wurde der hohe Zeitaufwand für die Umsetzung der Qualitätsstandards und – von einem Teil der Projektleiter – das Problem der fehlenden Perspektive, was auf befristete Arbeitsverträge zurückgeführt wurde.

Nach ihren Wünschen zur Unterstützung bei der Nutzung des Qualitätshandbuchs befragt, äußerten die Projektleiter vor allem den Wunsch nach fachlichem Austausch mit Kollegen im Sinne eines Voneinander-Lernens. Die Verbindung von Theorie und Praxis bzw. die „Auffüllung des Gerüsts mit praxisbezogenen Beispielen“[4] wurde gefordert. Darüber hinaus wurde der Wunsch nach einheitlichem Auftreten der Projekte und nach mehr Öffentlichkeitsarbeit geäußert. Ferner wurde vorgeschlagen, ein Verzeichnis mit Kontaktadressen von Dozenten zu erstellen und Fortbildungsmaterialien zu sammeln, um die Organisation und Durchführung von Teamsitzungen und Fortbildungen zu erleichtern.

Die Ergebnisse der Befragung waren maßgeblich für die weitere Entwicklung des Qualitätsmanagementsystems der Mobilitätshilfedienste.

Im Rahmen der Fachtagung im November 1998 wurde der Stand der Qualitätsentwicklung reflektiert. Anhand gängiger Modelle und von Literatur zur Qualitätsentwicklung (z.B. Meinhold 1997) wurde diskutiert, welche Bausteine in der nächsten Zeit bearbeitet bzw. in das System der Qualitätsentwicklung der Berliner Mobilitätshilfedienste integriert werden sollten. Dabei wurden auch Methoden vorgestellt, die andere Projekte/Institutionen bereits entwickelt hatten und die als Grundlage für die Erarbeitung eigener Methoden genutzt werden konnten. Es kristallisierten sich drei Fragen heraus:

(1) Wie kann die Zufriedenheit der Klienten kontinuierlich und systematisch erfragt werden?
(2) Wie können die Mitarbeiter der Mobilitätshilfedienste besser in das Qualitätsentwicklungssystem eingebunden werden bzw. wie können Qualitätsstandards an sie vermittelt werden?
(3) Wie können die Projektleiter für kontinuierliche Selbstreflexion bzgl. einzelner Aufgabengebiete sorgen?

Die nachfolgend beschriebenen Maßnahmen wurden in ihren Ansätzen auf der Fachtagung erarbeitet und im Anschluss weiter konkretisiert.

In dieser Phase konnte festgestellt werden, dass die Motivation der Projektleiter, sich mit dem Thema Qualität zu beschäftigen, weiterhin sehr hoch war, dass es jedoch immer wieder darum ging, das Mögliche zu bestimmen und die Grenzen des Machbaren zu thematisieren, um Überforderung bzw. zu hohe Selbstansprüche zu vermeiden und

4 Zitat aus einem der Dialogbogen.

Ansprüche Dritter (in erster Linie Zuwendungsgeber) zu relativieren. Die Projektleiter betonten, dass sie vor allem die Anwendung des Qualitätshandbuchs fördern und eine weitere Differenzierung und Ergänzung des Buches zunächst zurückstellen wollten.

Die Frage nach der Vermittlung der Inhalte des Qualitätshandbuchs an die Mitarbeiter macht deutlich, dass der gesamte Prozess bis zu diesem Zeitpunkt sehr auf die Leitungsebene zentriert war und die Vermittlung und Diskussion der Qualitätsstandards an die Mitarbeiter den Projektleitern überlassen blieb. Dieses Vorgehen resultierte sicher aus der hohen Fluktuation auf der Mitarbeiterebene. Dies schuf Probleme, die vermieden worden wären, hätte man die Mitarbeiter von Anfang an einbezogen. Vor allem auf die Problematik der mangelnden Identifikation der Mitarbeiter mit dem Qualitätshandbuch sei hier hingewiesen.

Weitere Schritte

Als Ergebnis der Fachtagung im November 1998 wurde – ausgehend von der Frage, wie die Zufriedenheit der Klientel kontinuierlich erfasst und die Leistung des Mobilitätshilfedienstes überprüft werden könnte – ein neues Klientenaufnahmesystem entwickelt. Als Bestandteil der monatlich stattfindenden Koordinatorenrunde wurde eine Einheit „Qualität konkret“ konzipiert, um den ständigen Austausch der Projektleiter zu praxisbezogenen Themen der Qualitätsentwicklung zu fördern. Ferner wurden zwei Leitfäden für Mobilitätshelfer und Einsatzleiter entwickelt, die vor allem neuen Mitarbeitern einen kurzen Überblick über ihre Aufgaben und die an sie gerichteten Erwartungen geben sollten. Die Leitfäden sollten die Qualitätsbogen für diese Bereiche nicht ersetzen, sondern den Zugang zu ihnen erleichtern.

Klientenaufnahmesystem

Zu den Standards der Mobilitätshilfedienste gehört es, ein ausführliches Aufnahmegespräch mit dem Klienten zu führen, bevor dieser das erste Mal begleitet wird. Der neue Aufnahmebogen ermöglicht den Projektleitern, bereits mit der Aufnahme des Klienten über die ausführliche Erfassung seiner Lebenssituation hinaus Ziele für die Betreuung zu definieren. Zu den Zielen kann – neben den Aspekten, die die Mobilisierung betreffen – auch die Vermittlung weiterer Hilfeleistungen (Sozialstationen, fahrbarer Mittagstisch) gehören. Dieser Bereich wurde bisher nicht erfasst, stellt aber ein wichtiges Leistungsangebot dar.

Anhand eines Kontrollbogens ist es möglich, nach dreimonatiger Betreuungszeit zu überprüfen, inwiefern diese Ziele erreicht wurden und wie sich der gesundheitliche und soziale Zustand des Klienten verändert hat. Dies kann im Rahmen einer Teamsitzung mit den Mobilitätshelfern diskutiert werden und/oder bei einem Hausbesuch oder Telefonat mit dem Klienten thematisiert werden. Dabei wird auch die Zufriedenheit des Klienten erfasst. Das Klientenaufnahmesystem ermöglicht eine kontinuierliche Auswertung der Arbeit am Klienten und die Erfassung der Zufriedenheit der Klientel.

Eine erste (unsystematische) Auswertung des Systems im Herbst 1999 ergab, dass die Projektleiter mit Hilfe des neuen Aufnahmebogens mehr Informationen bekamen als bisher und dies als sinnvoll betrachteten. Vereinzelt wurden Verbesserungsvorschläge erarbeitet. Die Verwendung des Kontrollbogens bereitete vor allem aufgrund des Zeitaufwands noch Schwierigkeiten. Projektleiter, die die Bogen im Rahmen von Teamsitzungen verwendet hatten, berichteten, dass sie von den Mitarbeitern überwiegend begrüßt wurden. Diese fühlten sich in ihrer Arbeit dadurch ernster genommen und zeigten Interesse daran, die Entwicklungen „ihrer" Klienten zu betrachten und damit auch eigene Erfolge besser wahrnehmen zu können.

Auch die Klienten reagierten positiv, wenn sie nach ca. drei Monaten zu ihrer Zufriedenheit, ihren Wünschen und der eigenen Einschätzung ihrer Situation (vor allem hinsichtlich Mobilität) befragt wurden. Dies geschah bisher überwiegend telefonisch. Das System wird von den Projektleitern als wichtige Neuerung im Qualitätsentwicklungsprozess angesehen, da erstmals wirklich Aussagen über die qualitativen Aspekte der Arbeit getroffen werden können. Es besteht großes Interesse an der Weiterentwicklung des Systems, die zu einer leichteren Handhabung im Arbeitsalltag führen soll.

„Qualität konkret"

Ziel dieser Einheit ist es, die Qualitätskriterien präsent zu halten und auf praktische Probleme anzuwenden. Da keine weitere Arbeitsgruppe geschaffen werden sollte, wurde die Einheit „Qualität konkret" in die bereits bestehende Koordinatorenrunde integriert. Sie umfasst jeweils eine halbe Stunde, in der die Projektleiter in Kleingruppen aus vier bis fünf Personen eine selbst gewählte Fragestellung diskutieren (z.B. Umgang mit alkoholabhängigen Klienten, Kontrolle der Mitarbeiter). Die Ergebnisse der einzelnen Kleingruppen werden im Plenum vorgetragen und in das Protokoll aufgenommen. Es wird nicht der Anspruch erhoben, die Probleme umfassend zu diskutieren oder zu lösen. Vielmehr geht es häufig darum, ein Problembewusstsein zu schaffen oder das Augenmerk der Projektleiter für die nächste Zeit auf ein spezielles Arbeitsgebiet zu lenken. Die bereits bestehenden Lösungsversuche einzelner Projektleiter werden zusammengetragen. Darüber hinaus fördert die Diskussion in Kleingruppen den Kontakt der Projektleiter untereinander. Sie erhalten voneinander Anregungen für die Gestaltung ihrer Arbeit und die Lösung von Problemen in ihrem Projekt. Sollte sich aus der Diskussion ergeben, dass das Problem eine andere Form der Bearbeitung erfordert, kann ihm im Rahmen der nächsten Koordinatorenrunde oder der Mobilitätshilfe-Konzept-AG (ggf. auch in einer Fortbildung) Zeit eingeräumt werden.

Etwa ein Jahr nach Einführung der Einheit „Qualität konkret" ließ sich feststellen, dass sich die Arbeitsform etabliert hatte und Projektleiter offener mit ihren Fragestellungen an ihre Kollegen herantraten. Im Rahmen der Kleingruppen wurden mitunter angeregte Diskussionen geführt. Zeitweise war es schwierig, angesichts vieler anderer Themen dafür zu sorgen, dass der Einheit im Rahmen der Koordinatorenrunde mindestens eine halbe Stunde vorbehalten blieb.

Das Patenschaftsmodell

Ein Problem ergab sich relativ bald nach Erscheinen des Qualitätshandbuchs: Während die an seiner Erstellung Beteiligten die Inhalte gut kannten und auf dieser Basis fachliche Diskussionen führen konnten, fiel es neuen Projektleitern innerhalb der Koordinatorenrunde schwer, auf dem gleichen Wissensstand mitzudiskutieren. Daher musste ein Verfahren entwickelt werden, um neue Teilnehmer an die Inhalte des Qualitätshandbuchs und die Arbeitsform der Mobilitätshilfedienste heranzuführen. Es wurde ein Patenschaftsmodell entwickelt, nach dem sich neue Projektleiter an bereits bestehende Projekte (nach Möglichkeit im selben Bezirk) wenden können und dort über die Struktur der Mobilitätshilfedienste, das Qualitätshandbuch, günstige Organisationsformen für den Dienst etc. informiert werden. Die Umsetzung erweist sich bislang noch als schwierig, wobei die Gründe dafür nicht ausreichend analysiert wurden. Von Bedeutung scheint die Frage des Erstkontakts neuer Projekte mit den etablierten Projekten zu sein.

Sammlung von Themen für Teamsitzungen

Seit Mitte 1999 werden von den Projekten Unterlagen zu verschiedenen (wiederkehrenden) Fortbildungsthemen zusammengetragen, die an zentraler Stelle aufbewahrt und von allen genutzt werden können. Dies soll es den Projektleitern erleichtern, Teamsitzungen und Fortbildungen vorzubereiten. Darüber hinaus wird ein Katalog darüber erstellt, welche Fortbildungsmaterialien (z.B. Videos) ausgeliehen werden können und an welche Dozenten man sich wenden kann. Ziel dieser Maßnahme ist es, die vorhandenen Ressourcen der einzelnen Projekte zu bündeln.

Abschließende Bewertung

Ein wesentlicher Erfolg des beschriebenen Modells der Qualitätsentwicklung kann darin gesehen werden, dass die Projektleiter seither ihre Arbeit kontinuierlich systematisch auswerten und weiterentwickeln. Dies hat sich als zentraler Bestandteil der Arbeit etabliert. Bei der Lösung von Problemen innerhalb ihres Projekts können die Projektleiter nun stärker auf die Erfahrungen ihrer Kollegen und auf verbindliche Standards zurückgreifen.

Die Tatsache, dass ein eigenes Modell ohne Experten von außen entwickelt wurde, das zudem größtenteils ohne die gängigen Schlagworte des Qualitätsmanagements auskommt, hat zu einem größeren Selbstbewusstsein der Beteiligten geführt. Dieses wurde durch die Bekanntheit des Qualitätshandbuchs noch gefördert. Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales beispielsweise verwies in ihren Leitlinien für die künftige Seniorenpolitik (1999) ausdrücklich auf das Modell der Qualitätsentwicklung der Berliner Mobilitätshilfedienste und hob den „erreichten hohen Qualitätsstandard (Leistungskriterien, Schulung, praxisorientiertes Qualitätshandbuch)“ besonders hervor.

Das Qualitätshandbuch bildet seit seinem Erscheinen die Grundlage für eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und kann darüber hinaus von jedem einzelnen Projekt genutzt

werden, wenn es darum geht, Sachberichte o.Ä. zu schreiben. In einem Fall war es den Mobilitätshilfediensten möglich, auf ein von der Senatsverwaltung entwickeltes Modell eines neuen Sachberichts Einfluss zu nehmen.

Die Einbeziehung der Mitarbeiter in den Prozess der Qualitätsentwicklung ist aus Sicht der Verfasserin noch nicht zufriedenstellend gelöst. Als Führungsinstrument hat sich das Qualitätshandbuch jedoch bewährt. Eine Möglichkeit der Diskussion und Bewertung der Arbeit mit den Mitarbeitern könnte nach ersten Erfahrungen das Klientenaufnahmesystem darstellen, das in jedem Fall weiterentwickelt werden soll. Auch weiterhin ist Qualität in dem System der Mobilitätshilfedienste nicht messbar. Dies hat zur Folge, dass immer noch auf rein quantitative Angaben zurückgegriffen wird, wenn es um die Vergleichbarkeit der Dienste geht. Die Benennung der einzelnen Aufgabengebiete im Qualitätshandbuch macht es für Zuwendungsgeber leichter, eine Diskussion darüber zu führen, welche Leistungen unbedingt erforderlich sind und welche aus ihrer Sicht reduziert werden könnten. Hier müssen die Projekte darstellen, dass es sich trotz der zergliederten Darstellung um zusammenhängende Aufgaben handelt.

Ernüchternd ist die Feststellung, dass sich die Diskussion über notwendige Rahmenbedingungen auch mit Hilfe eines Qualitätshandbuchs nicht leichter führen lässt. Es besteht eine Diskrepanz zwischen den Erwartungen der Zuwendungsgeber an die Qualität der Leistungen und ihrer Bereitschaft, für entsprechende Rahmenbedingungen zu sorgen. Die aus mangelhaften Rahmenbedingungen resultierenden Grenzen der Qualitätsentwicklung müssen daher fortlaufend thematisiert werden – zum einen, um Forderungen der Zuwendungsgeber in Hinblick auf weitere Erfolge zu relativieren, zum anderen, um die an der Qualitätsentwicklung Beteiligten zu entlasten.

Am Ende dieses Beitrags steht daher auch die Empfehlung an Projekte, die mit dem Prozess der Qualitätsentwicklung beginnen wollen, von Anfang an und kontinuierlich zu diskutieren, was für sie im Hinblick auf Qualitätsentwicklung sinnvoll und machbar ist. Um zu verhindern, dass die Verantwortung für Qualitätsentwicklung ausschließlich den Projekten zugeschrieben wird, sollte der Prozess immer eine politische Komponente beinhalten, die darauf zielt, die notwendigen Rahmenbedingungen einzufordern. Dieser Aspekt bleibt in der gängigen Diskussion über Qualitätsentwicklung häufig unbeachtet.

Literatur

Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (1999): *Leitlinien für die künftige Seniorenpolitik.* Berlin.

Koordinationsstelle für die Berliner Mobilitätshilfedienste / Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (1997): *Praxisorientiertes Qualitätshandbuch.* Berlin (2. Ausgabe 1999, begründet von Georg Steinhoff, überarbeitet von Sonja Kubisch).

Meinhold, M. (1997): *Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit.* Freiburg: Lambertus.

3.10 Vergleichsweise immer besser

Qualitätsmanagement und Benchmarking in niedersächsischen Suchtberatungsstellen

Heinz Lutter

Die Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren

Die Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren ist Anwalt für Menschen mit Suchtproblemen. Ihre Mitglieder sind die Verbände der freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen und Verbände der Selbsthilfe. Diese sorgen durch spezifische Einrichtungen oder Tätigkeiten dafür, dass Menschen mit Suchtproblemen frühzeitig persönlich angemessene und wirksame Hilfen erhalten.

Die Geschäftsstelle der Landesstelle wird durch Landesmittel finanziert. Dies macht es möglich, eine effektive Suchtkrankenhilfe zu organisieren und auf Landesebene die Weiterentwicklung der Hilfen im Dialog mit allen Sozialpartnern zu fördern. Hauptsächlich geschieht dies durch die organisatorische Beratung von Einrichtungen und ihre Vernetzung, durch die Entwicklung wirksamer Hilfekonzepte und ihre Evaluation sowie durch Fachtagungen und Publikationen. Ein über die Landesgrenzen hinaus beachteter Beitrag ist die Einführung von Qualitätsmanagement/Benchmarking in Suchtberatungsstellen.

Ausgangslage und Motivation der Suchtberatungsstellen für Qualitätsentwicklung

Suchtberatungsstellen gibt es in allen Kommunen und Landkreisen in Niedersachsen, wenn auch nicht überall gleich häufig. Um eine möglichst wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, sind die Suchtberatungsstellen im Flächenland Niedersachsen dezentral angelegt. Einige der Hauptstellen unterhalten an anderen Orten Nebenstellen, die für mehr oder weniger lange Zeit besetzt sind.

Zusammen mit den stationären Therapieeinrichtungen sind die 126 Suchtberatungsstellen eine wichtige Säule im System der Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen. Ihre Träger sind Kirchengemeinden oder gemeinnützige Vereine, die bis auf zwei Ausnahmen einem Wohlfahrtsverband angehören und unter dem Dach der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren vereint sind. Derzeit gibt es über 80 verschiedene Träger.

Die meisten Suchtberatungsstellen sind Kleinstbetriebe, die von ehrenamtlichen Vorständen geführt werden. Sie verfügen lediglich über drei bis fünf Fachpersonalstellen, zumeist

Sozialarbeiter und Sozialpädagogen. Psychologen und Ärzte sind deutlich seltener vertreten und in vielen Fällen nur stundenweise beschäftigt. Die Leitungskräfte der Suchtberatungsstellen sind in der Regel aus den Fachteams hervorgegangen und verfügen nur selten über spezifisches Führungswissen.

Diese organisatorischen und personellen Gegebenheiten sind für Qualitätsentwicklungsprozesse in Suchtberatungsstellen ebenso von Bedeutung wie deren Finanzierungsgrundlage. Obwohl die Anzahl der Suchtberatungsstellen in den letzten fünfzehn Jahren stark zugenommen hat, ist ihre Finanzierung eher unsicher. Suchtberatungsstellen werden hauptsächlich durch Zuwendungen des Landes (ca. 25%) und der Kommunen (ca. 40–60%) sowie zumeist durch Eigenmittel der Träger finanziert. Nur wenige von ihnen erwirtschaften im nennenswerten Umfang Drittmittel, zum Beispiel durch ambulante Rehabilitation, „Führerscheingruppen" oder Vorträge.

In Zeiten angespannter öffentlicher Haushalte geraten Suchtberatungsstellen unter einen starken Finanzierungs- und Legitimationsdruck. Die Entscheidungsträger in den Kommunen wissen, was ihre Suchtberatungsstellen kosten, aber es ist ihnen nicht immer gleichermaßen deutlich, was diese leisten oder bewirken. Diese mangelnde Transparenz oder Akzeptanz der tatsächlich erbrachten Leistungen ist für die Zuwendungsgeber ärgerlich, für die Zuwendungsempfänger ist sie existenzbedrohend.

Die Zuwendung des Landes und der Kommunen ist eine so genannte freiwillige Leistung – und dieser Leistungstypus steht bekanntlich zuallererst zur Disposition, wenn es darum geht, zu sparen. Tatsächlich haben bereits einige Kommunen und Landkreise ihre Zuwendungen für Suchtberatungsstellen gekürzt, die Landeszuwendung hingegen ist noch stabil.

Auf diese bedrohliche Situation hat die Geschäftsstelle der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren reagiert. Sie hat die Suchtberatungsstellen über das Zuwendungsrecht informiert und die Möglichkeiten beraten, sich zusätzliche Mittel durch Erweiterung des Dienstleistungsspektrums zu erschließen. Darüber hinaus hat sie Trainings für Leitungskräfte durchgeführt, einrichtungsübergreifende Qualitätszirkel (Lutter 1997) etabliert und den Suchtberatungsstellen einen Katalog von Kriterien an die Hand gegeben, mit denen sie ihre Leistungen umfassend und nachvollziehbar beschreiben können (DHS 1998).

Hierdurch ist in den niedersächsischen Suchtberatungsstellen das Interesse an Qualitätsentwicklung deutlich gestiegen. Allerdings haben die personellen Ressourcen der Geschäftsstelle nicht ausgereicht, um ein umfassendes Qualitätsmanagement in allen Suchtberatungsstellen einzuführen. Ohne zusätzliche Landesmittel blieb es zunächst bei einzelnen Impulsen sowie einer episodischen und eher uneinheitlichen Anwendung des vermittelten Management-Know-hows.

Dies weist darauf hin, dass die Einführung von Qualitätsmanagement in einer Vielzahl dezentral angelegter und rechtlich selbständiger Organisationen eines starken Impulses bedarf, der langfristige Maßnahmen nach sich zieht. „Instant-Lösungen" sind – nicht zuletzt wegen der gewachsenen Kommunikationsmuster und Problemlösungsstrategien sowie der heterogenen Ausgangssituationen der Suchtberatungsstellen – nicht zu erwarten.

Wie Probleme erkannt und gelöst werden, folgt in vielen Fällen mehr gruppendynamischen Prozessen der Teamentwicklung als einer echten Orientierung an den Bedarfen der unterschiedlichen Kunden einer Beratungsstelle. Was Suchtkranke und ihre Angehörigen, was die Zuwendungsgeber und die Sozialversicherungen oder was die allgemeine Öffentlichkeit von der jeweiligen Suchtberatungsstelle erwarten, wird üblicherweise nicht umfassend, regelmäßig und systematisch genug erhoben, um hierauf zielführende Steuerungsprozesse zu gründen.

Zudem weist die Arbeit in der Regel einen eher rudimentären Grad formaler Organisation auf. Stellenbeschreibungen für die Mitarbeiter oder Leiter sind eher Ausnahmen als die Regel, ebenso operationalisierte Jahresziele für Einzelne oder für Teams. Eine spürbare und verantwortungsvolle Führungsrolle auszuüben, ist in vielen Suchtberatungsstellen tabu. Mit dem geringsten Widerstand können jene Leiter rechnen, die sich verhalten wie die anderen Teammitglieder auch. Weil gerade kleine Teams darauf angewiesen sind, dass ihre einzelnen Mitglieder gut miteinander auskommen, wird zudem häufig vermieden, offen über Leistungsanforderungen zu sprechen oder erbrachte Leistungen ernsthaft zu messen und zu überprüfen. Wo dies trotzdem versucht wird, fehlen in der Regel Bewertungsmaßstäbe oder Vergleichsmöglichkeiten.

Gleichwohl oder gerade aus den genannten Gründen neigen die meisten Suchtberatungsstellen dazu, ihre eigene Arbeitspraxis als überdurchschnittlich gut anzusehen. Fast alle sind überzeugt, sie könnten sich im Vergleich mit anderen durchaus sehen lassen (Lutter 1998). Eine tatsächliche und systematische Vergleichsmöglichkeit und zugleich die Chance, von anderen zu lernen, wurde erst durch die Einführung des Modellprojekts „Qualitätsmanagement/Benchmarking in Suchtberatungsstellen" geschaffen.

Konzeption und Planung des Modellprojekts

Die Idee, in niedersächsischen Suchtberatungsstellen ein umfassendes Qualitätsmanagement mit der Möglichkeit zu einem Benchmarking einzuführen, kam von außen – präziser gesagt, aus der Arbeitsgruppe „Sozialbilanz" beim damaligen Sozialministerium und heutigen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales. Im Herbst 1996 schlug der Drogenbeauftragte der Landesregierung, Lothar Rimpl, der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren ein Modellprojekt vor, das zugleich die Arbeit der Suchtberatungsstellen langfristig absichern und weiterentwickeln sowie die Probleme des Landes lösen sollte, Sozialpolitik auch unter dem zunehmenden Kostendruck öffentlicher Haushalte zu finanzieren.

Stephan von Bandemer (BPC – Gesellschaft für Forschung und Beratung) und Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover) legten ein Konzept zur Einführung eines umfassenden und systematischen Qualitätsmanagements in Suchtberatungsstellen vor (Bandemer/Blanke 1997), dessen Ziel es ist, im Kundeninteresse einen Wettbewerb um Leistungsverbesserungen auszulösen. Hierbei spielt das Lernen von den besten Lösungen anderer eine wesentliche Rolle.

Unter Moderation der Geschäftsstelle der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren hat sich eine Steuerungsgruppe aus Vertretern des Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales, der Landesstelle (Vorstand und Einrichtungsvertreter) und der wissenschaftlichen Begleitung gebildet, die das Konzept, seine Umsetzung und seine Fortführung nach einer Modellphase intensiv beraten hat. Von zentraler Bedeutung war die Diskussion um die Vor- und Nachteile verschiedener Managementmodelle und -philosophien sowie ihre Angemessenheit und ihre Passgenauigkeit für die Bedarfe und die Belange von Suchtberatungsstellen. Sie soll kurz skizziert werden, wobei *Abbildung 1* hierfür eine Orientierung bieten kann.

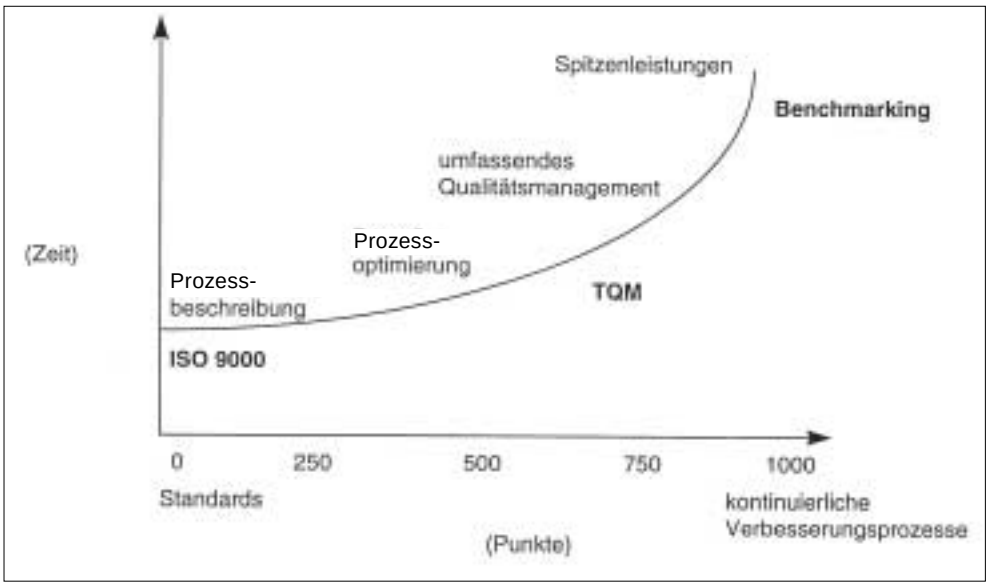

Abb. 1: Managementmodelle und -philosophien

Nach eingehender Diskussion hat sich die Steuerungsgruppe darauf verständigt, dass die Einleitung von Verbesserungsprozessen und nicht etwa das Beschreiben von Ist-Zuständen im Zentrum des Projekts stehen sollte. Dies war eine richtungsweisende und weiterführende Entscheidung. Ob Leistungen ihr Geld wert sind, kann man durch gute Dokumentationen möglicherweise besser beurteilen. Aber die Dokumentation selbst trägt nur in geringem Umfang dazu bei, Leistungen effizient und effektiv zu generieren, und genau darauf kam es der Steuerungsgruppe an.

Ein zweiter progressiver Aspekt war die Verständigung darüber, dass darauf verzichtet wurde, eine Standardisierung der Leistungen von Suchtberatungsstellen anzustreben. Angesichts der Heterogenität der Beratungsstellen und auch der regionalen Bedarfe wäre der hierfür erforderliche Aufwand deutlich größer als der zu erwartende Nutzen – vorausgesetzt, dieses Vorhaben wäre überhaupt realisierbar. Zweifel an der Realisierbarkeit eines solchen Vorhabens hat z.B. der Verband der deutschen Rentenversicherungsträger (VDR) angemeldet. In seiner Klassifikation therapeutischer Leistungen (VDR 1998) hat er festgestellt, dass sich nach übereinstimmender Auffassung aller Fachleute der Kernprozess therapeutischer Hilfe nicht standardisieren oder auch nur standardisierend abbilden lässt. Dieser Erkenntnis ist die Steuerungsgruppe gefolgt.

Überdies sind Zertifizierungsverfahren als Endpunkte einer Standardisierung sehr bürokratisch, aufwendig und teuer. Sie stellen die Dokumentation und die Gleichförmigkeit von Prozessen in den Mittelpunkt der Qualitätssicherung, nicht aber das Streben nach kontinuierlichen oder gar umfassenden Verbesserungen.

Unter dem Aspekt der Systemsteuerung ist hinzuzufügen, dass das Land mehr Probleme bekommen als lösen würde, wenn es den Suchtberatungsstellen über den Bereich der Strukturqualität (Personal, Ausstattung) hinaus Qualitätsstandards setzen und diese zur Fördervoraussetzung erklären würde. Zum einen hätte es nicht genügend qualifiziertes Personal, um die Einhaltung der Standards wirklich zu kontrollieren, und zum anderen weiß man, dass die Aussagekraft gelieferter Daten darunter leiden kann, wenn die Lieferanten Sanktionen fürchten müssen. Man erhielte Daten von zweifelhafter Aussagekraft und würde Widerstände produzieren, wo konsensuale Lösungen allemal sinnvoller sind. Auch dies war für die Steuerungsgruppe bedeutsam.

Ein Weiteres kommt hinzu: Sofern der Zuwendungsgeber die Standards sehr anspruchsvoll formuliert, besteht die Gefahr, dass viele Zuwendungsempfänger aus der Förderung herausfallen, weil sie die geforderten Standards nicht erfüllen. Dies könnte zum Wegfall gewachsener Hilfestrukturen führen – und auf den Abzug von Eigenmitteln, mit denen viele Träger dieses Hilfesegment stützen. Legt hingegen der Zuwendungsgeber die Messlatte niedriger, um diesen unerwünschten Effekt zu vermeiden, könnten zwar die meisten Beratungsstellen die geforderten Qualitätsstandards erfüllen, es fände aber eine Orientierung am unteren Durchschnitt statt. Eine Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität wäre auf diese Art nicht zu erzielen.

Aus diesen Gründen hat sich die Steuerungsgruppe dem Vorschlag der wissenschaftlichen Begleitung angeschlossen, einen Qualitätsentwicklungsprozess zu initiieren, der in den Suchtberatungsstellen Kenntnisse zur Durchführung eines umfassenden und systematischen Qualitätsmanagements vermittelt, und dies als Basis für ein vorrangig intern-qualitatives Benchmarking zu nutzen (vgl. von Bandemer 1998).

Grundzüge des Konzepts

Das Konzept orientiert sich am Managementmodell der European Foundation for Quality Management (EFQM). In Absprache mit der Steuerungsgruppe hat es Stephan von Bandemer den Bedarfen der Suchtberatungsstellen und ihrer verschiedenartigen Kunden angepasst. Nach der Modell- und Erprobungsphase wurde es von der Geschäftsstelle der Landesstelle weiterentwickelt. Aus heutiger Sicht ist es ein vergleichsweise wenig aufwendiges und zugleich effektives Verfahren, Qualitätsentwicklungsprozesse in Suchtberatungsstellen in Gang zu setzen und wechselseitiges Lernen von besonders gelungenen Lösungen zu ermöglichen.

Kategorie	Leitfragen
1. Führung 1.1 durch Stellenleitung 1.2 durch Träger	• Wie tragen die Leitungskräfte/die Trägervertreter zum Erzielen von Qualität in der Arbeit der Suchtberatungsstelle und zur Erfüllung ihres gesellschaftlichen Auftrages bei?
2. Ist-Analyse 2.1 Umfeld/Rahmenbedingungen 2.2 Eigene Leistungen	• Wie informiert die Beratungsstelle sich über die lokalen und regionalen Problemlagen und Bedarfe sowie über die Hilfsangebote? • Wie erfasst, bewertet und kommuniziert die Beratungsstelle Aufwand und Wirkung ihrer Leistungen?
3. Planung/Soll-Analyse	• Wie legt die Beratungsstelle ihre Strategie fest? Wie führt sie ihre Planungen ein und setzt sie um?
4. Mitarbeiterorientierung und -unterstützung 4.1 Qualifikation und Weiterbildung 4.2 Beteiligung und Organisation	• Wie stellt die Beratungsstelle die Qualifikation der Mitarbeiter sicher, nutzt und entwickelt sie weiter? • Wie stellt die Beratungsstelle die Beteiligung und das Engagement der Mitarbeiter/innen sicher, unterstützt und nutzt sie?
5. Organisations- und Prozessgestaltung 5.1 interne Arbeitsabläufe 5.2 Gestaltung der Angebote	• Wie managt die Beratungsstelle ihre Ressourcen? • Wie legt die Beratungsstelle ihre Angebote und Leistungen fest, präsentiert, erbringt und entwickelt sie weiter?
6. Kundennutzen/ Kundenzufriedenheit 6.1 Einrichtungs- und Kostenträger 6.2 Klienten, Angehörige, andere Dienste	• Wie richtet die Beratungsstelle ihre Arbeit auf den Nutzen und die Zufriedenheit der Einrichtungs- und Kostenträger (z.B. Zuwendungsgeber, Sozialversicherungen) aus? • Wie erreicht die Beratungsstelle den Nutzen und die Zufriedenheit von Suchtkranken, Ratsuchenden, Angehörigen sowie von anderen Diensten?
7. Messung von Ergebnissen und Verbesserungen	• Wie misst und bewertet die Beratungsstelle ihre Verbesserungsprozesse und deren Ergebnisse in allen vorgenannten Kategorien?

Tab. 1: Selbstbewertungstabelle nach dem EFQM-Modell

Kern des Konzepts ist es, dass alle Suchtberatungsstellen eine strukturierte Selbstbewertung der Tätigkeiten in ihren sämtlichen Tätigkeitsfeldern durchführen und hierfür jeweils in ihrer Einrichtung eine persönliche Anleitung und entsprechende Materialien bekommen. In Anlehnung an das EFQM-Modell[1] erfolgt die Selbstbewertung in sieben Kategorien mit insgesamt elf Aspekten, die zusammen mit den jeweiligen Leitfragen in *Tabelle 1* aufgeführt sind. Betriebswirtschaftliche Ergebnisse werden wegen der Pauschalfinanzierung der Suchtberatungsstellen nicht erhoben.

Jede Suchtberatungsstelle nimmt anhand dieses Rasters eine umfassende Selbstbewertung ihrer gesamten Tätigkeiten vor. Dabei wird in einem ersten Schritt nach bereits vorhandenen Stärken und nach deren sichtbarem Nachweis gefragt. In einem zweiten Schritt benennen die Suchtberatungsstellen, welche Verbesserungen sie in den nächsten sechs bis zwölf Monaten anstreben, welche Ziele sie damit verbinden und wie die Verbesserungen vollzogen und überprüft werden sollen. Zur Unterstützung ihrer Verbesserungsvorhaben erhalten die Suchtberatungsstellen das jeweils erforderliche Management-Know-how.

Zur Philosophie dieses Qualitätsentwicklungsprojekts gehört die Absicht, die Suchtberatungsstellen zu befähigen, sich umfassend und verantwortungsvoll selbst zu steuern. Als die Fachstellen für ambulante Suchtkrankenhilfe sollen sie sich selbst operationalisierte Leistungsziele für überschaubare Zeiträume setzen – und zwar im Dialog mit ihren unterschiedlichen Kunden.

Dieses Vorgehen erkennt an, dass sich komplexe soziale Systeme durch traditionelle Formen der Sozialpolitik nicht zielorientiert steuern und entwickeln lassen. Es stellt eine Absage an eine Input-Steuerung per Zuwendung, Aufgabenbeschreibung und Ergebniskontrolle dar, und es setzt auf eine selbstverantwortete Output- und Outcome-Orientierung. Es verlagert die Fähigkeit und die Verantwortung für Qualitätsentwicklung dorthin, wo die Dienstleistung erbracht wird, nämlich in die jeweilige Suchtberatungsstelle.

Diese Selbststeuerung wird durch Elemente einer Zentralsteuerung ergänzt, an der die Zuwendungsgeber aber nicht beteiligt sind. Es ist die Niedersächsische Landesstelle, also das gemeinsame Dach der Suchtberatungsstellen, die für sie in diesem Projekt gewisse Steuerungs- und Coaching-Funktionen übernimmt. Diese Konstruktion hat sich als sehr hilfreich erwiesen. Könnte die Landesstelle diese Funktion nicht wahrnehmen, müsste eine externe Agentur herangezogen werden.[2]

Die Suchtberatungsstellen teilen der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren regelmäßig ihre Verbesserungsvorhaben sowie deren Ziele mit und berichten über ihre Umsetzung. Wenn eine Suchtberatungsstelle für ein Problem eine besonders gelun-

1 Zum EFQM-Modell vgl. auch den Beitrag von Simon, *Kapitel 2.2*.

2 In der Altenpflege und den Mobilen Pflegediensten in Nordrhein-Westfalen wird dies bereits praktiziert. Sie werden extern qualifiziert, liefern ihre Daten an einen zentralen Server und können über diesen die eigenen Betriebsdaten im Vergleich mit den aggregierten Daten anderer Benchmarking-Teilnehmer abrufen. Kontakt: Seniorenwirtschaftszentrum, Munscheidstraße 14, 45886 Gelsenkirchen, oder über Internet unter der Adresse http://www.swz-net.de

gene Lösung gefunden hat, können andere Beratungsstellen hiervon erfahren, sofern sie selbst Daten in den Pool einspeisen. Sie können diese Erfahrungen für eigene Problemlösungen nutzen, indem sie von bereits gefundenen Bestleistungen (Benchmarks) lernen.

Durch diesen vorrangig intern-qualitativen Benchmarking-Prozess wird eine Selbststeuerung des Systems Suchtberatungsstellen induziert, die sich an besten Lösungen orientiert. Diese Projektphilosophie ist ausgesprochen progressiv und ein interessanter Beitrag zur Umsetzung der Verwaltungsreform und eines modernen Staates. Bei den Suchtberatungsstellen stößt sie auf eine positive Resonanz, sobald die Irritation über das Neue überwunden ist.

Durchführung des Projekts und Zwischenbilanz

Nach Ende der Modellphase hat das Land eine zusätzliche Personalstelle finanziert, um das Qualitätsmanagement/Benchmarking in allen Suchtberatungsstellen in Niedersachsen zu verbreiten. Die Nachfrage war so groß, dass zunächst eine Warteliste eingerichtet werden musste. Bis Ende 1999 hatte gut die Hälfte aller Hauptstellen die im Projektrahmen vermittelten Instrumente kennen gelernt und am Qualitätsentwicklungsprozess teilgenommen. Jede beteiligte Beratungsstelle erhält drei ganztägige Besuche in ihrer Einrichtung und wird dabei mit den Selbstbewertungsbogen sowie mit weiterem Management-Know-how vertraut gemacht. Zuvor und begleitend werden ihre jeweiligen Leiter in drei ganztägigen Workshops vertieft in die Handhabung dieser Instrumente eingeführt.

Nach der Modellphase hat die Landesstelle die ursprünglich benutzten Selbstbewertungsformulare weiterentwickelt, um sie in ihrer Formulierung noch deutlicher auf die Belange der Suchtberatungsstellen zuzuschneiden. Dies ist in Anlehnung an die EFQM-Richtlinien für kleine und mittlere Unternehmen geschehen. Hiernach könnte man beispielsweise das Führungsverhalten der Leitungskräfte anhand der nachfolgende Ansatzpunkte beschreiben und beurteilen:

Ansatzpunkte *könnten* **sein,** *wie* **die Leitungskräfte**

- an der Entwicklung klar formulierter Ziele der Beratungsstelle und der Erwartungen an sie mitwirken und als Vorbild für diese Werte handeln;
- an der Festlegung von Prioritäten und an der Entwicklung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen beteiligt sind;
- die Arbeit aller auf den größtmöglichen Kundennutzen ausrichten;
- die Koordination der internen Arbeitsabläufe sowie die Kooperation im Team unterstützen;
- andere schulen und sich schulen lassen;
- für ihre Mitarbeiter ansprechbar sind, ihnen zuhören und auf sie reagieren;
- die Koordination der internen Arbeitsabläufe sowie die Kooperation im Team unterstützen;
- die Leistungen von Mitarbeitern und Kunden anerkennen;
- Kontakte zu Entscheidungsträgern und Kooperationspartnern herstellen und weiterentwickeln;
- ihre Führungstätigkeit überprüfen und verbessern.

Tab. 2: Bewertungskriterien für Leitungsverhalten

Nach dem jetzigen Stand der Dinge ist nur ein Teil der Suchtberatungsstellen in der Lage, die vermittelten Instrumente fachgerecht anzuwenden. Deshalb sind weitere Workshops geplant, die die Anwendungskompetenz erhöhen und die Integration dieser Instrumente in den Arbeitsalltag der Suchtberatungsstellen vertiefen sollen.

Trotz dieser Umsetzungsprobleme halten alle Suchtberatungsstellen die vermittelten Instrumente für sehr nützlich oder nützlich. Als besonders nützlich werden die Besuche in den Beratungsstellen selbst angesehen. Fast alle sind der Auffassung, dass ihr Team durch die Instrumente und die Besuche wichtige Anstöße für seine weitere Entwicklung erfahren hat, und den allermeisten hat die Auseinandersetzung mit dem Qualitätsmanagement Spaß und Mut gemacht.

Ein großer Teil der Suchtberatungsstellen liefert regelmäßig und im verabredeten Umfang Informationen über geplante oder durchgeführte Verbesserungen an die Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren. Insgesamt sind hier in anderthalb Jahren 153 Verbesserungsvorhaben benannt worden, zumeist in Verbindung mit konkreten Umsetzungsplänen. Das ist ein deutliches Signal dafür, dass in den beteiligten Suchtberatungsstellen ein positives Klima für Qualitätsentwicklung erzeugt werden konnte.

Um den Austausch und Transfer guter Ideen und Lösungen zu optimieren und noch effektiver zu gestalten, sind die am Benchmarking-Projekt beteiligten Suchtberatungsstellen seit Mitte 2000 in vier „Benchmarking-Kreisen" vernetzt. Zentrale Aufgaben dieser Benchmarking-Kreise sind der strukturierte und systematische Austausch über erfolgreiche Verbesserungsprozesse und -maßnahmen, die Entwicklung konkreter Instrumente und die weitere prozessbegleitende Unterstützung der Benchmarking-Beratungsstellen durch die Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren.

Literatur

Bandemer, S. von / Blanke, B. (1997): *Leitfaden Benchmarking in Suchtberatungsstellen des Landes Niedersachsen* (erstellt im Auftrag des Niedersächsischen Sozialministeriums in Zusammenarbeit mit der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren).

Bandemer, S. von (1998): „Benchmarking." In: Bandemer, S. von: *Handbuch zur Verwaltungsreform*. Opladen: Leske + Budrich.

DHS – Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1998): *Kriterien zur Leistungsbeschreibung von Suchtberatungsstellen*. Hamm.

Lutter, H. (1997): „Qualitätszirkel. Wie die Suchtkrankenhilfe von der Wirtschaft lernen kann ..." *PARTNER-Magazin*, 5, 16-21.

Lutter, H. (1998): „Benchmarking in Suchtberatungsstellen – von Verbesserungsvorschlägen zum systematischen Vergleich." Vortrag anlässlich der 10. Niedersächsischen Suchtkonferenz „Drogenabhängigkeit: Betreuungs- und Therapiemodelle in Niedersachsen", 12. Mai 1998 im Ärztehaus Hannover. Hrsg. von der Akademie für ärztliche Fortbildung Niedersachsen, Hannover.

VDR – Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Landesversicherungsanstalten im Verband der deutschen Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (1997): *Klassifikation therapeutischer Leistungen in der stationären medizinischen Rehabilitation*. Berlin.

3.11 Externe Evaluation als Instrument des Qualitätsmanagements?

Vor- und Nachteile am Beispiel zweier Projekte der AOK Niedersachsen

Günter Tempel

Vorbemerkungen

Eine Alternative zur internen Evaluation, bei der die Untersucher selbst in das zu bewertende Programm involviert sind, ist die externe Evaluation. Eine externe Evaluation von Präventionsmaßnahmen bietet sich z.B. an, wenn die Ergebnisse in die öffentliche Debatte einfließen und insofern ein Mindestmaß an Objektivität und Glaubwürdigkeit aufweisen sollen (vgl. Walter/Schwartz 1997:118). Für gewöhnlich wird eine solche Studie von einer renommierten wissenschaftlichen Einrichtung durchgeführt.

Externe Evaluationen besitzen aber auch im Rahmen von Qualitätsmanagementstrategien eine wichtige Funktion. Diese beschränkt sich nicht nur auf die Messung der Effekte eines Programms, sondern kann darüber hinaus als formative Evaluation[1] die Identifikation von Verbesserungsmöglichkeiten beinhalten. Mit diesem Aspekt werden sich die folgenden Ausführungen näher beschäftigen. Die Grundlage bilden die Erfahrungen aus zwei Projekten, bei denen die AOK Niedersachsen Institutionen aus dem Wissenschaftsbereich mit der Bewertung von Präventionsmaßnahmen sowie von ambulanten Maßnahmen zur psychiatrischen Rehabilitation beauftragt hat. Anhand dieser beiden Projekte soll geschildert werden, welche Beiträge externe, wissenschaftsgestützte Evaluationen zur Qualitätsverbesserung leisten können, aber auch, mit welchen Problemen zu rechnen ist.

Gründe für eine externe Evaluation

Für die externe Vergabe eines Evaluierungsauftrags kann es verschiedene Gründe geben:

- *Erfüllung gesetzlicher Postulate*
  So ist es z.B. zwingend, dass Modellvorhaben nach § 63 SGB V, mit denen Krankenkassen neue Formen der Leistungserbringung erproben können, durch unabhängige Sachverständige bewertet werden.

1 Zum Begriff der formativen Evaluation siehe Scriven 1980. Weitere Typologien (Planungs-, Prozess-, Ergebnisevaluation) finden sich bei Rossi/Freeman 1993:34ff.

- *Verringerung der Fixkosten/Outsourcing*
  In der Regel ist die Evaluation von Präventionsmaßnahmen ein singuläres, zeitlich begrenztes Vorhaben, dessen Durchführung zum Teil hochgradig spezialisiertes Expertenwissen erfordert, das ansonsten im Rahmen der normalen betrieblichen Abläufe nicht benötigt wird. Insofern macht es unter ökonomischen Gesichtspunkten Sinn, derartiges Know-how nur bei Bedarf einzukaufen und nicht dauernd vorzuhalten.

- *Erhöhung der Glaubwürdigkeit*
  Manchmal dienen Evaluationsstudien primär der externen und/oder der internen Legitimierung von Präventionsmaßnahmen. Mit Hilfe einer solchen Untersuchung sollen Vorbehalte abgebaut und Kritiker überzeugt werden. In diesem Fall spielen die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse und damit auch der Nimbus, den „die Wissenschaft" nach wie vor besitzt, eine wesentliche Rolle. Danach gelten wissenschaftliche Einrichtungen als unabhängig und in ihren Aussagen als objektiv und seriös. Dieser Ruf wird von Seiten der Forschung sorgfältig gepflegt, denn ein Wissenschaftler, der es zulässt, in den Verdacht der Korrumpierbarkeit zu geraten, würde seine professionelle Basis untergraben. Natürlich profitiert auch das gemeinsame Projekt vom allgemeinen Ansehen wissenschaftlicher Einrichtungen, und zwar vor allem dann, wenn es sich beim Kooperationspartner um eine namhafte Institution handelt. Die Aufwertung durch Image-Übertragung stellt gewissermaßen den Zusatznutzen einer wissenschaftlichen Evaluation dar (Wottawa/Thierau 1990:36).

- *Externe Evaluation als Teil des Qualitätsmanagements*
  Häufig beschränken sich Evaluationen darauf, die Effekte einer Maßnahme zu erfassen und eine Effektivitäts- bzw. Nutzenbewertung vorzunehmen. Komplementär dazu würde sich anbieten, die fachliche Expertise wissenschaftlicher Einrichtungen in bestimmten Themenbereichen (z.B. Herz-Kreislauf-Epidemiologie) für die Optimierung und Weiterentwicklung von Präventionsprogrammen nutzbar zu machen. Auf der Grundlage dieses Wissenstransfers kann aus einer Evaluationsstudie ein wesentlich breiter angelegtes Forschungs- und Entwicklungsprojekt werden, das auf Qualitätsverbesserungen hinwirkt.[2]

In diesem Zusammenhang ist auch der Aspekt der Vermeidung von Betriebsblindheiten von großer Bedeutung. Einer der häufigsten Gründe für die Inanspruchnahme externer Beratungsleistungen ist schließlich die Erwartung, dass durch das Einnehmen der Außenperspektive Verbesserungspotenziale leichter erkannt werden. Tradierte, als Selbstverständlichkeit empfundene Praktiken stellen sich für Außenstehende oftmals als diskussions- und verbesserungswürdig dar. Eine externe Evaluation kann daher zu einer stärkeren Reflexion beitragen und notwendige Veränderungsprozesse initiieren, wobei zusätzlich die Möglichkeit besteht, auftretende Konflikte zwischen den Mitarbeitern des Auftraggebers durch die

2 Auf der anderen Seite kann dieses Engagement dazu führen, dass die Unabhängigkeit der externen Institution beeinträchtigt oder zumindest infrage gestellt wird (vgl. Walter/Schwartz 1997:118)

Moderation einer neutralen wissenschaftlichen Instanz zu entschärfen und zu versachlichen (Wottawa/Thierau 1990:35f.).

Extern evaluierte Projekte der AOK Niedersachsen

Den Hintergrund dieser Ausführungen bilden die bereits genannten beiden Projekte der AOK Niedersachsen aus den Bereichen Prävention und psychiatrische Rehabilitation. In beiden Fällen kooperiert die AOK Niedersachsen mit wissenschaftlichen Institutionen, die mit der Evaluation der jeweiligen Programme beauftragt wurden.

Die Projektpartner der AOK im Bereich Prävention sind das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) sowie die Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Im Mittelpunkt des Projekts „Evaluation präventiver Maßnahmen" steht die Effektmessung und die gesundheitsökonomische Bewertung von Rückenschulkursen, Programmen zur Neurodermitisprävention bei Kleinkindern sowie Maßnahmen zur Reduktion von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren. Ein weiteres Ziel der Zusammenarbeit ist die Entwicklung neuer bzw. die Optimierung bestehender Präventionsprogramme in den genannten Indikationsbereichen. Das Projekt wurde im Mai 1997 begonnen und endete im August 2000.

Bei dem zweiten Projekt, einer Pilotstudie, die ambulante Betreuungsmöglichkeiten als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation psychiatrisch Kranker erprobt, kooperiert die AOK Niedersachsen mit der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der MHH. Auch hier umfasst die Zusammenarbeit sowohl die Evaluation der Maßnahme als auch deren Weiterentwicklung. Das im Januar 1999 begonnene Projekt hat eine Laufzeit von vier Jahren.

Impulse für das Qualitätsmanagement

Nach den Erfahrungen der AOK Niedersachsen können wissenschaftsgestützte, externe Evaluationen einen substanziellen Beitrag zur Qualitätssicherung und Verbesserung präventiver Maßnahmen leisten. Dieser Beitrag besteht nicht nur aus Effektivitäts- und Nutzenbewertungen (Ergebnisevaluation), die z.B. dazu führen, dass unwirksame und somit unbrauchbare Programme identifiziert und aussortiert werden. Mindestens ebenso bedeutsam für die Weiterentwicklung von Präventionsangeboten sind der Wissenstransfer und der Zugang zur aktuellen wissenschaftlichen Debatte, die durch eine Kooperation mit Forschungseinrichtungen ermöglicht oder zumindest erheblich erleichtert werden. Hierzu lassen sich einige konkrete Beispiele benennen:

– Im Zuge des Projekts „Evaluation präventiver Maßnahmen" wurde das Curriculum der AOK-Rückenschule auf der Basis einer Literaturrecherche überprüft und teilweise

überarbeitet. Die Neuerungen betrafen vor allem die Kursdauer und Schulungsintensität (fünfwöchiges Programm mit zwei wöchentlichen Kurseinheiten à 90 Minuten), wobei einschränkend zu sagen ist, dass die in der Klammer genannten Zeitvorgaben relativ hohe Ansprüche an die Motivation der Teilnehmer stellen. Von daher wird alternativ ein zehnwöchiger Kurs mit einer Kurseinheit (à 90 Minuten) pro Woche angeboten.

Ferner wurde mit Hilfe der Literaturrecherche die Zielgruppe bestimmt, bei der die Rückenschule die größte präventive Wirksamkeit entfaltet.[3] Mit dieser genauen Beschreibung des Adressatenkreises, der sich anhand von AOK-Routinedaten[4] identifizieren ließ, ist eine grundlegende Voraussetzung für die effektive Propagierung der Maßnahme geschaffen worden. Mittlerweile liegen Evaluationsergebnisse vor, die die Wirksamkeit des neu konzipierten Rückenprogramms belegen. So verringerte sich in der Gruppe der Kursteilnehmer die Zahl der Krankschreibungen wegen Muskel- und Skeletterkrankungen (ICD/9 710–739) deutlich und lag auch anderthalb Jahre nach Kursende statistisch signifikant unter dem entsprechenden Wert in der Kontrollgruppe.

– In den Indikationsbereichen „Neurodermitisprävention bei Kleinkindern“ und „Herz-Kreislauf-Risikofaktoren“ lieferte die wissenschaftliche Beratung wichtige Impulse zur Entwicklung innovativer Präventionsprogramme, deren Umsetzung auch eine intensivere Zusammenarbeit der einzelnen Präventionssparten (Ernährung, Bewegung, psychosoziale Beratung) nach sich zog. Im Bereich Herz-Kreislauf führte die Rezeption verschiedener US-Studien (DASH, TOHP) zur Entwicklung eines multidisziplinären Präventionsangebots, das ein Walking-Training, Beratung und praktische Übungen zur gesunden Ernährung sowie ein Entspannungstraining beinhaltet. Der Erfolg dieses Programms (nachweisbar sind deutliche Reduktionen von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren wie Übergewicht, erhöhter Blutdruck und hohe Blutfettwerte) forcierte Bestrebungen, künftig verstärkt interdisziplinäre, an Krankheitsbildern orientierte Maßnahmen zu entwickeln.

  Mit dem Thema Neurodermitis erschloss sich die AOK Niedersachsen ein neues Interventionsfeld, das angesichts steigender Prävalenzen zukünftig an Bedeutung gewinnen dürfte. So wurden in die Beratungsgespräche für junge Eltern, die zum Standardservice der AOK gehören, Informationen über Risikofaktoren von Neurodermitis und Präventionsmöglichkeiten integriert. Ferner gehört das neu entwickelte Kursangebot, das sich an Eltern von neurodermitiskranken Säuglingen und Kleinkindern richtet, nunmehr zum Standardprogramm der AOK-Gesundheitsförderung.

3 Hierbei handelt es sich um Versicherte unter 55 Jahren, die innerhalb eines halben Jahres mindestens zwei Arbeitsunfähigkeitsepisoden (Diagnose ICD/9 724) aufweisen müssen, davon eine über 13 Tage. Berücksichtigt werden auch Personen mit nur einer AU-Episode, wenn diese mehr als 27 Tage dauerte. Ausgeschlossen sind hingegen Personen, die mehr als sechs Monate wegen Rückenschmerzen krankgeschrieben waren oder die sich in den vorangegangenen 12 Monaten mit schwerwiegenden Krankheiten (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen ICD/9 402–453) in stationärer Behandlung befanden.

4 Routine- oder prozessgenerierte Daten sind Informationen, die im normalen Geschäfts- und Verwaltungsablauf eines Unternehmens (hier: Krankenkassen) anfallen und gesammelt werden (z.B. Stammdaten der Versicherten, Arbeitsunfähigkeitsmeldungen, Abrechnungen der Krankenhäuser).

– Ein weiteres Projektziel war die Erprobung neuer Formen der Teilnehmergewinnung und der Teilnehmermotivation. Im Vergleich zu der sonst üblichen Propagierung von Präventionsangeboten über Massenmedien („Gießkannenprinzip") erwies sich die direkte Kontaktierung potenziell geeigneter Personen als wesentlich erfolgreicher, wobei die Zielgruppe u.a. durch eine systematische Auswertung der vorhandenen Leistungsdaten identifiziert wurde (s.o.). Allerdings ist auch hier einschränkend anzumerken, dass diese Rekrutierungsstrategie aufgrund der (politisch gewollten) unbefriedigenden Datenlage innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung[5] derzeit noch an Grenzen stößt bzw. mit einem hohen EDV-technischen Aufwand verbunden ist. Diese Erkenntnis war einer der Anstöße für ein EDV-Projekt, das u.a. die Verbesserung der Auswertbarkeit von Leistungsdaten zum Ziel hat.

– Das Projekt „Ambulante psychiatrische Betreuung" profitierte vor allem von der langjährigen Erfahrung des Projektpartners auf dem Gebiet der psychiatrischen Rehabilitation (vgl. Melchinger 1999). Die wissenschaftliche Beratung bezog sich schwerpunktmäßig auf die Konzeptentwicklung und die Ablauforganisation der Leistungserbringung, wodurch die bereits vorhandenen Ansätze zur ambulanten Betreuung psychiatrisch Kranker sukzessive verbessert wurden. Auf der Basis der Empfehlungen wurden die Indikationen für die ambulante Betreuung präzisiert sowie Leistungskataloge und Honorare ausgehandelt.

Problematische Aspekte externer, wissenschaftsgestützter Evaluationen

Die Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Einrichtungen hat natürlich nicht nur Vorzüge, sondern ist manchmal auch mit Irritationen verbunden, die bei der Konzeptentwicklung und bei der Umsetzung des Forschungsdesigns entstehen. Nicht jeder wissenschaftlich begründbare Verbesserungsvorschlag ist für eine konkrete praktische Umsetzung geeignet. Viele Missverständnisse gehen vermutlich darauf zurück, dass sich Wissenschaftler eher als unabhängige, objektiv urteilende Sachverständige begreifen, während die Auftraggeberseite anstelle von betonter Fach- und Methodenkompetenz primär eine kunden- und praxisorientierte Dienstleistung erwartet.[6] Auch Mentalitätsunterschiede können sich problematisch auswirken (Wottawa/Thierau 1990:32f.). Ein genereller Nachteil einer externen Evaluation ist die mangelnde Kenntnis von Interna bzw. der informellen Organisationsstrukturen des Auftraggebers.

5 Entgegen den Vorstellungen, die ein Begriff wie „gläserner Patient" evoziert, hat eine gesetzliche Krankenkasse nur lückenhafte Informationen zur individuellen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Versichertenbezogene Daten zu ärztlichen Behandlungen liegen überhaupt nicht vor.

6 Aufgrund dieser Defizite in der Kundenorientierung konsultieren Unternehmen relativ selten Wissenschaftler und ziehen stattdessen professionelle Berater vor (Sarges 2001).

Latent dissonanzträchtig ist ferner das Unverständnis der im operativen Geschäft Tätigen gegenüber den Erfordernissen einer wissenschaftlich fundierten Evaluation. Komplexe Untersuchungsdesigns und aufwändige Verfahren der Datenerhebung, die sich (wenn auch zeitlich begrenzt) mehr oder weniger störend auf den Betriebsalltag auswirken, werden leicht als Sophisterei und Zumutung empfunden. In gewisser Weise ist diese Haltung verständlich, da die Kardinaltugend eines Dienstleistungsunternehmens, nämlich das Eingehen auf die Erwartungen der Kunden, manchmal mit den Prämissen empirischer Forschung kollidiert. Ist es schon an sich nicht immer einfach, Teilnehmer an Präventionsprogrammen zum Ausfüllen von teilweise umfangreichen Fragebogen zu bewegen, so ergeben sich spätestens bei der schulbuchmäßigen, rigiden Durchführung einer randomisierten Kontrollgruppenstudie Probleme.[7] Wie will man beispielsweise einem interessierten Kunden erklären, die Teilnahme an einem bestimmten Präventionsprogramm sei deswegen nicht möglich, weil der Zufall ihn nun einmal der Kontrollgruppe zugewiesen hat, ohne eine massive Verärgerung zu riskieren?

Um Fehlinterpretationen vorzubeugen: Mit diesen Ausführungen soll nicht das Klischee des Wissenschaftlers als weltfremder Elfenbeinturmbewohner bedient werden. Die Erfahrung zeigt lediglich, dass sich der viel beschworene Dialog zwischen Theorie und Praxis nicht von selbst ergibt, vielmehr geht eine Zusammenarbeit mit einem gelegentlich mühsamen Verständigungsprozess einher.

Resümee

Die Kooperation mit wissenschaftlichen Einrichtungen kann nach den Erfahrungen der AOK Niedersachsen für das Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung überaus fruchtbar sein. Eine derartige Zusammenarbeit ermöglicht nicht nur eine profunde Evaluation, deren Ergebnisse allgemeine Akzeptanz finden. Vielmehr lässt sich, wie anhand der obigen Praxisbeispiele dargelegt, das Expertenwissen auch für die Weiterentwicklung von Präventionsmaßnahmen nutzen.

Nicht verschwiegen werden sollen aber auch die Probleme, die manchmal entstehen, wenn so unterschiedliche Sphären wie die akademische Welt und das profane operative Geschäft aufeinander prallen. Inwieweit sich daraus Konflikte ergeben, hängt stark von der Erfahrung des Kooperationspartners auf dem Gebiet der angewandten Forschung und der wissenschaftlichen Beratung ab. Über den Erfolg einer gemeinsam durchgeführten Evaluationsstudie entscheidet letztendlich auch die Bereitschaft des Ratsuchenden, sich auf eine wissenschaftlich-analytische Vorgehensweise einzulassen. Wird jedoch eine gemeinsame Verständigungsebene gefunden, ist eine externe Evaluation ein probates Instrument des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung.

7 Vgl. auch Christiansen 1999, Seite 76. Nach Meinung des Autors hat die Durchführung eines Programms Priorität vor der Wirkungsanalyse.

Literatur

Christiansen, G. (1999): *Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung.* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 8).

Melchinger, H. (1999): *Ambulante Soziotherapie: Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojektes „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker" der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen.* (Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit). Baden-Baden: Nomos (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 115).

Rossi, P. / Freeman, H. E. (1993): *Evaluation. A systematic Approach.* (5. Aufl.) Newbury Park: Sage Publications.

Sarges, W. (2001): Leistungsverbesserungen bei der Arbeit in Teams – warum Unternehmen dazu eher Berater als Wissenschaftler konsultieren. In: *Wirtschaftspsychologie* 1/2001, 2-11.

Scriven, M. S. (1980): *The Logic of Evaluation.* Iverness/CA.: Edge Press.

Walter, U. / Schwartz, F. W. (1997): „Evaluation und Präventionsmaßnahmen." In: Klotter, C.: *Prävention im Gesundheitswesen*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Wottawa, H. / Thierau, H. (1990): *Lehrbuch Evaluation.* Bern: Verlag Hans Huber.

3.12 Mitarbeiter- und Patientenbefragungen als Instrumente des Qualitätsmanagements

Ein Beispiel im Rahmen eines WHO-Projekts zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus

Alfred Oppolzer, Alf Trojan, Helmut Hildebrandt

3

Einleitung

So vielfältig die Maßnahmen des Qualitätsmanagements im Rahmen von Projekten der Gesundheitsförderung im Krankenhaus im Einzelnen sind, die Befragung der Mitarbeiter und der Patienten dürfte unverzichtbar sein.[1] Denn neben der Prozessorientierung sind es vor allem die Kunden- und Mitarbeiterorientierung, die ein umfassendes Qualitätsmanagement (TQM) kennzeichnen (Zink 1992; EFQM 1995; Schultz-Gambard/Lauche/Hron 1999). Unser Beitrag berichtet aus der Begleitforschung und Evaluation des Projekts „Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung"[2] (Oppolzer 1995 und 1997), das von 1992 bis 1997 im Rahmen des europäischen WHO-Netzwerks *Health Promoting Hospitals* in einem kleinen Hamburger Krankenhaus der Regelversorgung durchgeführt wurde. In diesem Zusammenhang wurden Instrumente zur Mitarbeiter- und Patientenbefragung entwickelt und eingesetzt, die in mehrfacher Hinsicht für die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sowie für die Realisierung der Mitarbeiter- und der Patientenorientierung insgesamt wichtig waren.

Die Befragung der internen (Mitarbeiter) und der externen Kunden (Patienten) spielt im Management-Kreislauf der Qualitätssicherung im Krankenhaus eine entscheidende Rolle. Das gilt insbesondere für die Evaluation von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, wie sie im WHO-Pilotprojekt „Gesundheitsförderndes Krankenhaus" entwickelt und praktiziert wurden. Von der Situationsdiagnose und den darauf beruhenden Entscheidungen über erforderliche Interventionsmaßnahmen bis zur Analyse der Umsetzungs- und Implementationsprozesse sowie der anschließenden Ergebnisevaluation liefern diese Befragungen wertvolle Informationen, auf die man kaum verzichten kann.

1 Zum Thema Patienten- und Mitarbeiterbefragung siehe auch den Beitrag von Siebeneick, Dörning und Lorenz in *Kapitel 2.6*.

2 Zum Aspekt der Organisationsentwicklung als Qualitätsdimension siehe auch den Beitrag von Grossmann und Scala in *Kapitel 1.4*.

Mitarbeiterbefragung

Die Befragung der Mitarbeiter spielte nicht nur in dem von uns begleiteten Hamburger Pilotkrankenhaus, sondern auch andernorts eine zentrale Rolle bei der Evaluation und Qualitätssicherung (Kaluza et al. 1998; Müller/Münch 1999; Pelikan/Nowak/Lobnig 1996; Büssing/Barkhausen/Glaser 1999). In dem von uns untersuchten Krankenhaus wurden zwei Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, die eine zu Beginn, die andere zum Schluss des WHO-Projekts. Ergänzend erfolgten zusätzliche Befragungen des Personals im Rahmen der Arbeit von Projektgruppen, die für ihre Aktivitäten zusätzliche Informationen zu einzelnen Fragestellungen (z.B. Arbeitssicherheit, Essensangebot) erhoben. Ausgehend von der Überlegung, dass die Qualität der Arbeitsbedingungen (für die Mitarbeiter) wesentlich über die Qualität der Arbeitsergebnisse (für die Kunden bzw. Klienten) mit entscheiden, sollte der Fragebogen zur Qualität des Krankenhauses aus Mitarbeitersicht sowohl ein Instrument zur Gesundheitsförderung für das Personal als auch ein Instrument zur Qualitätssicherung im Krankenhaus sein.

Die erste Mitarbeiterbefragung über Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit wurde 1993, am Anfang des WHO-Projekts, durchgeführt. Sie diente einer ersten Bestandsaufnahme (Ist-Zustand) und der Schwerpunktsetzung für die geplanten Projektaktivitäten. Die Ergebnisse wurden im Krankenhaus in verschiedenen Zusammenhängen diskutiert und lieferten wichtige Hinweise auf Problemfelder bezüglich der Arbeitsbedingungen des Personals. Für diese Befragung wurde ein eigener Fragebogen entwickelt, in den neben den aus der Literatur bekannten Merkmalen zusätzliche, auf den Zusammenhang des Projekts „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ zugeschnittene Fragestellungen aufgenommen wurden. Die zweite Mitarbeiterbefragung wurde rund drei Jahre später, 1996, gegen Ende des WHO-Projekts durchgeführt. Sie sollte insbesondere möglichen Veränderungen im Urteil der Beschäftigten über Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit nachgehen, um Aufschluss über die Effekte der verschiedenen Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und ihre Bewertung aus der Sicht der Betroffenen zu erlangen.

Die Inhalte der Mitarbeiterbefragung erstreckten sich vor allem auf Merkmale des Arbeitsplatzes und der Arbeitsbedingungen, der Arbeitsbelastungen und gesundheitlichen Beschwerden, der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, des Ansehens des Krankenhauses sowie der Arbeitszufriedenheit. Der Fragebogen für die zweite Mitarbeiterbefragung enthielt zusätzlich einige Fragen über das WHO-Projekt. Insbesondere wurde dabei nach den Hinderungsgründen für die persönliche Beteiligung an den Projektaktivitäten, nach den Erfahrungen bei der Mitarbeit in Projektgruppen, nach den tatsächlichen Auswirkungen des Projekts und nach der Bedeutung der inzwischen erfolgten Verbesserungsmaßnahmen gefragt.

Auf der Grundlage der Ergebnisse der ersten Mitarbeiterbefragung, die auf einer Personalversammlung diskutiert und bewertet wurden, erfolgte durch die Projektleitung

(bestehend aus Ärztlichem Direktor, Pflegedienstleitung, Verwaltungsdirektor und der Vorsitzenden der Mitarbeitervertretung sowie einem externen Moderator/Berater) die Entscheidung über die Einsatz- und Aufgabenbereiche der ersten Projektgruppen (bereichs- und hierarchieübergreifend zusammengesetzt, extern moderiert). Entsprechend den Problemschwerpunkten, die in der Befragung deutlich geworden waren und die sich durch die betrieblichen Gesundheitsberichte der im Haus vertretenen gesetzlichen Krankenkassen sowie durch ergänzende Erhebungen und Explorationen im Verlauf des WHO-Projekts bestätigen und näher konkretisieren ließen, wurden die Inhalte und Aufgaben der einzelnen Projektgruppen festgelegt (Oppolzer/Rosenthal 1999). Die Ergebnisse dieser Gruppen in Form von Verbesserungsvorschlägen und deren praktische Umsetzung im Krankenhaus stellen letztlich Antworten auf die Handlungserfordernisse dar, die in der ersten Mitarbeiterbefragung deutlich geworden waren.

Die Projektgruppen und ihre Ergebnisse

1. Projektgruppe G „Gesundheitsförderung für Mitarbeiter“, z.B.:
   - Einführung von Seminar- und Kursangeboten (z.B. Rückenschule, Stressbewältigung),
   - Wiedereröffnung der Sauna,
   - weiterführende Aufgaben (z.B. Gesundheitsberichte erstellen, gesündere Ernährung).

2. Projektgruppe P „Pflege“, z.B.:
   - Einführung der Bereichspflege auf drei Modellstationen,
   - Einführung eines patientenorientierten Tagesablaufs,
   - Einrichtung einer Stelle „Innerbetriebliche Fortbildung“.

3. Projektgruppe U „Umwelt- und Gesundheitsschutz“, z.B.:
   - Erstellung eines ökologischen Check-up,
   - Einrichtung einer Stelle „Umweltbeauftragter“,
   - Reduzierung von Einwegartikeln.

4. Projektgruppe A „Verbesserung der Arbeitsbedingungen“, z.B.:
   - Einrichtung einer Stelle „Post- und Kurierdienst“,
   - Verbesserung der technischen Ausstattung (Arbeitssicherheit),
   - Analyse der Transportvorgänge.

5. Projektgruppe E „Ernährung“, z.B.:
   - Einführung eines Wahlmenüs für die Mitarbeiter,
   - Einführung eines Wahlmenüs für die Patienten,
   - Einkauf von Produkten aus ökologischem Anbau.

6. Projektgruppe K „Gesundheitsförderung für Patienten“, z.B.:
   - Umgestaltung der Aufenthaltsräume für Patienten und der Flurnischen,
   - Erstellung einer Informationsmappe für die Patienten,
   - Fortbildungsseminare zur „Patientenorientierten Gesprächsführung“.

7. Projektgruppe C „Patientencharta“, z.B.:
   – Entwicklung einer Information über Patientenrechte,
   – Einrichtung eines „Patiententelefons“ für Beschwerden,
   – Erstellung einer Patientencharta (Broschüre für alle Patienten).

8. Projektgruppe H „Hol- und Bringdienst“, z.B.:
   – Umstellung der Akten- und Papiertransporte,
   – alternative Tafelwasserversorgung,
   – veränderte Standorte für Essenswagen.

Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung

Die zweite Mitarbeiterbefragung sollte Aufschluss über eventuelle Veränderungen im Urteil der Mitarbeiter über Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit während der Laufzeit des Projekts sowie über ihre Erfahrungen mit dem Projekt insgesamt geben. Beim Vergleich der Ergebnisse zeigen sich indes nur wenige Unterschiede zwischen den Befragungen von 1993 und 1996.

Arbeitszufriedenheit

Die deutlichsten Veränderungen von der ersten zur zweiten Mitarbeiterbefragung lassen sich im Hinblick auf die Zufriedenheit der Beschäftigten feststellen. Insbesondere die Zufriedenheit mit den „weichen Faktoren“ der Arbeitsbedingungen, nämlich mit den Arbeitsbeziehungen, hat sich von 1993 auf 1996 deutlich verbessert. Das gilt vor allem für die Zufriedenheit in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen den KollegInnen (+2,0 auf einer Skala von 1 bis 5), für die Zufriedenheit mit der Tätigkeit (+1,6) sowie mit dem Verhalten der unmittelbaren Vorgesetzten (+0,5) und in etwas schwächerer Form auch für die Zufriedenheit mit der Anerkennung durch Vorgesetzte (+0,3) sowie mit dem Verhalten der Krankenhausleitung (+0,3).

Keine interpretationsfähigen Unterschiede lassen sich indes im Hinblick auf die Zufriedenheit mit bzw. am Arbeitsplatz, mit der Weiterbildung und hinsichtlich der Zufriedenheit mit Informationen über den eigenen Arbeitsbereich, über andere Bereiche und über das Krankenhaus insgesamt feststellen; hier sind die Abweichungen zu gering, als dass sie nicht auf Zufall oder anderen intervenierenden Einflussfaktoren beruhen könnten.

Vermutlich ist die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit bei den Befragten nicht in erster Linie auf die konkreten Verbesserungen im Rahmen des WHO-Projekts zurückzuführen. Wichtiger als solche spezifischen Effekte betrieblicher Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung dürften für die Zufriedenheit der Beschäftigten die unspezifischen Effekte sein, die daraus resultieren, dass die Mitarbeiter den Eindruck gewinnen und die Erfahrung machen, dass man sich ihrer Probleme im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen stärker annimmt, dass man sich als Mitarbeiter in seinen Bedürfnissen respektiert und

in seinem Leistungsbeitrag akzeptiert sieht. Die hohe und positive Wertschätzung des sozialen Betriebsklimas, der Qualität der Sozialbeziehungen zu den Kollegen, aber auch zu den Vorgesetzten, denen in mehreren Fragen nachgegangen wird, deutet ebenfalls auf das Gewicht unspezifischer Effekte der Organisationsentwicklung und Gesundheitsförderung hin. Diese Zusammenhänge machen es nicht immer ganz einfach, die tatsächlichen Effekte von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung zu erfassen und zu bewerten.

Sicherheit und Gesundheit

Bei den Fragen nach Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit fällt die kritischere Betrachtung zum Schluss des Projekts auf: Sowohl die Kenntnis der Sicherheitsvorschriften (-0,5 auf einer Skala von 1 bis 5), die Durchführung regelmäßiger Unterweisungen (-0,2), die Anerkennung sicheren Arbeitens durch Vorgesetzte (-0,3) und die Wichtigkeit sicheren Arbeitens bei Kollegen (-0,6) sowie das Interesse an mehr Informationen über sicheres Arbeiten (-0,5) werden von den Befragten 1996 kritischer bewertet als noch 1993 zu Beginn des Projekts. In Widerspruch zu dieser eher negativen Tendenz bei der Beurteilung der Entwicklung der Voraussetzungen für sicheres Arbeiten von 1993 bis 1996 scheinen die Ergebnisse zu den Fragen über die wahrgenommenen arbeitsbedingten gesundheitlichen Risiken zu stehen, die in eine gänzlich andere Richtung gehen: Die Gefahr, wegen Arbeit krank zu werden (-0,7), wird 1996 nämlich wesentlich niedriger eingeschätzt.

Eine Erklärung für diese scheinbare Paradoxie in den Ergebnissen der Befragung könnte darin zu suchen sein, dass die Befragten von 1993 bis 1996 zwar den Eindruck eines relativen Rückgangs arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdung gewonnen haben, dass sich aber durch die Thematisierung der Fragen von Gesundheit und Sicherheit im Rahmen des WHO-Projekts ihre Ansprüche an den Arbeits- und Gesundheitsschutz erhöht haben, so dass sie mit dem vorhandenen Niveau weniger zufrieden sind als vorher. Was bisher als hinreichend erschien, könnte also den Mitarbeitern vor dem Hintergrund der gestiegenen Erwartungen und dem erhöhten Problembewusstsein als nicht mehr ausreichend erscheinen. Vielleicht gilt auch in Fragen der Arbeitssicherheit, dass mit den Möglichkeiten auch die Erwartungen wachsen. Das würde vermehrte Anstrengungen der betrieblichen Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes verlangen.

Bestätigt werden die positiven Effekte, welche das WHO-Projekt auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter gehabt haben, durch den Rückgang des Krankenstands beim Personal. Wie wir wissen, wirkt sich – abgesehen von der Lage auf dem Arbeitsmarkt und der Höhe der Arbeitslosenquote (Oppolzer 1999b) – insbesondere die Zufriedenheit der Beschäftigten – vor allem mit den „weichen“ sozialen Faktoren – besonders stark auf die Höhe des Krankenstandes in einem Betrieb aus (Oppolzer 1999c). Neutralisiert man die Effekte von Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit in unserem Fall, indem man den Rückgang des Krankenstands in dem untersuchten Krankenhaus (minus 11,4%) in der Zeit von 1993 bis 1996 mit dem großen Hamburger Universitätskrankenhaus Eppendorf (minus 8,7%) sowie mit dem Durchschnitt aller öffentlicher Krankenhäuser (minus 5,5%) vergleicht, zeigt sich, dass in

dem WHO-Pilotkrankenhaus die Häufigkeit krankheitsbedingter Fehlzeiten deutlich stärker abgenommen hat (Oppolzer 1999a).

Dieses Ergebnis führen wir auf den Einsatz von Mitarbeiterbefragungen als Instrument des Qualitätsmanagements für die gesundheitsfördernde Verbesserung der Arbeitsbedingungen des Krankenhauspersonals zurück.

Patientenbefragungen

Im Zentrum dieser Teilstudie standen quantitative Patientenbefragungen (vgl. Trojan 1998) und ihre Auswirkungen auf innovative Aktivitäten im Sinne patientenorientierter Qualitätsverbesserung (gefördert im Rahmen des Norddeutschen Forschungsverbundes Public Health).

Die Philosophie des Krankenhauses „Alten Eichen" lässt sich plakativ mit dem Slogan wiedergeben: „Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung", d.h. alle Maßnahmen der Organisationsentwicklung sollten der Gesundheitsförderung dienen. Umgekehrt gilt aber auch: Alle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus sollten der Organisationsentwicklung, speziell dem Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems dienen. Das Forschungsprojekt hatte den Status eines externen Kooperationspartners, der die anonymisierten Daten bekam und analysierte.

Es wurden zwei Befragungen von Patienten in dem Krankenhaus durchgeführt. In der ersten Studie (T1) sollte die Zufriedenheit von Patienten mit verschiedenen Dimensionen der Krankenhausqualität ermittelt werden, um daraus Rückschlüsse auf nötige Verbesserungen zu ziehen. Die zweite Studie (T2) sollte mit einem stark verkürzten Instrument den Erfolg der durchgeführten gesundheitsfördernden Maßnahmen bewerten helfen. Diese (weitgehend standardisierten) Befragungen von Patienten wurden Mitte 1994 und Mitte 1996 durchgeführt.

Die Projektgruppe „Gesundheitsförderung bei Patienten" wurde außerdem durch das Projekt teilnehmend beobachtet, um den Prozess der Umsetzung von Ergebnissen der ersten quantitativen Patientenbefragung unmittelbar zu untersuchen (vgl. Trojan et al. 1997).

Für die T1-Befragung von 1994 wurde ein Fragebogen mit insgesamt 93 Fragen entwickelt, von denen die Mehrzahl „geschlossen" war, also vorformulierte Antwortvorgaben enthielt. Der größte Teil der Fragen diente der Konstruktion von insgesamt elf Qualitätsdimensionen. Diese Skalen bestanden jeweils aus mehreren Items, die alle in fünfstufiger Skalierung (meist von „nicht gut" bis „sehr gut") die Beurteilung der Patienten erfassten. Vier Skalen maßen das Ausmaß der sozialen Unterstützung im Krankenhaus: materielle Unterstützung (Ausstattung und Serviceleistung), fachlich-praktische Unterstützung, Unterstützung durch Informationen und emotionale Unterstützung. Drei weitere Skalen

repräsentierten die Eröffnung von Handlungsspielräumen für die Patienten: Durchschaubarkeit der Organisation, Wartezeiten und organisatorische Fragen sowie Einflussmöglichkeiten der Patienten. Als „Erfolgsdimensionen" waren vier Skalen angelegt: Gefühlslage im Krankenhaus, Verbesserung der Gesundheit, Erwerb persönlicher Fähigkeiten und die Attraktivität von „Alten Eichen".

Die Durchführung der T1-Studie fand in einem vierwöchigen Zeitraum (20. 6. bis 17. 7. 1994) bei allen Patienten statt. Insgesamt konnten wir 157 Befragungen (zu über 90% schriftlich, gemäß den Wünschen der Patienten) durchführen, was einer Ausschöpfungsquote von ca. 58% von N=270 Patienten im Befragungszeitraum entspricht.[3]

Erstbefragung: Ermittlung des Handlungsbedarfs

An dieser Stelle möchten wir die Ergebnisse der T1-Befragung nur übersichtartig wiedergeben. Insgesamt fielen die Beurteilungen sehr positiv aus. Relativ kritischere Beurteilungen erhielten vor allem die Bereiche Durchschaubarkeit der Organisation, Erwerb persönlicher Fähigkeiten, Unterstützung durch Informationen sowie materielle Unterstützung (= Ausstattung und Serviceleistungen). Bis auf die letztgenannte Skala handelt es sich hierbei um Bereiche, die wir zusammenfassend als kommunikationsbasiert beschreiben können.

Ohne dies im Einzelnen mit Tabellen zu belegen, soll hier anhand der untersuchten Dimensionen und ihrer Einzel-Items das Wichtigste in Kürze zusammengefasst werden. Die zusammengefassten, von uns als vorsichtige Empfehlungen formulierten Ergebnisse der T1-Befragung stellten die Arbeitsgrundlage für die krankenhausinterne Projektgruppe dar.

Materielle Unterstützung bzw. Ausstattung des Krankenhauses

Deutlichster Verbesserungsbedarf besteht für Aufenthaltsräume auf Stationen und sanitäre Anlagen. Um ein Gefühl zu erzeugen, im Diakonie-Krankenhaus „Alten Eichen" besonders gut aufgehoben zu sein, könnten Verschönerungen der Zimmereinrichtung sicher auch sinnvoll sein. Die Zugänglichkeit für Behinderte wäre zu überprüfen. Schwieriger anzupacken, aber ebenfalls erstrebenswert, sind ein besserer Schutz der Privatsphäre und stärkere Ruhe auf den Stationen.

Fachliches Können und praktische Unterstützung

In diesem Bereich sind die Angaben der Patienten besonders positiv. Dies spricht für ihr großes Vertrauen. Die Patientensicht ergibt wenig konkrete Hinweise in diesem Bereich. Verbesserungen können im Kontext der betrieblichen Fortbildung kontinuierlich verfolgt werden.

---

3 Detailliertere Angaben zur Methodik wie auch zu den Ergebnissen im Einzelnen finden sich an anderer Stelle (vgl. Trojan/Nickel 1999).

Unterstützung durch Informationen

Hier gibt es besonders großen Handlungsbedarf. Aus einer kleinen, hier aber nicht im Einzelnen zu berichtenden Personalbefragung wissen wir, dass die Qualität in diesem Punkt vom Personal positiver (im Sinne einer Selbsttäuschung) eingeschätzt wird als von den Patienten.

Emotionale Unterstützung

Die relativ große Zufriedenheit auf dieser Skala ist vermutlich eine der wichtigsten Erklärungen für die insgesamt große Zufriedenheit mit ärztlicher und pflegerischer Behandlung in diesem Krankenhaus. Besonders positiv hervorzuheben ist, dass sich nahezu alle Patienten „als Mensch im Krankenhaus respektiert" sehen.

Durchschaubarkeit der Organisation

Hier gibt es beinahe bei allen Einzel-Items Handlungsbedarf. Die Ergebnisse auf dieser Skala sind ein weiterer Hinweis darauf, dass Information und Kommunikation mit den Patienten verbessert werden müssen.

Wartezeiten und organisatorische Fragen

In diesem Bereich liegen die Patientenbewertungen sehr positiv. Allerdings ist die große Zufriedenheit sicher u.a. darauf zurückzuführen, dass Patienten große Toleranz gegenüber den Notwendigkeiten eines Krankenhauses zeigen, d.h. nur außerordentlich niedrige Erwartungen hinsichtlich der Qualität in diesem Punkt haben.

Einflussmöglichkeiten des Patienten

Insgesamt arbeitet das Krankenhaus offenbar sehr patientenorientiert. Verbesserungen sind allerdings möglich hinsichtlich ungestörter Gesprächsgelegenheiten, mehr Gesprächen mit Angehörigen, besserer Erreichbarkeit der Ärzte sowie bereitwilligerer Unterbrechung der Arbeitsroutine für Patientenwünsche.

Gefühlslage während des Krankenhausaufenthalts

Naturgemäß ist dieser Punkt besonders stark subjektiven Wertungen unterworfen. Auch scheint es hier eine retrospektive Beschönigung der Situation zu geben. Aus der Personalbefragung wissen wir, dass vom Personal die Gefühlslage der Patienten deutlich düsterer gesehen wird als durch die Patienten selbst. Verbesserungen könnten wahrscheinlich durch intensivere Kommunikation mit den 20–25 % der Patienten erreicht werden, die „oft/immer" oder „manchmal" negative Gefühle im Krankenhaus angegeben haben.

Verbesserung der Gesundheit (retrospektiv)

Die Angaben in diesem Bereich sind insgesamt schwer zu beurteilen. Die Bewertungsskala reicht hier, anders als bei den anderen Skalen, von -6 bis +6. Die retrospektive Messung des „Gesundheitsgewinns" ist jedoch mit so vielen methodischen Problemen belastet, dass hieran keine Schlussfolgerungen geknüpft werden können.

Erwerb persönlicher Fähigkeiten (Lernen im Krankenhaus für die Situation nach dem Krankenhausaufenthalt)

Dies ist ein Bereich, der im Kern des Programms der Gesundheitsförderung liegt. Ebenso wie in den anderen Skalen, die Information und Kommunikation betreffen, zeigt sich hier ein deutlicher Handlungsbedarf. Die besonderen Wünsche der Patienten in diesem Bereich sollten ernst genommen werden, weil sich die durchschnittlichen Liegezeiten insgesamt ständig verringern und das vielfach beklagte „therapeutische Loch" nach dem Krankenhausaufenthalt auch heute noch für viele Patienten ein Problem darstellt.

Attraktivität des Krankenhauses

Diese Skala umfasste die Items: Empfehlung von „Alten Eichen" an andere, Wiederwahl von „Alten Eichen" im Bedarfsfall und Vergleich mit anderen Kliniken. Im Prinzip zeigt diese Dimension das große Vertrauen und die große allgemeine Zufriedenheit mit dem untersuchten Krankenhaus. Allerdings wäre es sicher für die Krankenhausleitung und insbesondere das Management wünschenswert, wenn ein noch höherer Prozentsatz als jetzt (61%) „Alten Eichen" im Vergleich mit anderen Kliniken als „etwas" oder „viel besser" beurteilen würde.

Umsetzungsmaßnahmen im Krankenhaus

Wie auch zu anderen Themenbereichen des gesundheitsfördernden Krankenhauses „Alten Eichen" wurde in Reaktion auf die Befragung Anfang 1995 eine Projektgruppe gegründet. Diese bestand aus neun Personen, die unterschiedliche Bereiche des gesamten Personals repräsentierten (inkl. einer Laienhelferin). Die Projektgruppe wurde wissenschaftlich begleitet (vgl. hierzu Trojan/Nickel/Schneiders-Kastning 1997). Die Themen und Erfolge der Projektgruppenarbeit sind in *Tabelle 1* wiedergegeben. Daraus ist zu ersehen, dass noch nicht alle Maßnahmen abgeschlossen wurden. Ergänzend zu den dort behandelten Themen entwickelte eine andere Projektgruppe eine „Patientencharta".

Die Projektgruppenarbeit hat gezeigt, dass für die Entwicklung von Prioritätsbereichen und konkreten Maßnahmen neben dem „Betroffenenwissen" der Patienten unbedingt auch das Fachwissen und die Erfahrungen des Krankenhauspersonals benötigt werden.

Zweitbefragung

Die Zweitbefragung ergab Veränderungen der Qualitäts-Dimensionen: In einigen besonders relevanten Bereichen konnten (statistisch signifikante) Qualitätsverbesserungen erzielt werden. Diese positiven Veränderungen finden sich vor allem in den Bereichen, in denen gemäß der T1-Befragung besonderer Verbesserungsbedarf bestand, nämlich auf einigen kommunikationsbasierten Qualitätsskalen. Auffällig waren auch die Verschlechterungen bei den Einzel-Items „verfügbare Zeit der Ärzte" und „verfügbare Zeit des Krankenhauspflegepersonals". Diese erklären die geringe, aber statistisch signifikante Verschlechterung auf der Skala „fachlich-praktische Unterstützung".

Thema bearbeitet	vorgeschlagen	genehmigt	umgesetzt
I. Materielle Ausstattung			
• Verschönerung Aufenthaltsraum auf Modellstation	✔	✔	✔
• Verschönerung Flurnische auf Modellstation	✔	✔	—
• Verschönerung Patientenzimmer	—	—	—
• Erhöhung sanitäre Anlagen	✔	—	(geplant)
• Rollstuhlgerechter Zugang zum Garten	—	—	(geplant)
• Workshop „Farbgestaltung im Krankenhaus“	✔	✔	✔
• Bilder auf den Stationen	—	—	✔
II. Ablauforganisation	—	—	—
III. Umgang mit Patienten			
• Organisation musikalischer Veranstaltungen	—	—	✔
• Seminar: Patientenorientierte Gesprächsführung	—	—	✔
• „Kultur im Krankenhaus“ (Angebot)	—	—	—
IV. Information			
• Informationsmappe für Patienten auf Modellstation	✔	✔	✔
• Informationsblatt über Selbsthilfegruppen (für Personal)	✔	—	✔
V. Angebote zum Kompetenzerwerb			
• Gesprächsgruppe für Karzinom-Patienten	—	—	—
• Zweite Gruppe für Anonyme Alkoholiker	—	—	✔
• Logopädische Betreuung für Schlaganfall-Patienten	✔	—	—

Tab. 1: Themen und Ergebnisse der Projektgruppenarbeit (Quelle: Schneiders-Kastning 1996)

Wir vermuten, dass ohne den zunehmenden Zeitdruck des Personals die Evaluation der Qualitätsverbesserungen insgesamt positiver ausgefallen wäre. Schlechtere Werte gab es auch auf der Dimension „Gefühlslage während des Krankenhausaufenthaltes“, ohne dass wir diese bisher befriedigend erklären können.

Die insgesamt positive Bilanz des Vergleichs zwischen der ersten und der zweiten Befragung führen wir vor allem auf das allgemeine Klima der Qualitätsverbesserung und Gesundheitsförderung zurück sowie auf das starke Engagement des Personals im Rahmen der Organisationsentwicklung. Der Ehrgeiz, dem Patienten gerecht werden zu wollen, dürfte durch die Mitgliedschaft im internationalen WHO-Projekt gefördert worden sein. Hinzu kommt sicher auch ein stärkeres Bewusstsein über den Konkurrenzdruck, unter dem Krankenhäuser sich heutzutage am Markt behaupten müssen.

Bilanz

Gesundheitsförderung in einem Setting wie dem Krankenhaus ist letztlich ein Projekt der Organisationsentwicklung mit dem Ziel einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. In einem solchen Kontext stellt die Qualitätsverbesserung der Gesundheitsförderung gleichzeitig einen Prozess dar, der die Qualität der betreffenden Organisation verbessern soll. Nowak et al. (1997) prognostizieren vier positive Effekte für gesundheitsfördernde Krankenhäuser:

- gesündere und zufriedenere Patienten, denen während des Krankenhausaufenthalts ermöglicht wird, Gesundheitspotenziale und Gruppenstrategien zu entwickeln,
- gesündere und zufriedenere Mitarbeiter durch erhöhtes Bewusstsein für Fragen der eigenen Gesundheit und Entwicklung individueller Handlungskompetenzen für den Umgang mit Arbeitsbelastungen,
- rationalere und effizientere Organisationsstrukturen innerhalb der Organisation und in Vernetzung mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie
- eine neue strategische Positionierung des Krankenhauses in seiner Umwelt durch die stärkere Vernetzung mit extramuralen (d.h. ambulanten) Einrichtungen.

Für eine Strategie der Organisationsentwicklung mit diesen Zielen ist es unverzichtbar, die Patienten und Mitarbeiter einzubeziehen. Mittels Befragungen können im ersten Anlauf Stärken und Schwächen der Organisation ermittelt werden. Gleichzeitig ist dies ein erster Schritt, Patienten und Mitarbeiter aktiv an dem Prozess der Organisationsentwicklung zu beteiligen. Diese Beteiligung wird insbesondere für die Mitarbeiter unerlässlich, wenn in einem zweiten Schritt positive Veränderungen im Sinne einer gesundheitsförderlichen Verbesserung der Organisation erzielt werden sollen. Wenn es im Krankenhaus dann tatsächlich zu Maßnahmen der Qualitätsverbesserung gekommen ist, steht die Frage im Raum, ob die damit verbundenen Ziele der Qualitätsverbesserung auch tatsächlich erreicht wurden. Auch hierfür sind die Mitarbeiter und Patienten die kompetentesten Beurteiler. In dem hier behandelten Beispiel-Krankenhaus zeigte sich bei den evaluativen Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, dass hinsichtlich der von Nowak et al. (1997) prognostizierten Effekte relevante Verbesserungen erreicht wurden. Gleichzeitig wurden aber auch weitere Schwächen bzw. Probleme deutlich. Diese mit der Evaluation gleichzeitig erfolgte neue Situationsanalyse ist der Start für eine weitere Drehung in der Qualitätsverbesserungsspirale.

Das Beispiel-Krankenhaus ist den Weg der Qualitätsverbesserung durch Gesundheitsförderung im Rahmen eines umfassenden Organisations-Entwicklungsprozesses weitergegangen. Dabei spielten auch Patienten- und Mitarbeiterbefragungen eine wichtige Rolle. Allerdings sind diese Instrumente noch nicht in der Weise etabliert, dass sie in regelmäßigen Abständen eingesetzt werden.

Zur Zeit erproben wir in einem anderen Krankenhaus, ob sich durch parallelisierte Mitarbeiter- und Patientenbefragungen der Nutzen für das Qualitätsmanagement verbes-

sern lässt (vgl. Trojan/Nickel/Oppolzer 1999). Mit dem zunehmenden Druck auf alle Krankenhäuser, sich in einem Zertifizierungsverfahren regelmäßig selbst zu bewerten und von außen bewerten zu lassen, werden sich Patienten- und Mitarbeiterbefragungen als unentbehrliche, regelmäßig einzusetzende Instrumente des Qualitätsmanagements erweisen.

Literatur

Büssing, A. / Barkhausen, M. / Glaser, J. (1999): „Evaluation von Organisationsentwicklung im Krankenhaus – Methodologische und methodische Anforderungen und deren Realisierung." *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft*, 7, 131-148.

Delbanco, T. L. (1992): „Enriching the Doctor-Patient-Relationship by Inviting the Patient's Perspective." *Annals of Internal Medicine*, 116, 414-418.

EFQM (European Foundation for Quality Management) (1995): *Richtlinien für die Selbstbewertung.* Brüssel.

Kaluza, G. / Conrad, H. J. / Köpf, I. / Zimmermann, H. / Basler, H. D. (1998): „Gesundheitsförderung im Krankenhaus: Bedarf und Nachfrage – Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung." *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 7, 60-65.

Müller, B. / Münch, E. (1999): „Gesundheitsförderndes Krankenhaus – Voraussetzungen und Grenzen der Evaluation komplexer Veränderungsprozesse." In: Badura, B. / Siegrist, J. (Hrsg.): *Evaluation im Gesundheitswesen – Ansätze und Ergebnisse.* Weinheim: Juventa, 135-148.

Nowack, P. et al. (1997): *Das gesundheitsfördernde Krankenhaus: Ergebnisse und Umsetzungserfahrungen am Beispiel eines österreichischen Modellprojektes*. In: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Republik Österreich (Hrsg.). Wien: Eigenverlag.

Oppolzer, A. (1995 u. 1997): Begleitforschung zur Dokumentation und Evaluation der Organisationsentwicklung im Diakonie-Krankenhaus Alten Eichen (Hamburg) unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, erstellt im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege BGW, Hamburg, Teil I: Mai 1995; Teil II: Dezember 1997 (Berichte bei der BGW, Hamburg).

Oppolzer, A. (1998a): „Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Zum Zusammenhang von New Public Health und New Public Management." In: Mattfeldt, H. / Oppolzer, A. / Reifner, U. (Hrsg.): *Ökonomie und Sozialstaat.* Opladen: Leske + Budrich, 91-112.

Oppolzer, A. (1998b): „Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung im Krankenhaus." In: *Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen in Pflegeberufen* (Tagung vom 13./14. November 1998). Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Tagungsbericht Tb 93, Berlin: Eigenverlag, 120-124.

Oppolzer, A. (1999a): „Betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus." *Die Berufsgenossenschaft,* 1999, 28-36.

Oppolzer, A. (1999b): „Betriebliche Ursachen krankheitsbedingter Fehlzeiten – Ansatzpunkte betrieblicher Gesundheitsförderung." *Die Angestellten-Versicherung*, 46, 226-235.

Oppolzer, A. (1999c): „Ausgewählte Bestimmungsfaktoren des Krankenstandes in der öffentlichen Verwaltung – Zum Einfluss von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen auf krankheitsbedingte Fehlzeiten." In: Badura, B. / Litsch, M. / Vetter, Chr.: *Fehlzeiten-Report 1999, Psychische Belastungen am Arbeitsplatz.* Berlin: Springer, 343-362.

Oppolzer, A. / Rosenthal, Th. (1999): „Gesundheitsförderung als betriebliche Sozialpolitik." In: Pelikan, J. M. / Wolff, S.: *Das gesundheitsfördernde Krankenhaus.* Weinheim: Juventa, 200-216.

Pelikan, J. M. / Nowak, P. / Lobnig, H. (1996): „Das Krankenhaus auf dem Weg zur gesundheitsfördernden Organisation." In: Grossmann, R. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung und Public Health*. Wien: Facultas, 210-218.

Scheiders-Kastning, P. (1996): „Gesundheitsförderung im Krankenhaus für PatientInnen – Chancen und Grenzen von Projektarbeit.“ (Diplomarbeit, Institut für Soziologie der Universität Hamburg).

Schultz-Gambard, J. / Lauche, K. / Hron, J. (1999): „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement.“ In: Hoyos, C. G. / Frey, D. (Hrsg.): *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Weinheim: Juventa, 91-137.

Schupeta, E. / Hildebrandt, H. (Hrsg.) (1999): *Wie Krankenhäuser von Patienten lernen können.* St. Augustin: Asgard.

Sturm, H. / Hildebrandt, H. / Trojan, A. (1997): „Patientenbefragungen als Anstoß für Verbesserungen im Krankenhaus: Erfahrungsberichte aus einem WHO-Projekt-Krankenhaus und einer Versichertenbefragung einer großen Angestellten-Krankenkasse in Hamburg.“ In: Pelikan, J. / Noak, H. / Pfeiffer, R. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften/Gesundheitsförderung* Band 4, Wien: Facultas-Universitätsverlag, 96-106.

Trojan, A. (1998): „Warum sollen Patienten gefragt werden? Zu Legitimation, Nutzen und Grenzen patientenzentrierter Evaluation von Gesundheitsdienstleistungen.“ In: Ruprecht, T. (Hrsg.): *Experten fragen – Patienten antworten*. St. Augustin: Asgard, 15-30.

Trojan, A. / Nickel, S. (1999): „Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Darstellung des europäischen WHO-Projektes und Ergebnisse der Entwicklung und Anwendung eines Fragebogens zur Evaluation patientenorientierter Qualität im Krankenhaus.“ In: Röhrle, B. / Sommer, G. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung.* Tübingen: dgvt-Verlag, 315-344.

Trojan, A. / Nickel, S. / Schneiders-Kastning, P. (1997): „Qualitätsbeurteilung aus Patientensicht. Exemplarische Ergebnisse aus dem europäischen WHO-Projekt „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser“. *Gesundheitswesen*, 59, 720-725.

Trojan, A. / Nickel, S. / Oppolzer, A. (1999): „Qualität des Krankenhauses. Die Sicht der MitarbeiterInnen und PatientInnen im Vergleich. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): *Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen in Pflegeberufen.* Berlin: Wirtschaftsverlag NW, 164-184.

Zink, K. J. (Hrsg.) (1992): *Qualität als Managementaufgabe.* (2. Aufl.) Landsberg: Verlag Moderne Industrie.

3.13 Transparenz schaffen und Qualität entwickeln in Zusammenarbeit von Praxis und Forschung

Qualitätsentwicklung in den Suchtpräventionsstellen des Kantons Aargau

Lisa Guggenbühl

Ausgangslage – Motivation zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung

Anlass für die Entwicklung qualitätssichernder Maßnahmen in den Suchtpräventionsstellen des Schweizer Kantons Aargau waren die Leistungsverträge, welche das kantonale Gesundheitsdepartement im Rahmen eines umfassenden Controllingkonzepts mit verschiedenen Anbietern im Bereich Suchthilfe und Prävention abgeschlossen hat. Aus diesen Verträgen geht hervor, dass die Stellen Umfang und Qualität ihrer Leistungen gegenüber dem Kanton mit geeigneten Mitteln ausweisen müssen. Damit die Suchtpräventionsstellen diesen Nachweis erbringen können, beauftragte der kantonale Drogenkoordinator das Institut für Suchtforschung, in Zusammenarbeit mit den Präventionsfachleuten geeignete Instrumente zu entwickeln. Die Instrumente sollten quantitative und qualitative Daten erfassen und neben der Überprüfung der Leistungsverträge den Stellen eine regelmäßige Überprüfung der eigenen Tätigkeit ermöglichen.

Tätigkeitsbereich der Suchtpräventionsstellen

Grundauftrag der Suchtpräventionsstellen ist die Vermeidung süchtigen Verhaltens im Kanton durch die Einflussnahme auf strukturelle sowie intra- und interpersonale Faktoren, die Suchtentstehung begünstigen. Ihre Arbeit besteht dabei weniger in der direkten Arbeit mit jenen Zielgruppen, bei welchen süchtiges Verhalten verhindert werden soll, als vor allem in der kontinuierlichen Zusammenarbeit, Beratung und Unterstützung ihrer Bezugspersonen in Schulen, bei Freizeitangeboten und am Arbeitsplatz. Ansprechpartner der Suchtpräventionsstellen sind also Lehrer, Behördenvertreter, Personalverantwortliche, aber auch Eltern, Schüler sowie Fachpersonen aus dem medizinischen und psychosozialen Bereich.

Die Suchtpräventionsstellen sind dezentral im Kanton angesiedelt, um eine gute Verankerung in der Region zu ermöglichen und um Projekte regionsbezogen entwickeln zu können. Die Stellen müssen sich jedoch auch an überregionalen und kantonalen Projekten beteiligen.

Organisationsstruktur der Suchtpräventionsstellen

Der Kanton Aargau verfügt über sechs regionale Suchtpräventionsstellen. Diese sind vier verschiedenen privaten Trägerschaften unterstellt und mit insgesamt 470[1] Anstellungsprozenten dotiert. Drei dieser Suchtpräventionsstellen sind jeweils mit 50%, zwei mit je 80% und eine mit 160%, d.h. mit zwei Personen zu je 80%, besetzt. Bei einer ständigen kantonalen Wohnbevölkerung von 534.000[2] entspricht dies einer 100%-Stelle auf 113.617 Einwohner.[3] Es handelt sich also um sehr kleine und niedrig dotierte Suchtpräventionsstellen. Fünf von ihnen sind institutionell einer regionalen Suchtberatungsstelle angegliedert, eine dem lokalen Jugendhaus. Die Suchtpräventionsstellen werden zu einem erheblichen Teil durch den Kanton finanziert. Darüber hinaus leisten die Gemeinden pro Einwohner und Jahr einen direkten Beitrag an die Trägerschaften.

Der Kanton gibt die strategischen Ziele vor, zu deren Erreichung er mit den Trägerschaften Leistungsvereinbarungen abgeschlossen hat. Die Trägerschaften sind vor allem für Personalfragen und die operative Führung zuständig. Der Kanton wird durch den kantonalen Drogenkoordinator vertreten, der auf strategischer Ebene Vorgesetzter der Suchtpräventionsstellen ist und die Erfüllung der Leistungsverträge kontrolliert. Ihm unterstellt ist die Arbeitsgruppe Suchtprävention, die sich aus den Präventionsfachleuten, zwei weiteren Vertretern des Kantons und dem Fachaustausch zusammensetzt, der der Verteilung zusätzlicher Mittel sowie der Planung, Absprache und Koordination von Suchtpräventionsaktivitäten im Kanton dient. Der Zusammenarbeit der Stellen dient indes vor allem das Fachteam. Dieses setzt sich aus allen Präventionsfachleuten zusammen und trifft sich ca. sechsmal jährlich, jedoch ohne offiziellen Auftrag.

Anforderungen an die Projektorganisation

Die Entwicklung qualitätssichernder Maßnahmen ist eine Auflage des Kantons. Sein Kontrollanspruch ist jedoch begrenzt, und die Vorgaben bezüglich Leistungsumfang und Qualität sind sehr allgemein gehalten. Die Präventionsfachleute sind verpflichtet, an der Entwicklung qualitätssichernder Maßnahmen mitzuarbeiten, obwohl es sich nicht (primär) um ihr Anliegen handelt. Zudem verfügen sie über nur geringe zeitliche Ressourcen, die sie für die kantonale Zusammenarbeit und damit auch für die Entwicklung qualitätssichernder Maßnahmen aufwenden können. Sie sind skeptisch und glauben, dass primär eine Erhöhung ihres Stellenetats zur Verbesserung von Qualität führen würde. Und sie zweifeln daran, dass das, was die Qualität ihrer Arbeit wirklich ausmacht, erfasst werden kann. Schließlich handelt es sich nicht um eine Institution, für welche ein Qualitäts-

1 Stand bei Projektbeginn, Frühling 1998. Eine Aufstockung auf 600% wurde in der Zwischenzeit beschlossen.

2 Stand Ende 1997.

3 Demgegenüber empfiehlt das Institut für Sozial- und Präventivmedizin Zürich für den Kanton Zürich eine 100%-Stelle auf 45.000 resp. 40.000 Einwohner (vgl. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich 1994:30).

sicherungssystem entwickelt werden soll, sondern um sechs Stellen und vier Trägerschaften mit jeweils eigenen Strukturen, Aufgabenbereichen und Zielen.

Aufgrund dieser Ausgangslage mussten die Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung und die Projektorganisation folgenden Anforderungen entsprechen bzw. folgende Ziele erreichen:

Der Kanton muss ein Instrument erhalten, das ihm die Steuerung der suchtpräventiven Aktivitäten im Kanton Aargau erlaubt. Dazu müssen in einem ersten Schritt Umfang und Qualität der gegenwärtigen Leistungen transparent gemacht werden, damit der Kanton in einem zweiten Schritt sinnvolle Leistungsziele vorgeben und seine Steuerungsaufgabe wahrnehmen kann. Es musste also ein Modell gewählt werden, welches zunächst Leistungstransparenz schafft und anschließend die Festlegung und Überprüfung von Qualitätsstandards erlaubt. Um adäquate Leistungsvorgaben machen zu können, muss Qualität fachgerecht definiert werden. Dabei müssen sowohl der wissenschaftliche Erkenntnisstand als auch die Erfahrung und Anliegen der Präventionsfachleute berücksichtigt werden.

Zwar benötigt der Kanton Instrumente zur Leistungssteuerung. Weil sich Qualität aber vor allem auch in der alltäglichen Präventionsarbeit vollzieht, sollen die Fachleute zur Beurteilung und kontinuierlichen Verbesserung der Qualität ihrer Arbeit befähigt werden sowie Mittel erhalten, die ihnen die Erfüllung dieser Aufgabe erleichtern. Diese Form der Selbstkontrolle ist im Kanton Aargau notwendig, weil die Fachleute sehr autonom arbeiten. Sie kann aber nur funktionieren, wenn Qualitätsentwicklung zu einem Anliegen des Fachteams wird (vgl. Meinhold 1997).

Weil es sich um kleine und überlastete Suchtpräventionsstellen handelt, musste eine Form gefunden werden, welche die Stellen optimal miteinbezieht, ohne sie aber zu sehr mit zusätzlicher Arbeit zu belasten.

Modell zur Entwicklung von Qualität

Um die genannten Anforderungen erfüllen zu können, wurde eine Vorgehensweise gewählt, die ein wissenschaftlich fundiertes Qualitätskonzept mit den Qualitätsanliegen der Fachleute verbindet. Während ca. eineinhalb Jahren wurden an insgesamt 14 gemeinsamen Sitzungen der Präventionsfachleute, des Drogenkoordinators und des Forschungsinstituts die Grundlagen für die Sicherung und Entwicklung von Qualität in den Suchtpräventionsstellen erarbeitet. Dabei ließ das Forschungsinstitut den Stand der wissenschaftlichen Diskussion in die Formulierung von Qualitätskriterien und -merkmalen einfließen und stellte forschungsmethodisches Know-how für die Operationalisierung und die Entwicklung der Instrumente zur Verfügung. Die Aufgabe der Präventionsfachleute bestand in der Konkretisierung der Qualitätskriterien für ihren Berufsalltag aufgrund der konkreten Abläufe und Strukturen in ihren Stellen sowie in der Festlegung der Prioritäten

und Schwerpunkte der Qualitätsentwicklung. Durch diese Vorgehensweise sollten Widerstände der Fachleute gegen aufgezwungene Qualitätskriterien verhindert, eine wissenschaftliche Fundierung sichergestellt und das Fachteam von zusätzlicher Arbeit entlastet werden. *Abbildung 1* zeigt den gesamten Prozess der Qualitätsentwicklung:

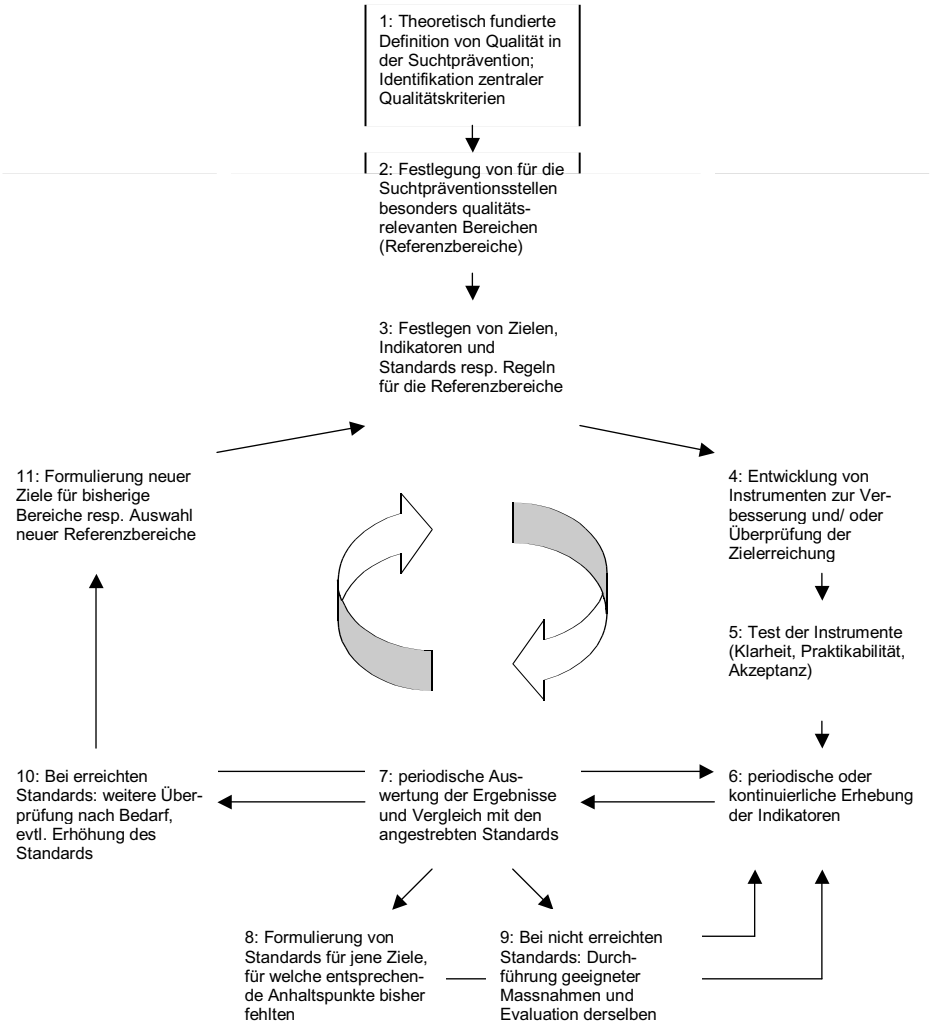

Abb.1: Modell zur Entwicklung von Qualität

Zu Beginn des Prozesses erstellte das Forschungsinstitut auf der Basis eines breiten Literaturstudiums einen Überblick über Kriterien und Merkmale von Qualität in der Suchtprävention (Rahmenkonzept der Forschung), beruhend auf den drei Pfeilern Zufriedenheit der Anspruchsgruppen, Wirksamkeit und Effizienz (siehe unten unter „Rahmenkonzept der Forschung“).

Anschließend wählten die Präventionsfachleute gemeinsam mit dem Drogenkoordinator drei Bereiche aus, für die Qualität differenziert beschrieben, erfasst und verbessert werden sollte. Die Auswahl erfolgte nicht primär auf der Grundlage des Rahmenkonzepts, sondern insbesondere auch aufgrund der besonderen Bedeutung der Bereiche für die Praxis. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, weil es unter den gegebenen Umständen nicht möglich gewesen wäre, Qualität sowohl umfassend als auch unter Einbezug des Fachteams einzuschätzen und zu verbessern. Deshalb erfolgte eine Gewichtung qualitätsrelevanter Bereiche entsprechend den Bedürfnissen der Beteiligten (siehe unten „Ausgewählte Bereiche und Instrumente“).

Für jeden Referenzbereich wurde ein Raster der relevanten Ziele/Qualitätsmerkmale, Indikatoren und Standards erstellt. Dabei wurden zunächst gemeinsam die wichtigsten Ziele skizziert. Danach formulierte die Praxisforscherin entsprechende Unterziele und schlug mögliche Indikatoren und Standards vor, welche anschließend in mehreren Sitzungen diskutiert, modifiziert und ergänzt wurden. Standards wurden nur festgelegt, wo dies möglich war bzw. als sinnvoll erachtet wurde, und wenn das Fachteam dazu bereit war. Für viele Ziele können Standards jedoch erst festgelegt werden, wenn Transparenz bezüglich der bisherigen Situation besteht.

Anschließend wurde geprüft, welche Ziele systematisch überprüft werden sollen und mit welchen Mitteln dies geschehen könnte. Für manche Ziele reichte die Festlegung von Zuständigkeit, Art und Häufigkeit der Überprüfung aus. Für andere wurde die Entwicklung von Instrumenten beschlossen.

Die Instrumente wurden wiederum gemeinsam diskutiert, den Bedürfnissen der Fachleute und des Drogenkoordinators angepasst, in einer dreimonatigen Testphase auf ihre Anwendbarkeit überprüft, erneut angepasst und implementiert.

Die Erhebung der Indikatoren kann je nach Art der Daten systematisch oder periodisch erfolgen und durch die Präventionsfachleute selbst durchgeführt oder nach außen delegiert werden.

Dasselbe wie für die Erhebung gilt auch für die Auswertung der Daten. Differenziertere Analysen sollten nach außen vergeben werden. Regeln, deren Einhaltung nicht mittels Indikatoren erfasst werden kann, können im Rahmen einer Supervision ausgewertet werden. Nach einer ersten Auswertung können für jene Ziele quantitative Standards festgelegt werden, für welche bisher die Leistungstransparenz fehlte.

Bei nicht erreichten Standards sind geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Zielerreichung zu treffen. Ihre Entwicklung kann je nach Qualitätsdimension in Form einer Supervision, in Verhandlungen mit den Trägerschaften oder unter Hinzuziehung außenstehender Fachleute erfolgen. In jedem Fall müssen die Maßnahmen auf ihre Wirkung überprüft und bei Bedarf modifiziert werden. Erreichte Standards können weiterhin periodisch überprüft und quantitative Standards bei Bedarf angepasst werden.

Rahmenkonzept der Forschung

Die Qualität suchtpräventiver Maßnahmen kann, wie bereits erwähnt, anhand ihrer Wirksamkeit, ihrer Effizienz und der Zufriedenheit der Anspruchsgruppen definiert werden. Diese Qualitätskriterien lassen sich aus dem Verständnis suchtpräventiver Maßnahmen als soziale Dienstleistungen ableiten. Danach ist die Qualität einer Dienstleistung gut, wenn sie in möglichst hohem Maße den Erwartungen ihrer Anspruchsgruppen[4] entspricht. Insofern kann Qualität anhand der Zufriedenheit der Anspruchsgruppen mit der angebotenen und erhaltenen Dienstleistung beurteilt werden. Diese Definition stößt jedoch an Grenzen. Denn die meisten Anspruchsgruppen sind an wirksamer und effizienter Suchtprävention interessiert, es fehlen ihnen aber das Wissen und die Möglichkeit zur Beurteilung. Um die Wirksamkeit beurteilen zu können, ist spezifisches Expertenwissen erforderlich, und um die Effizienz einschätzen zu können, müssen entsprechende Daten offen gelegt werden. Aus diesem Grund müssen sich im Bereich humaner Dienstleistungen ökonomische, kunden- und expertenorientierte Qualitätsdefinitionen immer ergänzen (vgl. Schubert/Zink 1997:2ff.).

Daraus ergeben sich die Qualitätskriterien Wirksamkeit, Effizienz und Zufriedenheit der Anspruchsgruppen. Ihnen können nun zahlreiche konkretisierende Qualitätsmerkmale zugeordnet werden, welche ihrerseits die Identifikation von Indikatoren und Standards ermöglichen. Das Forschungsinstitut erstellte danach auf der Basis aktueller Fachliteratur einen Überblick über wichtige Qualitätsmerkmale und nannte eine Reihe von Möglichkeiten für deren Operationalisierung. Der Anspruch beschränkte sich jedoch auf die Übersicht, eine differenzierte Ausarbeitung war nur für die ausgewählten Referenzbereiche möglich. Im Folgenden werden exemplarisch einige Qualitätsmerkmale aufgelistet.

Wirksamkeit suchtpräventiver Maßnahmen

Wirksamkeit bedeutet, dass zuvor festgesetzte Ziele erreicht bzw. Veränderungen in diese Richtung erzielt werden. Weil die Wirksamkeit von Suchtprävention in der Praxis nur schwer messbar ist, werden stattdessen Merkmale aufgelistet, die gemäß heutigem Wissensstand die Wirksamkeit begünstigen. Daneben ist es aber unerlässlich, Programme auf ihre Wirksamkeit hin zu evaluieren. Aspekte hierbei sind:

4 Anspruchsgruppen der Suchtpräventionsstellen sind Personen und Körperschaften, die Erwartungen an die Stellen haben und sich ein Urteil über die Leistungsqualität bilden. Dies sind namentlich die Leistungsempfänger, Kostenträger, Auftraggeber, die Fachöffentlichkeit und die Präventionsfachleute selbst.

– Identifikation relevanter Zielgruppen unter Berücksichtigung sich laufend verändernder Problemlagen;
– systematisches Vorgehen beim Umgang mit Anfragen und Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für eine leichte Zugänglichkeit der Angebote;
– Anwendung erprobter, ziel- und zielgruppenangemessener Methoden;
– Orientierung suchtpräventiver Programme an den Bedürfnissen, Lebenserfahrungen und -bedingungen der Zielgruppen;
– Langfristigkeit primärpräventiver Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen;
– Ganzheitlichkeit der Maßnahmen (Integration ursachenorientierter und substanzenspezifischer Ansätze; Einbeziehung des sozialen Umfelds; Kombination von Wissensvermittlung und Stärkung der Sozialkompetenz; Einbeziehung verschiedener Systemebenen; Kombination von personaler und massenmedialer Kommunikation);
– Innovation und Aktualität der Programme;
– Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter;
– Motivation der Mitarbeiter.

Zufriedenheit der Anspruchsgruppen

Hier kann einerseits die Zufriedenheit der Anspruchsgruppen direkt erhoben werden, andererseits anhand gewisser Merkmale indirekt auf diese geschlossen werden:

– Direkte Erhebung der Zufriedenheit der Leistungsempfänger, Mitarbeiter sowie Kostenträger, Trägerschaften und externer Fachleute;
– Ermöglichung spontaner Rückmeldungen und Beachtung indirekter Hinweise (z.B. Fluktuation der Mitarbeiter);
– Klarheit der Leistungsvereinbarungen zwischen den Stellen und Leistungsempfängern sowie deren Einhaltung (vor einer Leistungsvereinbarung werden die Erwartungen erfragt und geprüft, ob diesen entsprochen werden kann);
– Leistungs- und Kostentransparenz gegenüber dem Auftraggeber sowie deren Einhaltung und Dokumentation (Zeiterfassung, Projektdokumentation);
– bedarfsgerechte Projektentwicklung (vorangehende Bedarfsabklärung; Einbezug der Kunden in die Planung);
– vertraulicher Umgang mit Kundendaten.

Effizienz suchtpräventiver Maßnahmen

Effizienz ergibt sich aus dem Verhältnis der aufgewendeten Ressourcen zur Zielerreichung. Idealerweise sollte die Wirkung einer Dienstleistung mit dem Aufwand verglichen werden. Da die Wirkung in der Praxis aber nicht systematisch gemessen werden kann, werden allgemeine Effizienzmerkmale festgelegt und überprüft. Zudem soll der Aufwand differenziert erhoben werden, um für standardisierbare Tätigkeiten Vergleiche zu ermöglichen:

– Auswahl jener Zielgruppen, bei denen mit beschränkten Ressourcen möglichst viele Personen erreicht werden können;

– Auswahl von Zielgruppen mit größerer Wahrscheinlichkeit einer späteren Suchtentwicklung;
– mehrfache Anwendung erarbeiteter Projekte sowie Übernahme bewährter und evaluierter Programme;
– regelgeleitete Entwicklungstätigkeit;
– transparente Gestaltung und optimale Organisation der Kernprozesse der Leistungserbringung;
– klare Regelung der Kompetenzen und Verantwortungen von Mitarbeitern, Trägerschaften und Kanton;
– Zusammenarbeit der Stellen sowie Vernetzung mit verwandten Einrichtungen zur optimalen Nutzung der Ressourcen sowie zur Erhöhung der Wirksamkeit;
– System zur Erkennung von Fehlern und ihrer Ursachen sowie adäquate Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen;
– Dokumentation von Input, Output und (wo möglich) Outcome (Projektdokumentation, Ereignisstatistiken, systematische und differenzierte Zeiterfassung).

Ausgewählte Bereiche und Instrumente

Zeiterfassung

Weil Ressourcen immer beschränkt sind, muss Qualität in Relation zu den aufgewendeten Mitteln definiert werden. In der Suchtprävention ist dies vor allem die aufgewendete Arbeitszeit. Aus diesem Grund wurde zunächst ein Instrument zur einheitlichen und differenzierten Zeiterfassung entwickelt. Dazu wurde ein Aktivitäten- und Zielgruppenraster erstellt, welches sowohl den gegenwärtigen Wissensstand reflektieren als auch der Arbeitsrealität der Fachleute gerecht werden musste. Auf dieser Grundlage wurde ein computergestütztes Erfassungsinstrument entwickelt, bei welchem jeder Aktivität verschiedene Zielgruppen zugeordnet werden können.

Ausgewählte Referenzbereiche

Es wurden drei Bereiche festgelegt, für welche die Qualität von Suchtprävention differenziert beschrieben, erfasst und gegebenenfalls verbessert werden sollte. Die Auswahl erfolgte einerseits auf der Grundlage des Rahmenkonzepts, andererseits aufgrund der spezifischen Qualitätsanliegen der Fachleute. Für jeden Referenzbereich wurde ein Raster der relevanten Ziele/Merkmale, Indikatoren und Standards erstellt, die hier jedoch nicht wiedergegeben werden können.

- *Referenzbereich „Kantonale Zusammenarbeit“*

Der kantonalen Koordination und Kooperation kommt im Kanton Aargau besondere Bedeutung zu, weil die regionale Organisationsstruktur die Zusammenarbeit unter den Fachleuten erschwert. Alle Beteiligten vermuteten hier auch einen erheblichen Handlungsbedarf.

Die Oberziele der kantonalen Zusammenarbeit sind:
– ein koordiniertes Auftreten nach außen zur Gewährleistung von Transparenz und Glaubwürdigkeit,
– die fachteaminterne inhaltliche Koordination zur Gewährleistung von Professionalität,
– die optimale Nutzung materieller und immaterieller Ressourcen.

Auf der Grundlage dieser Oberziele wurde ein Raster der Unterziele, Indikatoren und Standards festgelegt. Anschließend wurden geeignete Maßnahmen und Instrumente zur Verbesserung und Überprüfung der Zielerreichung beschlossen und entwickelt. Dabei wurde vor allem auf die Selbstkontrolle der involvierten Personen und Instanzen gesetzt.

Darüber hinaus wurden folgende Maßnahmen getroffen bzw. Instrumente entwickelt:
– Das Fachteam ernannte eines seiner Mitglieder zum *Qualitätsbeauftragten* für die Dauer von mindestens einem Jahr. Seine Aufgabe war es, die Erreichung all jener Standards regelmäßig zu überprüfen, die nicht durch ein standardisiertes Instrument erfasst werden, sowie als Ansprechperson für Qualitätsanliegen zur Verfügung zu stehen.
– Es wurde eine computergestützte *Kantonale Jahresagenda* eingeführt. Diese diente einer kantonal koordinierten Planung, größerer Transparenz und beinhaltete Angaben zu kantonalen Aktivitäten, Weiterbildungen sowie zu lokalen Anlässen von überregionaler Bedeutung.
– Ein *Ressourcenpool* sollte die Zugänglichkeit vorhandener Unterlagen für alle Präventionsstellen verbessern, indem Kurzdokumentationen von Präventionsprojekten und mehrmals durchführbarer Veranstaltungen in eine gemeinsame Datenbank eingegeben wurden.

- *Referenzbereich „Erreichung der Zielgruppen“*

Weil dem umfassenden Auftrag der Suchtpräventionsstellen beschränkte Ressourcen gegenüberstehen, müssen die relevanten Zielgruppen ermittelt und gezielt angesprochen werden. Dieser Bereich befasste sich mit der Frage, wie sichergestellt werden kann, dass die „richtigen“ Zielgruppen angesprochen werden, und dass die Wahrscheinlichkeit, sie auch zu erreichen, möglichst groß ist. Hierzu wurden folgende Oberziele formuliert:
– systematisches Vorgehen bei der Auswahl der Zielgruppen,
– Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für eine leichte Zugänglichkeit der Stellen für relevante Zielgruppen.

Folgende Instrumente wurden erstellt:
– Eine Vorlage, gemäß welcher jede Stelle ihre *Kriterien für den Umgang mit Anfragen* explizit machen sollte. Die Kriterien legten die von den Stellen verfolgte Politik und ihre Möglichkeiten offen. Dabei müssen die Basiskriterien bei jeder Anfrage gegeben sein. Die variablen Kriterien sind nur zu berücksichtigen, wenn die Aufträge zusätzlich gesteuert werden sollen.

– Die *Falldokumentation* war ein Herzstück der Qualitätsentwicklung, da sie eine Vielzahl von Auswertungen erlaubt und zudem administrative Zwecke erfüllt. Es handelt sich um eine aus drei Teilen (Fallaufnahme, Durchführung, Abschluss der Dienstleistung) bestehende File-Maker-Datenbank, in welcher Daten zur Art der nachgefragten und erbrachten Dienstleistung sowie zu Aufwand und Zufriedenheit der Kontaktpersonen kontinuierlich erhoben werden.[5]
– Die *Zeiterfassung* diente insofern der Überprüfung der Zielgruppenerreichung, als sie eine Auswertung der aufgewendeten Zeit pro Zielgruppe erlaubt.

- *Referenzbereich „Zufriedenheit der Anspruchsgruppen"*

Als dritten Bereich nahm sich das Fachteam die Zufriedenheit der Anspruchsgruppen vor. Diese umfassend und systematisch zu erheben, würde jedoch einen enormen Aufwand bedeuten, weshalb sich das Fachteam auf die Gemeinden, die Fachöffentlichkeit sowie verschiedene Zielgruppen beschränkte. Hier wurde von folgenden Oberzielen bzw. Qualitätsmerkmalen ausgegangen:
– Es sind Maßnahmen vorhanden, die zur Ermöglichung, Förderung und Wiedererlangung der Zufriedenheit der Anspruchsgruppen geeignet sind.[6]
– Die Zufriedenheit der wichtigsten Anspruchsgruppen soll periodisch erhoben und zur Steuerung der Weiterarbeit genutzt werden.
– Es sind Maßnahmen vorhanden, welche geeignet sind, die Unzufriedenheit von Anspruchsgruppen sowie deren Ursachen festzustellen.

Das Fachteam hat sich für die Verwendung folgender Instrumente entschieden:
– *Befragung der Kontaktpersonen:* Alle Kontaktpersonen werden nach Abschluss der Zusammenarbeit schriftlich zu ihrer Zufriedenheit mit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der erhaltenen Dienstleistung befragt. Standardisierte Antworten werden in die Falldokumentation eingetragen (s.o.).
– *Befragung der Teilnehmer von Kursen und Weiterbildungen:* Alle Teilnehmer von öffentlich, schulisch und außerschulisch angebotenen Kursen und Weiterbildungen werden nach Abschluss der Veranstaltung einheitlich und schriftlich nach ihrer Zufriedenheit gefragt.
– *Befragung der Gemeinderäte:* Die Zufriedenheit der Gemeinden ist die Grundlage ihres Auftrags an die Trägerschaften. Die Bekanntheit des Angebots und ihre Zufriedenheit damit soll deshalb periodisch erhoben werden.

Des Weiteren wurde eine periodische Befragung der Fachöffentlichkeit beschlossen, die aufgrund des Zeitaufwands jedoch auf einen späteren Zeitpunkt verschoben wurde. Zweck der Erhebung ist eine generelle Erfassung der Bekanntheit des Angebots sowie der Zufrie-

5 Als Fälle werden Dienstleistungen erfasst, die selbst die Suchtprävention zum Ziel haben, sich an eine konkrete Zielgruppe richten und ein Minimum an Arbeitsschritten beinhalten. Ebenfalls dokumentiert werden Absagen und Weitervermittlungen.

6 Gemeint sind präventive und korrigierende Maßnahmen jenseits von Zufriedenheitserhebungen.

denheit der Fachöffentlichkeit mit dem Angebot und den Leistungen der Suchtpräventionsstellen, auch unabhängig von einer konkreten Zusammenarbeit.

Zwischenbilanz

Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Berichts konnte im Kanton Aargau die fünfte Etappe (vgl. *Abbildung 1* „Modell zur Entwicklung von Qualität") abgeschlossen werden. Aus dem Prozess entstanden konkrete Produkte, er löste jedoch auch Auseinandersetzungen aus.

Die drei Referenzbereiche konnten intensiv bearbeitet werden. Entstanden sind daraus pro Bereich ein Raster mit Zielen bzw. Qualitätsmerkmalen, Indikatoren und – wo möglich und gewünscht – Qualitätsstandards. Ein erheblicher Teil der gemeinsamen Sitzungen wurde in diese Arbeit investiert. Durch sie konnten zentrale Ziele der Suchtpräventionsstellen herausgearbeitet, konkretisiert und transparenter gemacht werden. Damit geht die Bedeutung der Raster weit über ihre Funktion als Grundlage für die Entwicklung der Instrumente hinaus.

Die entwickelten Instrumente und Maßnahmen wurden oben in Kürze dargestellt. Dabei dienen die *Kantonale Jahresagenda,* der *Ressourcenpool* sowie die *Kriterien für den Umgang mit Anfragen* der besseren Zielerreichung. Die anderen Instrumente und Maßnahmen (*Zeiterfassung, Falldokumentation, Qualitätsbeauftragter, Zufriedenheitserhebungen*) dienen vor allem der Überprüfung der Zielerreichung. Allerdings fehlt es noch an Standards, deren Erreichung überprüft werden könnte. Grund dafür sind einerseits fehlende Informationen zum Ist-Zustand. Andererseits fehlt eine Instanz, welche den Fachstellen entsprechende Vorgaben machen würde, und das Fachteam will sich nicht selbst diese Vorgaben machen. Die Instrumente müssen deshalb zunächst dazu genutzt werden, diese Transparenz herzustellen, um danach zur Steuerung eingesetzt werden zu können.

Die Instrumente werden nun während eines Jahres angewendet. Danach wird das Forschungsinstitut eine erste Auswertung ausgewählter Aspekte für Stellen und Kanton vornehmen bzw. für die Stellen Auswertungspläne erstellen. Darüber hinaus ist eine mündliche Auswertung vorgesehen. Die längerfristige Zusammenarbeit zwischen den Suchtpräventionsstellen, dem Kanton und dem Forschungsinstitut ist noch offen. Denkbar sind periodische Audits oder Workshops zur Weiterführung des Prozesses sowie zur Diskussion von Auswertungsergebnissen.

Jenseits dieser Produkte führte das Projekt zu einer Auseinandersetzung des Fachteams mit der Qualität von Suchtprävention im Allgemeinen sowie mit der Qualität seiner eigenen Arbeit im Besonderen. Der anfänglich große Widerstand wich mit der Zeit einem Interesse an diesen Fragen und der Bereitschaft zur Auseinandersetzung damit. Einen kritischen Moment stellte jedoch die Testphase der Instrumente dar. Obwohl sie entsprechend den Bedürfnissen der Fachleute entwickelt worden waren, stand beim Testlauf der Erhebungs-

aufwand im Vordergrund, was zu erneutem Widerstand führte. Dies ist verständlich, da bei kleinen und überlasteten Stellen die Einarbeitung in neue Erhebungsinstrumente schnell eine massive Zusatzbelastung darstellt. Im Referenzbereich „Kantonale Zusammenarbeit" konnten die Probleme der kantonalen Organisationsstruktur jedoch sichtbar gemacht werden, was eine Diskussion um Möglichkeiten der Umstrukturierung auf der Ebene von Kanton und Trägerschaften auslöste.

Empfehlungen

Die Zusammenarbeit von Forschung und Praxis in Fragen der Qualitätsentwicklung hat sich für den Bereich der Suchtprävention als fruchtbar erwiesen. Dies kommt z.B. beim Rahmenkonzept zum Ausdruck, das ursprünglich nicht vorgesehen war. Stattdessen sollte direkt mit der Auswahl von Referenzbereichen begonnen werden. Dies führte jedoch dazu, dass jeder potenzielle Referenzbereich – kaum dass er aufgrund seiner Bedeutung ins Auge gefasst worden war – wieder verworfen wurde, weil der Eindruck entstand, dass Qualität doch nicht „allein daran" festgemacht werden könne. Es schien schwierig, selektiv vorzugehen, solange ein Gesamtüberblick fehlte. Aus diesem Grund wurde auf der Basis der aktuellen Fachliteratur eine Übersicht erstellt, die zudem die Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion sicherstellte.

Wenn gleichzeitig für verschiedene Einrichtungen mit unterschiedlichen Trägerschaften, Aufgabenbereichen und Organisationsformen ein Qualitätssicherungssystem entwickelt wird, sollte der Entwicklung eine eingehende Abklärung der verschiedenen Auflagen und Erwartungen vorausgehen. Ansonsten kann es z.B. vorkommen, dass eine Stelle verschiedene Zeiterfassungen ausfüllen muss, was die Akzeptanz solcher Maßnahmen unmöglich macht.

Weiter sollte, sofern mit mehreren Einrichtungen gearbeitet wird, eine Leitungsperson für das gesamte Qualitätsprojekt zuständig sein, welche mit dem Forschungsinstitut zusammenarbeitet. Damit können Akzeptanz und Effizienz des Projekts verbessert werden.

Ein schwieriger Aspekt dieser Vorgehensweise ist die lange Dauer von der Definition der Ziele und der Entwicklung der Instrumente bis zu dem Zeitpunkt, an welchem erste Ergebnisse sichtbar werden. Im Hinblick auf die Steuerungsinstrumente lässt sich dies kaum verhindern. Hier muss jedoch deutlich gemacht werden, dass eine sinnvolle Steuerung auch im Interesse der Fachleute liegt. Hingegen sollte bei den Instrumenten zur Verbesserung der Zielerreichung darauf geachtet werden, dass Vorteile bald erfahrbar werden.

Schließlich müssen die Fachleute trotz der Entlastung genügend Zeit für den Prozess aufwenden können. Dies gilt für die Teilnahme an den Sitzungen und deren Vor- und Nachbereitung, die Einarbeitung in die Instrumente und deren Test wie auch für die Auswertungssitzungen und die kontinuierliche Weiterverfolgung des Prozesses.

Der geschilderte Prozess hat gezeigt, dass sich die Zusammenarbeit von Forschung und Praxis in der Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung in der Suchtprävention bewährt sowie fruchtbar und effizient sein kann. Für die Kommentierung weiterer Erfolge und Misserfolge ist es jedoch noch zu früh. Das weitere Gelingen des Projekts ist davon abhängig, wie die Fachleute, aber auch die Trägerschaften und der Kanton die Instrumente nutzen werden.

Literatur

Guggenbühl, L. (1999): *Qualitätsentwicklung in den Suchtpräventionsstellen des Kantons Aargau*. Bericht über den Qualitätsentwicklungsprozess mit einer Zusammenstellung der Arbeitsinstrumente. Forschungsbericht. Zürich: Institut für Suchtforschung.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (1994): „Sicherstellung der Suchtprävention in allen Regionen des Kantons Zürich. Regionale Suchtpräventionsstellen: Aufgaben, Koordination, Finanzierung." Studie im Auftrag der Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich. Juni 1994.

Meinhold, M. (1997): *Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit.* (2. Auflage) Freiburg: Lambertus.

Schubert, H.-J. / Zink, K. J. (Hrsg.) (1997): *Qualitätsmanagement in sozialen Dienstleistungsunternehmen*. Neuwied: Luchterhand.

3.14 Qualitätsmanagement für kleine freie Träger

Entwicklung eines Konzepts am Beispiel Berliner Frauenprojekte und der Berliner Selbsthilfe-Kontaktstellen (SEKIS)

Karin Stötzner

Das Thema Qualitätssicherung und die Beschäftigung mit Qualitätsmanagement ist inzwischen selbstverständlicher Teil fachlicher Diskussionen sozialer Arbeit. Veränderte Rahmenbedingungen wie knappe öffentliche Mittel und der Zwang zu neuen Prioritäten im Zuwendungsbereich zwingen auch die kleinsten Träger zu einer stärkeren Leistungsorientierung und Profilierung. Das hat dazu geführt, dass sich die einzelnen Fachbereiche sozialer oder gesundheitsorientierter Dienste nach für sie passenden Konzepten umgesehen haben. Die hierbei entwickelten und gefundenen Umsetzungsmöglichkeiten lehnen sich in der Regel an die Schritte der gängigen Verfahrensmodelle, z.B. der ISO-Normenreihe, oder an die Philosophie des Total Quality Managements an. Im Bereich sozialer Arbeit ist außerdem eine Verknüpfung mit Konzepten der Selbstevaluation sehr häufig.

In diesem Beitrag soll ein solcher Umsetzungsweg beschrieben werden, der explizit für kleine Initiativen im Gesundheits- und Sozialbereich entwickelt wurde. Dieses Konzept nennt sich „Schritte auf dem Weg zur Qualität – Leitfaden Qualitätsentwicklung für kleine freie Träger".

Leitfaden zur Qualitätsentwicklung

Entwickelt wurde das Konzept von Karin Stötzner, der Leiterin von SEKIS, einer Unterstützungseinrichtung für Selbsthilfegruppen, Initiativen und Projekte in Berlin, zu deren Aufgaben es u.a. gehört, kleine Vereine zu stabilisieren und Trägervielfalt zu fördern. Als die Qualitätsdebatte Anfang der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts mit Anforderungen aus der Logik der Verwaltungsreform und ersten massiven Sparvorhaben im Bereich öffentlicher Zuwendungen zusammenfiel, entstand bei SEKIS ein Arbeitskreis unterschiedlicher Projekte. Deren Ziel war es, eigene Methoden, Verfahren oder Standards für kleine Projekte zu entwickeln, um sich autonom und kompetent an der Diskussion beteiligen zu können. Vor allem wollten die Projekte vermeiden, dass ihnen von außen, rein an der Sparlogik orientierte Standards vorgegeben würden. Angesichts der Rationalisierungsversuche im gesamten öffentlich finanzierten Sektor waren die Befürchtungen vor unangemessenen neuen Kontroll- und Steuerungsinstrumenten bei den Initiativen sehr groß. Dennoch war die Bereitschaft, sich auf die Debatte einzulassen, bei den meisten Trägern vorhanden. Bei der Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen auf dem Markt

befindlichen Verfahren ging es zunächst darum, deren Begriffe und Vorgehensvorschläge auf die Bedingungen und das Leistbare kleiner Träger herunterzubrechen.

Der daraus entwickelte Leitfaden[1]
- erläutert *zentrale Grundbegriffe* und will damit die Projekte in die Lage versetzen, sich kompetent an der Diskussion zu beteiligen,
- gibt einzelne *Schritte* vor, die auf den *Konzepten EFQM und TQM* unter Berücksichtigung des ISO-Qualitätskreises basieren,
- enthält *Checklisten*, die die Überprüfung der erarbeiteten Schritte erleichtern,
- macht zu jedem Schritt einen *Umsetzungsvorschlag*,
- formuliert *Mindest- und Maximalanforderungen* für die Umsetzung,
- stellt *Formblätter für die Umsetzung* vor (diese sind jedoch nur als Vorschläge zu verstehen und haben keinen Vorgabecharakter) und
- trägt für die einzelnen Etappen ausgewählte *Beispiele* zusammen.

Entlang diesen Schritten können die Träger ihr eigenes Konzept zur Qualitätsentwicklung formulieren. Die Vorschläge für Mindest- und Maximalanforderungen sind als Richtschnur für eine mögliche Selbstbewertung gedacht.

Grundphilosophie des Leitfadens ist die Überlegung, dass in Projekten mit einem hohen Professionalitätsverständnis schon immer Qualitätssicherung betrieben wird. Neu ist dagegen die bewusste Systematisierung und die zielgerichtete Dokumentation des Vorgehens. Dies setzt einen projektinternen Diskurs über das professionelle Handeln und die jeweiligen Ziele voraus. In der Tatsache, dass dieser Diskurs in den Projekten tatsächlich stattfindet, wird der eigentlich qualitätssichernde Effekt gesehen. Die Idee kontinuierlicher professioneller Selbstreflexion steht daher als wesentliche Bedingung im Mittelpunkt der verbindlichen Verbesserung (Optimierung der Prozesse).

Da die personellen und materiellen Rahmenbedingungen kleiner Vereine oft nur begrenzt sind, muss die Einführung eines Qualitätssicherungssystems dieser Tatsache in besonderer Weise Rechnung tragen und Verfahrensweisen beinhalten, die gerade kleine Träger nicht überfordern. Der Leitfaden hebt auf die aktive partizipative Einbindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Projekten ab. Mittler für diese beteiligungsorientierte Qualitätsentwicklung sind die von den Projekten benannten Beauftragen für diesen Prozess.

Grundsätze sind daher:
- Die Entwicklung eines Qualitätssicherungssystems ist als *gemeinsames Vorhaben* von Projektleitung und Mitarbeiter/innen zu organisieren.
- Qualitätssicherung ist in erster Linie ein *projektinterner Prozess*.

---

1 Der Leitfaden *Schritte auf dem Weg zur Qualität* ist gegen Entgelt bei SEKIS, Albrecht-Achilles-Str. 65, 10709 Berlin, Tel. 030/ 892 66 02, Fax 030/893 54 94, erhältlich. Informationen im Internet unter www.sekis-berlin.de

– Die Entwicklung von *Standards* erfolgt projektbezogen.
– Evaluation ist Bestandteil der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. Sie wird als *Selbstevaluation* konzipiert.

Der Leitfaden ist die Richtschnur für ein Fortbildungskonzept, das inzwischen im Bereich der Berliner Frauenprojekte, der Berliner AIDS-Selbsthilfeprojekte und der Selbsthilfe-Kontaktstellen erprobt und umgesetzt wurde. Die Besonderheiten zweier verschiedener Umsetzungsmodelle des Leitfadens sollen nachfolgend beschrieben werden.

1. Entwicklung eines Qualitätskonzepts für Berliner Frauenprojekte – Kooperationsprojekt der Senatsverwaltung für Arbeit, berufliche Bildung und Frauen mit SEKIS

Soziale Träger haben inzwischen unterschiedliche Verfahren des Qualitätsmanagements entwickelt. Dabei hat sich gezeigt, dass die Umsetzung solcher Modelle die aktive Beteiligung der Akteure, z.B. auch der Mitarbeiter/innen, braucht und ein Überstülpen von Verfahren oder ein von oben diktiertes Vorgehen kontraproduktiv ist.

Für die Berliner Frauenprojekte wurde in diesem Sinne gemeinsam mit der Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen im Rahmen des Modellprojekts „Evaluation, Qualitätsentwicklung und -sicherung in Frauenprojekten“ der politisch formulierte Auftrag zur Einführung qualitätssichernder Maßnahmen beispielhaft umgesetzt. Das Modellprojekt, an dem 15 ausgewählte Frauenprojekte teilnahmen, wurde in sechs exemplarischen Schritten im Laufe des Jahres 1998 durchgeführt. Ausgangspunkt war die Auflage des Berliner Abgeordnetenhauses an die einzelnen Senatsverwaltungen Mitte der 90er Jahre, bei den von ihnen geförderten Einrichtungen Qualität zu entwickeln bzw. mit ihnen gemeinsam Instrumente und Verfahren hierfür zu finden. Bei der Suche nach denkbaren Vorgehensweisen hat sich die Abteilung Frauenpolitik daher dafür entschieden, keine eigenen Kriterien und Verfahren und insbesondere keine Standards vorzugeben; stattdessen sollten diese gemeinsam mit den Projekten im Rahmen einer Qualifizierungsmaßnahme im Sinne der Organisationsentwicklung erarbeitet werden. Frauenprojekte sollten eine Hilfestellung bekommen, ihren eigenen Weg der Qualitätsentwicklung finden zu können. Das Modellvorhaben verfolgt das Anliegen, Interessenlagen und Zielvorstellungen von Projekten und Verwaltung diskursiv abzustimmen.

Eckpunkte des Modellprojekts sind:

- *Abbau von Vorbehalten durch partizipatives Vorgehen und größtmögliche Transparenz*

Um der Sorge zu begegnen, dass die Forderung nach Qualitätssicherung in Frauenprojekten als Instrument für eventuelle Kürzungen verwendet wird, hat die Senatsverwaltung alle neunzig geförderten Projekte zu einer Informationsveranstaltung eingeladen

und ihnen die Möglichkeit eingeräumt, den vorgeschlagenen Weg und die Befürchtungen öffentlich zu diskutieren.

- *Bildung themengleicher Gruppen für die Umsetzung*

Da die Projekte sehr unterschiedliche Aufgaben wahrnehmen, wurden drei Fachgruppen gebildet, um themengleiche Diskurse zu ermöglichen:
(1) Frauenbildungsprojekte,
(2) Träger, die im weitesten Sinne sozialkulturelle Arbeit leisten (z.B. Frauenzentren),
(3) Anti-Gewalt-Projekte.

Diese Dreiteilung wurde für das gesamte Modell beibehalten. Die Erfahrung zeigt, dass es sinnvoll ist, themen(bereichs)spezifische Gruppen zu bilden.

Freiwillige Entscheidung für ein Fortbildungsangebot in sechs Schritten

Das Kernstück des Modells ist ein Fortbildungskonzept[2] für Multiplikatoren in den Initiativen, üblicherweise Qualitätsbeauftragte genannt, mit dem in sechs Schritten Grundbegriffe und Methoden der Qualitätsentwicklung vermittelt werden. Für dieses Fortbildungsangebot konnten sich die Träger – und das ist eine als notwendig vorauszusetzende Bedingung – freiwillig melden (jeweils zwei Mitarbeiterinnen aus einem Projekt). Die beteiligten 15 Projekte bildeten entsprechend den Fachthemen drei Schulungsgruppen.

Die sechs Themen der Schulungseinheiten sind:
– Leitbilder und Ziele,
– Leistungsbeschreibung und Entwicklung der Dienstleistung,
– Qualitätsmerkmale und Standards,
– Schwachstellen und Fehlervermeidung,
– Evaluation,
– Dokumentation.

Erläutert wurden die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die Anforderungen, die sich aus dem Neuen Steuerungsmodell für die Qualitätsdebatte ergeben, sowie die zentralen Elemente der ISO-Normenreihe und des EFQM-Modells. Aus den vermittelten Bausteinen haben die Träger ihr eigenes Vorgehen entwickelt.

„Hausaufgaben“

Die Projekte erhielten nach jeder Schulung einen Umsetzungsauftrag, der in der darauf folgenden Sitzung besprochen wurde. Da die Schulungen im Abstand von zwei Monaten stattfanden, entstand ein gewisser Druck, die erarbeiteten Schritte auf das Projekt zu übertragen.

---

2 Die Grundelemente des Fortbildungskonzepts sind größtenteils in den Leitfaden (siehe *Anm. 1*) eingeflossen.

Begleitende Projektberatung

Ein weiterer Eckpunkt des Modells ist die Grundüberzeugung, dass man zwar Wissen und Methoden vermitteln kann, dies aber noch nicht gleichgesetzt werden kann mit der Umsetzung im Projekt. Deswegen wurde eine begleitende Projektberatung angeboten. Die Projekte hatten die Möglichkeit, bei Bedarf um Beratungsstunden nachzufragen und die entwickelten eigenen Ergebnisse der Umsetzung zu vertiefen.

Beteiligung der zuständigen Verwaltungsmitarbeiterin

Um die Grundidee eines dialogischen Vorgehens von Qualitätsschritten zu realisieren, hat bei jeder Arbeitgruppe die zuständige Mitarbeiterin der Senatsverwaltung an den Fortbildungen teilgenommen. Dieser Punkt war zunächst heftig umstritten und hat zwischen den Frauenprojekten zu einer Polarisierung geführt. Ein Teil der Projekte interpretierte die Teilnahme als Kontrolle und hat sich deshalb nicht beteiligt, sondern andere Anbieter gesucht.

Im Nachhinein kann jedoch gesagt werden, dass eher der umgekehrte Effekt eingetreten ist. Die teilnehmenden Projekte haben die Möglichkeit genutzt, in Ruhe einzelne Prozesse des Alltags und die geleistete Arbeit sichtbar zu machen. Ein anderes Ergebnis ist, dass damit eine Plattform geschaffen war, die Anforderung an die Qualität der Kooperation zwischen Förderinstanz und Zuwendungsgeber immer gleich mitformulieren zu können. Und schließlich hat dieses Vorgehen die Mitarbeiterinnen der Senatsverwaltung genötigt, für ihren eigenen Arbeitsbereich die Qualitätsentwicklungsschritte mitzugehen und zu erleben, welcher Arbeitsaufwand dahinter steht. Auch dies war ein spannender Lernprozess.

Ergebnisse

Trotz des gemeinsamen Themas waren die Arbeitsgruppen sehr heterogen zusammengesetzt. Dies ist nachträglich als Vorteil zu werten, da dies die Notwendigkeit deutlich machte, „projektindividuelle“ (statt allgemeiner) Standards zu formulieren.

Es wurde kein allgemein gültiges Handbuch für jeden Fachbereich erarbeitet, sondern die Handbücher werden projektintern für jeden Träger entwickelt. Ein Erfahrungsaustausch soll in kontinuierlichen themenbereichsbezogenen Qualitätszirkeln erfolgen. Das erste Schwerpunktthema für einen solchen Arbeitskreis war die Prozessorganisation der Beratung.

Qualitätsentwicklung wurde so tatsächlich als projektinterner Diskurs und vor allem als Hilfe zur Organisationsentwicklung realisiert. Dies ist eine Absage an allzu formalisierte Verfahren und eine über „schöne“ Papiere definierte Legitimation nach außen. Das Hauptziel war, den Diskurs über Qualität in den Projekten tatsächlich in Gang zu bringen. Dass dies stattgefunden hat, bestätigen die beteiligten Projekte einmütig. Damit werden Konzepte, die auf externe Kontrolle zielen, wie z.B. externe Zertifizierungen, abgelehnt.

Problematisch an dem Weg, im Bereich der kleinen Träger Mittlerpersonen (Qualitätsbeauftragte) zu benennen, ist die Verantwortung, die diese Mittler im eigenen Projekt über-

nehmen müssen. Es ist schon nicht ganz einfach, sich die Lerninhalte, Begriffe, Methoden und Qualitätsschritte selbst anzueignen. Es erfordert Zeit, Energie und Muße. Darüber hinaus mussten die Mitarbeiter/innen aus den Projekten, die an der Fortbildung teilgenommen haben, aber auch selber in die Rolle der Lehrenden, der Vermittelnden schlüpfen, was ebenfalls nicht immer einfach ist. Sie erhalten unter Umständen im eigenen Projekt eine neue Position oder geraten in Konflikte, weil sie als Instanz wahrgenommen werden, die Arbeitsvorgaben macht. Zur Überforderung der Mittlerpersonen hat auch beigetragen, dass in den kleinen Projekten die Umsetzung fast ausschließlich den Mitarbeiter/innen überlassen wurde. Eine echte Übernahme der Verantwortung durch Leitungspersonen (Vorstände oder Geschäftsführung) hat kaum stattgefunden.

Dies führt zu der Erkenntnis, dass eine solche Qualifizierung, wenn möglich und finanzierbar, immer mit begleitender Projektberatung angeboten werden sollte, damit erstens die Multiplikatoren nicht überfordert sind, und es zweitens eine neutrale Instanz für das Hineintragen in die Projekte geben kann.

Eine weitere Erfahrung ist, dass die Projekte motiviert worden sind, mit neuem Blick auf ihre Arbeit zu schauen. Die Mehrheit der Projektteilnehmerinnen gibt an, dass ihnen die Qualifizierung viele Anstöße für den Arbeitsalltag gegeben hat. Am spannendsten, so sagen sie, sei die Diskussion um die Leitbildentwicklung und Zieldefinition gewesen.

Die Projekte problematisieren durchgängig, dass die Entwicklung eigener Qualitätsschritte sehr viel Zeit erfordere. Dies empfinden sie als belastend, konstatieren aber gleichwohl, dass z.B. Qualitätszirkel oder der systematische Blick auf Schnittstellenprobleme auch zu Entlastungen führten. Viele Projekt konnten daher nur eine begrenzte Anzahl der Schritte umsetzen und räumten dem Prozess nach einer Weile zunehmend weniger Zeit ein.

Ein letzter wichtiger Punkt ist, dass die Projekte gelernt haben, was Qualität im Projektalltag und was die Bedingungen für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind. Aus diesem Lernen heraus haben sie Forderungen an ihre Zuwendungsgeber formuliert und damit andere Ausgangsbedingungen für Verhandlungen gefunden. Sie haben offensiv und mutig eingefordert, dass auch die Senatsverwaltung sich selber positionieren und eindeutig die eigenen Qualitätsansprüche definieren muss. Sie bestehen darauf, dass es nicht ausreicht, nur von den Projekten Anforderungen und Ergebnisse beschreiben und dokumentieren zu lassen. Im Sinne einer funktionierenden Kooperation muss auch die Senatsverwaltung ihre Anliegen, ihre Förder- und Qualitätskriterien offen legen.

Ein weiteres Ergebnis ist die Neufassung des Rasters für den Sachbericht, den die Projekte im Rahmen der Zuwendung abgeben müssen. Dieses Raster soll weiterhin die bisher geforderten Kerndaten enthalten, die die Senatsverwaltung zur Legitimierung ihrer eigenen Förderpolitik benötigt. Hinzukommen soll eine Reflexion über die Ergebnisse der eigenen Arbeit und der Umsetzung von Schritten auf dem Weg zur Qualität. Erwartet wird beispielsweise, dass Projekte angeben, welche der Instrumente, die das Qualitätsmanagement zur

Verfügung stellt, sie anwenden, z.B. Nutzerinnenbefragungen, Qualitätszirkel oder Schnittstellenmanagement. In der Regel werden es einzelne Elemente aus dem Leitfaden sein. Der neue Sach- und Qualitätsbericht soll nur eine Nennung (keine umfangreiche Beschreibung) der Ergebnisse des Qualitätsmanagements enthalten. Das Wesentliche wird dann die Mitteilung darüber sein, welche Konsequenzen das Projekt aus diesen Ergebnissen zieht. Die Senatsverwaltung möchte damit die Elemente der Prozess- und Ergebnisorientierung stärken.

2. Berliner Selbsthilfe-Kontaktstellen

Einen anderen Weg sind die neunzehn Berliner Selbsthilfe-Kontaktstellen gegangen. Im Wesentlichen arbeiten auch diese Projekte, die in der Regel kleine Träger mit anderthalb hauptamtlichen Personalstellen sind, nach dem Leitfaden für Projekte und kleine freie Träger. Das Besondere hier ist jedoch die Tatsache, dass der Prozess bewusst vor allem auf der Ebene der Mitarbeiter/innen realisiert wird.

Die Berliner Selbsthilfe-Kontaktstellen beschäftigen sich seit 1995 kontinuierlich und verbindlich mit der Frage der Qualitätsentwicklung. Auch sie haben die Debatte von sich aus aufgenommen, um gemeinsam mit der Entwicklung eines Konzepts zur Selbstevaluation, der Zielfindung und exemplarischen Umsetzungsschritte der einseitigen Vorgabe von Kriterien und Standards durch die Verwaltung zuvorzukommen. Die Einführung qualitätssichernder Maßnahmen wird auch hier als *diskursiver einrichtungsinterner Prozess* verstanden.

Forum hierfür ist das so genannte Kontaktstellentreffen, ein regelmäßiges Treffen der Mitarbeiter/innen aller Selbsthilfezentren. Die Träger haben diesen Weg akzeptiert und tragen ihn stützend nach außen mit. Die Tatsache, die Entwicklung selbst organisiert zu haben und als Mitarbeiter/innen die Schritte verantwortlich zu gestalten, wird als identitätsstiftend und motivierend beschrieben. Das Forum kommt alle zwei Monate zusammen. Es wurde vereinbart, dass einmal jährlich eine zweitägige Klausur dem Thema Qualität vorbehalten ist. Daneben werden von einer Arbeitsgruppe für einzelne Leistungsbereiche Vorlagen vorbereitet und während vorher festgelegter Sitzungen besprochen.

Zunächst wurden Arbeitsprinzipien und die Leistungsbereiche einschließlich der Einzelleistungen der Kontaktstellen bestimmt.

Arbeitsprinzipien sind
- wechselseitige Hilfe von Betroffenen für Betroffene,
- Empowerment,
- Vernetzung,
- Klima schaffen.

Leistungsbereiche sind
- Information und Vermittlung,
- Beratung (z.B. telefonisch, persönlich, Projektberatung, Gesundheitsberatung),
- Gruppenunterstützung (Gruppengründung, Gruppenbegleitung),
- Kooperation und Vernetzung,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Veranstaltungen und Fortbildung,
- Service-Funktionen (z.B. Räume, technische Hilfsmittel),
- Organisation und Verwaltung.

Diese Diskussion hat Eingang gefunden in die Definition des Leistungsprofils der Berliner Selbsthilfe-Kontaktstellen, das Bestandteil eines Fördervertrags mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales ist. Das Leistungsprofil legt die Mindeststandards für Ausstattung und Personal fest und definiert damit Kontaktstellen als Teil der flächendeckenden sozialen Grundversorgung.

In einem weiteren Schritt werden für jeden dieser Bereiche Qualitätskriterien formuliert und daraus abgeleitete Umsetzungsnotwendigkeiten definiert. Die Diskussionsergebnisse werden von der Vorbereitungsgruppe dokumentiert und zur Abstimmung in das Kontaktstellentreffen zurückgegeben. Nach der Methode von Qualitätszirkeln werden Schwachstellen der Arbeit benannt, und es wird gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten gesucht. Das Ergebnis sind Checklisten als Konventionen für die Arbeit in Kontaktstellen. Einzelne Prozesse sind wie Schlüsselprozesse beschrieben, andere eher als idealtypische Handlungsanleitung. Sie finden Eingang in ein Handbuch, das als offenes internes Arbeitsmaterial kontinuierlich vervollständigt wird. Dieses Handbuch enthält auch projektinterne Formulare, Zuständigkeitsregelungen oder fachliche Orientierungen für den Umgang mit zur Verfügung stehenden Mitteln (z.B. Konventionen für die Vergabe von Honorarmitteln). Es dient nicht der Legitimation nach außen, sondern ist als Arbeitshilfe konzipiert.

Die Diskussion um Qualitätsentwicklung ist ein kontinuierlicher Prozess, der in seinem Kern – der Definition von Konventionen – auch nach vier Jahren noch nicht abgeschlossen ist. Als Ebene der professionellen Reflexion soll er auch nicht abgeschlossen werden.

Ergebnisse des bisherigen Prozesses bei den Kontaktstellen

Effekte für die Arbeit insgesamt:

- hohe Motivation und Identifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der Arbeit,
- Beitrag zu deren Professionalisierung,
- Transparenz der Arbeits- und Leistungsbereiche,
- Verbesserung der Zusammenarbeit der Kontaktstellen untereinander,
- größere Nähe zu den Nutzer/innen oder „Kunden“.

Kenntnisse der Methoden:

- Beschreibung von Schlüsselprozessen,
- Erarbeitung von Kriterien über Wettbewerbssimulation,
- Qualitätszirkel,
- Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse (FMEA).

Einzelergebnisse:

- Leitbild für den Beitrag der Kontaktstellen bei der Bildung von Stadtteilzentren,
- Stellenbeschreibung,
- Festlegung der Leistungsbereiche insgesamt und vollständige Leistungsbeschreibung,
- Beschreibung der Dienstleistung mit Nennung von Zielen, Qualitätsmerkmalen und Umsetzungsnotwendigkeiten für die Bereiche Beratung, Gruppenunterstützung, Öffentlichkeitsarbeit,
- definierte Mindeststandards für
  - die sachliche Ausstattung (einschließlich Gruppensubvention),
  - die Personalausstattung,
  - Erreichbarkeit,
- allgemeine Standards und Konventionen
  - zur Vergabe von Sachmitteln zur Gruppenunterstützung vor Ort,
  - zum Einsatz von Honorarmitarbeitern,
- Vorlagen für
  - Honorarverträge,
  - Sachberichtsraster.

Perspektiven

Diskutiert werden zur Zeit folgende Aspekte und Fragen:
- Was können die Kriterien für die Definition von Trägerqualität, Strukturqualität (Überprüfung der Ausstattungsstandards), Prozessqualität (welche Schlüsselprozesse müssen unbedingt beschrieben sein) und für Ergebnisqualität sein?
- Wie lassen sich diese Qualitätsdimensionen in überprüfbaren Indikatoren fassen?
- Soll ein Zusammenhang zwischen Ergebnisindikatoren und Förderung hergestellt werden?

Stichworte zu möglichen Ergebnisindikatoren könnten sein:

Trägerqualität:
- Akzeptanz durch die Kunden und Kooperationspartner,
- Akzeptanz im Stadtteil,
- Verbindlichkeit,
- effektive Verwaltungsorganisation,

- Partizipationsmöglichkeiten der Nutzer/innen und Mitarbeiter/innen,
- Sicherung von Arbeitsplätzen.

Strukturqualität:
- Personalqualifikation,
- Erreichbarkeit,
- sachliche und technische Ausstattung,
- Raumangebot,
- baulicher Zustand,
- Zugangsmöglichkeiten für Behinderte.

Prozessqualität:
- klare Konventionen für Schlüsselprozesse,
- Transparenz für die Nutzer/innen (z.B. Nutzungsbedingungen).

Ergebnisqualität:
- Verbindlichkeit,
- Zahl der Gruppen,
- Gruppengründungen/-begleitungen,
- durchgeführte Gesamttreffen,
- Kundenzufriedenheit (Befragungsergebnisse),
- Konzentration auf Selbsthilfe bei den Maßnahmen,
- Umfang der Subvention für die Gruppen,
- Veranstaltungen/Teilnehmer/Ergebnisse,
- Einbindung in funktionierende Kooperationen,
- Presseresonanz.

Das Wichtigste an dieser Diskussion ist jedoch, dass sie als verbandsinterne Debatte sowohl auf der Ebene der Träger als auch auf der Ebene der Mitarbeiter/innen jenseits externer Instanzen geführt wird. Ergebnisorientierte Debatten brauchen das Vertrauen der Beteiligten. Die Konflikte und die Sorgen um eine unnötige und voreilige Anpassung an die Effektivitäts- und Rationalisierungslogik der öffentlichen Verwaltungen sind auch in den internen Diskussionen nicht zu unterschätzen. Immer dann, wenn von Seiten der Zuwendungsgeber der Druck in diese Richtung erhöht wird, schwindet die Bereitschaft, diesen Weg weiterzugehen.

3.15 Qualitätssiegel Gesundheitssport[1]

Eine gemeinsame Aktion des Landessportbundes Berlin und der Berliner Landesärztekammer

Thomas Siebert

3

Die Entwicklung spezieller gesundheitsorientierter Sportprogramme hat der Deutsche Sportbund (DSB) von Anfang an gefördert, indem er auf Bundesebene die Interessen entsprechend unterstützt hat. 1995 verabschiedete der DSB-Hauptausschuss die „Gesundheitspolitische Konzeption" und 1996 formulierte er bundeseinheitliche Qualitätskriterien (Deutscher Sportbund 1996). Die Studie „Sport und Gesundheit" des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands (Deutscher Sportbund 1997) belegt die Bedeutung körperlicher Bewegung als zentrale Größe von Zufriedenheit, Leistungsfähigkeit und Gesundheit.

Mit seinen Forderungen verband der Deutsche Sportbund insbesondere folgende Ziele:
- Anerkennung der speziellen Sportprogramme als aktive Gesundheitsvorsorge und Primärprävention,
- Empfehlung bzw. Verordnung dieser Gesundheitssportprogramme durch niedergelassene Ärzte („grünes Rezept"),
- Förderung von Modellmaßnahmen,
- Einrichtung eines hochrangig besetzten Runden Tisches,
- Änderung des § 20 SGB V.

Mit großem Nachdruck und auf den verschiedensten Ebenen haben der Deutsche Sportbund und seine Mitgliedsorganisationen gefordert, dass die Sportverbände eine Berücksichtigung im Rahmen der Neuformulierung des § 20 SGB V finden. In die Begründung zu § 20 Absatz 1, Satz 3, SGB V wurde daraufhin folgende Passage aufgenommen: „Bei der Umsetzung der Leistungen nach Satz 2 sollen die Krankenkassen dem Wirtschaftlichkeitsgebot folgend mit vorhandenen Strukturen, z.B. Sportverbänden, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsinitiativen und den Landesvereinigungen für Gesundheit kooperieren."

Die gesetzliche Grundlage trägt der Tatsache Rechnung, dass Sport und Bewegung im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ein hoher gesundheitlicher Wert beizumessen ist. Unter den Gesichtspunkten Qualität, Flächendeckung und Wirtschaftlichkeit bieten die Vereine und Verbände konkurrenzlose Handlungskonzepte. Um dieses System im Bereich der Gesundheitsvorsorge und Prävention wirksam werden zu lassen, hat

1 Das Berliner „Qualitätssiegel Gesundheitssport" wurde mit Beginn des Jahres 2000 durch das bundesweite Zertifikat „Sport Pro Gesundheit" ersetzt. Die nachfolgende Beschreibung bezüglich des Qualitätssiegels bezieht sich auf den Stand bis Ende 1999.

der Deutsche Sportbund in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer ein einheitliches Logo „Sport Pro Gesundheit“ geschaffen, unter dem alle qualitätsgesicherten präventiven Bewegungsangebote der Sportorganisationen zusammengefasst werden.

Die Sportorganisationen verfügen mittlerweile über mehr als 30 wissenschaftlich begleitete Gesundheitssportprogramme in ca. 8000 Vereinen, an denen regelmäßig bereits ca. 675.000 Personen teilnehmen. Bundesweit sind ca. 10.000 Vereine in der Lage, solche Programme anzubieten und ca. 10.000 Lehrkräfte haben bereits spezielle Gesundheitssport-Lizenzen (2. Lizenzstufe) erworben.

Mit einer einheitlichen Strategie, einheitlichen Qualitätsstandards und einheitlichen Verfahren soll gewährleistet werden, dass jeder Arzt und jeder interessierte Bürger – ob an der Ostsee oder im Bayerischen Wald – unter dem Logo „Sport Pro Gesundheit“ ein qualitätsgesichertes Gesundheitssportprogramm zu sozial verträglichen Preisen finden kann.

Qualitätssiegel Gesundheitssport – Zielsetzung und Hintergrund

Die von der Berliner Landesärztekammer und dem Berliner Landessportbund gemeinsam initiierte Aktion „Qualitätssiegel Gesundheitssport“ hat sich folgende Ziele gesetzt:
- „Gesundheitssport in Berlin“ auf hohem Qualitätsniveau mit dem Schwerpunkt primäre Prävention,
- Stärkung der Position des Sports in der gesundheitspolitischen Diskussion,
- Orientierung für Ärzte und interessierte Bürger,
- Dialog mit der Berliner Ärzteschaft,
- Koordinierung der Aktivitäten der Verbände,
- Mitgliedergewinnung für Berliner Sportverbände.

Diese Zielsetzung basiert auf den Erfahrungen in der Entwicklung des gesundheitsorientierten Sports. In der zweiten Hälfte der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts entstanden die ersten Herzsportgruppen, die mittlerweile ein gut funktionierendes Subsystem der ambulanten Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Patienten sowie zur Prävention für Risikogruppen darstellen. In der zweiten Hälfte der 80er Jahre kamen in Verbindung mit der Gesundheitsreformgesetzgebung zunächst weitere indikationsbezogene Sportangebote hinzu (für Diabetiker, Bluthochdruck-Patienten, Asthmatiker etc.). Nach anfänglicher Euphorie wurde schnell klar, dass solche speziellen Gruppen wegen des hohen Anspruchs an Personal, Organisation und Inhalt nur in wenigen Vereinen realisiert werden konnten. Schließlich folgten in der ersten Hälfte der 90er Jahre dann in Kooperation sowie auch in Konkurrenz mit den Krankenkassen die so genannten präventiven gesundheitsorientierten Sportprogramme unterschiedlicher Art. In Berlin waren bzw. sind dies die Herzsportgruppen der Berliner Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, „Pluspunkt-Gesundheit“-Gruppen des Berliner Turnerbundes,

ehemalige „Hin-&-wieder"-Sportgruppen und gesundheitsorientierte Sportgruppen der „Fit-für-Freizeit"-Vereine. Somit hatte sich ein „bunter Strauß" unterschiedlicher Programme entwickelt.

Anfang 1997 sah sich der Berliner Landessportbund schließlich mit einer nicht erwarteten, widersprüchlichen Situation konfrontiert: Durch die Gesetzesnovellierung war die Gesundheitsvorsorge im § 20 SGB V gestrichen, gleichzeitig hatte aber nicht zuletzt die Gesundheitsreform das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung und damit auch die Nachfrage nach speziellen gesundheitsorientierten Bewegungs- und Sportangeboten auf einen neuen Höhepunkt gebracht. Außerdem war das Interesse der Sportvereine am Aufbau solcher Gesundheitssportprogramme weiter stark steigend. Vor diesem Hintergrund haben wir gemeinsam mit dem Präsidenten der Berliner Ärztekammer im Frühjahr 1997 die nachfolgend beschriebene Idee des „Qualitätssiegel Gesundheitssport" entwickelt: Qualitätsgesicherte spezielle gesundheitsorientierte Sportangebote in Berliner Sportvereinen mit einem „Gütesiegel" auszuzeichnen und durch Ärzte und Sportvereine ein „Berliner Netzwerk für gesundheitsorientierte Bewegung" aufzubauen.

Mit dieser gemeinsamen Aktion wurden die oben genannten Ziele verbunden, wobei allen bewusst war, dass zur Erreichung dieser Ziele völlig neue Wege im Qualitätsmanagement und im internen und externen Marketing zu beschreiten wären.

Die Messlatte liegt hoch

Der Landessportbund Berlin als Dachorganisation des Berliner Sports sieht seine Aufgabe u.a. in der sportartübergreifenden Förderung von Sportprogrammen für spezielle Zielgruppen. Im speziellen gesundheitsorientierten Sport reichen die Erfahrungen – wie bereits weiter oben beschrieben – bis in die 70er Jahre zurück, als mit dem Aufbau der mittlerweile bewährten Herzsportgruppen begonnen wurde. Im Zuge der Gesundheitsreformen der 80er und 90er Jahre waren weitere spezielle Programme mit unterschiedlichen Schwerpunkten (Wirbelsäulengymnastik/Rückenschule, Entspannung, Wassergymnastik, Herz-Kreislauf-Training, Osteoporose etc.) entstanden.

Die Ansprüche für das „Qualitätssiegel Gesundheitssport" wurden bewusst hoch angesetzt. In einem in den nächsten Jahrzehnten gesellschaftspolitisch wichtigen Bereich galt es, in den Sportvereinen von Anfang an entsprechende Qualitäten zu entwickeln. Dies ist Voraussetzung für die Anerkennung der fachlichen Leistung von Sportvereinen bei niedergelassenen Ärzten, den Trägern des Gesundheitswesens und schließlich auch bei den Teilnehmern.

Das „Qualitätssiegel Gesundheitssport" wird nicht an Vereine, sondern nur an ausgewählte Sportgruppen oder Sportkurse verliehen, d.h. für einzelne Angebote. Im ersten Jahr schafften 300 Kursangebote von 70 Vereinen die „Messlatte" der weiter unten beschriebenen Qualitätsstandards.

1999 hatten sich die mit dem „Qualitätssiegel Gesundheitssport“ ausgezeichneten Angebote auf 400 Kurse in rund 100 Sportvereinen erweitert. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass 16% der im Verlauf des Jahres 1998 überprüften Angebote die Qualitätskriterien leider nicht erfüllten und herausgenommen wurden (siehe unten „Qualitätssicherung“).

Für die mit dem Qualitätssiegel ausgezeichneten Sportangebote erhalten die Vereine im Rahmen einer Feierstunde durch die Präsidenten der Ärztekammer und des Landessportbundes eine Würdigung ihrer Arbeit und eine Urkunde. Kursleiter und Vereine werden hierdurch zur weiteren Mitarbeit an der Qualitätsentwicklung motiviert.

Weshalb Gesundheitssport?

Die Festlegung auf die Zielgruppe der gesundheitsbewussten Ein- und Wiedereinsteiger erfolgte im Wesentlichen aufgrund der oben genannten Erfahrungen und Entwicklungen und basierte darüber hinaus auf folgenden Überlegungen:

- Im Bereich der primären Prävention ist in den nächsten Jahren mit den größten Zuwachsraten zu rechnen.
- Dementsprechend wird die Nachfrage nach Angeboten zunehmen.
- Sozusagen jeder Verein hat die Möglichkeit, die speziellen technischen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen hierfür zu schaffen und entsprechende Angebote aufzubauen.
- Der Sport begibt sich nicht in Konkurrenz zu Aufgabenbereichen von Berufsgruppen wie z.B. Krankengymnasten oder Physiotherapeuten.
- Die Angebote können flächendeckend und kostengünstig organisiert werden.

Zur Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit gibt der Landessportbund Berlin jährlich eine Broschüre mit den qualitätsgesicherten Sportangeboten der Berliner Sportvereine heraus. Die Auflage von zur Zeit 30.000 Exemplaren reicht nicht aus, um die Nachfrage von Ärzten und der interessierten Bevölkerung zu befriedigen. Die Gmünder Ersatzkasse unterstützt seit 1999 das Projekt bzw. die Broschüre; hierdurch frei werdende Mittel werden für die Qualitätsentwicklung eingesetzt.

Qualitätssicherung durch verbindliche Standards

Gemeinsam mit dem Deutschen Sportbund wurden die folgenden acht Qualitätsstandards entwickelt:

- ganzheitliche Zielsetzung,
- spezifizierte Maßnahmenplanung,
- qualifizierte Leiter,

– einheitliche Organisationsstrukturen,
– Gesundheitsvorsorgeuntersuchung,
– Information und Rückmeldung,
– Qualitätssicherung und Evaluation,
– örtliche Vernetzung.

Diese Qualitätsstandards (vgl. Deutscher Sportbund 2000) waren von Anfang an für das Berliner Qualitätssiegel bindend und sind seit Mitte 1999 mit der Bundesärztekammer abgestimmt und im gesamten Bereich des deutschen Sports gültig. Der Deutsche Sportbund und seine Mitgliedsorganisationen haben sich verpflichtet, die im Sport bestehenden Strukturen für die gesellschaftliche Aufgabe der Gesundheitsförderung zu nutzen und auszubauen.

Wissenschaftliche Begleitung

Der Zusammenhang zwischen Bewegung/Sport und Gesundheit ist – auch wissenschaftlich – hinreichend bewiesen. Aktive Menschen weisen gegenüber inaktiven durchgängig einen günstigeren Gesundheitsstatus aus. Der durch physische Fitness erreichte Zugewinn an Lebensqualität lässt sich inzwischen auch wissenschaftlich quantifizieren.

Von 1995 bis 1996 untersuchte die Universität Bayreuth im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitstudie das Gesundheitsprogramm „Hin & wieder – Berlins neue Bewegung" des Landessportbundes und der AOK Berlin (Pahmeier 1996). Es sollte herausgefunden werden, ob und aus welchen Gründen Teilnehmer zu längerer Aktivität motiviert werden können.

Es wurde u.a. festgestellt, dass

– rund 80% aller Kursteilnehmer nach Kursende weiter sportlich aktiv blieben,
– die sportliche Einstellung der Teilnehmer im Kursverlauf positiver wurde,
– die Teilnehmer nach Kursende ihre gesundheitliche Situation positiver bewerten,
– der Kursleiter maßgeblichen Einfluss auf die Drop-out-Quote hat,
– für den Abbruch der sportlichen Aktivität hauptsächlich berufliche und familiäre Belastungen sowie Probleme beim Zeitmanagement verantwortlich sind.

Verfahren zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung

Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Gesundheitssportangebote kommen die folgenden fünf Verfahren zur Anwendung:
– sportfachliche Überprüfung,
– Qualitätszirkel,

– medizinische Untersuchung/Bewertung,
– Teilnehmerbefragung,
– Ärztebefragung (geplant).

Sportfachliche Überprüfung

Die sportfachliche Überprüfung erfolgt im Sinne einer qualifizierten Prüfung und Beratung vor Ort durch Fachleute des Gesundheitssports mit einschlägigen Qualifikationen und umfangreichen Erfahrungen. 14 Qualitätsprüfer (Auditoren) besuchen nach vorheriger Anmeldung die betreffenden Sportgruppen, hospitieren während der gesamten Unterrichtseinheit und besprechen die Leistungen bzgl. der definierten Qualitätsstandards mit den jeweiligen Kursleitern. Hierzu wurde ein so genannter Gesprächsleitfaden entwickelt. Die Ergebnisse der Überprüfungen werden dokumentiert und führen zu einer Empfehlung für die Vergabe oder Ablehnung des Zertifikats. Durch eine Zusammenfassung der Gesprächsergebnisse auf die entscheidenden Fragen und Antworten konnten die zur Erteilung (oder Ablehnung) des Qualitätssiegels relevanten Fragen auf einen nachvollziehbaren Kern reduziert werden, was die Kommunikation mit den Vereinen erleichtert.

Die Qualitätsprüfer (Auditoren) sind ausgesuchte Fachleute des Gesundheitssports in Berlin und werden vom Landessportbund über einen Werkvertrag eingesetzt und honoriert. Da die Audits (Terminvereinbarung, Anfahrt, Hospitation, Auswertungsgespräch mit dem Kursleiter, schriftliche Dokumentation) jeweils mit einem Aufwand von vier bis sechs Stunden verbunden sind, lässt sich das Volumen mit gegenwärtig 14 Auditoren kaum bewältigen. Neue Auditoren sind nur schwer zu finden.

Die im Sinne einer Beratung vor Ort durchgeführte Überprüfung stößt grundsätzlich auf positive Resonanz bei den Kursleitern, die darin ein Interesse für ihre Arbeit und eine besondere Wertschätzung des Gesundheitssports sehen. Viele Kursleiter haben bereits kurzfristig auf diese Qualitätsprüfungen reagiert und zum Beispiel Fortbildungen besucht, weitere Lizenzen (2. Lizenzstufe) erworben, Inhalte und Methoden korrigiert, dem Feedback mit den Teilnehmern mehr Aufmerksamkeit gewidmet und die Teilnehmerzahl reduziert. Dennoch konnten im ersten Zeitabschnitt rund 16% der überprüften Angebote das Qualitätssiegel nicht erteilt werden; in der Regel fehlte die erforderliche Qualifikation des Kursleiters.

Qualitätszirkel

2000 wurde damit begonnen, in speziellen Qualitätszirkeln Themen aufzugreifen und zu behandeln, die sich aus den vor Ort durchgeführten Audits als wichtig herausgestellt haben. Hierzu gehören zum Beispiel die Planung von Gesundheitssportprogrammen und die Belastungsdosierung durch Steuerung über das subjektive Belastungsempfinden (Borg-Skala). Bei den Qualitätszirkeln handelt es sich um ca. vier- bis sechsstündige kompakte Veranstaltungen, an denen bis zu 20 Übungs-/Kursleiter – unterstützt von zusätzlichen Fachleuten – ein spezielles Thema bearbeiten. Am Ende soll ein konkretes Ergebnis für die Qualitätsentwicklung der Programme erzielt werden, das in Form eines Infobriefs oder

einer Handreichung an Kursleiter oder Vereine weitergegeben werden kann. So sollen die Qualitätszirkel die Qualitätsentwicklung in wichtigen Fragen praxisnah unterstützen.

Medizinische Untersuchung/Bewertung

Im Landesinstitut für Sportmedizin wurden 150 Kursteilnehmer im Rahmen einer ABM-Maßnahme (25 Stunden Arzt, 40 Stunden Physiotherapeutin) sportmedizinisch untersucht. Die Untersuchung bestand aus einem internistischen und einem orthopädischen Teil. Die erste Untersuchung der 150 Probanden fand im Herbst 1998 statt, die Folgeuntersuchung derselben 150 Probanden im Frühjahr/Frühsommer 1999. Die Ergebnisse werden zur Zeit dokumentiert und ausgewertet.

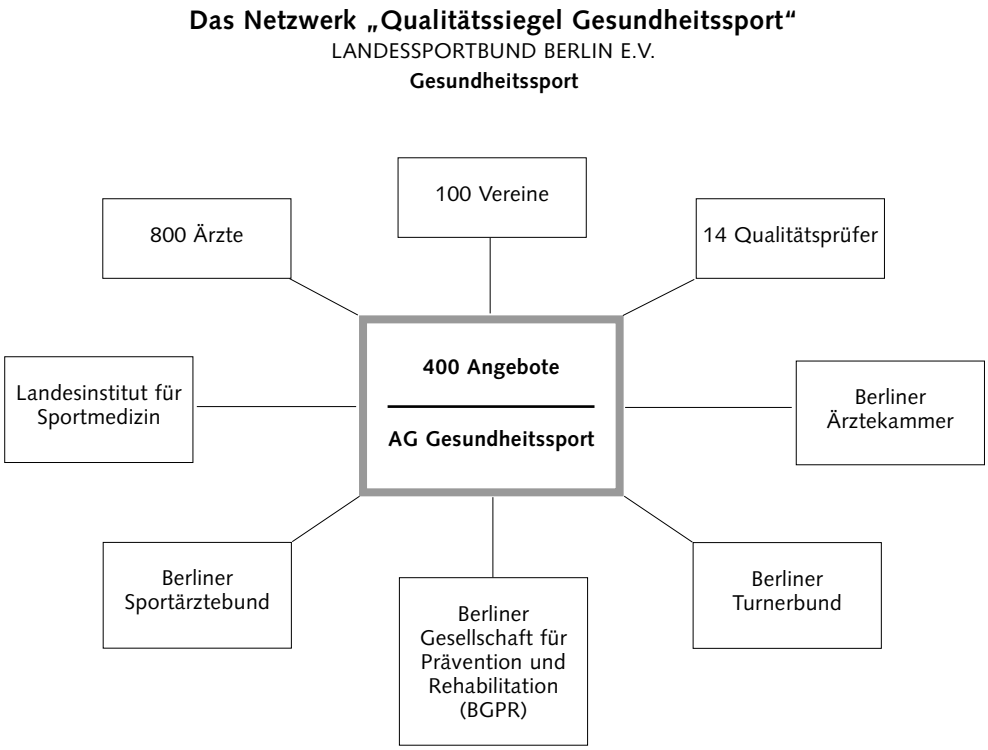

Abb. 1: Arbeitsgruppen im Netzwerk „Qualitätssiegel Gesundheitssport“ (Stand 1999)

Teilnehmerbefragung

Im Rahmen einer Teilnehmerbefragung werden die subjektiven Empfindungen der Teilnehmer geprüft. Gleichzeitig erfolgt in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Kursleitern eine Befragung, um Funktionen, Wirkungsweisen und Bedeutung des Kursleiters näher zu beurteilen. Hierzu liegt mittlerweile eine Diplomarbeit vor (Lippke 1999).

Ärztebefragung

Die Hausärzte der Teilnehmer dieser Kursprogramme sollen im Rahmen einer einfachen Befragung Auskunft geben, wie sie als Hausarzt bei ihren Patienten die Effekte der Teilnahme an den Gesundheitssportkursen wahrnehmen. Aus Kapazitätsgründen steht diese Befragung noch aus.

Ende 1999 waren in Berlin rund 400 Angebote aus ca. 100 Sportvereinen mit dem „Qualitätssiegel Gesundheitssport" ausgezeichnet. Für die Planung und Durchführung sämtlicher Maßnahmen, die das Qualitätssiegel betreffen, wurde unter der Leitung des Landessportbundes eine Arbeitsgruppe Gesundheitssport mit folgenden Partnern eingerichtet: Berliner Ärztekammer, Berliner Sportärztebund, Berliner Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation, Berliner Turnerbund (siehe *Abbildung 1*). Einen Gaststatus haben der Behinderten-Sportverband und die Sportjugend Berlin. Die Arbeitsgruppe tagt je nach Bedarf ca. alle sechs bis acht Wochen und berät die Vorstände/Präsidien der Kooperationspartner.

Von der jährlich erscheinenden Broschüre zu den qualitätsgesicherten Sportangeboten der Berliner Sportvereine erhalten die niedergelassenen Berliner Ärzte jeweils ein Musterexemplar. Auf die beiden Anschreiben des Landessportbundes und der Ärztekammer haben bisher rund 800 niedergelassene Berliner Ärzte reagiert. Diese Ärzte legen die Broschüre „Qualitätssiegel Gesundheitssport" in ihrer Praxis aus und empfehlen ihren Patienten die Teilnahme an den Sportprogrammen. Aus vielen Rückmeldungen und Nachbestellungen von Ärzten entnehmen wir gerade hier ein besonderes Interesse an der Broschüre für die tägliche praktische Arbeit.

Eine Verbindung zwischen den niedergelassenen Ärzten und den betreffenden Vereinen ist bisher leider nur in Einzelfällen gelungen. Verschiedene regionale Informationsveranstaltungen der Vereine für niedergelassene Ärzte aus ihrem Umfeld sind bisher kaum auf Resonanz gestoßen. Offenbar fehlt den Ärzten trotz Interesse hierzu die Zeit.

Von einem wirklichen „Netzwerk Gesundheitssport" kann also leider noch längst nicht gesprochen werden. Der fachlich, inhaltlich/methodisch und organisatorisch eingeschlagene Weg scheint dennoch richtig, um die eingangs genannte Zielsetzung zu erreichen. Es gilt, vor dem Hintergrund der nicht unbegrenzt verfügbaren Kapazitäten aller Beteiligten die Prioritäten für die weitere Arbeit richtig festzulegen.

Der Rahmen für die weitere Entwicklung

Für die weitere Entwicklung[2] des „Qualitätssiegels Gesundheitssport" ist der Rahmen für Vereine und Verbände, die sich in Zukunft anschließen möchten, festgelegt.

---

2 Vgl. hierzu *Anm. 1.*

Er wird bestimmt durch folgende Faktoren und Aspekte:
– das Gesamtkonzept von Landessportbund und Ärztekammer Berlin,
– die in der Arbeitsgruppe Gesundheitssport entwickelten inhaltlichen, fachlichen und organisatorischen Vorgaben,
– die Qualitätsstandards und
– das beschriebene Qualitätssicherungs- und Qualitätsentwicklungsverfahren.

Innerhalb dieses Rahmens gibt es genügend Spielraum für alle Verbände und Vereine. Kreativität und Vielfalt bei der inhaltlichen, methodischen und organisatorischen Gestaltung gehören schon immer zur Stärke der Sportorganisation und sollen für die weitere Entwicklung spezieller gesundheitsorientierter Sportangebote genutzt werden.

Die im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung an die Kursleiter und Vereine gestellten organisatorischen und inhaltlichen Anforderungen müssen einerseits die wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Maßstäbe erfüllen, andererseits müssen sie so vermittelt werden, dass die betreffenden Personen und Vereine von sich aus die Qualitätsentwicklung zu ihrem persönlichen Anliegen machen. Unser Ziel ist es, bis 2005 in Berlin etwa 1250 Sportangebote für ca. 25.000 regelmäßige Teilnehmer mit dem Qualitätssiegel auszuzeichnen.

Literatur

Deutscher Sportbund (Hrsg.) (1996): *Qualitätskriterien*. Frankfurt am Main.

Deutscher Sportbund (Hrsg.) (1997): *Sport und Gesundheit*. Eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands. Frankfurt am Main.

Deutscher Sportbund (Hrsg.) (1999): *Gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein*. Frankfurt am Main.

Deutscher Sportbund (Hrsg.) (2000): Qualitätskriterien zum Qualitätssiegel „Sport Pro Gesundheit". Frankfurt am Main.

DSB-Expertise: „Analysen zum Qualitätsmanagement." Kurzfassung. Frankfurt am Main.

Lippke, S. (1999): „Subjektive Theorien von Übungsleitern über Dropout, Motivationen und Motivationsstrategie." Diplomarbeit an der Freien Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft, Psychologie- und Sportwissenschaft. Berlin.

Pahmeier, I. (1996): „Wissenschaftliche Begleitstudie des Projekts ‚Hin & wieder – Berlins neue Bewegung'". Universität Bayreuth.

4

Empfehlungen für die Zukunft – Zusammenfassender Leitfaden für die Umsetzung eines Qualitätsmanagements in Gesundheitsförderung und Prävention

4. Empfehlungen für die Zukunft

Zusammenfassender Leitfaden für die Umsetzung eines Qualitätsmanagements in Gesundheitsförderung und Prävention

Ulla Walter, Marie-Luise Dierks, Irmtraut Windel, Friedrich Wilhelm Schwartz

Die zahlreichen Beiträge des vorliegenden Readers machen deutlich, dass Gesundheitsförderung und Prävention ohne Maßnahmen der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements auf den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zukünftig nicht mehr denkbar sind. Für die praktische Umsetzung von Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Prävention möchten wir auf Basis der dargestellten Konzepte und Praxiserfahrungen im Folgenden einen aus fünf Schritten bestehenden Leitfaden als Orientierungshilfe geben.

Schritt 1: Bewusstsein für Qualitätsmanagement in der eigenen Einrichtung schaffen

Als wichtige Voraussetzung für die Einführung eines Qualitätsmanagements in Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Prävention ist innerhalb der Einrichtung und nicht zuletzt beim Träger der Einrichtung zunächst ein Bewusstsein für die Relevanz des Qualitätsmanagements zu schaffen. Wie die Praxisbeispiele zeigen konnten, stellt Qualitätsmanagement nach einer ersten – manchmal durchaus aufwendigen – Einführung eine sinnvolle Unterstützung der Arbeit in den Einrichtungen dar und ist geeignet, Prozesse zu verbessern und damit die Qualität der geleisteten Arbeit zu erhöhen.

Qualitätsmanagement gibt es jedoch nicht zum Nulltarif. Für die konkrete Situation müssen die geeigneten Verfahren ausgewählt und an die Belange der Einrichtung angepasst werden, und der Umgang mit ihnen muss erlernt werden. Die Integration in die Routine der täglichen Arbeit bindet ebenso finanzielle und personelle Ressourcen wie die Auswertung der Erfahrungen und der Transfer in die weitere Entwicklung der Einrichtung. Die Weltgesundheitsorganisation hat daher 1998 Entscheidungsträgern empfohlen, 10% des Budgets einer Einrichtung für evaluative Maßnahmen einzuplanen.[1] Folgt man dieser Empfehlung, ergeben sich für das Qualitätsmanagement Ressourcen (z.B. Arbeitszeit), die

1 WHO-Regionalbüro für Europa (1998): Health Promotion Evaluation: Recommendations to policy makers. Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. (EUR/ICP/IVST 050103) Kopenhagen <www.who.dk>

für die Durchführung von Maßnahmen in der Einrichtung, möglicherweise auch für die Schulung von Mitarbeitern in Bezug auf die Durchführung des Qualitätsmanagements oder auch für externe Unterstützung einzusetzen sind.

Im Übrigen sollte – unabhängig von der Ressourcenfrage – die Überprüfung der Qualität der geleisteten Arbeit immer ein integraler Bestandteil professionellen Handelns sein.

Schritt 2: Ziele definieren

Qualitätsmanagement beginnt bereits bei der möglichst genauen und realistischen Festlegung der Ziele präventiver und gesundheitsfördernder Programme. Sie sind Ausgangspunkt für die Definition der Zielgruppe, ihrer spezifischen Zugangswege und auch für die Auswahl der Intervention und ihrer Umsetzung.

Dass das oberste Ziel von Einrichtungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention immer die Verbesserung der Gesundheit der Zielpopulation sein soll, ist evident. Allerdings stellt sich hier das Problem, dass sich die angestrebten gesundheitlichen Erträge einer Senkung der Krankheitslast erst in mittel- bis langfristigen Zeiträumen beobachten lassen, während die Evaluation der Maßnahmen in der Regel kurzfristig angelegt ist. Eine wesentliche Aufgabe im Qualitätsmanagement ist es deshalb, intermediäre Outcome-Parameter zu identifizieren, die auch eine kurz- bis mittelfristige Abschätzung der wahrscheinlichen gesundheitlichen Entwicklung der Zielgruppe erlauben. Dazu gehören objektiv und subjektiv zu bewertende Kriterien (z.B. körperliche und geistige Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, Kompetenzsteigerung, Partizipation), die vor dem Hintergrund des speziellen Auftrags einer Einrichtung und seiner Klientel auf der Basis wissenschaftlicher Erfahrungen ausgewählt werden sollten.

Für jede Einrichtung sind daneben weitere Ziele relevant, z.B. die eigene Präsentation in einem „Markt Gesundheitswesen", die Attraktivität der Einrichtung und ihrer angebotenen Maßnahmen für die Zielgruppen oder die Wirtschaftlichkeit der Institution. Zentral für ein Qualitätsmanagement in gesundheitsbezogenen Einrichtungen scheint uns zu sein, dass sich die dazu ausgewählten Verfahren und Instrumente nicht ausschließlich an den marktbezogenen Zielen orientieren, sondern sich insbesondere an gesundheitsbezogenen Ergebnissen ausrichten sollten.

Hilfreich bei der Definition von konkreten Zielen im Qualitätsmanagement ist die so genannte SMART-Formel. Ziele sollten **S**pezifisch, **M**essbar, **A**ktionsorientiert, **R**ealistisch und **T**erminierbar sein. Spezifisch bedeutet, ein Ziel eindeutig und klar zu definieren, messbar, dass Kriterien der Überprüfbarkeit festgelegt werden, und aktionsorientiert heißt, dass das Ziel tatsächlich durch Aktionen zu erreichen ist. Zudem sollte überprüft werden, ob das Ziel realistisch ist, und ob ein Termin festgelegt werden kann, zu dem die Zielerreichung überprüft werden soll.

Ziele sollten von allen am Arbeitsprozess Beteiligten bestimmt und formuliert werden, um eine Identifikation möglichst aller Mitarbeiter zu erreichen und damit ihre Bereitschaft zur Umsetzung zu erhöhen. Die so entwickelten Ziele sollten schriftlich festgehalten und für alle sichtbar dokumentiert werden.

Schritt 3: Strategien entwickeln

Die Umsetzung von Zielen des Qualitätsmanagements setzt strategische Planung voraus. Dazu gehört auf einer übergeordneten Ebene die Ermittlung potenzieller Kooperationspartner und die Abstimmung mit dem Träger der Einrichtung bzw. den Förderern einzelner Maßnahmen. Intern und extern müssen – wie bei den Zielen am besten schriftlich – Verantwortlichkeiten festgelegt werden. Eine Zeitplanung muss ebenso erfolgen wie eine Planung von Kosten und Ressourcen. Daneben sollte geklärt werden, ob und welche Anreize innerhalb der Einrichtung/des Trägers und zur Gewinnung der Kooperationspartner geschaffen werden müssen und welche Möglichkeiten vorhanden sind, die Mitarbeiter für das Projekt bzw. das Thema Qualität zu motivieren.

Zudem muss bereits in der Planungsphase festgelegt werden, zu welchen Zeitpunkten die Zielerreichung überprüft wird. Im Total Quality Management wird die Dokumentation und Auswertung von Qualitätsbemühungen als kontinuierlicher Prozess verstanden. Das bedeutet, dass alle Prozesse im Verlauf dokumentiert werden. Bei der Erhebung von intermediären Outcome-Parametern ist dennoch zu fragen, in welchen Stadien der Umsetzung von Maßnahmen die Ergebnisse erhoben und wie langfristig die potenziellen Wirkungen verfolgt werden sollen.

Zur strategischen Planung gehört außerdem, mögliche Barrieren und Probleme bereits bei der Konzeption von Maßnahmen zu antizipieren und entsprechende Lösungen zu entwickeln. Auch sollte bereits im Vorfeld geklärt werden, welche personellen Kompetenzen vorhanden sind, ob diese gegebenenfalls durch interne Schulungen verbessert werden müssen und/oder ob eine externe Unterstützung hinzugezogen werden sollte.

Schritt 4: Methoden auswählen

Wenn auch die Entwicklung des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung und Prävention noch am Anfang steht, sind bereits vielfältige Methoden verfügbar, die in Anlehnung an andere Bereiche (z.B. medizinische Versorgung, Industrie) entwickelt wurden und bereits erfolgreich eingesetzt werden. Diese Methoden lassen sich grob in die Bereiche Dokumentation, Befragung und diskursive Verfahren gliedern. Beispiele hierzu sind im Praxisteil des Readers zusammengefasst. Hier wird auch dargestellt, dass sich Qualitätsmanagement auf die gesamte Struktur einer Einrichtung beziehen kann (z.B. Qualitätshandbücher), aber genauso sinnvoll zunächst Teilbereiche (z.B. Klientenbefra-

gungen) erfasst. Dabei geht es nicht darum, ein Verfahren gegen das andere auszuspielen. Vielmehr sollte eine Einrichtung prüfen, welche Methoden – nicht zuletzt unter Praktikabilitätsaspekten – einsetzbar sind. Wir empfehlen, eher überschaubare Maßnahmen zu etablieren und mit der praktischen Umsetzung in kleinen Schritten zu beginnen, als unter Verweis auf eine Nichtrealisierbarkeit von „großen" Programmen auf die Einführung von Qualitätsmanagement ganz zu verzichten.

Grundsätzlich gilt bei der Auswahl der Methoden das Prinzip, dass sie dem Gegenstand angemessen und einfach einsetzbar sein sollten. Das bedeutet auch, dass Aufwand und Ertrag in einem adäquaten Verhältnis stehen. Wenn möglich sollten bereits erprobte Verfahren eingesetzt bzw. adaptiert werden.

Auch hier ist die Frage zu klären, ob die vorhandenen Kompetenzen beim Einsatz der Methoden bzw. bei der Auswertung der Ergebnisse ausreichend sind oder ob, zumindest initial, externe Kompetenz eingeholt werden muss.

Schritt 5: Transfer

Als letzter und wichtigster Punkt ist die Integration der Ergebnisse in die laufende Arbeit zu nennen. Jedes Verfahren im Qualitätsmanagement, das nicht zielgerichtet ausgewertet und zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen genutzt wird, ist letztlich nur Selbstzweck und eine Verschwendung von Ressourcen.

Generell sollte zunächst in definierten Zeiträumen eine Analyse der (Zwischen-)Ergebnisse der Dokumentationen, der Befragungen etc. vorgenommen werden sowie eine Rückmeldung an alle Mitarbeiter erfolgen. Wir schlagen vor, bereits bei der Projektplanung Zeitpunkte zur gemeinsamen Reflexion vorzusehen. Hier sollten Fragen der möglichen Modifikation vorliegender Prozesse und Arbeitsabläufe im Sinne des Quality Circle diskutiert werden. Wie bei der Zielsetzung sollte diese Aufgabe vom gesamten Team wahrgenommen werden.

Nach der internen Auswertung und Reflexion der Ergebnisse kann auch eine externe Kommunikation der Ergebnisse, z.B. an den Träger, die Kooperationspartner sowie die einbezogene Zielgruppe, sinnvoll sein.

Die Diskussion der Ergebnisse mündet idealtypisch in die (Re-)Formulierung von Zielen und Strategien der Einrichtung.

Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention – eine Herausforderung für alle Beteiligten

Die Umsetzung dieser Empfehlungen und damit die Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung sowie ihre zukünftige Entwicklung ist abhängig von dem Engagement und dem Austausch der Beteiligten auf den unterschiedlichen Ebenen.

Die Gesundheitspolitik auf Bundes- und Landesebene ist gefordert, Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine zielorientierte Umsetzung des Qualitätsmanagements ermöglichen und gleichzeitig den Prozess und die Ergebnisse kritisch begleiten. Hierzu zählen auch entsprechende curriculare Modifikationen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der verschiedenen Gesundheitsberufe. Nicht zuletzt müssen in einem politisch-wissenschaftlich-praktischen Diskurs Ziele für die Prävention und Gesundheitsförderung definiert werden, die bei der Priorisierung von Themenfeldern und Zielgruppen helfen.

Die Leistungsträger müssen die Bedeutung des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung und Prävention realisieren und im Sinne der Empfehlung der WHO entsprechende Ressourcen einplanen.

Die Wissenschaft ist in den nächsten Jahren gefordert, adäquate Methoden, Instrumente und Verfahren zu entwickeln, die einerseits die Qualität von Interventionen immer besser in Richtung auf das Ziel der Evidenzbasierung abbilden und beeinflussen, und andererseits nicht zur Fessel der notwendigen kreativen Weiterentwicklung von populations- und settingsbezogenen Interventionen werden.

Daneben ist es erforderlich, im wissenschaftlichen Diskurs die Ziele für die Prävention und Gesundheitsförderung zu priorisieren und intermediäre Outcome-Parameter zu formulieren.

5

Anhang

5.1 Literaturübersicht

Altgeld, T. / Bunzendahl, I. / Prümel-Philippsen, U. / Schumacher, M. (1997): *Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen – Leitlinien und Leitfragen. Basiskonzept der Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.* Bonn: Eigenverlag.

Altgeld, T. / Laser, I. / Walter, U. (Hrsg.) (1997): *Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse.* Weinheim: Juventa.

Antes. G. / Ruther, A. / Keijnen, J. (1996): „Die Cochrane Collaboration. Erstellung, Aktualisierung und Verbreitung systematischer Übersichtsarbeiten." *Münch med Wschr*, 138, 829-832.

AOK-Bundesverband et al. (2000): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000. <www.vdak.de/leitfaden2106.htm>

Arnetz, J. E. / Arnetz, B. B. (1996): „The development and application of a patient satisfaction measurement system for hospital-wide quality improvement." *International Journal for Quality in Health Care,* 8, 555-566.

Badischer Landesverband gegen die Suchtgefahren e.V. (1998): *Leitfaden zum Dokumentationssystem*.

Badura, B. / Siegrist, J. (Hrsg.) (1999): *Evaluation im Gesundheitswesen: Ansätze und Ergebnisse.* Weinheim: Juventa.

Badura, B. / Ritter, W. / Scherf, M. (1999): *Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis.* Berlin: Edition Sigma.

Bahrs, O. / Hesse, E. (1996): „Das Motivationsgespräch – Chancen der Selbsthilfeförderung im Rahmen der ärztlichen Sprechstunde." In: Bahrs, O. / Fischer-Rosenthal, W. / Szecsenyi, J. (Hrsg.): *Vom Ablichten zum im-Bilde-Sein: Video-Dokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen im ärztlichen Qualitätszirkel*. Würzburg: Königshausen & Neumann, 219-260.

Bahrs, O. / Pohl, D. (2001): „Über die Schwierigkeit, Gesundheitsförderung an Allgemeinärzte zu vermitteln." In: Wilm, S. / Jork, K. (Hrsg.): *Faktoren der Gesundheit. Salutogenese-Modelle für die ärztliche Praxis.* Frankfurt (im Druck).

Bahrs, O. / Köhle, M. / Szecsenyi, J. (1992): „Das Videoseminar – Ein symptomübergreifender Supervisionsansatz. Qualitätszirkel von Allgemeinärzten und Sozialwissenschaftlern." *Psychol Med,* 3 (4), 23-29.

Bahrs, O. / Lehmann, M. / Nave, M. / Pohl, D. / Schmidt, U. / Weiß-Plumeyer, M. (2000): *Modellprojekt Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung.* Göttingen.

Bahrs, O. / Gerlach, F. M. / Szecsenyi, J. / Andres, E. (Hrsg.) (2001): *Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für Praxis und Klinik* (4., erw. und überarb. Aufl. des Leitfadens Ärztliche Qualitätszirkel). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Bandemer, S. von / Blanke, B. (1997): *Leitfaden Benchmarking in Suchtberatungsstellen des Landes Niedersachsen* (erstellt im Auftrag des Niedersächsischen Sozialministeriums in Zusammenarbeit mit der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren).

Batalden, P. B. / Nelson, E. C. (1990): „Hospital Quality: Patient, physician and employee judgements." *International Journal of Health Care Quality Assurance,* 3, 7-17.

Bauer, H. (1998): „Leitlinien als Grundlage rationalen ärztlichen Handelns." *Bayrisches Ärztebl*, 53, 3-8.

Bech, P. / Gudex, C. / Staehr Johansen, K. (1996): The WHO (TEN) Wellbeing Index: Validation in Diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 183-190.

Bengel, J. / Strittmatter, R. / Willmann, H. (1998): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese.* (5. Auflage 2000) Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 6).

Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (1999): *Leitlinien für die künftige Seniorenpolitik.* Berlin.

Biehal, F. (1994): *Lean Service. Dienstleistungsmanagement der Zukunft für Unternehmen und Non-Profit-Organisationen*. Wien: MANZ'sche.

Bitzer, E. / Dörning, H. / Schwartz, F. W. (2000): *Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach Leisten- und Hüftgelenksoperationen*. St. Augustin: Asgard.

BKK Bundesverband / Europäisches Informationszentrum (Hrsg.) (1999): *Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung.* Essen.

BKK Bundesverband, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.) (1999): *Möglichkeiten der Wirtschaftsanalyse für Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung.* (2. Aufl.) Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NWK.

Blum, K. (1998): *Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen. Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit und Qualitätsmanagement im Krankenhaus.* Weinheim: Juventa Verlag.

Bobzien, M. (1998): „Nichts ist mehr, wie es einmal war!" Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialbereich. *Impulse*, 6-8.

Bös, K. / Brehm, W. / Opper, E. / Saam, J. (1998): „Gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein. Analysen und Hilfen zum Qualitätsmanagement." Expertise im Auftrag des Deutschen Sportbundes. Universitäten Frankfurt/M., Bayreuth, Darmstadt.

Breucker, G. / Anderson, R. / Kohn, K. (1997): *Qualitätsmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung.* Tagungsbericht, herausgegeben vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen Essen: Eigendruck.

Brink-Muinen, A. van den et al. (1999): *The Eurocommunication study – An international comparative study in six European countries on doctor-patient communication.* Utrecht: NIVEL.

British Medical Association (1998): *Health & Environmental impact assessment: An integrated approach.* London: Earthscan.

Brucks, U. / Wahl, W. B. (1992): „Integration präventiven Denkens in die ärztliche Tätigkeit – Ein Werkstattbericht." In: Häussler, B. / Schliehe, F. / Brennecke, R. / Weber-Falkensammer, H. W. (Hrsg.): *Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und Rehabilitation. Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen*, Bd. 2. Berlin, Heidelberg, Tokyo, New York: Springer, 146-164.

Brucks, U. / Wahl, W. B. (1994): „Die Entwicklung einer Leitlinie zur ‚Früherkennungsanamnese' in ärztlichen Arbeitskreisen." *Z Allg Med*, 70, 19, 793-796.

Brucks, U. / Wahl, W. B. / Schüffel, W. (1997): *Epikritische Fallbetrachtung – Einführung in die Methode und Anleitung zur Dokumentation für Fallbesprechungen in Balintgruppen und ärztlichen Arbeitskreisen*. Oldenswort u. Marburg.

Brüggemeier, G. (Hrsg.) (1998): *Rechtsprobleme von Qualitätsmanagementvereinbarungen und EG-Binnenmarkt.* Baden-Baden: Nomos.

Bruster, S. / Jarman, B. / Bosanquet, N. / Weston, D. / Erens, R. / DelBanco, T. L. (1994): „National Survey of Hospital Patients." *British Medical Journal*, 309, 1542-1546.

Bührlen-Armstrong, B. / Bengel, J. (1997): „Qualitätsstandards in Prävention und Gesundheitsförderung. Nationale und internationale Erfahrungen." *Prävention*, 20 (2), 42-46.

Bullinger, M. (1996): „Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36." Health Survey. *Rehabilitation* 35, XVII-XXX.

Bundesärztekammer (1997): *Curriculum Gesundheitsförderung*. Köln: Bundesärztekammer (Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung Band 12).

Bundesärztekammer / Kassenärztliche Bundesvereinigung (1996): *Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung in der Medizin – Gemeinsame Bestandsaufnahme zur Qualitätssicherung.* München: Zuckschwerdt.

Bundesärztekammer / Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997): „Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung." *Dtsch Ärztebl*, 94 (33), A2154-2155/C1622-1623.

Bundesärztekammer / Kassenärztliche Bundesvereinigung / Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (1996): *Curriculum Qualitätssicherung*. Band 1: Ärztliches Qualitätsmanagement. Köln: Bundesärztekammer (Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung Band 10).

Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz (1994): *Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus.* Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz.

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.) (1996): *Qualitätsstrategien in Prävention und Gesundheitsförderung – Leitlinien, Praxisbeispiele, Potentiale.* Bonn.

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.) (2000): *Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen. Leitfragen zur Umsetzung, Basiskonzept der Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.* (2., völlig überarb. Aufl.) Bonn.

Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. (Hrsg.) (1991): *Praxisnahe Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen*. Bonn.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1993): *Qualitätsraster Adipositas. Eine Anleitung zur Beurteilung von Maßnahmen gegen Übergewicht*. Köln: BZgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1996): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung.* Schwabenheim a.d. Selz: Verlag Peter Sabo.

Burmeister, J. / Lehnerer, C. (1996): *Qualitätsmanagement in der Jugendverbandsarbeit.* Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.).

Büssing, A. / Barkhausen, M. / Glaser, J. (1999): „Evaluation von Organisationsentwicklung im Krankenhaus – Methodologische und methodische Anforderungen und deren Realisierung." *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft,* 7, 131-148.

Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (1999): *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*. Ottawa: Health Canada.

Catford, J. (1993): „Auditing Health Promotion: What are the vital signs of quality?" *Health Promotion International,* 8, 67-68.

Central Sydney Area Health Service (1994): *Program Management Guidelines for Health Promotion.* Sydney: State Health Publication.

Christiansen, G. (1999): *Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung.* Eine Expertise im Auftrag der Europäischen Kommission, GD Gesundheit und Verbraucherschutz. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 8).

Collins, J. C. (1998): „Zwölf Managementmythen". *gdi-impuls* 3. Rüschlikon.

Crainer, S. (1999): *Managementtheorien, die die Welt verändert haben*. Frankfurt.

Deutscher Sportbund (Hrsg.) (1997): *Sport und Gesundheit. Eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands.* Frankfurt am Main.

Deutscher Sportbund (Hrsg.) (1999): *DSB-Expertise. Gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein.* Analysen zum Qualitätsmanagement – Kurzfassung. Frankfurt am Main.

DHS – Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (1998): *Kriterien zur Leistungsbeschreibung von Suchtberatungsstellen.* Hamm.

DHS – Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (1999): *Jahrbuch Sucht '99.* Geesthacht: Neuland.

Dierks, M. L. / Schwartz, F. W. / Walter, U. (2000): „Konsumentenrolle und Konsumenteninformation aus Sicht der Public-Health-Forschung." *Psychomed* 12/2, 77-82.

Donabedian, A. (1966): „Evaluating the quality of medical care." *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44, 166-203.

Donabedian, A. (1980): *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Volume I: Explorations in Quality Assessment and Monitoring.* Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

Dür, W. / Pelikan, J. M. (Hrsg.) (1998): *Qualität in der Gesundheitsförderung. Ansätze und Beispiele zur Qualitätsentwicklung und Evaluation*. Wien: Facultas-Universitätsverlag.

Eccles, M. / Clapp, Z. / Grimshaw, J. et al. (1996): „North of England evidence based guidelines developmental project: methods of guidelines development." *BMJ*, 312, 760-762.

Eckersley, R. (1998): *Measuring Progress.* Collingswood Victoria, Australia: CSIRO Publishing.

EFQM (European Foundation for Quality Management) (1995): *Richtlinien für die Selbstbewertung*. Brüssel.

Evans, D. / Head, M. J. / Speller, V. (1994): *Assuring Quality in Health Promotion. How to develop standards of good practice*. London: Health Education Authority.

Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health (1994): „Strategies on Population Health: Investing in the Health of Canadians for the Meeting of the Ministers of Health." Minister of Supply and Services, Canada, Halifax, Nova Scotia, Sept. 14-15, 1994.

Feser, H. (1996): „Die Entwicklung qualitätssichernder Maßnahmen in Prävention und Gesundheitsförderung." *Prävention*, 19 (2), 4-9.

Field, M. J. (1995): *Setting priorities for clinical practice guidelines*. Washington: National Academy Press.

Foerster, H. von (1985): *Sicht und Einsicht.* Braunschweig.

Francke, R. (1994): *Ärztliche Berufsfreiheit und Patientenrechte.* Stuttgart.

Francke, R. (2000a): „Sozialrechtliche Rezeption ärztlicher Leitlinien." *Die Sozialgerichtsbarkeit,* 2000, 159-165.

Francke, R. (2000b): „Leitlinien ärztlichen Handelns und Sozialrecht." In: Hart, D. (Hrsg.): *Ärztliche Leitlinien – Empirie und Recht professioneller Normsetzung.* Baden-Baden: Nomos.

Francke, R. (2000c): „Kommentierung: Qualitätssicherung: §§ 135 bis 139 SGB V." In: Wannagat, G. / Eichenhofer, E. (Hrsg.): *Sozialgesetzbuch. Kommentar zum Recht des Sozialgesetzbuchs. SGB V Gesetzliche Krankenversicherung.* Köln: Carl Heymanns, Loseblatt (Februar 2000) (40 S.).

Francke, R. / Hart, D. (1987): *Ärztliche Verantwortung und Patienteninformation.* Stuttgart: Thieme.

Francke, R. / Hart, D. (1999): *Charta der Patientenrechte.* Baden-Baden: Nomos.

Franzkowiak, P. / Sabo, P. (Hrsg.) (1993): *Dokumente der Gesundheitsförderung*. Mainz: Verlag Peter Sabo.

Fuchs, R. / Schwarzer, R. (1994): „Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität: Reliabilität und Validität eines neuen Meßinstruments." *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie,* 15, 141-154.

Gerlach, F. M. / Bahrs, O. (1994): *Qualitätssicherung durch hausärztliche Qualitätszirkel. Strategien zur Etablierung.* Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby.

Gerlach, F. M. / Beyer, M. (2000): „Wie können Qualitätszirkel evaluiert werden?. In: Bahrs, O. / Gerlach, F. M. / Szecsenyi, J. / Andres, E. (Hrsg.) (2001): *Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für Praxis und Klinik* (4., erw. und überarb. Aufl. des Leitfadens Ärztliche Qualitätszirkel). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Gerlach, F. M. / Bahrs, O. / Weiß-Plumeyer, M. (1995): „Fallorientiertes Arbeiten im Qualitätszirkel." *Z ärztl Fortb*, 89, 397-401.

Gold, M. R. / Siegel, J. E. / Russell, L. B. / Weinstein, M. C. (Hrsg.) (1996): *Cost-effectiveness in Health and Medicine.* Oxford: Oxford University Press.

Göpel, E. (1993): „Entwicklung von Qualitätsmerkmalen für gesundheitsfördernde Schulen." *Prävention*, 16, 109-112.

Gorsky, R. D. / Teutsch, S. M. (1995): „Assessing the effectiveness of disease and injury prevention programs: costs and consequences." *MMWR* 44, 1-10.

Grimshaw, J. / Russel, I. (1993): „Achieving health gain through clinical practice guidelines." *Quality in Health Care*, 2, 243-248.

Grimshaw, J. / Eccles, M. / Russel, I. (1995): „Developing clinically valid practice guidelines." *Journal of Evaluation in Clinical Practice,* 1, 37, 48.

Grossmann, R. (Hrsg.) (1996): *Gesundheitsförderung und Public Health. Öffentliche Gesundheit durch Organisation entwickeln.* Wien: Facultas-Universitätsverlag.

Grossmann, R. / Scala, K. (1996): *Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement.* (2. Aufl.) Weinheim: Juventa.

Guggenbühl, L. (1999): *Qualitätsentwicklung in den Suchtpräventionsstellen des Kantons Aargau*. Bericht über den Qualitätsentwicklungsprozess mit einer Zusammenstellung der Arbeitsinstrumente. Forschungsbericht. Zürich: Institut für Suchtforschung.

Günther, U. (1997): *Qualitätsmanagement in der Ernährungsberatung. Überlegungen anhand einer Evaluationsstudie.* Frankfurt: VAS-Verlag für Akademische Schriften.

Hart, D. (1990): *Arzneimitteltherapie und ärztliche Verantwortung.* Stuttgart: Thieme.

Hart, D. (1998): „Ärztliche Leitlinien – Definitionen, Funktionen, rechtliche Bewertungen." *MedR* 1998, 1, 8-16.

Hart, D. (1999): „‚Organisationsaufklärung' – Zum Verhältnis von Standardbehandlung, Organisationspflichten und ärztlicher Aufklärung." *MedR* 17, 2, 47-50.

Hart, D. (Hrsg.) (2000): *Ärztliche Leitlinien – Empirie und Recht professioneller Normsetzung*. Baden-Baden: Nomos.

Hart, D. (2001): „Health Technology Assessment (HTA) und gesundheitsrechtliche Regulierung." *MedR* 2001, 1, 1-8.

Hartmann, P. / Bott, U. / Grüßer, M. / Kronsbein, P. / Jörgens, V. (1995): „Effects of peer review groups on physicians' practice." *Eur J G P* 1, 3, 107-112.

Hawe, P. / Noort, M. / King, L. / Jordaens, C. (1997): „Multiplying health gains: the critical role of capacity-building within health promotion programs." *Health Policy* 39, 29-42.

Hawe, P. / King, L. / Noort, M. / Gifford, S. M. / Llyod, B. (1998): „Working invisibly: health workers talk about capacity-building in health promotion." *Health Promotion International* 13 (4), 285-295.

Hellstein, G. M. / Wollmann, H. (Hrsg.) (1984): *Handbuch zur Evaluierungsforschung.* Opladen: Westdeutscher Verlag.

Hinterhuber, H. / Handlbauer, G. / Matzler, K. (1997): *Kundenzufriedenheit durch Kernkompetenzen. Eigene Potentiale erkennen – entwickeln – umsetzen*. München: C. Hanser.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (1994): „Sicherstellung der Suchtprävention in allen Regionen des Kantons Zürich. Regionale Suchtpräventionsstellen: Aufgaben, Koordination, Finanzierung." Studie im Auftrag der Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich / Bundesamt für Gesundheit (Hrsg) (1997): *Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten*. Zürich: Radix Gesundheitsförderung.

Institute of Medicine (1990): *Medicare: A strategy for quality assurance.* Bd. I. (Hrsg. K. N. Lohr) Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Medicine (1992): *Guidelines for clinical practice: from development to use.* (Hrsg. M. J. Field und K. N. Lohr) Washington, DC: National Academy Press.

International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (Hrsg.) (2000): „The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe." Report for the European Union (2. Aufl.). Brüssel, Luxemburg.

Jäckel, W. H. / Protz, W. / Maier-Riehle, B. / Gerdes, N. (1997): „Peer Review: Ein Verfahren zur Analyse der Prozessqualität stationärer Rehabilitationsmaßnahmen." *Rehabilitation*, 36, 224-232.

Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (1994): *The Program Evaluation Standards: How to Assess Evaluations of Educational Programs.* (2. Aufl.) London: Sage Publications.

Joint Committee on Standards for Educational Evaluation / Sanders, J. R. (Hrsg.) (1999): *Handbuch der Evaluationsstandards. Die Standards des „Joint Committee on Standards for Educational Evaluation"*. (Übersetzung von W. Beywl und T. Widmer) Opladen: Leske + Budrich.

Jones, J. / Hunter, D. (1995): „Qualitative Research: Consensus methods for medical and health services research." *BMJ*, 311, 376-380.

Kahn, B. / Goodstadt, M. (1999): „Continuous quality improvement and health promotion: can CQI lead to better outcomes?" *Health Promotion International* 14 (1), 83-91.

Kaluza, G. / Conrad, H. J. / Köpf, I. / Zimmermann, H. / Basler, H. D. (1998): „Gesundheitsförderung im Krankenhaus: Bedarf und Nachfrage – Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung." *Zeitschrift für Medizinische Psychologie,* 7, 60-65.

Kawski, S. / Koch, U. (1999): „Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Rehabilitation." *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie,* 46, 316-325.

Kawski, S. / Töppich, J. / Christiansen, G. / Koch, U. (1999): „Towards a new Quality Management of Health Promotion in Germany." (Poster auf der 4th European IUHPE Conference) In: Finnish Centre for Health Promotion (1999): *Effectiveness and Quality of Health Promotion – Best Practices. Publications* 5/1999. Saarijärvi, Finland, 131-132.

Kirschner, W. / Radoschewski, M. / Kirschner, R. (1995): *§ 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen*. Sankt Augustin: Asgard.

Klingenberg, A. / Szecsenyi, J. (1999): „Bewertung durch Patienten." In: Szecsenyi, J. / Magedeburg, K. / Kluthe, B. / Weber, C. / Bausch, J. / Schindler, H. (Hrsg.): *Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten – Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren „Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried"*. Göttingen: AQua (AQua-Materialien Band VII), 82-115.

Kluthe, R. / Klein-Wisenberg, A. v. (1983): *Qualitätssicherung in der Gemeinschaftsverpflegung unter besonderer Berücksichtigung der klinischen Ernährung und Diätetik.* Supplement zu „Aktuelle Ernährungsmedizin". Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Knesebeck, O. v. d. / Samora, P. / Rogolies, R. (1999): „Programmevaluation im Gesundheitswesen: Die wissenschaftliche Begleitung eines Modellprojektes zur ‚ortsnahen Koordinierung und gesundheitlichen Versorgung'." In: Badura, B. / Siegrist, J. (Hrsg.): *Evaluation im Gesundheitswesen: Ansätze und Ergebnisse.* Weinheim: Juventa, 15-142.

Kobusch, A. B. / Fehr, R. / Serwe, H.-J. (Hrsg.) (1997): *Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, Grundlagen, Konzepte – Praxiserfahrungen.* Baden-Baden: Nomos.

Koch, U. / Wittmann, E. W. (Hrsg.) (1991): *Evaluationsforschung. Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen.* Berlin: Springer.

Kolbe, M. (1998): „Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung." In: Projekt Gesunde Stadt Essen (Hrsg.): *Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Dokumentation der Tagung vom 2. bis 4. Oktober 1997 in Dresden.* Essen: Eigenverlag, 27-34.

Koordinationsstelle für die Berliner Mobilitätshilfedienste / Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (1997): *Praxisorientiertes Qualitätshandbuch.* Berlin (2. Ausgabe 1999, begründet von Georg Steinhoff, überarbeitet von Sonja Kubisch).

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (1999): *Qualitätsmanagement Gesundheitsförderung im öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg*. Projektergebnisse, Fachliche Standards, Perspektiven. Stuttgart.

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hrsg.) (1998): *Qualität(en) in der Gesundheitsförderung.* Hannover.

Landtingsförbunde and Svenska Kommunförbundet (1998): „Focusing on health: How can the health impact of policy decisions be assessed?" Stockholm <www.lf.se/hkb>

Laufs, A. / Uhlenbruck, W. (Hrsg.) (1999): *Handbuch des Arztrechts.* (2., völlig überarb. u. erw. Aufl.) München: C. H. Beck.

Lauterbach, K. W. / Trojan, A. (1999): „Qualitätssicherung und Evaluation in Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe." Antragsskizze für einen Public-Health-Forschungsschwerpunkt bei der DGPH.

Lauterbach, K. W. / Lubecki, P. / Oesingmann, U. / Ollenschläger, G. / Richard, S. / Straub, Chr. (1997): „Konzept eines Clearingverfahrens für Deutschland." *ZaeFQ* (91), 283ff.

Leeuw, E. de (1999): „Monitoring, Accountibility, Reporting and Impact Assessment (MARI) – A framework for phase III Healthy Cities." Maastricht (Manuskript) <www.gvo.unimaas.nl/who-city/index.htm>

Leeuw, E. de / Abbema, E. / Commers, M. 1998): *Healthy Cities Project. Second phase quality evaluation. Final report.* Maastricht: Eigenverlag (RHC Monograph Series no. 18).

Leger, L. S. (1999): „Health promotion indicators. Coming out of the maze with a purpose." *Health Promotion International* 14 (3), 193-195.

Lehmann, M. (1999): „Einführung in das Thema ‚Qualitätsförderung'" (Seminarbericht). *Prävention* 2 (1999), 50-54.

Leppin, A. / Kolip, P. / Hurrelmann, K. (1996): „Gesundheitsförderung in der Schule." *Prävention* 19, 52-54.

Leppin, A. / Pieper, E. / Szirmak, S. / Freitag, M. / Hurrelmann, K. (1999): „Prävention auf den zweiten und dritten Blick. Differentielle Effekte eines kompetenzorientierten Suchtpräventionsprogramms." In: Kolip, P. (Hrsg.): *Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter.* Weinheim: Juventa, 215-234.

Leykamm, B. / Geiger, I. / Krauss, J. / Burmeister, J. / Haas, G. (1997): „Qualitätsmanagement in der Prävention/Gesundheitsförderung. Ein Projekt im Öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg." *Prävention* 20, 117-120.

Lobnig, H. / Pelikan, J. M. (Hrsg.) (1996): *Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Eine österreichische Forschungsbilanz.* Wien: Facultas-Universitätsverlag.

Lohr, K. N. (Hrsg.) (1990): *Medicare – a strategy for quality assurance.* Washington D.C.: Institute of Medicine.

Lutter, H. (1997): „Qualitätszirkel. Wie die Suchtkrankenhilfe von der Wirtschaft lernen kann ..." *PARTNER-Magazin,* 5, 16-21 (hrsg. vom Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche Deutschlands).

Lutter, H. (1998): „Benchmarking in Suchtberatungsstellen – von Verbesserungsvorschlägen zum systematischen Vergleich." Vortrag anlässlich der 10. Niedersächsischen Suchtkonferenz Drogenabhängigkeit: Betreuungs- und Therapiemodelle in Niedersachsen, 12. Mai 1998 im Ärztehaus Hannover. Hrsg. von der Akademie für ärztliche Fortbildung Niedersachsen, Hannover.

Mathiszig, S. / Schulz, H. / Kawski, S. / Koch, U. (2000): Evaluation der Einführung von Qualitätsrastern zur Verbesserung der Qualität des präventiven Angebotes der gesetzlichen Krankenkassen in Hamburg. Unveröffentlichter Abschlussbericht. BMBF.

Meinhold, M. (1997): *Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit.* (2. Aufl.) Freiburg: Lambertus.

Melchinger, H. (1999): *Ambulante Soziotherapie: Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojektes „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker" der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen*. (Hrsg.: Das Bundesministerium für Gesundheit). Baden-Baden: Nomos (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 115).

Meyer-Nürnberger, M. (2000): „Aufgaben der Qualitätssicherung auf dem Feld der Gesundheitsförderung/Prävention am Beispiel des Arbeitsbereiches ‚Marktbeobachtung/Marktanalyse/Gesundheitsinformationssysteme' der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)." *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung,* Oktober 2000.

Moon, A. N. et al. (1999): „Helping Schools to become health-promoting environments – an evaluation of the Wessex Healthy Schools Award." *Health Promotion International,* 14, 111-120.

Nagel, E. / Fuchs, C. (1997): *Leitlinien und Standards im Gesundheitswesen. Fortschritt in sozialer Verantwortung oder Ende der ärztlichen Therapiefreiheit?* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Nelson, E. C. / Hays, R. D. / Larson, C. / Batalden, P. B. (1989): „The Patient Judgement System: Reliability and validity." *Quality Review Bulletin*, 15, 185-191.

Niemann, D. / Steinkohl, M. (1995): „Werkstattbericht aus einem hausärztlichen Qualitätszirkel in Hamburg-Harburg zum Thema Schilddrüsenerkrankungen." *Z Allg Med*, 71, 67-70.

Noack, R. H. (1996): „Old Public Health – New Public Health. Stand und Entwicklung der gesundheitswissenschaftlichen Ausbildung und Forschung in Europa und Nordamerika." In: Grossmann, R. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung und Public Health. Öffentliche Gesundheit durch Organisation entwickeln*. Wien: Facultas-Universitätsverlag, 349-359.

Nowack, P. et al. (1997): *Das gesundheitsfördernde Krankenhaus: Ergebnisse und Umsetzungserfahrungen am Beispiel eines österreichischen Modellprojektes.* In: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Republik Österreich (Hrsg.). Wien: Eigenverlag.

Ollenschläger, G. (1993): „Ärztliche Gesundheitsberatung – Möglichkeiten der Qualitätssicherung." *Prävention*, 16, 100-102.

Ollenschläger, G. (1996): „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Ernährungsmedizin – eine Übersicht." *Akt Ernähr Med*, 21, 306-314.

Ollenschläger, G. (1997): „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Prävention und Gesundheitsförderung.“ In: Allhoff, P. G. / Leidel, J. / Ollenschläger, G. / Voigt, H. P. (Hrsg.): *Präventivmedizin: Praxis – Methoden – Arbeitshilfen.* Berlin: Springer Loseblattwerk, 11.06, 1-32.

Ollenschläger, G. / Denecke, A. (1994): „Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen – dargestellt am Beispiel einer Ortskrankenkasse.“ *GesundhWes*, 56, 423ff.

Ollenschläger, G. / Flatten, G. / Gutzwiller, F. (1995): „Empfehlungen zu ärztlichen Methoden und Instrumenten der Gesundheitsförderung und Prävention von Gesundheitsstörungen.“ *Z ärztl Fortbildg*, 89, 875-878.

Ollenschläger, G. / Oesingmann, U. / Thomeczek, C. / Kolkmann, F. W. (1998): „Ärztliche Leitlinien in Deutschland: aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen.“ *ZaeFQ,* 92, 273-280.

Oppolzer, A. (1995 u. 1997): Begleitforschung zur Dokumentation und Evaluation der Organisationsentwicklung im Diakonie-Krankenhaus Alten Eichen (Hamburg) unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, erstellt im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege BGW, Hamburg, Teil I: Mai 1995; Teil II: Dezember 1997 (Berichte bei der BGW, Hamburg).

Oppolzer, A. (1998): „Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Zum Zusammenhang von New Public Health und New Public Management.“ In: Mattfeldt, H. / Oppolzer, A. / Reifner, U. (Hrsg.): *Ökonomie und Sozialstaat.* Opladen: Leske + Budrich, 91-112.

Oppolzer, A. (1999a): „Betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus.“ *Die Berufsgenossenschaft,* 1999, 28-36.

Oppolzer, A. (1999b): „Betriebliche Ursachen krankheitsbedingter Fehlzeiten – Ansatzpunkte betrieblicher Gesundheitsförderung.“ *Die AngestelltenVersicherung,* 46, 226-235.

Oppolzer, A. (1999c): „Ausgewählte Bestimmungsfaktoren des Krankenstandes in der öffentlichen Verwaltung – Zum Einfluss von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen auf krankheitsbedingte Fehlzeiten.“ In: Badura, B. / Litsch, M. / Vetter, Chr.: *Fehlzeiten-Report 1999, Psychische Belastungen am Arbeitsplatz.* Berlin: Springer, 343-362.

Øvretveit, J. (1996): „Quality in health promotion.“ *Health Promotion International* 11 (1), 55-62.

Pahmeier, I. (1996): „Wissenschaftliche Begleitstudie des Projekts ‚Hin & wieder – Berlins neue Bewegung'.“ Universität Bayreuth.

Pelikan, J. M. / Wolff, St. (Hrsg.) (1999): *Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation.* Weinheim: Juventa.

Pelikan, J. / Noak, H. / Pfeiffer, R. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften/Gesundheitsförderung* Band 4, Wien: Facultas-Universitätsverlag.

Pelikan, J. M. / Demmer, H. / Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1993): *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung.* Weinheim: Juventa.

Perleth, M. (1998): „Anwendung von Methoden des Qualitätsmanagements auf Präventionsmaßnahmen.“ Magisterarbeit Ergänzungsstudiengang Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen (Public Health), Medizinische Hochschule Hannover.

Perleth, M. / Schwartz, F. W. (2000): „Methoden des Qualitätsmanagements.“ In: Eichborn, P. / Seelos, H. J. / von der Schulenburg, J. M. (Hrsg.): *Praxisbuch Krankenhausmanagement.* München: Urban & Fischer, 321-327.

Pohl, D. / Bahrs, O. (1999): „Gesundheitsförderung und Prävention in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung.“ *Z Allg Med*, 75, 30-33.

Projekt Gesunde Stadt Essen (Hrsg.) (1998): *Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung.* Dokumentation der Tagung vom 2. bis 4. Oktober 1997 in Dresden. Essen: Eigenverlag.

Rada, J. / Ratima, M. / Howden-Chapman, P. (1999): „Evidence-based purchasing of health promotion: methodology for reviewing evidence.“ *Health Promotion International* 14 (2), 177-187.

Raspe, H. H. / Weber, U. / Voigt, S. / Kosinski, A. / Petras, H. (1997): „Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation: Wahrnehmung und Bewertung von Rehastrukturen und -prozessen („Rehabilitandenzufriedenheit“). *Rehabilitation*, 36, XXXI-XLII.

Renner, A. et al. (1999): „Zur Evaluation von Gesundheitskonferenzen. Eine Pilotstudie.“ In: Badura, B. / Siegrist, J. (Hrsg.): *Evaluation im Gesundheitswesen: Ansätze und Ergebnisse.* Weinheim: Juventa, 15-142.

Riemann, K. / Gerber, U. (1997): *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen.* (4. Aufl. 2000) Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 1).

Rosenbrock, R. (1993): „Gesundheitspolitik.“ In: Hurrelmann, K. / Laaser, U. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Beltz.

Rosenbrock, R. (1999a): „Prävention und Gesundheitsförderung als Handlungsfeld der Gesetzlichen Krankenversicherung.“ In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe als Zukunftsaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitspolitische Perspektiven.* Hannover, 15-21.

Rosenbrock, R. (1999b): „Qualitätssicherung für Leistungen der primären Prävention durch die gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen des § 20 SGB V n.F.“ In: AOK-Bundesverband et al. (Hrsg.) (1999): *Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention bei der Umsetzung von § 20 SGB V (n.F.). Workshop der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen am 24. Juni 1999 in Köln.* Tagungsdokumentation. Bergisch Gladbach, 6-15.

Rosenbrock, R. / Laaser, U. / Badura, B. / Koch, U. (1995): „Prävention und Gesundheitsförderung.“ In: Schwartz, F. W. / Badura, B. / Blanke, B. / Henke, K.-H. / Koch, U. / Müller, R. (Hrsg.): *Gesundheitssystemforschung in Deutschland: Denkschrift. Deutsche Forschungsgemeinschaft.* Weinheim: VCH, 64-74.

Rossi, P. / Freeman, H. E. (1993): *Evaluation. A systematic Approach.* (5. Aufl.) Newbury Park: Sage Publications.

Ruckstuhl, B. / Somaini, B. / Twisselmann, W. (1997): *Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument.* Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.).

Ruckstuhl, B. / Studer, H. / Somaini, B. (1998): „Eine Qualitätskultur für die Gesundheitsförderung!“ *Sozial- und Präventivmedizin*, 43, 221-228.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): *Sachstandsbericht 1994. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen*. Baden-Baden: Nomos.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): *Sondergutachten 1995. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit.* Baden-Baden: Nomos.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): *Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation*. Baden-Baden: Nomos.

Satzinger, W. (1998): „Der Weg bestimmt das Ziel? Zur Rolle des Erhebungsverfahrens bei Befragungen von Krankenhauspatienten.“ In: Ruprecht, T. M. (Hrsg.): *Experten fragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele.* Sankt Augustin: Asgard-Verlag, 101-108.

Scala, K. (1996): Beiträge der Organisationsforschung zur Gesundheitsförderung im Betrieb. In: Lobnig, H. / Pelikan, J. M. (Hrsg.) (1996): *Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Eine österreichische Forschungsbilanz.* Wien: Facultas-Universitätsverlag, 76-86.

Scala, K. (1997): *Konzept und Projektmanagement zur Gesundheitsförderung in der Schule. Teil 1: Ein Leitfaden für Schulleiter; Teil 2: Ein Handbuch für ProjektkoordinatorInnen.* Wien: REMAprint.

Scala, K. / Grossmann, R. (1997a): „Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung.“ In: *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung.* Schwabenheim a.d. Selz: Verlag Peter Sabo, 100-101.

Scala, K. / Grossmann, R. (1997b): *Supervision in Organisationen.* Weinheim: Juventa.

Scala, K. / Heimerl, K. (1998): „Qualität durch Projektmanagement am Beispiel eines Transferprojektes.“ In: Dür, W. / Pelikan, J. M. (Hrsg.): *Qualität in der Gesundheitsförderung. Ansätze und Beispiele zur Qualitätsentwicklung und Evaluation*. Wien: Facultas-Universitätsverlag, 232-240.

Schick, B. / Döhner, H. (1996): „Berufsübergreifende Kooperation in der Primärversorgung älterer Menschen – Forschungsergebnisse mit Praxiskonsequenzen.“ *Gesundheitswesen*, 58, 3, 126-131.

Schiller, M. R. / Miller-Kovach, K. / Miller, M. A. (Hrsg.) (1994): *Total Quality Management for Hospital Nutrition Services.* Gaithersburg MD: Aspen Publishers.

Schmacke, N. (1995): „Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung: Zumutung, Unmöglichkeit oder Notwendigkeit?“ In: Kaupen-Haas, H. / Rothmaler, C. (Hrsg.): *Doppelcharakter der Prävention* Frankfurt/M.: Mabuse Verlag, 73-92.

Schmacke, N. (1999): „Gesundheitsziele aus Sicht des öffentlichen Gesundheitsdienstes.“ *Die Krankenversicherung,* 51, 141-144.

Schubert, H.-J. / Zink, K. J. (Hrsg.) (1997): *Qualitätsmanagement in sozialen Dienstleistungsunternehmen.* Neuwied: Luchterhand.

Schultz-Gambard, J. / Lauche, K. / Hron, J. (1999): „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement.“ In: Hoyos, C. G. / Frey, D. (Hrsg.): *Arbeits- und Organisationspsychologie.* Weinheim: Juventa, 91-137.

Schupeta, E. / Hildebrandt, H. (Hrsg.) (1999): *Wie Krankenhäuser von Patienten lernen können.* St. Augustin: Asgard.

Schwartz, F. W. (1999): „Strukturelle Einbettung und Qualität von Gesundheitsförderung und Selbsthilfeförderung: GKV-konforme Ansätze und Strategien.“ In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe als Zukunftsaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitspolitische Perspektiven.* Hannover, 7-14.

Schwartz, F. W. / Walter, U. (1997): „Gesundheitsförderung im Spannungsfeld der Gesundheitsreformen.“ In: Altgeld, T. / Laser, I. / Walter, U. (Hrsg.): *Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse.* Weinheim: Juventa, 53-68.

Schwartz, F. W. / Walter, U. (1998): „Gesundheitsförderung und Prävention.“ In: Schwartz, F. W. / Badura, B. / Leidl, R. / Raspe, H. / Siegrist, J. (Hrsg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen.* München: Urban & Schwarzenberg, 141-170.

Schwartz, F. W. / Badura, B. / Leidl, R. / Raspe, H. / Siegrist, J. (Hrsg.) (1998): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen.* München: Urban & Schwarzenberg.

Scott-Samuel, A. / Birley, M. / Ardern, K. (1998): T*he Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*. Liverpool Public Health Observatory, University of Liverpool.

Scriven, M. S. (1980): *The Logic of Evaluation*. Iverness CA.: Edge Press.

Seghezzi, H. D. (1996): *Integriertes Qualitätsmanagement. Das St. Galler Konzept.* München: Carl Hanser.

Selbmann, H. K. (1996): „Grundlagen des Qualitätsmanagements im öffentlichen Gesundheitsdienst.“ *Gesundheitswesen*, 58, 583-587.

Selbsthilfe-Kontakt- und Informationsstelle SEKIS (1999): *Schritte auf dem Weg zur Qualität – Leitfaden zur Qualitätsentwicklung für Projekte und kleine freie Träger.* (2. Auflage) Berlin.

Simon, W. (1983): „Qualitätszirkel: Fragen und Antworten.“ *Personal*, 5/83.

Simon, W. (1999): *Die neue Qualität der Qualität. Grundlagen für den TQM- und KAIZEN-Erfolg*. (2. Aufl.) Offenbach: GABAL.

Speller, V. / Evans, D. / Head, M. J. (1997): „Developing quality assurance standards for health promotion practice in the UK.“ *Health Promotion International* 12 (3), 215-224.

Speller, V. / Learmonth, A. / Harrison, D. (1997): „The search for evidence of effective health promotion.“ *BMJ* 315, 361-363.

Staehr Johansen, K. / WHO-Regionalbüro für Europa (1998): „Outcome Indicators and Quality of Care: the WHO Approach.“ Publ/Qualicare/HVR OUT IND, August 1998.

Straub, C. (1994): „Probleme bei der Umsetzung von Qualitätssicherung.“ In: Arnold, M. / Paffrath, D. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report '94*. Stuttgart: G. Fischer, 145-162.

Sturm, H. / Hildebrandt, H. / Trojan, A. (1997): *Patientenbefragungen als Anstoß für Verbesserungen im Krankenhaus: Erfahrungsberichte aus einem WHO-Projekt*.

Szecsenyi, J. / Andres, E. / Bahrs, O. / Gerlach, F. M. / Weiß-Plumeyer, M. (1995): „Evaluation eines Trainingsprogammes für Moderatoren von vertragsärztlichen Qualitätszirkeln. Eine Zwischenbilanz." *Z ärztl Fortb*, 89, 419-423.

Szecsenyi, J. / Andres, E. / Broge, B. / Claus, E. / Glaeske, G. (1996): „Qualitätszirkel Pharmakotherapie – Sparen um jeden Preis?" *Z Allg Med*, 72, 493-496.

Szecsenyi, J. / Magedeburg, K. / Kluthe, B. / Weber, C. / Bausch, J. / Schindler, H. (Hrsg.) (1999): *Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten – Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren „Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried"*. Göttingen: AQua (AQua-Materialien Band VII).

Tannahill, C. (1997): „Proposal of an evaluation framework for the healthy cities project." (Manuskript Dezember 1997).

Tausch, B. / Härter, M. (1996): *Qualitätszirkel in der hausärztlichen Versorgung – Evaluation des Modellprojektes der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden.* München: Arcis.

Tones, K. / Tilford, S. (1994): *Health Education. Effectiveness, Efficiency and Equality.* London: Chapman and Hall.

Töppich, J. / Kruse, J. / Mann-Luoma, R. (1993): „Der ‚Qualitätsraster Adipositas' der BZgA – Als Beitrag zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung." *Prävention*, 16 (1), 18-20.

Töppich, J. / Christiansen, G. / Müller, W. (2000): „Konzept und Strategie der Qualitätssicherung in der AIDS-Prävention für die Allgemeinbevölkerung." In: Brockmeyer, N. H. et al. (2000): *HIV-Infekt.* Berlin, Heidelberg: Springer.

Töppich, J. / Christiansen, G. / Müller, W. (2001): „Gib Aids keine Chance – Public Health in Deutschland am Beispiel der Aids-Prävention." Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44, 8 (2001), 788-795. Berlin, Heidelberg: Springer.

Trojan, A. (1998): „Warum sollen Patienten gefragt werden? Zu Legitimation, Nutzen und Grenzen patientenzentrierter Evaluation von Gesundheitsdienstleistungen." In: Ruprecht, T. M. (Hrsg.): *Experten fragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele.* Sankt Augustin: Asgard-Verlag, 15-30.

Trojan, A. / Legewie, H. (1999): „Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen. Die salutogenetische Perspektive im Politikfeld Gesundheit und Umwelt." Gutachten für das Technikfolgenabschätzungsbüro des Deutschen Bundestages. Hamburg und Berlin.

Trojan, A. / Nickel, S. (1999): „Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Darstellung des europäischen WHO-Projektes und Ergebnisse der Entwicklung und Anwendung eines Fragebogens zur Evaluation patientenorientierter Qualität im Krankenhaus." In: Röhrle, B. / Sommer, G. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung.* Tübingen: dgvt-Verlag, 315-344.

Trojan, A. / Nickel, S. / Schneiders-Kastning, P. (1997): „Qualitätsbeurteilung aus Patientensicht. Exemplarische Ergebnisse aus dem europäischen WHO-Projekt „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser". *Gesundheitswesen*, 59, 720-725.

Trojan, A. / Nickel, S. / Oppolzer, A. (1999): „Qualität im Krankenhaus. Die Sicht der MitarbeiterInnen und PatientInnen im Vergleich am Beispiel eines ‚gesundheitsfördernden Krankenhauses'." In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): *Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und -erkrankungen in Pflegeberufen.* Berlin: Wirtschaftsverlag NW, 164-184.

Troschke, J. von / Reschauer, G. / Hoffmann-Markwald, A. (1996): *Die Bedeutung der Ottawa Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland.* Freiburg: Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health (Schriftenreihe der Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaft/Public Health).

Troschke, J. von et al. (1991): „Die gemeindenahe Begleitforschung der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP)." In: Koch, U. / Wittmann, E. W. (Hrsg.): *Evaluationsforschung. Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen.* Berlin: Springer, 227-247.

Tsouros, A. (Hrsg.): Gesunde Städte. Ein Projekt wird zur Bewegung. Zwischenbericht über das Gesunde-Städte-Projekt der WHO 1987–1990. Kopenhagen: FADL Verlag (deutsch erhältlich im Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg o.J.).

Ulrich, G. / Friedrich, H. J. / Wittek, L. / Ollenschläger, G. (1995): „Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgaben des niedergelassenen Arztes – Stellenwert und aktuelle Defizite.“ *Z ärztl Fortbildg,* 89, 299-302.

Ulsenheimer, K. (1998): „Haftungsrechtliche Anmerkungen zum Thema ‚Leitlinien'.“ *Frauenarzt,* 39, 1540 (1543).

US Preventive Services Task Force (1996): *Guide to Clinical Preventive Services.* (2. Aufl.) Alexandria: International Medical Publishing.

VDR (2000): Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation. Instrumente und Verfahren. Frankfurt am Main: VDR (DRV-Schriften Bd. 18).

Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) (1994): *Gemeinsame Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände. Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach § 20 Abs. 3 SGB V.* Siegburg.

Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) (1994): „Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach § 20 Abs. 3 SGB V.“ Gemeinsame Stellungnahme der Ersatzkassen und ihrer Verbände vom 14. 1. 1994. *Ernährungs-Umschau* 41 (7), 269-271.

Verbeck, A. (1998): *TQM versus QM. Wie Unternehmen sich richtig entscheiden.* Zürich: vdf.

Walter, U. / Schwartz, F. W. (1997): „Evaluation und Präventionsmaßnahmen.“ In: Klotter, C.: *Prävention im Gesundheitswesen*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

WHO (1986): Ottawa Charta for Health Promotion. Genf: WHO.

WHO (1997): Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. Genf: WHO.

WHO (1998): *Glossar Gesundheitsförderung.* Gamburg: G. Conrad Verlag für Gesundheitsförderung.

WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation (1998): *Health promotion Evaluation: Recommendations to Policymakers.* Brighton 1 to 3 April 1998. Kopenhagen: WHO/EURO (Dokument EUR/ICP/IVST 05 01 03) <www.who.dk/eurcomhlth/documents/hpr evaluation.htm>

WHO-Regionalbüro für Europa (1997): „Leitlinien in der gesundheitlichen Versorgung. Schloss Velen, Westfalen, Borken, 26.-28. Januar 1997. Bericht von der Tagung der WHO.“ Kopenhagen: WHO/EURO (Dokument EUR/ICP/ NHP 022VD 96/POLC 020204).

WHO-Regionalbüro für Europa (1999): „The Verona Benchmark – System characteristics for implementation of investment for health approaches.“ Kopenhagen: WHO/EURO <www.who.dk/Verona/bench.htm>

Wilkinson, R. / Marmot, M. (Hrsg.): *Social Determinants of Health. The Solid Facts.* Kopenhagen: WHO/EURO.

Wimmer, R. (1995): „Die permanente Revolution. Aktuelle Trends in der Gestaltung von Organisationen.“ In: Grossmann, R. / Krainz, E. / Oswald, M. (Hrsg): *Veränderung in Organisationen. Management und Beratung.* Wiesbaden: Gabler, 21-41.

Wollmann, H. / Hellstein, G. M. (Hrsg.) (1984): *Evaluierung und Erfolgskontrolle in Kommunalpolitik und -verwaltung.* Basel: Birkhäuser.

Woolf, S. H. / DiGuiseppe, C. G. / Atkins, D. et al. (1996): „Developing evidence-based clinical guidelines: lessons learned by the US Preventative Services Task Force.“ *Annu Rev Public Health,* 17, 511-538.

Wottawa, H. / Thierau, H. (1990): *Lehrbuch Evaluation.* Bern: Verlag Hans Huber.

Ziglio, E. (1997): „How to move towards evidence-based health promotion interventions.“ *Promotion et Education*, 4, 29-33.

Zink, K. J. (Hrsg.) (1992): *Qualität als Managementaufgabe*. (2. Aufl.) Landsberg: Verlag Moderne Industrie.

Zink, K. J. (1995): *TQM als integratives Managementkonzept. Das Europäische Qualitätsmodell und seine Umsetzung.* München: Carl Hanser.

5.2 Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Thomas Altgeld, Dipl.-Psych.
Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
E-Mail: lv-gesundheit.nds@t-online.de
Internet: www.gesundheit-nds.de

Gerlinde Appel
Landeshauptstadt München,
Referat für Gesundheit und Umwelt
Implerstr. 9
81371 München
E-Mail: gerlinde.appel@muenchen.de
Internet: www.muenchen.de

Dr. Ottomar Bahrs
Georg-August-Universität Göttingen,
Abt. Medizinische Psychologie
Waldweg 37
37073 Göttingen
E-Mail: obahrs@gwdg.de

Iris Bunzendahl
Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
E-Mail: lv-gesundheit.nds@t-online.de
Internet: www.gesundheit-nds.de

Dr. Jürgen Burmeister
xit forschung.planung.beratung
Frauentorgraben 73
90443 Nürnberg
E-Mail: burmeister@ba-heidenheim.de

Dr. Marie-Luise Dierks
Medizinische Hochschule Hannover,
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
E-Mail:
dierks.marie-luise@mh-hannover.de
Internet: www.epi.mh-hannover.de

Hans Dörning, Dipl.-Soz.wiss.
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie
und Gesundheitssystemforschung – ISEG
Bissendorfer Str. 9
30625 Hannover
E-Mail: donering@iseg.org
Internet: www.iseg.org

Prof. Dr. Robert Francke
Universität Bremen, Fachbereich
Rechtswissenschaft, Institut für
Gesundheits- und Medizinrecht
Postfach 33 04 40
28334 Bremen
E-Mail: rfrancke@uni-bremen.de
Internet: www.igmr.uni-bremen.de

Reinhard Fuß
Landeshauptstadt München,
Referat für Gesundheit und Umwelt
Implerstr. 9
81371 München
E-Mail: reinhard.fuss@muenchen.de
Internet: www.muenchen.de

Prof. Dr. Ralph Grossmann
IFF – Organisationsentwicklung
und Systemsteuerung
Schottenfeldgasse 29
1070 Wien, Österreich
E-Mail: ralph.grossmann@univie.ac.at
Internet: www.univie.ac.at/iffoesyst

Lisa Guggenbühl, Lic. phil. I
Laubeggstr. 59
3006 Bern, Schweiz
E-Mail: lisa.guggenbuehl@tiscalinet.ch

[Institut für Suchtforschung
Konradstr. 32
8031 Zürich, Schweiz
Internet: www.suchtforschung.ch]

Peter Gut
RehabilitationsZentrum Lutzenberg
9426 Lutzenberg AR, Schweiz
E-Mail: petergut@reha-lutzenberg.ch
Internet: www.reha-lutzenberg.ch

Prof. Dr. Felix Gutzwiller
Universität Zürich, Institut für
Sozial- und Präventivmedizin
Sumatrastr. 30
8006 Zürich, Schweiz
E-Mail: gutzwill@ifspm.unizh.ch
Internet: www.unizh.ch/ispm

Prof. Dr. Dieter Hart
Universität Bremen, Fachbereich
Rechtswissenschaft, Institut für
Gesundheits- und Medizinrecht
Postfach 33 04 40
28334 Bremen
E-Mail: hart@uni-bremen.de
Internet: www.igmr.uni-bremen.de

Helmut Hildebrandt
Hildebrandt Gesundheitsconsult GmbH
Borsteler Chaussee 55
22455 Hamburg

Dr. Friederike Hoepner-Stamos, MPH
Bundesministerium für Gesundheit
Am Propsthof 78a
53121 Bonn

Dr. Elke Jakubowski, M. Sc.
WHO-Regionalbüro für Europa
8, Scherfigsvej
2100 Kopenhagen, Dänemark
E-Mail: postmaster@who.dk
Internet: www.who.dk

Stefan Kawski, Dipl.-Psych.
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Abt. f. Medizinische Psychologie
Martinistr. 52
20246 Hamburg
E-Mail: kawski@uke.uni-hamburg.de
Internet: www.uke.uni-hamburg.de

Prof. Dr. Ilona Kickbusch
Yale University, Division of Global Health
Department of Epidemiology and Public
Health
P.O.Box 208034
New Haven, Connecticut 06520-8034, USA
E-Mail: eph.admissions@yale.edu
Internet: http://info.med.yale.edu/eph

Prof. Dr. Dr. Uwe Koch
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Abt. für Medizinische Psychologie
Martinistr. 52
20246 Hamburg
E-Mail: koch@uke.uni-hamburg.de
Internet: www.uke.uni-hamburg.de

Prof. Dr. Petra Kolip
Universität Bremen, Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissenschaften
Grazer Str. 2
28359 Bremen
E-Mail: kolip@bips.uni-bremen.de
Internet: www.fb11.uni-bremen.de

Dr. Rüdiger Krech
WHO-Regionalbüro für Europa
8, Scherfigsvej
2100 Kopenhagen, Dänemark
E-Mail: rkr@who.dk
Internet: www.who.dk

Sonja Kubisch
Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg e.V.,
Koordinationsstelle der Berliner
Mobilitätshilfedienste
Berliner Straße 40/41
10715 Berlin

Harald Lehmann
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
E-Mail: h.lehmann@bzga.de
Internet: www.bzga.de

Manfred Lehmann
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
E-Mail: m.lehmann@bzga.de
Internet: www.bzga.de

Barbara Leykamm
Landesgesundheitsamt
Baden-Württemberg,
Referat Gesundheitsförderung
Hoppenlaustr. 7
70174 Stuttgart
E-Mail: leykamm@lga.bwl.de
Internet: www.landesgesundheitsamt.de

Beate Locher
Badischer Landesverband gegen die Suchtgefahren e.V., Referat Prävention und Öffentlichkeitsarbeit
Renchtalstr. 14
77871 Renchen
E-Mail: BLocher.blv@t-online.de
Internet: www.blv-suchthilfe.de

Christoph Lorenz
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung – ISEG
Alfred-Herrhausen-Str. 44
58455 Witten
E-Mail: lorenz@iseg.org
Internet: www.iseg.org

Heinz Lutter
Slicherstr. 2
30163 Hannover
E-Mail: lutter2004@aol.com

[Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren
Podbielskistraße 162
30177 Hannover
E-Mail: info@nls-suchtgefahren.de
Internet: www.nls-suchtgefahren.de]

Dr. Monika Meyer-Nürnberger
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
E-Mail: meyer-nuernberger@bzga.de
Internet: www.bzga.de

Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger
Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung
Aachener Str. 233–237
50931 Köln
E-Mail: mail@ollenschlaeger.net
Internet: www.aezq.de
ollenschlaeger.net

Prof. Dr. Alfred Oppolzer
Hochschule für Wirtschaft und Politik
Rentzelstr. 7
20146 Hamburg
E-Mail: OppolzerA@hwp.uni-hamburg.de
Internet: www.hwp.uni-hamburg.de

Dr. Uwe Prümel-Philippsen
Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.
Heilsbachstr. 30
53123 Bonn
E-Mail: bfse.pp@bfse-1.de
Internet: www.bvgesundheit.de

Dr. Brigitte Ruckstuhl
Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung – Stiftung 19
Dufourstr. 30
Postfach 311
3000 Bern 6, Schweiz
E-Mail: brigitte.ruckstuhl@healthprom.ch

Prof. Dr. Klaus Scala
Institut für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung
Schottenfeldgasse 29/IV
1070 Wien, Österreich
E-Mail: iffoesyst@univie.ac.at
Internet: www.univie.ac.at/iffoesyst

Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz
Medizinische Hochschule Hannover,
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
E-Mail: schwartz.fw@epi.mh-hannover.de
Internet: www.epi.mh-hannover.de

Dr. Stefanie Siebeneick
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung – ISEG
Alfred-Herrhausen-Str. 44
58455 Witten
E-Mail: siebeneick@iseg.org
Internet: www.iseg.org

Thomas Siebert
Landessportbund Berlin,
Referat Breiten- und Freizeitsport
Jesse-Owens-Allee 2
14053 Berlin
E-Mail: lsb@berlin.de

Prof. Dr. Walter Simon
Innovationsteam für Produktion & Wirtschaft – IPW
Mittelstr. 19a
61231 Bad Nauheim
E-Mail: IPW-Dr.Simon@t-online.de
Internet: www.ipw-drsimon.com

Karin Stötzner, Dipl.-Soz.
Berliner Selbsthilfe-Kontakt-
und Informationsstelle – SEKIS
Albrecht-Achilles-Str. 65
10709 Berlin
E-Mail: sekis@sekis-berlin.de
Internet: www.sekis-berlin.de

Dr. Günter Tempel
AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen, Landesdirektion
Kolumbusstraße 2
30519 Hannover
E-Mail: guenter.tempel@nds.aok.de

Jürgen Töppich
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
E-Mail: toeppich@bzga.de
Internet: www.bzga.de

Prof. Dr. Dr. Alf Trojan
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Institut für Medizin-Soziologie
Martinistr. 52
20246 Hamburg
E-Mail: trojan@uke.uni-hamburg.de
Internet: www.uke.uni-hamburg.de

Dr. Ulla Walter
Medizinische Hochschule Hannover,
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
E-Mail: walter.ulla@mh-hannover.de
Internet: www.epi.mh-hannover.de

Irmtraut Windel, M.S.P.
Medizinische Hochschule Hannover,
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Internet: www.epi.mh-hannover.de

5.3 Glossar

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die wichtigsten Fachbegriffe aus dem Bereich der Qualitätssicherung und deren inhaltliche Zuordnung zu bestimmten Aspekten und Elementen des Qualitätsmanagements. In dem anschließenden Glossar werden die Begriffe in alphabetischer Reihenfolge kurz in ihren inhaltlichen Grundzügen erläutert.

Grundlegende Begriffe und Konzepte	• Qualitätssicherung (QS) • Qualitätsmanagement (QM) • Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) • Total Quality Management (TQM) • Umfassendes Qualitätsmanagement (UQM) oder Continuous Quality Improvement (CQI)	
Implementation von Qualitätsmanagement in Organisationen	• Bottom-up-Ansatz • Top-down-Ansatz	• Sandwich-Modell
Zugänge zur Qualitätsbeurteilung	• Strukturqualität • Prozessqualität	• Ergebnisqualität
Ebenen der Qualitätsbeurteilung	• Interne Qualitätssicherung • Externe Qualitätssicherung	• Benchmarking
Systeme und Dokumentationsinstrumente des Qualitätsmanagements	• Qualitätsmanagementsysteme • DIN EN ISO 9000-9004 Normenreihe • European Foundation for Quality Management (EFQM) • Gute Hospital Praxis (GHP) • Qualitätsmanagement-Handbuch	• Qualitätsauszeichnung (Quality Award) • Zertifizierung • Akkreditierung
Methoden des Qualitätsmanagements	• Audit • Beschwerdemanagement • Dokumentation/Datenanalyse • Konsensuskonferenzen • Mitarbeiterbefragung • Patienten-/Klientenbefragung • Qualitätszirkel	• Reengineering • Ringversuch • Selbstbewertung • Self-Monitoring • Stichproben • Vorschlagswesen • Motivationsförderung
Beurteilungsinstrumente	• Kriterien • Standard • Indikatoren	• Richtlinien • Leitlinien

Akkreditierung: Formale Anerkennung der Kompetenz einer Einrichtung, bestimmte Prüfungen oder Prüfungsarten auszuführen. Zertifizierer müssen formal akkreditiert werden.

Audit: Systematische, unabhängige Untersuchung einer Aktivität und der Ergebnisse, so dass Vorhandensein und sachgerechte Anwendung spezifizierter Anforderungen beurteilt und dokumentiert werden können. Ein Audit ist ein modernes Informationssystem, um zu einem bewerteten Bild von Wirksamkeit und Problemangemessenheit von qualitätssichernden Maßnahmen zu kommen. Unterschieden werden u.a. Produktaudit, Verfahrensaudit, Systemaudit. Ziel: Schwachstellen sollen aufgezeigt, Verbesserungsmaßnahmen angeregt und deren Wirkung überprüft werden.

Benchmarking: Prozess des Vergleichens und Messens der eigenen Produkte, Dienstleistungen und Prozesse mit den besten Wettbewerbern oder den anerkannten Marktführern. Im Vergleich mit diesen *Best in Class* sollen Unterschiede zum eigenen Unternehmen und Verbesserungsmöglichkeiten erkannt werden mit dem Ziel, die wirkungsvollsten Methoden herauszufinden (*Best Practice*), diese zu adaptieren und die Leistungsfähigkeit des eigenen Unternehmens so zu steigern, dass selbst die Spitzenposition erreicht wird (*Best of the Best*).

Beschwerdemanagement: Dokumentation und Analyse von Kunden- bzw. Patientenbeschwerden mit dem Ziel, diese zu erfassen und zu bearbeiten.

Bottom-up-Ansatz: Die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen wird durch einen Prozess von unten (Ebene der Mitarbeiter einer Einrichtung) nach oben (Management der Einrichtung) aufgebaut. Philosophie: Ohne die Motivation und das Engagement der Mitarbeiter lässt sich Qualitätsmanagement nicht realisieren. Siehe auch ➜ *Top-down-Ansatz, Sandwich-Modell*.

Continuous Quality Improvement (CQI): ➜ *Umfassendes Qualitätsmanagement (UQM)*.

DIN EN ISO Normenreihe 9000–9004: Diese in der Industrie entwickelte Normenreihe beschreibt die Erfordernisse, die an ein ➜ *Qualitätsmanagementsystem* gestellt werden müssen. Sie enthält universelle Forderungen und gilt für den Produktions- wie den Dienstleistungssektor gleichermaßen. Sie umfasst Elemente zur Qualitätssicherung in Design, Entwicklung, Produktion, Montage und Kundendienst. Die Normen dokumentieren die Ebenen, auf denen Qualität überprüft wird, nicht die technische Produktnorm. Sie stellt damit nicht die Beschaffenheit eines Produkts/einer Dienstleistung sicher. Ziel: Festlegung von Qualitätsbereichen, Dokumentation der Qualitätsbestrebungen, Transparenz für Kunden.

Dokumentation/Datenanalyse: Grundlegendes Instrument des ➜ *Qualitätsmanagements*. Sammlung von Aufzeichnungen und Daten zum Aufbau eines Dokumentationssystems, das sowohl für die Analyse und das Aufzeigen von Qualitätsproblemen nötig ist, als auch als Datengrundlage für die Lösung von Problemen herangezogen werden kann.

EFQM-Modell: Ein von der ➜ *European Foundation for Quality Management* speziell für das Gesundheitswesen modifiziertes Normenwerk, das sich am ➜ *Total Quality Management* orientiert und neun Elemente aufweist (Führung, Politik und Strategie, Mitarbeiterorientierung, Partnerschaften und Ressourcen, Prozesse, Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit, Gesellschaftliche Verantwortung, Geschäftsergebnisse), wobei die einzelnen Elemente unterschiedlich stark gewichtet werden. Das Modell basiert auf einem Prozess der ➜ *Selbstbewertung*, der durch spezifische Fragen geleitet wird. Auf der Basis dieses Modells wird seit 1992 der European ➜ *Quality Award* vergeben.

Entwicklung von Kriterien, Standards, Indikatoren, Richtlinien und Leitlinien: In der Medizin etablierte Methoden der ➜ *Qualitätssicherung*.

Ergebnisqualität: Endpunkte der Tätigkeit, z.B. Produkte, medizinische Ergebnisse, Kundenzufriedenheit.

European Foundation for Quality Management (EFQM): 1988 gegründete gemeinnützige Organisation auf Mitgliederbasis mit Sitz in Brüssel, deren Ziel es ist, ein Managementsystem für alle Organisationen in Europa zu entwickeln, das zu nachhaltiger Qualität führt. Sie hat hierzu das ➜ *EFQM-Modell* entwickelt und vergibt auf dessen Basis jährlich den European ➜ *Quality Award*

Externe Qualitätssicherung: Beurteilung der Qualität auf der Basis von Informationen aus mehreren vergleichbaren Einrichtungen.

Gute Hospital Praxis (GHP): Ein für den stationären Bereich entwickeltes Normenwerk, das aus 16 Elementen besteht. Es wurde auf der Basis der DIN EN ISO 9000ff.-Normenreihe für die Ablauforganisation eines Krankenhauses entwickelt, wobei die stark an industriellen Belangen orientierten Termini auf das Gesundheitswesen übertragen wurden. Auch hier dient das ➜ *Total Quality Management* als Bezugspunkt.

Indikatoren: Hinweise auf die Qualität, wenn auf eine vollständige Erfassung der Qualitätsmerkmale verzichtet wird.

Interne Qualitätssicherung: Beurteilung der Qualität auf der Basis interner Soll-Ist-Vergleiche.

Konsensuskonferenzen: Expertenforen zur Entwicklung von Leitlinien.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP): Ständige Suche nach den Ursachen von Problemen, um alle Systeme von Produktion und Dienstleistung sowie alle anderen Aktivitäten in einem Unternehmen beständig und immer wieder zu verbessern (Zielerreichungsstrategie). Es ist ein kontinuierlicher Prozess in kleinen Schritten, der ständig erfolgt und nie als abgeschlossen betrachtet wird (japanisch: *Kaizen*). Ziel: kontinuierliche effektive Verbesserung aller Abläufe und Prozesse in einem Unternehmen.

Kriterien: Etablierte Merkmale (Eigenschaften der Strukturen, des Prozesses, der Ergebnisse).

Leitlinien: Systematisch entwickelte, evidenzbasierte und auf Konsens beruhende Feststellungen, die Ärzten und Patienten Entscheidungs- und Orientierungshilfen für medizinische Maßnahmen unter definierten charakteristischen Bedingungen liefern sollen. Im Gegensatz zu Richtlinien sind sie zwar nicht juristisch, aber normativ verbindlich.

Mitarbeiterbefragungen: Befragung von Mitarbeitern in Bezug auf Schwachstellen, Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit oder der Arbeitssituation mit dem Ziel, Qualitätsprobleme zu identifizieren.

Patienten-/Klientenbefragung: Befragung von Patienten/Klienten (in Profit-Unternehmen der Kunden), ob sie mit der erfahrenen Behandlung (der Dienstleistung, dem Produkt) zufrieden sind. Ziel: Ermittlung von Patienten-/Klientenbedürfnissen, Aufdeckung von Qualitätsmängeln aus der Sicht der Nutzer.

Prozessqualität: Abläufe, z.B. Ablauforganisation, Kommunikation, Kooperation.

Qualitätsauszeichnung (Quality Award): Preis zur Anerkennung und Förderung der Bemühungen um Qualität. Ziel: Anreiz, Qualitätskonzepte zu implementieren

Qualitätsmanagement (QM): Systematische Analyse von angestrebten und tatsächlich erreichten Leistungen und Einleitung von notwendigen Verbesserungen. Die Einführung eines Qualitätsmanagements macht eine Qualitätspolitik, Qualitätsplanung, die Formulierung von Qualitätszielen und Qualitätslenkung erforderlich. Ziel: Konsequente Weiterentwicklung der Qualität.

Qualitätsmanagement-Handbuch: Dokument, in dem die Qualitätspolitik einer Einrichtung festgelegt und das angewendete ➜ *Qualitätsmanagementsystem* beschrieben werden. Es kann sich auf alle Tätigkeiten der Einrichtung oder nur auf Teile beziehen. Zusätzlich werden in ihm Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten beschrieben und Anweisungen gegeben zur Prüfung, Aktualisierung und Verwaltung des Handbuchs. Ziel: Beschreibung und transparente Darstellung von Arbeits- und Prozessabläufen.

Qualitätsmanagementsysteme: Die zur Verwirklichung des Qualitätsmanagements erforderliche Organisationsstruktur sowie die erforderlichen Verfahren, Prozesse und Mittel. Das bekannteste Instrument ist die ➜ *DIN EN ISO Normenreihe 9000–9004*. In Abgrenzung oder Ergänzung dazu existieren spezielle Systeme für den Gesundheitsbereich wie ➜ *Gute Hospital Praxis (GHP)* oder das ➜ *EFQM-Modell*.

Qualitätssicherung (QS): Die Gesamtheit der organisatorischen, technischen, normativen und motivierenden Maßnahmen zur Sicherstellung der Qualität. Ziel: Sicherstellung, dass ein prinzipiell erzielbarer Nutzen auch erreicht werden kann.

Qualitätszirkel: Instrument zur qualitätsbezogenen Arbeit: Angehörige (häufig) unterschiedlicher Berufsgruppen bearbeiten im Team ein zuvor definiertes Thema (meist) unter Anleitung eines Moderators. Grundlegender Gedanke des Qualitätszirkelkonzepts ist, dass Probleme am ehesten von den Mitarbeitern einer Einrichtung erkannt und bearbeitet werden können. Ziel: Erwartung, dass die Akzeptanz notwendiger Veränderungen und die Chance auf einen Erfolg am ehesten gegeben sind, wenn die Beteiligten die neuen Strategien selbst erarbeiten und umsetzen.

Quality Award ➜ *Qualitätsauszeichnung*

Reengineering: Grundsätzliches Überdenken und daraus resultierende grundlegende Neugestaltung (Redesign) von Unternehmen oder wesentlichen Unternehmensprozessen. Es handelt sich nicht um ein geschlossenes Konzept, sondern nur um eine skizzierte Vorgehensweise, die jeweils unternehmensspezifisch zu interpretieren und anzuwenden ist. Ziel: Verbesserungen jeweils um Größenordnungen in den Bereichen Kosten, Qualität, Zeit.

Richtlinien: Von einer rechtlich legitimierten Institution konsentierte, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht.

Ringversuch: Beurteilung von Präparaten, Röntgenbildern, dokumentierten Fällen, „geheime Konsumenten in Institutionen" zur Generierung von vergleichenden Daten, die Aussagen über die Beobachterqualität und -variabilität zulassen.

Sandwich-Modell: ➜ *Bottom-up-Ansatz* und ➜ *Top-down-Ansatz* schließen einander nicht aus, sondern es müssen sich vielmehr beide, so vor allem die Vorstellung der Weltgesundheitsorganisation, sinnvoll ergänzen.

Selbstbewertung: Einrichtungsinterne Maßnahmen zur Bewertung der Qualität in der eigenen Organisation. Ziel: Ermittlung des Ist-Zustands der Qualitätsbemühungen, Identifikation von Verbesserungspotenzialen, Standortbestimmung in der Qualitätsentwicklung, Kontrolle der bisherigen Ergebnisse.

Self-Monitoring: Die Selbstkontrolle durch kontinuierliches Beobachten des eigenen Handelns.

Standard: Ausprägungsmerkmal eines ➜ *Kriteriums*. Der Standard gibt an, welches Ziel man für erreichbar hält und auch erreichen will.

Stichproben: Überprüfung der Qualität einer Leistung auf der Basis der Analyse von Stichproben.

Strukturqualität: Rahmenbedingungen, z.B. Qualifikation des Personals, Anforderung an Aus-, Fort- und Weiterbildung, technische Ausstattung, finanzielle und räumliche Ausstattung oder auch gesetzliche Rahmenbedingungen.

Top-down-Ansatz: Die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen wird durch einen Prozess von oben (Management) nach unten (Mitarbeiter) aufgebaut. Philosophie: Ohne Unterstützung und Bereitschaft des Managements, Qualitätssicherung zu praktizieren, werden die Aktivitäten von Mitarbeitern nicht ausreichend unterstützt. Siehe auch ➜ *Bottom-up-Ansatz*, *Sandwich-Modell*.

Total Quality Management (TQM): Auf der Mitwirkung aller ihrer Mitglieder (jeder Mitarbeiter auf allen Hierarchieebenen) basierende Führungsmethode einer Organisation, die die Qualität aus der Kundenperspektive in den Mittelpunkt stellt: Als Kunde gilt in diesem Konzept nicht nur der Käufer bzw. Nutzer von Dienstleistungen, sondern alle Abteilungen einer Organisation gehen wechselseitig Kundenbeziehungen ein. Wesentlich für den Erfolg sind die überzeugende und nachhaltige Führung durch die oberste Leitung und die Ausbildung und Schulung aller Mitglieder der Institution. Ziel: Durch die Zufriedenheit der Kunden soll ein langfristiger Geschäftserfolg sowie ein Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft erreicht werden.

Umfassendes Qualitätsmanagement (UQM) oder **Continuous Quality Improvement (CQI)**: Ähnlich wie ➜ *Total Quality Management (TQM)* auf der kollektiven Verantwortung aller Mitarbeiter basierende Qualitätsmanagementkonzepte.

Vorschlagswesen: Sammlung unsystematischer und spontan generierter Vorschläge, die sich auf die Lösung von Problemen, die Verbesserung von Abläufen, die wirtschaftliche Erbringung von Leistungen oder Neuerungen beziehen. Verbesserungsvorschläge werden oft durch materielle Anreize motiviert (Prämien), teilweise auch durch immaterielle (Prestigegewinn, Motivationsförderung). Ziel: Richtung nicht von vornherein festgelegt, die Verbesserungsvorschläge können sich auf sehr unterschiedliche Bereiche der Einrichtung beziehen.

Zertifizierung (Konformitätsbestätigung): Einrichtungen, die ein ➜ *Qualitätsmanagementsystem* (z.B. ➜ *DIN EN ISO 9000ff.*) einführen, dokumentieren entsprechend der Norm den Qualitätsmanagementprozess. Im Rahmen eines externen ➜ *Audits* werden nach Einführung des Systems von einem Zertifizierer Aufbau und Umsetzung überprüft. Werden die Anforderungen als erfüllt angesehen, wird ein Zertifikat ausgestellt, das eine begrenzte Gültigkeitsdauer hat. Die Verlängerung des Zertifikats bedarf einer erneuten Überprüfung.

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

ISBN 3-933191-57-2
ISSN 1439-7951