



Landschaftsverband
Westfalen-Lippe

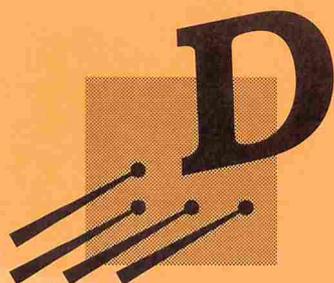
Abteilung
Gesundheitswesen

Qualitäts- management

in der ambulanten und stationären
Suchtkrankenhilfe

21. - 23.06.1995
Heek-Nienborg

Dokumentation



Koordinationsstelle für
Drogenfragen und Fortbildung
48133 Münster

Telefon (02 51) 5 91 - 38 38

ISSN 0942 - 2382

Band 12

Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung Gesundheitswesen
Dezernent: Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich

Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung
Leiter: Wolfgang Rometsch
Hörsterplatz 4
48133 Münster

1. Auflage
1. - 1.500

Münster, Juni 1996

Qualitätsmanagement

**in der ambulanten und stationären
Suchtkrankenhilfe**

**21. - 23.06.1995
Heek-Nienborg**

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Das EFQM-Modell "Jellinek" Ein Instrument zur strukturierten und systematischen Selbstbewertung des Qualitätsmanagements von Einrichtungen des Gesundheitswesens	
Drs. Udo W. Nabit, Amsterdam Projektleiter Qualität AIAR Jan A. Walburg, Amsterdam Allgemeiner Direktor Jellinek	7 - 44
Vorstellungen und Anforderungen der Kostenträger zur Qualitätssicherung in ambulanten Einrichtungen der Drogen- und Suchtkrankenhilfe	
Ministerialrat Hans-A. Hüsgen, Düsseldorf Drogenbeauftragter des Landes Nordrhein - Westfalen	47 - 52
Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung	
Dr. Ferdinand Schliehe, Frankfurt Leiter der Rehabilitationswissenschaftlichen Abteilung beim Verband der Rentenversicherungsträger	55 - 64

**Qualitätssicherung in der ambulanten
Suchtkrankenhilfe**

Benno Rehn, Mainz
Suchtreferent beim Caritasverband der
Diözese Mainz

67 - 79

**Qualitätsmanagement in der ambulanten
und stationären Suchtkrankenhilfe**

Dr. Dieter Kunz, Frankfurt
Leiter des Therapiedorfes Villa Lilly

81 - 92

**Qualitätsentwicklung innerhalb der psycho-
sozialen Betreuung im Rahmen der Substi-
tutionsbehandlung von Hamburger Drogen-
abhängigen**

Clemens Warns, Hamburg
Leiter des Fachverbandes Ambulante Therapie

95 - 99

**Bericht des Projektes "Qualitätsmanagement in
der ambulanten Suchtkrankenhilfe in NW"**

Carmen Pursche, Münster
Koordinatorin des Modellprojektes
Qualitätsmanagement in der ambulanten
Suchtkrankenhilfe Nordrhein-Westfalen

101 - 107

Vorwort

Die aktuelle Gesundheitsreformgesetzgebung hat ihr Augenmerk auf Qualitätssicherung und -fortentwicklung gerichtet. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe als gesundheitspolitischer Akteur begrüßt dieses sehr und hat an der Diskussion und Ausgestaltung im stationären Bereich der Suchtkrankenhilfe Anteil. Während Leistungsbeschreibung und Pflegegesetzverhandlungen in diesem Bereich mittlerweile zum Alltag gehören, stellt sich der ambulanten Suchtkrankenhilfe hier eine neue Herausforderung. Die Motivation zu Veränderungen von Strukturen und Konzepten ist vielfältig und sowohl fachbezogen als auch ökonomisch. Die Entschließung der 5. Landesgesundheitskonferenz NRW vom 24.06.1996 nimmt hierzu eindeutig Stellung:

Punkt 3.5 "Qualitätssicherung ist kein Instrument der Kostensteuerung; vielmehr stehen der Patient und seine optimale Versorgung im Mittelpunkt. Eine hohe Qualität trägt aber zu einem effizienten Ressourceneinsatz bei. Insofern ist Qualitätssicherung auch ein geeigneter Weg zur Effizienz."

Da sich viele Träger und Institutionen der Suchtkrankenhilfe von zunächst kleinen Vereinen hin zu "mittelständischen Betrieben" entwickelten, wurden und werden Veränderungen auch innerhalb dieser Organisationen für notwendig erachtet. Zunehmend mehr gelangen Einrichtungen zu der Auffassung, daß sich ihre Arbeit darstellen und messen läßt. Klare Absprachen im Team, eindeutige Dokumentation dort, wo sie sinnvoll ist, EDV - gestütztes Arbeiten sowie Vernetzung der für die Arbeit mit den Drogenkonsumenten wichtigen anderen Hilfeangebote werden als notwendig angesehen .

Die Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung hat aus diesen Gründen im Juni 1995 zu einer Fachtagung "Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe" nach Heek-Nienborg eingeladen.

Die nun vorliegende Dokumentation beginnt mit einem ausführlichen wissenschaftlichen Artikel über das TOTAL QUALITY MANAGEMENT von Herrn Udo Nabitz vom Jellinek Institut in Amsterdam. Es folgen je ein Beitrag des Landesdrogenbeauftragten von Nordrhein-Westfalen, Herrn Hans-A. Hüsgen, zu den politischen Rahmenbedingungen sowie des Verbandes der Rentenversicherungsträger (VDR), Herrn Ferdinand Schliehe, aus Sicht der Sozialleistungsträger. Anschließend berichten Praktiker aus Einrichtungen, die schon erste Konzepte und Umsetzungen hin zu Qualitätsmanagement eingeleitet haben, über ihre Erfahrungen. Abgerundet wird dieser 12. Band der Reihe "Forum Sucht" durch einen neu aufgenommenen Vortrag von Frau Carmen Pursche, Projektkoordinatorin des Modellprojektes "*Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe Nordrhein-Westfalen*", über den bisherigen Verlauf des Landesprojektes, seine Ziele und Inhalte.

Wir hoffen und wünschen, daß die Dokumentation dieser Beiträge die weitere Entwicklung der Qualitätssicherung in der Praxis ambulanter Dienste der Gesundheitshilfe fördert.

Dr. Wolfgang Pittrich
Landesrat

Wolfgang Rometsch
Leiter der Koordinationsstelle
für Drogenfragen und Fortbildung

DAS EFQM - Modell "Jellinek"

**Ein Instrument zur strukturierten und systematischen
Selbstbewertung des Qualitätsmanagements von Einrichtungen
des Gesundheitswesens**

Drs. Udo W. Nabit
Projektleiter Qualität AIAR

Jan A. Walburg
Allgemeiner Direktor Jellinek
Professor für Qualitätsmanagement im
Gesundheitswesen an der TU Eindhoven

Dezember 1995

Deutsche Bearbeitung:

C. Andrae
U. Nabit
D. Schleef

Juli 1996

INHALT

1. Einleitung
 - 1.1 Einführung
 - 1.2 Qualitätsmodelle
 - 1.3 Das Jellinekzentrum
 - 1.4 Entscheidung für EFQM
2. EFQM - Modell Jellinek
 - 2.1 Ausgangspunkte
 - 2.2 Vom EFQM-Modell zum Jellinek-Modell
 - 2.3 Entwicklungsphasen
3. Organisationsbereiche
 - 3.1 Geschäftsführung
 - 3.2 Politik und Strategie
 - 3.3 Personalmanagement
 - 3.4 Ressourcen
 - 3.5 Professionalitätsmanagement
 - 3.6 Prozesse
4. Ergebnisbereiche oder Qualitätsleistung
 - 4.1 Mitarbeiterzufriedenheit
 - 4.2 Kundenzufriedenheit
 - 4.3 Zufriedenheit der Öffentlichkeit
 - 4.4 Endergebnisse
5. Übersicht der Aspekte und Maßstäbe
6. Selbstbewertung
7. Zusammenfassung

1. Einleitung

1.1 Einführung

Das Thema Qualität hat in der Erneuerung des Niederländischen Gesundheitswesens eine hohe Priorität. In den letzten Jahren haben sehr unterschiedliche Parteien des Gesundheitswesens, wie etwa der Staat, Interessengruppen der Patienten und Nutzer, die Krankenkassen, die Leistungsträger und die Einrichtungen selbst großes Interesse an diesem Thema gezeigt.

In den Niederlanden liegt die Verantwortung für die Qualität der Leistungen bei den jeweiligen Einrichtungen; dies ist gesetzlich geregelt. Aus diesem Grund müssen die einzelnen Einrichtungen im Rahmen einer strategischen Planung für die Einführung eines Qualitätssystems Sorge tragen.

Eine Möglichkeit, ein Qualitätssystem zu entwickeln, bietet das EFQM-Modell. Am Beispiel des Jellinekzentrums wollen wir dieses Modell vorstellen und damit ein System für Planung und Bewertung des Qualitätsmanagements einer Organisation im Gesundheitswesen veranschaulichen.

In den nachstehenden Kapiteln erläutern wir zunächst die bestehenden Konzepte und erklären dann, warum sich das Jellinekzentrum für das Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) entschieden hat. Danach beschreiben wir detailliert die Änderungen, die durchgeführt werden mußten, um das EFQM-Modell für Gesundheitseinrichtungen anwendbar zu machen. Wir beschreiben Schritt für Schritt, welche Inhalte die Organisations- und Ergebnisdimensionen dieses modifizierten Modells haben. Schließlich stellen wir die Ergebnisse einer Selbstbewertung vor und geben eine zusammenfassende Beurteilung dieses Ansatzes.

1.2 Qualitätskonzepte

Im Gesundheitswesen und der Industrie strebt man seit fast 100 Jahren eine systematische Qualitätsverbesserung der Dienstleistungen und Produkte an. In den letzten Jahren haben sich die verschiedenen Modelle, Konzepte, Methoden und Techniken, die in der Industrie und im Dienstleistungsbereich entwickelt wurden, einander angeglichen.

Die Entwicklung des Qualitätsdenkens und Qualitätsmanagements in der Industrie begann in den USA mit dem wissenschaftlichen Ansatz von TAYLOR, der als erster die Bedeutung von Qualität in der Produktion betonte. Seine Idee bestand darin, Produkte durch Anwendung wissenschaftlicher Methoden besser, schneller und effizienter herzustellen. Nach dem Zweiten Weltkrieg war es hauptsächlich DEMING, der in Japan die Fertigungskontrolle bei der Produktion betonte und zum Begründer des modernen Qualitätsdenkens wurde. FEIGENBAUM führte den Begriff "Total Quality Control" ein. In den 80er Jahren wurde der Begriff auf "Total Quality Management" oder "Integrales oder umfassendes Qualitätsmanagement" erweitert. Dies ist der theoretische Rahmen, der gegenwärtig die Grundlage für modernes Qualitätsmanagement in industriellen und modernen Dienstleistungs-Organisationen bildet.

Im Gesundheitswesen entwickelte sich das Qualitätsdenken jedoch anders als in der Industrie. Die Qualität der Dienstleistungen im Gesundheitswesen ist eng mit Fachwissen und Professionalität der in diesem Bereich tätigen Berufsgruppen verbunden. Im vorigen Jahrhundert wurden in den Niederlanden gesetzliche Regelungen zur Qualität der Berufsausübung durch Ärzte eingeführt und in den Jahren danach wurden der Berufskodex, die Ausbildungsanforderungen, die wissenschaftlichen Methoden und das Disziplinarrecht im Gesundheitswesen entwickelt und verankert.

In den 70er Jahren wurden durch verschiedene Berufsgruppen Initiativen ins Leben gerufen, um professionelle Standards "clinical guidelines" zu entwickeln. Das zentrale Institut für interkollegiale Kontrolle "Centrale Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing" (CBO) wurde 1976 gegründet und gab dem Qualitätsdenken im Gesundheitswesen wichtige Impulse.

In Amerika war die Entwicklung zu dieser Zeit in Richtung einer erweiterten Arbeits- und Verständnisweise bezüglich der Qualität im Gesundheitswesen vorangeschritten. DONABEDIAN führte die Begriffe Struktur-, Prozeß- und Ergebnis-Qualität ein, die berufsgruppenübergreifend sind. Durch die großen Veränderungen im Gesundheitswesen seit den 70er Jahren, wie z.B. das Wachstum insgesamt, die zunehmende Spezialisierung, die Anwendung neuer Technologien, die steigenden Kosten und zunehmende Komplexität der Einrichtungen, war so ein erweiterter Ansatz notwendig geworden. Die Begriffe integriertes Qualitätsmanagement, integrierte Qualitätssicherung, Qualitätssysteme und kontinuierliche Qualitätsverbesserung kamen

ebenfalls aus den Vereinigten Staaten und wurden dort von BERWICK geprägt. Die neuen Entwicklungen im Gesundheitswesen liefen parallel zu den Konzepten des Qualitätsmanagement in der Industrie.

In den Niederlanden gab die Erklärung der "Leidschendam Konferenz" von 1990 den entscheidenden Impuls, Konzepte und Modelle für das Qualitätsmanagement von Einrichtungen im Gesundheits- und im Sozialwesen voranzutreiben. Die Konferenzteilnehmer waren Managementvertreter von Einrichtungen und Instituten und die Vertreter der Dachorganisationen des Niederländischen Gesundheitswesens. Sie sprachen die Absicht aus, innerhalb von 5 Jahren die Grundlagen für Qualitätssysteme im Gesundheitswesen zu legen und zu entwickeln. Darüber hinaus wurde der Anschluß an die allgemeinen Qualitätskonzepte der "International Standardisation Organisation"(ISO) und der "European Foundation for Quality Management"(EFQM) angestrebt und es wurde auf den Artikel 67 des WHO Dokuments "Health for All" verwiesen.

1.3 *Das Jellinekzentrum*

Das Jellinekzentrum ist eine Einrichtung des Gesundheitswesens in Amsterdam, die auf die Behandlung und Betreuung von Abhängigen spezialisiert ist. Das Institut hat insgesamt 200 Betten, zwei Polikliniken, mehrere Beratungsstellen und Präventionsabteilungen. Das Jellinekzentrum bietet jährlich mehreren tausend Abhängigen stationäre und ambulante Hilfen und soziale Dienstleistungen.

Die Geschäftsführung des Jellinekzentrums führte 1987 das Thema Qualität ein. Nach einigen Jahren Praxiserfahrung mit Qualitätsprojekten und nach Veränderungen innerhalb der Organisation, wurde der Anstoß zum integralen Qualitätsmanagement gegeben¹.

Die Struktur des Jellinekzentrums war nach einer Reorganisation im Jahre 1993 verändert worden und eignete sich besser für den Ansatz des ganzheitlichen Qualitätsmanagement. Nach der Reorganisation werden vier Funktionsbereiche und drei organisatorische Ebenen unterschieden. Die Funktionsbereiche sind die Kliniken mit 12

¹ Walburg, J.A.: *Staan voor kwaliteit*, Jellinek, Amsterdam, 1990

Programmen², die Ambulanzen mit 10 Programmen, die soziale Dienstleistung mit 6 Programmen und der unterstützende Dienst mit 4 Abteilungen. In der neuen Struktur liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement des Bereiches bei den Bereichsleitungen und für das Qualitätsmanagement des jeweiligen Programms bei den Abteilungsleitungen. Darüber hinaus entschied sich das Management des Jellinekzentrums dafür, ein einheitliches Qualitätskonzept und Bewertungssystem zu entwickeln, das sowohl für das Institutsmanagement als auch für die Bereichs- und Abteilungsleitungen geeignet sein sollte.

1.4 Entscheidung für EFQM

Es ist nicht einfach, aus der Vielfalt von Konzepten, Modellen und Richtungen des Qualitätsmanagements die richtige Wahl zu treffen. Erfahrungen anderer Institutionen, neue Entwicklungen, Untersuchungen und Beratungen bieten Unterstützung, aber letztlich muß eine Organisation selbst die Vor- und Nachteile jedes Ansatzes abwägen und sich für die ihrer Situation entsprechende Lösung entscheiden.

Das Jellinekzentrum analysierte sein Qualitätsmanagement der vergangenen Jahre, formulierte die Strategie für die kommenden Jahre, erstellte eine Beschreibung der Anforderungen und sammelte Informationen über die neuesten Entwicklungen. Nach dieser Analyse wurde deutlich, daß nur ein integrierter Qualitätsansatz die Änderungen bringen würde, die dem Qualitätsgedanken im Jellinekzentrum weiter helfen würden. Die Geschäftsführung besuchte einen Einführungstag über EFQM beim Niederländischen Qualitätsinstitut "Instituut Nederlandse Kwaliteit" und entschied sich, dieses Konzept umzusetzen.

Die sechs wichtigsten Gründe für diese Entscheidung waren:

1. Der Qualitätsansatz der EFQM ist breitgefächert. Das Bild eines Hauses der Qualität entsteht, in dem verschiedene Abteilungen mit ihren Anforderungen an Qualitätsmanagement und -sicherung ihren Platz finden. Dieser breitgefächerte Ansatz der EFQM paßt gut zu dem, was dem Jellinekzentrum und seiner Leitung vorschwebte: verschiedene Einzelaktivitäten über den

² Als Programme werden die verschiedenen Behandlungs- und Unterstützungsformen bzw. Leistungsprozesse der Funktionsbereiche bezeichnet.

Qualitätsgedanken zu integrieren.

2. Der zweite Grund, sich für das EFQM-Modell zu entscheiden, war die Übersichtlichkeit und die Plausibilität dieses Modells. Nachdem man das EFQM-Modell kennengelernt hatte, war die Leitung davon überzeugt, daß das EFQM - Modell als diagnostisches Instrument für die gesamte Organisation angewendet werden kann. Die Dimensionen des Modells sprechen das Vorstellungsvermögen an und sind einfach zu erklären. Dadurch eignet sich das EFQM-Modell hervorragend dazu, die Qualitätspolitik innerhalb der gesamten Organisation zu vermitteln und umzusetzen.
3. Das Modell beinhaltet Organisations- und Leistungsdimensionen. Hierdurch kann Einseitigkeit vermieden werden, sowohl das Qualitätssystem als auch die Leistung der Einrichtung finden Beachtung. Das Jellinekzentrum strebt ein gutes Qualitätsmanagement an, d.h. ein gutes Qualitätssystem. Dabei dürfen die Ergebnisse und Resultate der Institution nicht aus den Augen verloren werden. Diesen Ansatz finden wir im EFQM-Modell wieder.
4. "Messen ist wissen" lautet der Grundsatz des Qualitätsansatzes der EFQM. Ergebnisse müssen mit Fakten untermauert werden, Deutlichkeit und Klarheit stehen an erster Stelle der Anforderungen. Letztendlich soll auf der Basis von Messungen verglichen und verbessert werden. Das EFQM bildet einen guten Rahmen, um intern und extern das Funktionieren und die Leistungen der Einrichtung zu vergleichen. Hiermit wird durch das EFQM-Modell die Basis für Benchmarking geschaffen. Das ist für das Jellinekzentrum mit seinen selbständigen Programmen und Abteilungen und dem hohen Dezentralisierungsgrad ein wichtiges Argument.
5. Das EFQM-Modell von Qualitätsmanagement und -bewertung ist ein europäisches Modell und wird vom Niederländischen Qualitätsinstitut unterstützt. Dieses Institut fördert den Einsatz dieses europäischen Modells in den Niederlanden, stellt Materialien zur Verfügung, unterstützt Anwender bei der Handhabung und Umsetzung des Modells, bildet Anwender aus und hat den Niederländischen Qualitätspreis ins Leben gerufen. Darüber hinaus werden Übersetzungen und die Entwicklung von Fragebögen und Arbeitsbüchern gefördert. Die entwickelten

Materialien zum Qualitätsmanagement müssen von den Anwendern nur noch umgesetzt und angepaßt werden.

6. Durch das Niederländische Qualitätsinstitut erreicht das EFQM-Modell nationale Bekanntheit und daher können Erfahrungsaustausche und Vergleiche mit allen Einrichtungen des Gesundheitswesens, aber auch mit Organisationen aus anderen Branchen, die mit diesem Modell arbeiten, durchgeführt werden.

Die Aktivitäten der EFQM in Brüssel richten sich auf ganz Europa. Die EFQM entwickelte auch ein für das Gesundheitswesen angepaßtes Modell. Dadurch wird für das Jellinekzentrum der Erfahrungsaustausch und Vergleich mit anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen, die mit dem EFQM-Modell arbeiten, in ganz Europa möglich. Dies war ein weiterer wichtiger Grund der Entscheidung für das EFQM-Modell.

2. EFQM-Modell "Jellinek"

2.1 Ausgangspunkte

Der offizielle Name des EFQM-Modells lautet: "The European Model for Total Quality Management"³. Das Modell umfaßt neun Kriterien, davon sind fünf Organisations- und vier Ergebniskriterien. Die neun Kriterien sind wiederum in Aspekte aufgeteilt. Zu dem Modell gehört ein Bewertungssystem, mit dem das Qualitätsniveau einer Organisation auf einer Skala von 0 bis 100 ermittelt werden kann.

Das EFQM-Konzept beruht auf der Philosophie des umfassenden oder integralen Qualitätsmanagement. Der angelsächsische Begriff ist "Total Quality Management". Dem Konzept liegen die folgenden Annahmen zugrunde:

Integrales Qualitätsmanagement bedeutet, daß die gesamte Organisation Qualität anstrebt. Das heißt, daß sowohl die Produkte und Dienstleistungen als auch die Organisation selbst von ihren Kunden, ihrem Personal und von der Gesellschaft positiv bewertet werden.

Das Management einer solchen Organisation kann dies durch eine ausgewogene Politik, eine deutliche Strategie und eine abgewogene Steuerung des Personal-, Ressourcen- und Prozeßmanagements erreichen.

Umfassendes Qualitätsmanagement führt zu guten Ergebnissen oder zu "business excellence".

Der Vorgänger des EFQM-Modells ist der Baldrige Award⁴, bei der die gleichen Annahmen die Basis bilden. Das Niederländische Qualitätsinstitut hat die Prinzipien und das Modell übernommen und in den Niederlanden propagiert⁵. Das Jellinekzentrum übernahm ebenfalls diese Prinzipien und nahm das integrale Qualitätsmanagement als Ausgangspunkt für seine eigene Qualitätspolitik.

³ Selbstbewertung - Richtlinien für Unternehmen 1996, European Foundation for Quality Management, Brüssel, 1995

⁴ Hart, C.W.L.; Bogan, C.E. 1992, The Baldrige, New York (McGraw Hill)

⁵ Handleiding Positiebepaling en Verbeteren 1995, Instituut Nederlandse Kwaliteit, den Bosch

Das EFQM-Modell bietet den Rahmen für eine Diagnose des Qualitätsmanagements einer Organisation. So eine Diagnose kann auf unterschiedlicher Art und Weise gestellt werden. Eine der vielversprechendsten Formen ist die Selbstevaluation oder das "self-assessment". Um eine Selbstevaluation durchführen zu können, bietet EFQM den interessierten Organisationen verschiedene Methoden an, z.B. Selbstbewertung durch die Simulation einer Bewerbung um den "European Quality Award", durch Standardformulare oder durch Matrixdiagramme⁶.

2.2 Vom EFQM-Modell zum Jellinek-Modell

Qualitätssystem und Qualitätsleistung

Das EFQM-Modell vereinigt zwei Richtungen. Einerseits Kriterien für die Bewertung des Qualitätssystems der Organisation und andererseits Kriterien für die Qualitätsleistungen. Im EFQM-Modell wird von Befähigern und Ergebnissen⁷ gesprochen. Die Kriterien bezüglich der Befähiger beantworten die Frage: Wie wird das Qualitätssystem umgesetzt? Die Ergebniskriterien beantworten die Frage: Was hat die Organisation auf dem Gebiet der Qualität erreicht oder geleistet?

Die Zweiteilung von Qualitätssystem und Qualitätsleistung ist vom Jellinekzentrum weiter ausgearbeitet worden. Wir verwenden den Organisationsteil des EFQM-Modells als Ausgangspunkt für die Strukturierung und Bewertung des Qualitätssystems. Der Ergebnisteil bildet für uns den Ausgangspunkt, unsere Leistung bezüglich der Qualität zu messen.

Wir sehen auch Zusammenhänge zwischen dem EFQM-Modell und den Beschreibungen von Qualität, wie sie im klassischen Ansatz von DONABEDIAN gemacht werden⁸. Die Struktur- und Prozeßdimensionen DONABEDIANS stimmen mit dem Organisationsteil des EFQM-Modells überein. Den Begriff Outcome von DONABEDIAN setzen wir

⁶ Vgl. Selbstbewertung 1996, Seite 30 ff.

⁷ Im Originaltext werden die englischen Begriffe "enablers" und "results" verwendet, die deutschen Begriffe sind der Broschüre der EFQM entnommen.

⁸ Donabedian, A. 1982, Explorations in Quality, Assessment and Monitoring, Health Administration Press, Ann Arbour

gleich mit dem Ergebnissteil des EFQM-Modells. Mit unserem Ansatz beabsichtigen wir den klassische Ansatz des Gesundheitswesens von DONABEDIAN und die modernen Ideen des integralen Qualitätsmanagement miteinander zu verbinden.

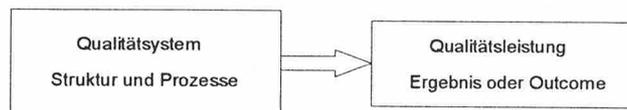


Abbildung 1: Qualitätssystem und Qualitätsleistung

Professionalitätsmanagement

Die wichtigste inhaltliche Anpassung des EFQM-Modells an die Anforderungen des Jellinekzentrums ist das Hinzufügen der Dimension Professionalitätsmanagement. Qualität und Professionalität hängen im Gesundheitswesen direkt miteinander zusammen. Seit jeher liegen im Gesundheitswesen die Verantwortung und Kenntnisse für die Qualität der Arbeit bei Mitarbeitern und die Beziehung zwischen Patienten und Mitarbeitern⁹ ist ein wesentliches Kennzeichen der Arbeit. Die Bedeutung von Motivation, Kenntnis und Können bei den Mitarbeitern ist im Gesundheitswesen nicht zu unterschätzen, vor allem, wenn es um Qualität geht. Im Jellinek-Modell wollen wir das ausdrücklich berücksichtigen. Ähnliche Überlegungen zur Professionalität in Dienstleistungsorganisationen hat auch das Niederländische Qualitätsinstitut angestellt. In einer schematischen Darstellung sieht das Jellinek-Modell folgendermaßen aus:

⁹ Im Originaltext wird häufig der Begriff "professionals" verwendet, der im Deutschen bislang nicht üblich ist. Die Bezeichnung Mitarbeiter steht in der Übertragung auch für die Betonung fachlicher Kompetenz, wie sie mit "professionals" ausgedrückt wird.

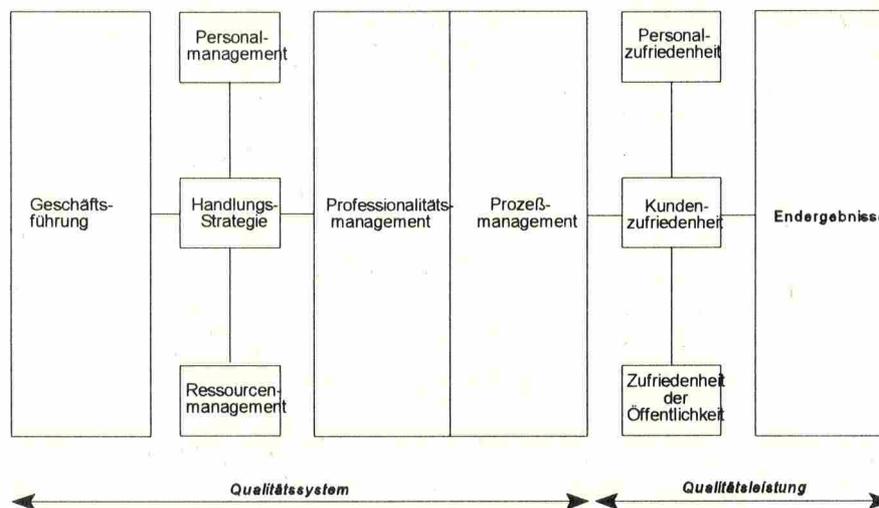


Abbildung 2: Das EFQM - Modell Jellinek

Bereiche, Aspekte und Maßstäbe

Im Jellinek-Modell werden andere Namen für die Elemente des EFQM-Modell verwendet. Im Jellinek-Modell nennen wir die Kriterien Dimensionen. Die Teilkriterien nennen wir im Jellinek-Modell Aspekte. Für den Organisationsteil oder das Qualitätssystem hat das Jellinek-Modell 31 Aspekte, während das EFQM-Modell 25 Kriterien für Befähiger kennt. Für die Ergebnis-Dimension gibt es im Jellinek-Modell 20 Maßstäbe und im EFQM-Modell 76 Interessenpunkte.

Bei der Entwicklung des Jellinek-Modells wurden sektorspezifische Dokumente über Qualität im Gesundheitswesen, wie das Basisdokument¹⁰ und die Bearbeitungen des EFQM-Modells durch das Holländische Krankenhaus Institut "Nederlandse Ziekenhuis instituut"¹¹ berücksichtigt.

¹⁰ Stuurgroep Harmonisatie Kwaliteitsbeleid 1993, Basisdocument Kwaliteitsbevordering in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg, NvGGZ, Utrecht

¹¹ Checklijst Kwaliteitszorg Ziekenhuizen 1993, Nzi, Utrecht

Kunden und Interessenvertreter

Das EFQM-Modell bietet nur eine allgemeine Beschreibung des Begriffs Kunde. Das Niederländische Qualitätsinstitut erläutert in seiner Anleitung für die "non profit"-Organisationen die Begriffe Kunde und Interessenvertreter. Wir haben den Begriff "Kunde" für uns definiert und folgende Abgrenzungen vorgenommen:

Wir unterscheiden zunächst zwischen Kunden und Interessenvertreter. Der Kunde ist der direkte Abnehmer der Dienstleistungen des Jellinekzentrums, also derjenige, der einen direkten Bezug zu einem Programm oder einer Abteilung hat. Interessenvertreter dagegen haben nur indirekt mit dem Jellinekzentrum zu tun. Sie sind wichtig für den Ergebnisbereich "Zufriedenheit oder Wertschätzung¹² durch die Gesellschaft", z.B. die Behörden, die Presse, der Staat und die Nachbarschaft des Jellinekzentrums.

In den Ausführungen dieses Artikels beschränken wir uns auf die wichtigste Funktion des Jellinekzentrum, nämlich die Behandlung von Abhängigen und Hilfeleistungen für Abhängige (zu erbringen). Die Leistungen des Jellinekzentrum werden in Form von Programmen den Kunden angeboten. Daneben kennt das Jellinekzentrum auch noch andere Funktionen, auf die hier nicht näher eingegangen wird.

Die Behandlung und Hilfeleistung durch die Programme und Abteilungen betreffen drei verschiedene Arten von Kunden. Zunächst ist da der Klient, dann das soziale Netz des Klienten und schließlich der einweisende Arzt oder die einweisende Institution. Der Klient ist die tatsächlich zu behandelnde Person, die eine der Hilfsleistungen in Anspruch nimmt und Kontakt zu den Mitarbeitern des Jellinekzentrums hat. Das soziale Netz des Klienten umfaßt z.B. den Partner, die Kontaktperson, die Familie und andere, die zum Behandlungs- und Hilfeprozeß des Klienten einen Bezug haben. Mit den Einweisern meinen wir die professionellen Dritten, z.B. die Sozialarbeiter, Hausärzte und Kollegen aus anderen Einrichtungen.

In Organisationen des Gesundheitswesens wie dem Jellinekzentrum besteht eine Trennung zwischen dem Abnehmer von Leistungen und

¹² Der niederländische Begriff "waarderen" oder "waardering" drückt eine Wertung oder Würdigung, aber auch die Wertschätzung aus. In Anlehnung an den Sprachgebrauch in Deutschland haben wir den Begriff Zufriedenheit gewählt. Die in den Niederlanden übliche Verwendung des Begriffes auch im Sinne der Wertschätzung sollte vom Leser mitgedacht werden.

dem Kostenträger. Wir haben die folgende Einteilung getroffen: Die Kunden der Behandlungsprogramme sind die Klienten, das soziale Netz und die Einweiser. Die Kunden des Management des Jellinekzentrums sind die Kostenträger und weitere finanzierende Institutionen, wie z.B. die Gemeinde oder das Ministerium. Im Rahmen dieser Abgrenzung und Begriffsbestimmung werden die Interessenvertreter als eine weitere Gruppe neben den Kunden dargestellt. Dies wird in der Abbildung 3 (Skizze) exemplarisch gezeigt.

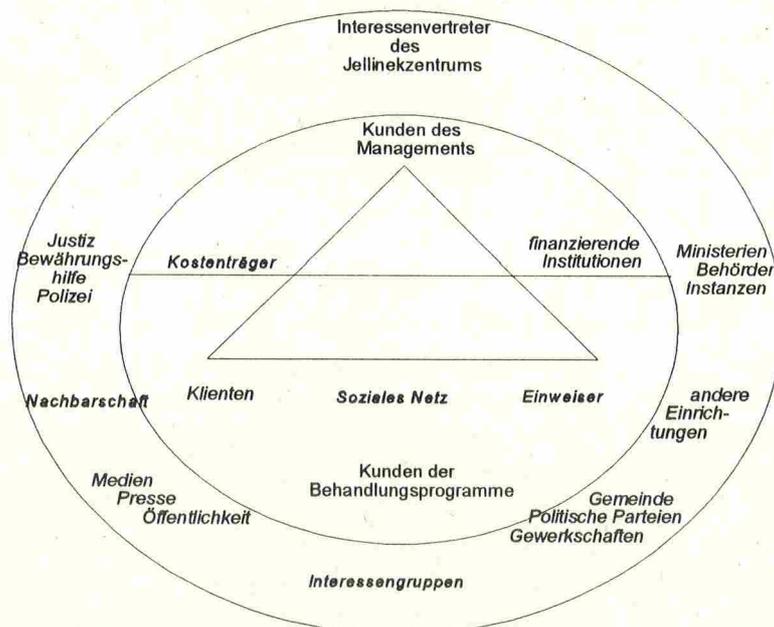


Abbildung 3: Kunden und Interessenvertreter

Arbeitsbuch

In den Richtlinien der EFQM wird ausgeführt, daß Selbstbewertung eine Schlüsselaktivität darstellt, um ein hohes Qualitätsniveau zu erreichen. Es werden in den Richtlinien sechs verschiedene Methoden der Selbstbewertung beschrieben. Eine Möglichkeit, die Selbstbewertung auszuführen, ist die Anwendung von Matrizen und Checklisten. Das Niederländische Qualitätsinstitut hat sich für die Verwendung von Matrixdiagrammen zur Bewertung der Organisationsdimensionen entschieden und zur Auswertung der Ergebnisse hat das Institut Checklisten entwickelt. Das Jellinekzentrum folgte im Prinzip den Vorgaben des Niederländischen Qualitätsinstitutes und hat für die

Selbstbewertung des Managementteams das Arbeitsbuch "Werkboek EFQM Diagnose MT" zusammengestellt. Für die Bereiche, Programme und Abteilungen sind ebenfalls angepaßte Arbeitsbücher in Vorbereitung. Die Selbstbewertung geschieht im Jellinekzentrum immer anhand eines solchen Arbeitsbuches.

Organisationsebene

Das EFQM-Modell und die Vorgaben des Niederländischen Qualitätsinstitutes bieten ein Rahmenkonzept, aber berücksichtigen nicht die Organisationsstruktur einer Einrichtung. Um das Modell in der gesamten Organisation benutzen zu können, haben wir Änderungen vorgenommen, so daß das Modell besser zu den Organisationsebenen paßt. Im Jellinekzentrum werden drei Ebenen in der Organisation unterschieden. Auf diesen Ebenen liegt auch die Verantwortung für die Resultate und für das Qualitätsmanagement. Es wird unterschieden zwischen 1.) der Direktion zusammen mit dem Managementteam; 2.) dem Bereichsmanagement zusammen mit den Leitern der Programme und Abteilungen und 3.) den Programm- und Abteilungsleitungen mit den Mitarbeitern.

Die Einteilung in drei Ebenen ist für eine Einrichtung des Gesundheitswesens typisch (vgl. Abbildung 4). Auf jeder Ebene hat eine Abstimmung bzw. Anpassung der Aspekte des EFQM-Modells stattgefunden. Das Managementteam, die Bereiche und Programme verwenden jeweils ein eigenes Arbeitsbuch, in dem die spezifischen Funktionen und Aufgaben mit den entsprechenden Möglichkeiten zur Selbstbewertung beschrieben sind.



Abbildung 4: Organisationsebenen

2.3 Entwicklungsphasen

Das EFQM-Modell bietet die Basis zur Selbstbewertung. Das Niederländische Qualitätsinstitut hat das Modell um fünf Entwicklungsphasen ergänzt. Das höchste Niveau ist integrale Qualität oder "Total Quality". Das Phasenmodell des Niederländischen Qualitätsinstituts ist ein Stufenmodell, das Schritt für Schritt den Weg zur integralen Qualität aufzeigt. Eine Einrichtung, die sich zum ersten Mal mit Qualitätsmanagement befaßt, befindet sich meistens in der erste Entwicklungsphase und wird eine aktivitätenorientierte Organisation genannt. Eine sich in der fünften Phase befindliche Organisation hat, laut Phasenmodell des Niederländischen Qualitätsinstitutes, die integrale Qualität realisiert. Dieses Entwicklungsmodell oder Phasenmodell basiert auf dem Generationsmodell der Organisationen¹³.

Im Phasenmodell werden die Bewertungen der Aspekte miteinander in Zusammenhang gebracht. Hierdurch wird die Selbstbewertung und die Interpretation der Ergebnisse einfacher und zugleich aufschlußreicher. Außerdem verdeutlichen die vom Niederländischen Qualitätsinstitut entwickelten grafische Abbildungen die Integration. In den Graphiken werden ebenfalls fünf Phasen unterschieden. Mit Hilfe der Beschreibung der Entwicklungsphasen und der Grafiken wird die Diagnose einer Organisation deutlicher. Das nachfolgend dargestellte Phasenmodell wurde unter Beachtung der Situation des Jellinekzentrums

¹³ Hardjono, T.W. 1993: De Nederlandse Kwaliteitsprijs en Onderscheiding, Kluwer, Deventer, 1993

formuliert; so wurden z.B. Namen und Umschreibungen der Phasen angepaßt.

Phase I: Ad Hoc - Phase

Diese Entwicklungsphase hat den Namen: "Ad hoc orientierte Organisation". Für eine Einrichtung in dieser Organisationsphase bedeutet Qualitätsmanagement, daß für eine Problemsituation eine Lösung gesucht wird, aber mehr nicht. Bei akuten Problemen wird sofort reagiert.

Bevor Organisationen mit Qualitätsmanagement anfangen, ist dies häufig die übliche Vorgehensweise. Verbesserungen werden nur aufgrund von Problemen, Notsituationen, zufälligen Beschwerden und Störungen eingeführt. Korrekturen werden ad hoc durchgeführt und richten sich nur auf das aktuelle, das naheliegende Problem. Über die Vorgehens- und Arbeitsweise und über beabsichtigte Ergebnisse ist wenig dokumentiert.

Phase II: Verwaltungsphase

In dieser Phase versucht die Organisation durch eine straffe Struktur, die Arbeitsinhalte und -abläufe so gut wie möglich in den Griff zu bekommen. Die Bedeutung der Regeln, Verfahrensweisen, Termine und Kontrollen ist hoch. Die Mitarbeiter sind stark auf die Verfahrensweisen und Protokolle hin orientiert. Es ist wichtig, auf welche Weise Arbeiten durchgeführt werden, und weniger wichtig, wie das Ergebnis ausfällt. Die Gefahr einer solchen Organisation liegt darin, daß die Bemühungen der Mitarbeiter sich mehr auf die Verwaltung und Festlegung bzw. Einhaltung von Regeln und Verfahrensweisen richten als auf die Ergebnisse der Arbeit und die Anliegen der Kunden.

Phase III: Bedingungen schaffende Phase

Das Qualitätsmanagement richtet sich in dieser Phase auf das Schaffen von Bedingungen, unter denen die Mitarbeiter ihre Arbeit gut ausführen können. Eine sich in dieser Phase befindliche Organisation legt viel Wert auf das Informations-, Personal- und Kommunikationssystem. Untersuchungen zur Einführung besserer Arbeitsmethoden sind für diese Phase kennzeichnend. Die Organisation hat über den primären Leistungsprozeß soviel Kontrolle, daß sie in der Lage ist, sich die Randbedingungen anzusehen. In dieser Phase wird erstmalig die Umgebung der Organisation mitberücksichtigt. Kunden und Lieferanten werden bei Qualitätsfragen hinzugezogen. Intern bemüht man sich,

Hindernisse zwischen Teams und Abteilungen aus dem Weg zu räumen.

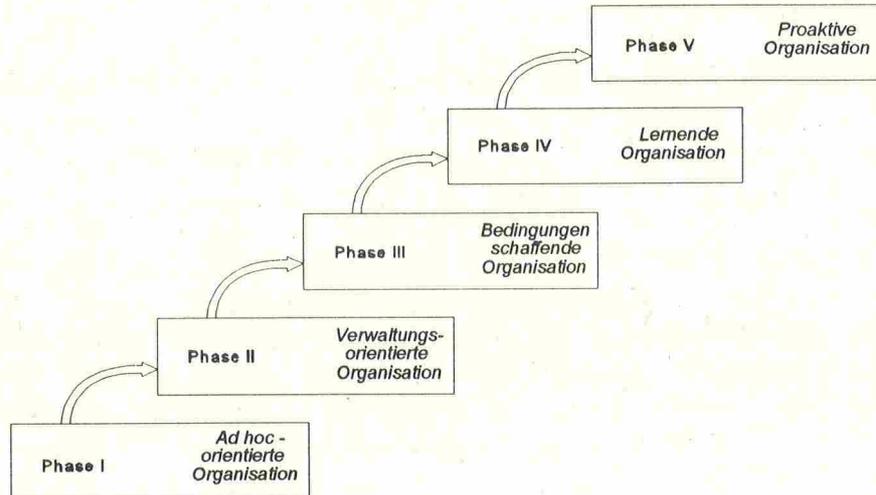


Abbildung 5: Entwicklungsphasen

Phase IV: Lernende Organisation

Eine lernende Organisation richtet sich darauf, daß aus den Erfahrungen Verbesserungen abgeleitet und eingeführt werden. Eine lernende Organisation arbeitet zielorientiert; aus dem "Was" wird die optimale Gestaltung des "Wie" gesucht.

Weitere Merkmale sind Dezentralisierung und Autonomie innerhalb der Organisation. Größerer Bewegungsraum und höhere Eigenverantwortung für die Teams und Mitarbeiter gehören zu dieser Phase. In einer lernenden Organisation steht "Feedback durch Information" im Mittelpunkt. Die Effizienz der Handlungsweisen ist sichtbar. Durch das Feedback werden Erfolge und Fehlschläge konstruktiv wahrgenommen und man lernt von ihnen.

Phase V: Proaktive Organisation

In der höchsten Entwicklungsphase befindet sich die proaktive Organisation. Unternehmen oder Einrichtungen entstehen durch Eingehen auf vorhandenen Bedarf, "eine Marktlücke" wird entdeckt und genutzt. Die Phasen 1 bis 4 sind hauptsächlich durch eine reaktive Verhaltensweise gekennzeichnet, selbst wenn diese auf sehr effektive

Weise erfolgt. Kennzeichnend für Phase 5 ist, daß eine Organisation in diesem Entwicklungsstand als offenes System reagiert. Die Organisation ist reich an Initiativen, nicht aus einer Unabhängigkeit heraus, sondern auf Grund einer wechselseitigen Beeinflussung und aus einem gemeinsamen Streben nach einer Erfolgs- bzw. Gewinn-situation für alle Beteiligten (Kunden und Lieferanten) und nach den Synergieeffekten der Kooperation. In dieser Phase ist die Organisation nicht nur empfänglich für Einflüsse aus der Umgebung, sondern sie übt selber auch Einfluß aus.

3. Das Qualitätsmanagementsystem

Das EFQM-Modell ist ein globales Modell und macht keinen Unterschied zwischen den verschiedenen Ebenen einer Organisation. Im Jellinekzentrum wird der Unterschied sehr wohl gemacht. Da es die Lesbarkeit dieses Artikels beeinträchtigen würde, die Organisationsebenen des Jellinekzentrums genau zu erläutern, beschränken wir uns auf die höchste Ebene. Das bedeutet, daß nachfolgend die Beschreibung des EFQM-Modells für das Managementteam des Jellinekzentrums wiedergegeben wird¹⁴.

3.1 Geschäftsführung

Die Dimension Geschäftsführung des EFQM - Modells bezieht sich auf das Verhalten des Managements. Mit der Dimension Geschäftsführung wird die folgende Frage beantwortet: Auf welche Art und Weise werden die Mitarbeiter durch das Management inspiriert und stimuliert? Mit Management ist hier die Geschäftsführung, die Leitung oder das Managementteam des Jellinekzentrums gemeint. Folgende Aspekte sind in die Matrix aufgenommen worden:

- 1a. Förderung der Qualitätskultur
- 1b. Engagement der Geschäftsführung
- 1c. Anerkennung und Wertschätzung
- 1d. Unterstützung
- 1e. Externe Beziehungen und Öffentlichkeitsarbeit.

Zusammengefaßt kann man sagen, daß das Management der Einrichtung eine Vorbildfunktion bei der Einführung und Durchsetzung des Qualitätsmanagements innehat. Ohne aktives Engagement des Managements kann in einer Organisation keine stabile Qualitätskultur entstehen. Jede Führungskraft spielt dafür eine wichtige Rolle. Die Schaffung eines günstigen Klimas ist für den Erfolg des Qualitätsmanagements entscheidend, nicht zuletzt dadurch, daß das Management Anerkennung vermittelt und Unterstützung leistet. Außerdem muß das Managementteam des Instituts Kontakte mit verschiedenen Instanzen und mit der Umwelt im allgemeinen Sinn des Wortes pflegen. Die Öffentlichkeitsarbeit oder Public Relation ist äußerst wichtig für das Qualitätsmanagement.

¹⁴ Werkboek EFQM diagnose MT, Jellinek, Amsterdam, 1994

3.2 Politik und Strategie

Die Dimension Politik und Strategie bezieht sich sowohl auf die Werte, die Zukunftsvisionen, die strategischen Entscheidungen der Organisation als auch auf die Art und Weise, wie diese gestaltet werden. Die Zukunftsvisionen und Pläne bilden die Basis für die strategischen Entscheidungen und die davon abgeleiteten Pläne. In Anlehnung an das EFQM-Modell, die Ausführungen des Niederländischen Qualitätsinstituts und unter Berücksichtigung der relevanten Literatur zu Politik und Strategie hat das Jellinekzentrum für diese Matrix folgende Aspekte formuliert:

- 2a. Zukunftsvisionen
- 2b. Informationen über Zielgruppen
- 2c. Integrale Planung
- 2d. Kommunikation
- 2e. Bewertung.

Qualitätsmanagement war lange Zeit getrennt von politischen und strategischen Kriterien und richtete sich auf die Abläufe und Prozesse. "Total Quality Management" integriert Politik und Strategie zusammen mit Kundenorientierung und Prozeßkontrolle zu einem Gesamtkonzept.

3.3 Personalmanagement

Unter dem Begriff Personalmanagement wird in diesem Zusammenhang verstanden, wie die Organisation mit ihren Mitarbeitern umgeht und wie sie neue Mitarbeiter gewinnt. Die wesentliche Frage für das Personalmanagement lautet: Wie kann die Einrichtung das Potential ihrer Mitarbeiter vollständig zur Entfaltung kommen lassen?

Für die Dimension Personalmanagement wurden die folgenden Aspekte spezifiziert:

- 3a. Personalführung
- 3b. Personalgewinnung und -auswahl
- 3c. Effiziente Aufgabenstellung
- 3d. Einsatz für die Organisation
- 3e. Sicherheit, Gesundheit und Sozialgefüge¹⁵.

Um die Aspekte anschaulich wiederzugeben, ist die Matrix für die

¹⁵ Der Aspekt Sicherheit, Gesundheit und Sozialgefüge ist auf der Grundlage der ARBO-Gesetzgebung (Niederländische Sozialgesetzgebung) hinzugefügt worden.

Dimension Personalmanagement unten abgebildet.

Aspekte	3: Personalmanagement				
	Phase I Ad-hoc-orientierte Organisation	Phase II Verwaltungs-orientierte Organisation	Phase III Bedingungen schaffende Organisation	Phase IV Lernende Organisation	Phase V Proaktive Organisation
3a Personal- führung	Personal wird als variabler Kostenfaktor gesehen Geschäftspolitik richtet sich auf die Lösung von Problemen	Investitionsbereitschaft in die Fähigkeiten von Mitarbeitern Zufriedenheit ist abhängig von der erbrachten Leistung	Geschäftspolitik richtet sich auf vielseitig einsetzbares Personal Menschliche Fähigkeiten / Potentiale sind Teil des strategischen Plans der Organisation	Geschäftspolitik richtet sich auf Selbstregulierung durch autonome Teams Gespräche über Funktionen führen zu Maßarbeit	Die Organisation kann in jeder Situation ein interessanter Arbeitgeber bleiben Innerhalb von Rahmenvereinbarungen realisieren Mitarbeiter ihre Arbeitsbedingungen
3b Personal- gewinnung und -auswahl	Es bestehen keine besonderen Vorgehensweisen	Es existiert eine Formel, die Anzahl an benötigten Leistungsstunden in den Bereichen festzustellen und entsprechend einzustellen	Die Organisation ist auf den optimalen Einsatz aller professionellen Mitarbeiter ausgerichtet	Aufgabenverteilung, Arbeitsorganisation und Funktionen werden geprüft und aufeinander abgestimmt	Es werden neue Wege beschritten, um die professionellen Mitarbeiter auf neue Aufgaben einzustimmen
3c Ef-fiziente Aufgaben- stellungen	Arbeiten und Aufgabengebiete werden durch die Geschäftsführung festgelegt	Zielvorgaben werden durch die Geschäftsführung festgelegt und durch die Mitarbeiter ausgeführt	Leistungszielvorgaben und Ergebnisindikatoren werden durch die Geschäftsführung jährlich festgelegt	Mitarbeiter werden bei der Festlegung von Zielvorgaben, Aufgabenstellungen und Ergebnisindikatoren beteiligt	In partnerschaftlichem Verhältnis definieren die Mitarbeiter ihre eigenen Zielvorgaben ("Targets")
3d Einsatz für die Organisation	Mitarbeiter erhalten Instruktionen, wie sie die Arbeit (besser) zu erledigen haben	Raum für Initiativen zur Verbesserung der eigenen Arbeit (Verbesserungsteams, Vorschlags- oder Ideensammlung) besteht	In Gruppen diskutieren die Mitarbeiter über Veränderungen und Verbesserungen ihrer Arbeit	Teams arbeiten selbst an Verbesserungen ihrer Arbeitsweise und stimmen sie mit anderen Abteilungen ab.	Mitarbeiter werden auf ihre Beiträge zur Qualitätsverbesserung angesprochen
3e Sicherheit, Gesundheit und Sozialgefüge	Maßnahmen erfolgen erst nach einem Unfall / Vorfall	Die Leitung greift bei Überbelastungen von Mitarbeitern ein	Die Sicherheits- und Gesundheitsvorschriften werden kontrolliert	Die Arbeitsbedingungen werden entsprechend der ARBO-Normen ständig bewertet und verbessert	Die Organisation wird regelmäßig anhand von Kriterien zum psychischen Wohlbefinden durchleuchtet

Abbildung 6: Matrix Personalmanagement

3.4 Ressourcenmanagement

In einer Organisation benutzen Menschen verschiedene Ressourcen, um strategische Ziele zu erreichen. Durch schlechte oder unzureichende Ressourcen kann der Einsatz der Mitarbeiter zunichte gemacht werden. Die Dimension Ressourcen beantwortet folgende Frage: Wie setzt die Organisation die vorhandenen Ressourcen ein, um Ziele zu erreichen? Auf diese Weise wird bewertet, wie die Institution ihre Mittel optimal einsetzt und wie gewirtschaftet wird. Wenn die verfügbaren Mittel, wie zum Beispiel Geld, Information und Technologie gut eingesetzt werden, dann wird von einem guten Qualitätsmanagement gesprochen. Für die Dimension Ressourcen haben wir im Jellinek-Modell folgende Aspekte aufgenommen:

- 4a. Finanzen
- 4b. Informationen
- 4c. Lieferanten
- 4d. Technische Infrastruktur
- 4e. Ausstattung und Inventar.

3.5 Professionalitätsmanagement

In Dienstleistungsorganisationen und besonders im Gesundheitswesen obliegt die Verantwortung für Qualität hauptsächlich den Mitarbeitern, Fachleuten oder Professionellen. Die entscheidende Frage im Gesundheitswesen lautet: Wie stimuliert das Management einer Institution das Fachwissen ihres Personals und wie wird professionelle Dienstleistung gefördert?

Die ständige Verbesserung der Professionalität war in den Niederlanden sowohl die Triebfeder für die Errichtung des zentralen Instituts der interkollegialen Kontrolle, als auch für die Entwicklung der Standards und "best practice"-Protokolle durch die Vereinigung der Hausärzte "Huisartsen Genootschap". Mittlerweile beschäftigen sich alle Dachorganisationen der Berufsgruppen im Gesundheitswesen mit der Qualität des professionellen Handelns. Die besondere Rolle und das "Selbstverständnis" der Professionalität zusammen mit der Literatur über Professionalität waren die Gründe, daß sich das Jellinekzentrum bei der Dimension Professionalitätsmanagement zu

folgenden Aspekten entschieden hat:

- 5a. Fachkenntnis und Berufsvorstellungen
- 5b. Einstellung, Rollen und Fertigkeiten
- 5c. Methoden, Richtlinien und Protokolle
- 5d. Kunden- und Ergebnisorientierung
- 5e. Wissenschaftliche Untersuchung

Die Fachleute haben den direkten Kontakt mit Kunden, darum wird die Qualität einer Einrichtung zum großen Teil von den Mitarbeitern bestimmt. Nachfolgend zeigen wir eine Matrix mit den Aspekten für Professionalitätsmanagement entsprechend der Entwicklungsphasen.

Aspekte	5: Professionalitätsmanagement				
	Phase I Ad-hoc-orientierte Organisation	Phase II Verwaltungsorientierte Organisation	Phase III Bedingungen schaffende Organisation	Phase IV Lernende Organisation	Phase V Proaktive Organisation
5a Fachkenntnis und Berufsvorstellungen	Mitarbeiter werden nach Ausbildung und Berufserfahrung selektiert	Professionelle werden in den anzuwendenden Prozessen und Protokollen angeleitet / ausgebildet	Es existiert eine Vorgehensweise, die den Erhalt von Berufskennnissen zum Ziel hat	Die Organisation hat engen Kontakt mit berufsbezogenen Ausbildungsinstitutionen	Die Organisation arbeitet aktiv an der Entwicklung von Berufskennnissen und -einsicht
5b Einstellungen, Rollen und Fertigkeiten	Es besteht eine Vorstellung darüber, wie Mitarbeiter funktionieren sollen	Es finden periodische Bewertungen anhand bestimmter Kriterien statt	Mitarbeiter mit wenig Erfahrung erhalten Supervision und werden zur Arbeit an der eigenen Entwicklung angeleitet und aktiviert	In Gesprächen über Aufgaben und Funktionen wird im Rahmen von Supervision der persönliche Stil bewertet	Die professionellen Routinen werden fortlaufend aus der Sicht des Kunden auf Qualität hin geprüft und betrachtet
5c Methoden, Richtlinien und Protokolle	Die Ausübung der Arbeiten beruht nicht auf expliziten Methoden, Richtlinien oder Protokollen	Die anzuwendende Methodik ist in Protokollen schriftlich fixiert und die Anwendung wird kontrolliert	Es wird Sorge dafür getragen, daß neue Methoden, Richtlinien und Protokolle schnell verfügbar sind	Methoden, Richtlinien und Protokolle werden systematisch auf Zielsetzung und Handhabung hin überprüft	Der eigene Arbeitsstil wird fortlaufend mit externen Entwicklungen im professionellen Umfeld verglichen
5d Kunden und Ergebnisorientierung	Die Organisation bietet lediglich Standarddienstleistungen	Das professionelle Angebot wird zentral auf die Nachfrage abgestimmt	Mit Kunden / Klienten werden überprüfbare Absprachen über Dienstleistungen und Behandlungen getroffen	Die Dienstleistungen / Behandlungen werden sowohl intern als auch durch den Kunden / Klienten bewertet	Systematisch werden Wege gesucht, nicht nur die Behandlungsqualität, sondern auch die praktischen Arbeitsweisen zu verbessern

Aspekte	5: Professionalitätsmanagement				
	Phase I Ad-hoc-orientierte Organisation	Phase II Verwaltungs-orientierte Organisation	Phase III Bedingungen schaffende Organisation	Phase IV Lernende Organisation	Phase V Proaktive Organisation
5e Wissenschaftliche Unter- suchung	Ab und zu wird an wissenschaftlichen Untersuchungen teilgenommen Gelegentlich sprechen die Professionellen über Arbeitsansätze und es kommt zur Intervention	Für eigene Vorhaben werden Untersuchungen durchgeführt Regelmäßig finden Prüfungssitzungen und Intervention statt	Es besteht ein Untersuchungsprogramm, Mittel werden hierfür bereitgestellt Wissenschaftliche Ergebnisse bilden die Grundlage für Richtlinien und Standardisierungen	Die Kenntnisse werden durch regelmäßige Untersuchungen erhöht / aktualisiert Systematische, interkollegiale Prüfungen finden regelmäßig statt	An innovativen, zukunftsweisenden, wissenschaftlichen Untersuchungen partizipiert die Organisation Durch die Professionellen werden neue Prüfungsmethoden entwickelt

Abbildung 7: Matrix Professionalitätsmanagement

3.6 Prozeßmanagement

Prozeßmanagement bedeutet, daß alle Aktivitäten innerhalb einer Organisation koordiniert ablaufen und ständig verbessert werden. Prozeßmanagement bildet zusammen mit Kundenzufriedenheit und Ergebnisqualität den wichtigsten Bereich für Qualität. Sowohl das EFQM-Modell selber, als auch die Ausarbeitungen des Niederländischen Qualitätsinstituts legen darauf den Nachdruck. Bei einem Qualitätsaudit bekommen Kundenzufriedenheit und Prozeßmanagement den höchsten Gewichtungsfaktor. Dennoch wird in den Handbüchern selten ausführlich auf die Prozesse einer Einrichtung im Gesundheitswesen eingegangen. Zwar findet man in der Literatur über Qualitätsmanagement und über ISO-Zertifizierung¹⁶ Anknüpfungspunkte, um eine Prozeßbeschreibung erstellen zu können, aber die besonderen Aspekte der Suchhilfe bleiben dabei außer acht. Deshalb wurde im Jellinekzentrum vor einigen Jahren eine ausführliche Untersuchung über Betriebsfunktionen und Prozesse durchgeführt¹⁷. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden primäre, unterstützende und lenkende Prozesse unterschieden.

¹⁶ In Deutschland gelten hierfür die DIN ISO 9000 ff. Vorschriften.

¹⁷ Gelder, de A.H.; Nabitz, U.W.; Strickwerda, R.O.; Timmer, W.M.B.: Informatiestrategieplan, Jellinek, Amsterdam, 1990

Auf Grund der Untersuchung wurde der primäre Prozeß des Jellinek-zentrums mit den Schlagworten "Integrale Suchthilfe" angedeutet. Der primäre Prozeß wurde wiederum unterteilt in Hilfeleistung, Vorbeugung und Dienstleistung.

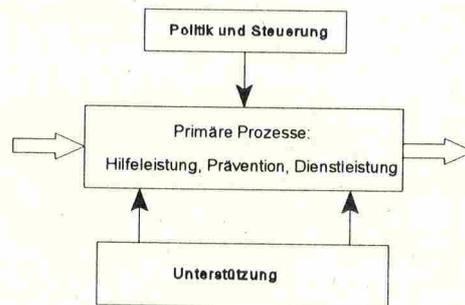


Abbildung 8: Prozesse

Beim Jellinek-Modell haben wir uns in der Dimension Prozeß-management für folgende Aspekte entschieden:

- 6a. Identifizierung der Arbeitsprozesse
- 6b. Führen und Koordinieren der Primärprozesse
- 6c. Führen und Koordinieren der unterstützenden Prozesse
- 6d. Verbessern der bestehenden Arbeitsprozesse
- 6e. Prozeßinnovation und Erneuerung
- 6f. Prozeßimplementation und Bewertung.

Die gewählten Aspekte werden für jede Ebene und auf jedes Programm des Jellinek-zentrums angepaßt. Neben der Unterscheidung in lenkende, primäre und unterstützende Prozesse bieten Flußdiagramme, die im Rahmen des ISO-Zertifizierungsprojekts des Jellinek-zentrums erstellt wurden, die Basis, um zu einer Beurteilung des Prozeß-managements zu kommen.

4. Qualitätsleistung

Die Grundannahme des EFQM-Modells ist, daß eine direkte Beziehung zwischen dem Qualitätsmanagementsystem und den Qualitätsleistungen besteht. Das bedeutet, daß ein gutes Qualitätsmanagementsystem die Ergebnisse einer Organisation verbessert.

Das EFQM-Modell umfaßt für die Ergebnis-Kriterien eine Liste mit Prüfaspekten und Maßstäben. Das Niederländische Qualitätsinstitut hat zur Messung der Qualitätsleistungen Checklisten entwickelt. Dieses Checklisten-System ist in modifizierter Form vom Jellinekzentrum übernommen worden. Eine Übersicht der Maßstäbe des EFQM-Modells, des Niederländischen Qualitätsinstituts und des Jellinekzentrums ist in der unten stehenden Tabelle zu finden:

Dimensionen	Modell der EFQM	Modell des Niederländischen Qualitätsinstituts	Modell des Jellinekzentrums
1. Personalfriedenheit	26	24	6
2. Kundenzufriedenheit	26	22	4
3. Zufriedenheit der Öffentlichkeit	13	11	4
4. Endergebnisse	11	14	6

Abbildung 9: Vergleich der Maßstäbe

Checklisten

Die Checklisten der Qualitätsleistungen sind anders aufgebaut als die Matrizen für das Qualitätssystem. Die Checklisten sind zweidimensional, wobei die erste Dimension eine Reihe von Maßstäben und die zweite Dimension die Prüfkriterien beinhalten. Die Prüfkriterien des Jellinekzentrums sind: Daten verfügbar, Daten von zwei Jahren

verfügbar, Trends, Vergleich mit der Zielsetzung, Vergleich mit anderen Einrichtungen. Die Maßstäbe sind für jede Checkliste verschieden. Pro Maßstab und Kriterium werden Beurteilungen in den Kategorien ausreichend " + " und nicht ausreichend " 0 " vergeben. Der Beurteilungsprozeß führt zu einem Gesamturteil für jede einzelne Qualitätsleistung.

4.1 *Zufriedenheit der Mitarbeiter*

Motivation und positive Einschätzung der Mitarbeiter ist für das Qualitätsmanagement von sehr großer Bedeutung. Darum ist die Dimension Personalzufriedenheit als Qualitätsleistung ins EFQM-Modell aufgenommen worden. Die Qualitätsmessung der Personalzufriedenheit orientiert sich an der folgenden Frage: Was hat die Organisation bezüglich der Arbeitsbedingungen und Erwartungen von Mitarbeitern erreicht? Zufriedenheit des Personals bedeutet gutes Qualitätsmanagement oder anders ausgedrückt: "Customer satisfaction starts with employed satisfaction".

Zufriedenheitsuntersuchungen des Personals einer Organisation haben eine lange Tradition. Aus allen möglichen Meßinstrumenten und Ansätzen hat man sich im Jellinekzentrum für die Basisfrageliste Amsterdam¹⁸ entschieden. Mit Hilfe dieses Fragebogens wird auf fünf Hauptgebieten und 21 Skalen die Zufriedenheit des Personals gemessen. Diese Messungen sind, zusammen mit den Abwesenheitszeiten durch Krankheit und den Angaben zur Personalfuktuation, die Maßstäbe für die Dimension Personalzufriedenheit.

- 1a. Zufriedenheit mit den Arbeitsaufgaben
- 1b. Zufriedenheit mit den Vorgesetzten und Kollegen
- 1c. Zufriedenheit mit der Entlohnung
- 1d. Zufriedenheit mit den Strukturen und der Organisation
- 1e. Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen
- 1f. Krankheitsfehlzeiten
- 1g. Personalfuktuation

¹⁸ Biessen, P.G.A.; Gilder de, D.: Basis Vragenlijst Amsterdam, Arbeids- en Organisatiepsychologie, UVA Amsterdam, 1992

4.2 Kundenzufriedenheit

Das Ziel des Qualitätsmanagements ist in erster Linie: Zufriedene Kunden. Kundenzufriedenheit ist der wichtigste Aspekt aller Ergebnisdimensionen. Das gilt sowohl für das EFQM-Modell, als auch für die Vorgaben des Niederländischen Qualitätsinstituts. Für das Jellinekzentrum ist ebenfalls die Zufriedenheit seiner Kunden das wichtigste Qualitätskriterium. Dabei orientiert sich das Jellinekzentrum an folgender Frage: Was haben wir, gemessen an der Zufriedenheit unserer Kunden, erreicht? Diese Frage wird mit Daten und Erhebungen beantwortet und belegt. Dafür sind Erhebungsinstrumente entwickelt worden. So wurde im Rahmen einer landesweiten Untersuchung über Hilfeleistung von Einrichtungen für Abhängige ein Zufriedenheitsfragebogen entwickelt¹⁹. Der Fragebogen hat acht Themenbereiche und ist die Basis zur Messung von Kundenzufriedenheit im Jellinekzentrum. Unten sind die hiervon abgeleiteten Maßstäbe für die Checkliste aufgeführt:

- 2a. Behandlung
- 2b. Informationsweitergabe
- 2c. Wartezeiten
- 2d. Effekt der Hilfeleistung

Für alle Programme und Abteilungen gelten diese Maßstäbe. Das heißt, wenn ein Programm mit dem Zufriedenheitsfragebogen Daten über seine Kunden erhoben hat, dann wird die Kundenzufriedenheit nach den vier Maßstäben bewertet und zu einem Gesamturteil zusammengefaßt.

4.3 Zufriedenheit der Öffentlichkeit

Die Zufriedenheit der Öffentlichkeit mit der hilfeleistenden Organisation ist von großer Bedeutung für die Kontinuität und Bezuschussung. Non-Profit-Organisationen wie das Jellinekzentrum haben einen sozialen Auftrag, dem sie nachkommen müssen. Verschiedene Instanzen und Organisationen spielen eine wichtige Rolle, wie zum Beispiel der Staat, Interessengruppen der Patienten, Dachorganisationen, Institute und

¹⁹ Jongerius, J.; Hull, H.; Derks, J.: Hoe scoort de verslavingszorg, NcGv, Utrecht, 1994

die Presse. Negative Berichte und Vorkommnisse oder Beschwerden sind ungünstige Signale. Günstige Berichte führen zu positiver Wertschätzung durch die Öffentlichkeit. Das Jellinekzentrum entwickelte eine eigene Methode, um strukturelle Daten zu erheben. Diese Methode ist die Basis, um eine Bewertung der folgenden Maßstäbe vornehmen zu können:

- 3a. Vorkommnisse
- 3b. Kooperationsverbund
- 3c. Forschung und Lehre
- 3d. Image

Zur Illustration dieses Bereichs bilden wir eine Checkliste ab:

				Vergleiche mit dem Ziel	Vergleiche mit anderen
			Trends		
		Daten von zwei Jahren			
	Daten zur Verfügung				
Vorkommnisse					
Kooperationsverbund					
Forschung / Lehre					
Image					

Abbildung 10: Zufriedenheit der Öffentlichkeit

4.4 Endergebnisse

Das Qualitätsmanagement, die Qualitätsleistung und die Endergebnisse einer Institution sind eng miteinander verbunden. Dies ist die Grundannahme des EFQM-Modells. Dementsprechend müssen die Endergebnisse auch gemessen werden.

Dabei wird zwischen finanziellen und tätigkeitsbezogenen Ergebnissen unterschieden. Der allgemeine finanzielle Maßstab ist, daß eine Organisation nicht mehr Geld ausgibt, als sie aus Mitteln und Zuschüssen erhält. Es sind natürlich eine ganze Reihe von Kennzahlen üblich, um diese finanziellen Ergebnisse zu messen. Das Jellinekzentrum benutzt zur Bewertung durch das Managementteam finanzielle Maßstäbe, die vom Jahresabschluß und Etat abgeleitet sind:

- 4a. Indikatoren, abgeleitet von der Bilanz, wie Geldressourcen und Darlehen
- 4b. Indikatoren der Betriebsrechnung, wie Personal- und Materialkosten und Überschüsse
- 4c. Kennziffern, wie Etat und Ausgaben, Etatüberschreitung, Investitionen in Innovation und direkte und indirekte Kosten.

Die Tätigkeitsmaßstäbe sind die Kombination der Produktivitäts- und Effizienzmaße der Programme und Abteilungen. Für folgende Maßstäbe hat Jellinek sich entschieden:

- 4d. Produktivität, wie Aufnahmen, Behandlungstage und Behandlungskontakte
- 4e. Effektivität, wie Warteliste, erreichte Zielgruppe und Prozentsatz der Abbrecher ("dropout")
- 4f. Effizienz, wie Zustrom zu den einzelnen Programmen und Fallzahlen ("caseload") pro Mitarbeiter.

Die Maßstäbe sind für die Programme und Abteilungen getrennt ausgearbeitet und sind Bestandteil des Indikatorensystems "Profilpaket"²⁰ des Jellinekzentrums.

²⁰ Nabitz, U.; Nanitsos, P.; Wari, M.: Profielpaket, Jellinek, Amsterdam 1994

5. Übersicht der Aspekte und Maßstäbe

Im Handbuch des Niederländischen Qualitätsinstituts sind alle Aspekte und Maßstäbe übersichtlich geordnet. Wir haben ebenfalls alle Aspekte und Maßstäbe des Jellinek-Modells in einer Tabelle geordnet und nennen es das diagnostische System "EFQM - Modell Jellinek".

Dimensionen	Aspekte
1. Geschäftsführung	1a. Förderung der Qualitätskultur 1b. Engagement der Geschäftsführung 1c. Anerkennung und Wertschätzung 1d. Unterstützung 1e. Externe Beziehungen
2. Politik und Strategie	2a. Zukunftsvisionen 2b. Informationen über Zielgruppen 2c. Integrale Planung 2d. Kommunikation 2e. Bewertung
3. Personalmanagement	3a. Personalführung 3b. Personalgewinnung und -auswahl 3c. Effiziente Aufgabestellung 3d. Einsatz für die Organisation 3e. Sicherheit, Gesundheit und Sozialgefüge
4. Ressourcenmanagement	4a. Finanzen 4b. Informationen 4c. Lieferanten 4d. Technische Infrastruktur 4e. Ausstattung und Inventar
5. Professionalitätsmanagement	5a. Fachkenntnis und Berufsvorstellungen 5b. Einstellung, Rollen und Fertigkeiten 5c. Methoden, Richtlinien und Protokolle 5d. Kunden- und Ergebnisorientierung 5e. Wissenschaftliche Untersuchung
6. Prozeßmanagement	6a. Identifikation der Arbeitsprozesse 6b. Führen und Koordinieren der Primärprozesse 6c. Führen und Koordinieren unterstützender Prozesse 6d. Verbessern der bestehenden Arbeitsprozesse 6e. Prozeßinnovation und -erneuerung 6f. Prozeßimplementation und -bewertung

Abbildung 11a: Übersicht der Aspekte des EFQM-Modells Jellinek

Dimensionen	Maßstäbe
1. Personalfriedenheit	1a. Zufriedenheit mit den Arbeitsaufgaben 1b. Zufriedenheit mit den Vorgesetzten und Kollegen 1c. Zufriedenheit mit der Entlohnung 1d. Zufriedenheit mit Strukturen und Organisation 1e. Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen 1f. Krankheitsfehlzeiten 1g. Personalfliktuation
2. Kundenzufriedenheit	2a. Behandlung 2b. Informationsweitergabe 2c. Wartezeiten 2d. Wirkung
3. Zufriedenheit der Öffentlichkeit	3a. Vorkommnisse 3b. Kooperationsverbund 3c. Untersuchung und Ausbildung 3d. Namensbekanntheit und Image
4. Endergebnisse	4a. Bilanzindikatoren 4b. Betriebsindikatoren 4c. Kennziffern 4d. Produktivitätsindikatoren 4e. Effektivitätsindikatoren 4f. Effizienzindikatoren

Abbildung 11b: Übersicht der Maßstäbe des EFQM-Modells Jellinek

Für eine weitere Vertiefung der Tabelle verweisen wir auf die verschiedenen Arbeitsbücher des "EFQM - Modell Jellinek".

6. Selbstbewertung

Das Managementteam von Jellinek führte als erstes die Selbstbewertung mit Hilfe des Jellinek - Modells durch. Alle Teammitglieder waren vertraut mit dem Bewertungsprozeß. Ein Mitglied des Teams war Auditor des Niederländischen Qualitätsinstituts. Das "Arbeitsbuch EFQM Diagnose MT" wurde vorab von jedem Teammitglied ausgefüllt. Während eines sorgfältig vorbereiteten Bewertungstreffens wurde für jeden Aspekt und für jeden Maßstab ein Konsens über die Bewertung erreicht. Die Selbstbewertung wurde in einer Grafik "Das Spinnennetz", die unten zu sehen ist, zusammengefaßt.

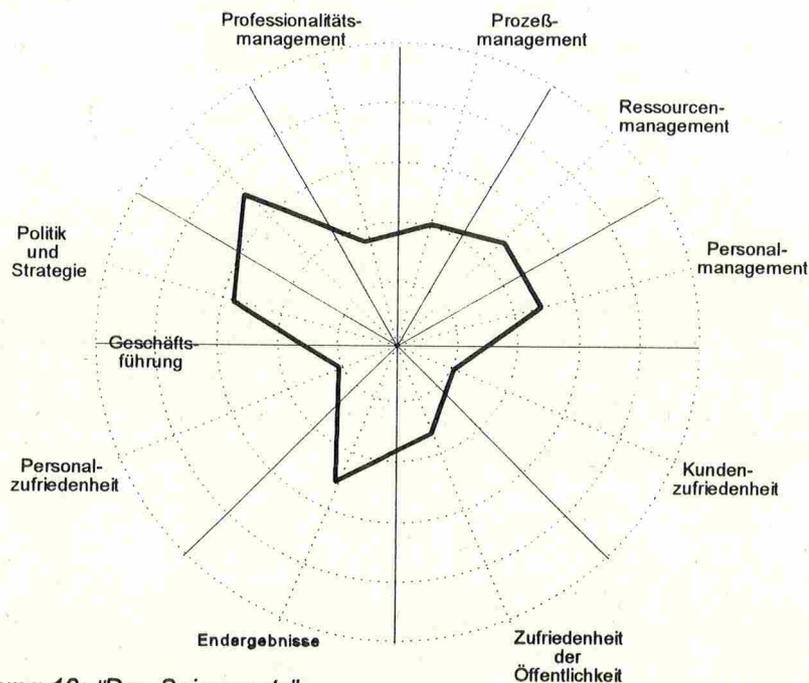


Abbildung 12: "Das Spinnennetz"

Die Grafik ist die Abbildung des Qualitätsmanagements des Jellinek-zentrums. Die Ergebnisse bezüglich des Qualitätsmanagementsystems und der Qualitätsleistung sind ablesbar. Das Phasenmodell für Qualitätsmanagement benutzen wir, um die Ergebnisse zu interpretieren.

Erstens ist auffällig, daß das Spinnennetz ungleichmäßig ist. Der Bereich Geschäftsführung steht auf hohem Niveau, während die Bereiche Personalzufriedenheit und Kunden sich auf einem niedrigeren Niveau befinden. Die niedrigen Werte bei Personalzufriedenheit und Kundenzufriedenheit sind vor allem durch die Meßmethode verursacht. Für die Bereiche waren zwar Instrumente entwickelt worden, aber es fehlten noch auswertbare Daten. Das bedeutet ein niedriges Meßniveau. Die Meßmethode von EFQM fordert, daß die Aussagen über Qualitätsleistung auf gesicherten Informationen, Daten und Erhebungen beruhen.

Über die finanziellen und tätigkeitsbezogenen Bereiche war ausreichend Information vorhanden und es konnte eine Bewertung vorgenommen werden. Ebenso waren über die Öffentlichkeitsarbeit Daten vorhanden. Die Beurteilung der finanziellen und tätigkeitsbezogenen Daten und der Information über die Zufriedenheit der Öffentlichkeit war günstig. Es bleibt aber unumstritten, daß die Qualitätsleistung des Jellinekzentrums ein niedrigeres Niveau hat als das Qualitätssystem.

Das Qualitätsmanagementsystem - in der Grafik die obere Hälfte des Spinnennetzes - wurde vom Managementteam in der Selbstbewertung günstiger beurteilt. Alle Dimensionen liegen oberhalb Niveau Zwei, die Geschäftsführung auf Niveau Vier. Das niedrigste Ergebnis erhielt das Professionalitätsmanagement und das Prozessemanagement auf Niveau Zwei. Der Grund für die niedrige Bewertung liegt in der Schwierigkeit, im Gesundheitswesen Prozesse und Professionalität zu verdeutlichen und zu messen.

In den Begriffen des Phasenmodells ist das Jellinekzentrum ein Institut, das zwischen einer verwaltungsorientierten Organisation und einer Bedingungen schaffenden Organisation positioniert werden kann.

Das ungleichmäßige Bild in der Grafik zeigt die Stärken und die Schwächen des Jellinekzentrums. Der nächste Schritt im Qualitätsmanagement des Jellinekzentrums besteht darin, daß ein Verbesserungsplan aufgestellt wird, um die Stärken zu erhalten und die Schwachstellen zu fördern.

7. Zusammenfassung

Das Jellinekzentrum hat sich für einen integrierten Qualitätsansatz auf der Basis des EFQM - Modells entschieden. Vorher führte das Jellinekzentrum schon einige Jahre Qualitätsprojekte durch. In dem Rahmen hatten alle Mitarbeiter der Einrichtung die Prinzipien des Qualitätsmanagement wie z.B. Verbesserungsprojekte, Prozeßmanagement, Messen und Verbessern kennengelernt.

Der wichtigste Grund für die Wahl des EFQM - Modells war und ist die Integration aller Qualitätsprojekte in ein Rahmenkonzept und die Verbesserung der Kommunikation über Qualität in der gesamten Organisation. Wenn es um Qualität geht, streben wir im Jellinekzentrum danach, eine gemeinsame deutliche Sprache zu sprechen.

Das EFQM - Modell wurde an die spezifischen Anforderungen und an die Situation einer Hilfsorganisation für Suchtpatienten angepaßt. Das "EFQM - Modell Jellinek" ist das Ergebnis dieser Bearbeitung.

Im Jellinek-Modell sind die Anregungen der EFQM, des Niederländischen Qualitätsinstituts und die spezifischen Vorgaben der Suchthilfe verarbeitet. Das Jellinek-Modell hat zehn Dimensionen mit 31 Aspekten und 20 Maßstäben. Auf der Basis des Modells sind verschiedene Instrumente entwickelt worden. Es zeigte sich, daß die Instrumente geeignet waren, um auf allen Ebenen der Organisation die Selbstbewertung durchzuführen.

Qualitätsmanagement ist hauptsächlich eine Managementfrage. Deshalb hat das Managementteam des Jellinekzentrums mit der Selbstbewertung angefangen. Das Ergebnis der ersten Bewertung ist "Das Spinnennetz". Stärken und Schwächen des Qualitätsmanagement des Jellinekzentrums werden hierin deutlich. In der Interpretation des Phasenmodells ist das Jellinekzentrum eine verwaltungsorientierte, aber auch Bedingungen schaffende Organisation.

Aus der Selbstbewertung geht klar und deutlich hervor, woran künftig gearbeitet werden soll. Das Spinnennetz zeigt folgende Schwachpunkte: das Prozeßmanagement und die Erhebung von Daten über Qualitätsleistung.

Die Früchte des integralen Qualitätsmanagements sind im Jellinekzentrum jetzt schon sichtbar. In den Abteilungen des Jellinekzentrums hängt "Das Spinnennetz" an der Wand; Projekte zur Verbesserung der Prozesse und zur Messung der Ergebnisse sind gestartet worden; aktuelle systematische Umfragen im Jellinekzentrum zeigen, daß jeder Mitarbeiter die Bedeutung eines guten Qualitätsmanagement erkennt und bereit ist, aktiv an der Umsetzung mitzuarbeiten.

Das EFQM-Modell Jellinek ist das Röntgenbild der Organisation. Mit der Benutzung dieses Röntgenbildes hat das Jellinekzentrum gerade angefangen, erste Erfahrungen zu sammeln. Die Vorteile und Nachteile dieses diagnostischen Instruments werden sich in den nächsten Jahren zeigen. Im Augenblick können wir lediglich sagen, daß das EFQM - Modell Jellinek eine vielversprechende Methodik für den integralen Ansatz von Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen und der Suchthilfe ist.

Literatur

- BIESSEN, P.G.A. en D. De Gilder (1992), Basis Vragenlijst Amsterdam, Arbeids- en Organisationspsychologie, UVA Amsterdam
- DONEBEDIAN, A. (1982), Explorations in Quality, Assessment and Monitoring, Health Administration Press, Ann Arbor
- GELDER, A.H. de, U.W. NABITZ, R.O. STRIKWERDA e.a. (1995), Informatiestrategieplan, Jellinek, Amsterdam
- Handleiding Positiebepaling en Verbeteren, (1995), Instituut Nederlandse Kwaliteit, Den Bosch
- HARDJONO, T.W. en F.W. HES (1993), De Nederlandse Kwaliteitsprijs en Onderscheiding, Kluwer, Deventer
- HART, C.W.L. and C.E. BOGAN (1992), The Baldrige, McGraw Hill, New York
- JONGERIUS, J.H. en J. DERKS (1994), Hoe scoort de verslavingszorg, NcGv, Utrecht
- NABITZ, U.W., P. NANITSOS en M. WARDI (1994), Profielpakket, Jellinek, Amsterdam
- Nationaal Ziekenhuis instituut (1993), Checklijst Kwaliteitszorg Ziekenhuizen (1993), Nzi, Utrecht
- Selfassessment Guidelines for Companies (1994), EFQM, Brussel
- Selbstbewertung 1996 Richtlinien für Unternehmen (1995), EFQM, Brüssel
- Stuurgroep Harmonisatie Kwaliteitsbeleid (1993), Basisdocument Kwaliteitsbevordering in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg, NvGGZ, Utrecht
- WALBURG, J.A. (1990), Staan voor Kwaliteit, Jellinek, Amsterdam
- Werkboek EFQM diagnose MT (1994), Jellinek, Amsterdam

Vorstellungen und Anforderungen der Kostenträger zur Qualitätssicherung in ambulanten Einrichtungen der Drogen- und Suchtkrankenhilfe

Ministerialrat Hans-A. Hüsgen, Düsseldorf
Drogenbeauftragter des Landes Nordrhein - Westfalen

1. Vorstellungen der Kostenträger

Die "Kostenträger" (= die, die an der Finanzierung der "ambulanten Drogen- und Suchtkrankenhilfe" beteiligt sind) sind im wesentlichen

- die Träger der Einrichtungen (in der Mehrzahl der Fälle die Wohlfahrtsverbände)
- die Kommunen (Hauptzuschußträger)
- das Land
- die Rentenversicherungsträger
- teilweise die Krankenkassen
- auch die Arbeitsämter

Die vorgenannten "Kostenträger" sind (bis auf die Arbeitsverwaltung) Mitglied im Landesfachbeirat "Sucht und Drogen" (LFB), in dem im übrigen alle wesentlich an der Suchthilfe beteiligten Gruppen zusammengefaßt sind.

In seiner Herbstsitzung 1994 hat sich der LFB eingehend mit Chancen und Risiken der Einführung qualitätssichernder Maßnahmen in der ambulanten Drogen- und Suchtkrankenhilfe beschäftigt. Als Ergebnis gab der LFB folgendes Votum ab:

"Der LFB empfiehlt der Landesregierung, sich für einen Einstieg in ein umfassendes Qualitätsmanagement für den Bereich der ambulanten Suchtkrankenhilfe in den Beratungsstellen einzusetzen".

Die Kostenträger im Lande haben also insofern den "Einstieg" in ein umfassendes Qualitätsmanagement empfohlen.

In Umsetzung dieser Empfehlung hat sich die Landesregierung bereit erklärt, sich für den Einstieg an der Aufbauarbeit zu beteiligen. Sie hat mit den beiden Landschaftsverbänden als den überregionalen Kommunalverbänden im Lande Kontakt aufgenommen und beraten und

dabei die Landschaftsverbände gebeten, ein Konzept zu entwickeln.

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hat für beide Verbände zusammen mit Datum vom 19. Juni 1995 eine Projektskizze vorgelegt. Über die Vorlage konnte wegen der Kürze der Zeit noch nicht entschieden werden. Abgewartet werden soll auch die Diskussion auf der heutigen Veranstaltung.

2. Wissenschaftlich fundierte QS-Programme liegen für den ambulanten Bereich nicht vor.

Zwar liegen wissenschaftlich fundierte QS-Programme für den ambulanten Sektor nicht vor, dafür aber zahlreiche Vorläufer, ohne daß sie ausdrücklich als QS-Maßnahmen bezeichnet werden:

- Mindestkriterien des Großmodells der Bundesregierung für Drogenberatungsstellen
- Aufgabenprofile in Förderrichtlinien
- Einzelkonzepte der Drogen- und Suchtberatungsstellen
- Rahmenplan der DHS "Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und deren Angehörige"
- Ebis-Dokumentation

In den vorgenannten Dokumenten spiegelt sich wieder, daß sich die ambulante Suchtkrankenhilfe in den Beratungsstellen ständig fortschreitend mit der eigenen Qualitätssicherung beschäftigt hat; dies gilt auch für einrichtungsinterne Teamsitzungen und die Supervision. Es gibt also einen Bestand an QS-Maßnahmen, den es zu systematisieren und weiterzuentwickeln gilt.

In dem Rahmenplan der DHS vom 14. Mai 1995 werden seitens der Verbände, die, wie oben gesagt, die Mehrzahl der Beratungsstellen unterhalten, u. a. folgende "erforderlichen Bedingungen" im personellen und organisatorischen Bereich genannt, die genau so in einem ausgearbeiteten QS-Programm wiedererscheinen werden.

Z. B.:

- "Öffnungszeiten, die es allen Bevölkerungsgruppen ermöglichen, Beratung in Anspruch zu nehmen"
- "Psychosoziale Beratung ist diagnostisch, problem-, ziel- und ressourcenorientiert. Beratung bedarf der Kenntnis und Handhabung qualifizierter Methoden, wie z. B. Einzelfallhilfe und Ge-

sprachsführung.”

- “Behandlung ist klienten-, problem-, ziel- und ressourcenorientiert und umfaßt den ganzen Menschen (auch den somatischen Bereich). Sie umfaßt Anamnese, Diagnose und Indikationsstellung, Entwicklung eines Therapieplans und -vertrages und den Prozeß der Evaluation. Der Behandlungsverlauf ist kontinuierlich zu reflektieren und zu überprüfen”.
- Behandlung schließt “Nachsorge” in der Regel ein.
- Die Beratungsstelle hat in vielen Bereichen eine Art “Zentralfunktion” und muß diese Funktion für sich akzeptieren (Denken im Verbund)
- “Eine ausreichende und sinnvolle Dokumentation und Aktenführung gehört zu einer fachlich qualifizierten Arbeit”.

Ich will es dabei bewenden lassen und zusammenfassen, daß bisher zwar kein wissenschaftlich fundiertes QS-Programm vorliegt, aber viele pragmatische Selbstbindungen, erstellt in Selbstorganisation. Bei der derzeitigen Diskussion kann es daher nur um eine Weiterentwicklung gehen.

3. Erster Standard für die Entwicklung eines formulierten QS-Managements ist die frühe Beteiligung des Betroffenen

Wer QS-Management einfordert, muß sich selbst dem Standard Nr. 1 unterwerfen: Beteiligung derer, die später damit umgehen sollen, sonst ist der Akzeptanzgrad von vornherein reduziert. Für die Fortentwicklung ist also ein Gremium im Lande mit den Beteiligten zu bilden (Einrichtungsträger, -leiter, ggf. Mitarbeiter und “Kostenträger”)

4. Ein weiterer gültiger Standard ist der Vorrang interner QS-Maßnahmen

Die Forschung unterscheidet die Bereiche interne und externe QS. Der prinzipielle Unterschied besteht darin, daß bei der externen QS die Kriterien von kontrollierenden externen Einrichtungen vorgelegt werden, während bei der internen QS die betreffenden Einrichtungen selbst die Planung und Umsetzung des QS-Programmes in eigener Verantwortung durchführen. Beim Vorrang interner QS erfährt der Mitarbeiter authentischer die Befriedigung aus dem selbstauferlegten QS-Programm der eigenen Arbeit. Um so bereitwilliger übernimmt er dann auch Vorgaben von außen.

Das Land schlägt daher allen "Kostenträgern" vor, bei der Entwicklung interner QS behilflich zu sein und zunächst lediglich eine abstrakte Pflicht zur internen QS vorzuschreiben.

Da die ambulante Hilfe ein sehr vielfältiges, umfassendes Konstrukt darstellt, sollte für die Fortentwicklung der QS eine zunächst "geistige" Trennung der Einzelbereiche vorgenommen werden.

5. Die verschiedenen Arbeitsbereiche sind für die Entwicklung eines QS-Managements voneinander zu trennen

Sowohl der FDR als auch indirekt die DHS trennen unterschiedliche Angebote voneinander, um qualitätssichernde Maßnahmen mit unterschiedlicher Intensität und Gewichtung entwickeln zu können. Es wird abgeraten, sogleich die gesamte "Drobs" als Einheit der QS zu unterwerfen.

Aus Landessicht sind voneinander zu trennen:

1. Niedrigschwellige Angebote
2. Angebote der Erst-Erreichbarkeit für den Bürger
3. Individuelle Beratung und Betreuung in Einzel- und Gruppenform
4. Ambulante Behandlung und Rehabilitation
5. Nachsorge
6. Gesundheitshilfen, Methadonambulanz
7. Prävention

Hinzutreten muß als übergreifender Bereich

8. Verwaltung und Organisation

Durchgehender Bereich muß das Denken im Verbund/in der Vernetzung sein.

Für die gen. Bereiche sind teilweise gemeinsame, teilweise unterschiedliche Standards zu entwickeln und in ihrem Ausmaß jeweils unterschiedlich zu gewichten.

Wichtig ist, daß in der Zukunft die Fachkräfte von Verwaltung entlastet werden. Bei der laufenden Diskussion über zusätzliche Einnahmequellen zur Erfüllung des sich erweiternden Aufgabenspektrums zeigt sich deutlich, daß die derzeitige Beratungsstellenkonstruktion im organisatorischen Bereich unzureichend bestückt ist.

6. Skepsis, Ängste, kritische Stellungnahmen und Chancen

Die traditionelle, gewachsene ambulante Hilfe sieht als primär wirksam die ganzheitliche und kontinuierliche Beziehung zum Klienten an. Es regt sich daher Skepsis gegen jede Parcellierung und Sorge hinsichtlich der "Aufgabe" der Rolle des Sozialarbeiters.

Die wohlbegründete Skepsis sollte erhalten bleiben, sollte sich aber nicht zu einer grundsätzlichen Ablehnung gegenüber einem systematischen Ansatz der QS entwickeln.

Die "Drogenhilfe" sollte offensiv bleiben und sich freiwillig zunehmender "Kontrollierbarkeit" stellen. Ein qualifiziertes, transparenter formalisiertes Anforderungsprofil, das mit der Nomenklatur anderer Dienstleistungsbereiche ggf. mithalten kann, wird die "Kostenträger" eher zur Weiterfinanzierung bewegen als ein noch so ehrliches, aber sehr fachlich-spezifisches, Darstellungsmuster.

Der Mensch lebt aus dem Sinn und der Befriedigung seiner Arbeit. Revision seiner Arbeit und Qualitätstraining kann die Befriedigung erhöhen und Frustration vorbeugen.

Etikettenschwindel durch reine Adoption von Begriffen des QS-Managements ist nicht angezeigt. Es müssen eigene Standards her allerdings in durchstrukturierter Formulierung.

Die "Drobs" werden immer größer; für gute Verfahrensabläufe muß gesorgt werden, vor allem auch zugunsten der Mitarbeiter selbst.

Der Krankheitsbegriff hat stärker in der Suchtkrankenhilfe Platz gegriffen. Für die nach dem SGB V zuständigen "Therapeuten" ist QS-Management zugunsten der Kranken gesetzlich vorgeschrieben (§§ 135 ff). Auch im BSHG sind QS-Maßnahmen verankert (§93).

7. Die Projektskizze des LV Westfalen-Lippe

Nach all dem Vorgenannten kann die Projektskizze für den Einstieg in eine systematisierte umfassende QS nur so aussehen:

- Entwicklung von Standards in einigen ausgewählten Beratungsstellen
- Eine Projektstelle beim LV
- Ein Beirat zur Begleitung, bestückt mit den notwendigen Experten und Entscheidungsträgern

- Angebote für alle zur Verbesserung der Umsetzung des DHS-Rahmenplans

Exakt sieht die Skizze den Beginn bei 4 Drogenberatungsstellen vor, Laufzeit 3 Jahre.

Das Ministerium begrüßt die vorgelegte Skizze im Grundsatz und sieht entsprechende Finanzmittel hierfür vor.

8. Stand der Dinge

Tatsache ist, daß sich die ambulante Drogen- und Suchtkrankenhilfe im Lande aus sich heraus ständig um die Qualifizierung ihrer Arbeit gekümmert hat. Sie hat sich in NW flexibel auf neue Anforderungen eingestellt, auch auf den notwendigen Anteil der Medizin (Methadon).

Tatsache ist, daß ausformulierte Bedingungen mit Q-Standardwert bereits vorliegen. Diese gilt es hochzuhalten, zu verdeutlichen und in Selbstbindung anzuwenden. Die notwendige Unterstützung dazu wird gegeben.

Tatsache ist, daß man, wenn beteiligt, grundlegend bereit ist, seine Arbeit zu verbessern und auch überprüfen zu lassen. Überzeugende Arbeit auch in der entsprechenden Außendarstellung kommt an und wird weiterfinanziert.

Im Lande NW soll beim Projektträger in Münster ein Beirat gebildet werden, der repräsentativ besetzt wird. Dessen Empfehlungen werden in den Landesfachbeirat "Sucht und Drogen" zurückfließen, um somit flächendeckend eine einheitliche QS-Politik zu erreichen.

Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung

Dr. Ferdinand Schliehe, Frankfurt
Leiter der Rehabilitationswissenschaftlichen Ableitung beim
Verband der Rentenversicherungsträger

1. Einleitung

Die Qualitätssicherung hat in der Entwöhnungsbehandlung eine lange Tradition. Neben der Entwicklung der Therapiekonzepte und dem Aufbau von Dokumentationssystemen haben auch die Empfehlungsvereinbarungen zur stationären (1977) und zur ambulanten Entwöhnungsbehandlung (1989) dazu einen wichtigen Beitrag geleistet. Die Empfehlungsvereinbarungen regeln nicht nur Zuständigkeitsfragen zwischen den Leistungsträgern, sondern geben auch Standards für die Strukturqualität von Einrichtungen vor. Diese beziehen sich u.a. auf personelle Anforderungen sowie auf die Qualifikation des Personals in Einrichtungen der Entwöhnungsbehandlung.

Unabhängig von der fachlichen Entwicklung in der Entwöhnungsbehandlung hat die Qualitätssicherung in den letzten Jahren im Gesundheitswesen einen neuen Stellenwert erhalten. Hierzu hat zum einen die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beigetragen. In diesem Zusammenhang wird von der Qualitätssicherung erwartet, daß sie auch die Effizienz von Gesundheitsleistungen positiv beeinflusst. Zum anderen sind die konzeptionellen und methodischen Grundlagen der Qualitätssicherung erheblich weiterentwickelt worden. An die Stelle von Einzelmaßnahmen treten umfassendere Programme, die unterschiedliche Ebenen der Qualität (Struktur, Prozeß, Ergebnis) systematisch aufeinander beziehen. Zugleich wird Qualitätssicherung zunehmend als eine permanente Entwicklungsaufgabe verstanden, bei der auch Einrichtungen des Gesundheitswesens in einem leistungsorientierten Wettbewerb um den "Kunden" stehen.

Diese Entwicklung hat auch die gesetzliche Rentenversicherung aufgegriffen und im November 1993 ein gemeinsames Qualitätssicherungsprogramm auf der Grundlage der Ergebnisse der Reha-Kommission (1989 - 1991) ausgearbeitet.

Ausschlaggebend dafür waren aber nicht nur fachliche, sondern auch politische Gründe. Wie nicht zuletzt die aktuellen Sparbeschlüsse der

Bonner Regierungskoalition zeigen, steht das Rehabilitationssystem in der Bundesrepublik trotz aller Qualifizierungsmaßnahmen in den letzten Jahrzehnten immer noch vor erheblichen Legitimationsproblemen. Das neue Programm wird seit Beginn 1994 in einer mehrjährigen Entwicklungs- und Umsetzungsphase in allen eigenen und federführend von der Rentenversicherung belegten Rehabilitationseinrichtungen schrittweise eingeführt. Mit Beginn des Jahres 1996 beteiligen sich auch die Einrichtungen der Entwöhnungsbehandlung an dem Programm der Rentenversicherung. Das grundsätzlich für alle Indikationsbereiche ausgearbeitete Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung soll dabei die besonderen Anforderungen der Entwöhnungsbehandlung berücksichtigen.

2. Qualitätssicherung als Aufgabe der Rentenversicherung

Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation ist nicht nur eine Aufgabe der Berufsgruppen und Fachverbände, sondern auch der Rehabilitationsträger. Eine wesentliche Grundlage für die Qualitätssicherung bildet § 137 Sozialgesetzbuch V. Danach sind neben Akutkrankenhäusern auch alle Rehabilitationseinrichtungen verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sollen sich insbesondere auf den Behandlungsverlauf und das Behandlungsergebnis beziehen und auch einen Vergleich der Einrichtungen ermöglichen. Die gesetzlichen Regelungen richten sich somit auf die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität und schließen eine vergleichende Betrachtung zwischen Einrichtungen ein. Qualitätssicherung läßt sich damit nicht mehr auf einrichtungsinterne Verfahren und Methoden begrenzen.

Für die gesetzliche Rentenversicherung bestehen derzeit noch keine vergleichbaren gesetzlichen Voraussetzungen. Spätestens mit der Neukodifizierung des Rehabilitationsrechtes in einem Sozialgesetzbuch IX ist aber mit einer für alle Rehabilitationsträger einheitlichen Regelung zu rechnen. Der Auftrag zur Qualitätssicherung ist jedoch auch unabhängig von einer konkreten gesetzlichen Regelung gegeben. Er leitet sich für die Rentenversicherung, die rund 70 % aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringt, aus dem Sicherstellungsauftrag für die Rehabilitation ihrer Versicherten ab.

Im Unterschied zu anderen Versorgungsbereichen wie beispielsweise der ambulanten Krankenbehandlung, beim niedergelassenen Arzt oder stationären Akutbehandlung im Krankenhaus sind die Leistungsträger für die Rehabilitation auch unmittelbar dafür verantwortlich, daß

bedarfsgerechte Versorgungsangebote zur Verfügung stehen. Aus diesem Grunde hat die Rentenversicherung verschiedene Instrumente der qualitativen und quantitativen Bedarfsplanung entwickelt. Hierzu gehört beispielsweise die Entwicklung von Leistungsstufen mit differenzierten Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtungen (Fachkliniken, Schwerpunktkliniken) oder die Ausarbeitung von Rehabilitationskonzepten (Rahmenkonzept, indikationsspezifische Konzepte).

Der Sicherstellungsauftrag kommt ferner darin zum Ausdruck, daß die Rentenversicherung auch eigene Einrichtungen unterhält. Sie sind in der Vergangenheit häufig dann geschaffen worden, wenn in einem Indikationsgebiet keine entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen vorhanden waren. Die Rentenversicherung hat den Anteil der eigenen Einrichtungen in den letzten Jahren allerdings reduziert, da private Leistungsanbieter sich zunehmend in der Rehabilitation engagiert haben. Sie unterhält derzeit noch 112 Rehabilitationskliniken (ohne Einrichtungen für Kinder und Jugendliche), mit denen sie rund ein Viertel der gesamten Bettenkapazität für die Rehabilitationsleistungen bereithält. Im Suchtbereich sind eigene Einrichtungen der Rentenversicherung eher die Ausnahme.

3. Zum Stellenwert der Entwöhnungsbehandlungen im Rehabilitationsgeschehen

Die Rentenversicherung führt jährlich etwa 900.000 Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation durch. Sie ist damit der Hauptträger dieser Leistungsart. Die Entwöhnungsbehandlungen haben dabei seit Jahren einen relativ konstanten Anteil an den Gesamtmaßnahmen, der bei 3,5 % liegt. Dies relativiert einerseits den Stellenwert der Entwöhnungsbehandlung im Rehabilitationsgeschehen insgesamt. Andererseits ist der Suchtbereich mit jährlich rund 25.000 Maßnahmen einer der wichtigsten Einzelbereiche in der Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung.

Zu den Gründen, das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung den speziellen Anforderungen im Suchtbereich anzupassen, zählen u.a.: die unterschiedlichen Einrichtungsgrößen, die Dauer und Intensität der Behandlung, die besonderen Behandlungskonzepte, die traditionelle Bedeutung der Interdisziplinarität und Teamorganisation, sowie die bereits eingeführten Maßnahmen der Qualitätssicherung. Um eine entsprechende Umsetzung zu gewährleisten, ist zum einen eine Expertengruppe für den Suchtbereich eingerichtet worden, die

die Entwicklungs- und Umsetzungsphase des Qualitätssicherungsprogramms fachlich begleitet. Zum anderen sind auch die Fachverbände durch regelmäßige Gespräche und einen Informationsaustausch in die Entwicklung einbezogen.

4. Zur Entwicklung der institutionellen Rahmenbedingungen

Zur Durchführung des Qualitätssicherungsprogramms wurden drei wichtige institutionelle Vorkehrungen getroffen. Beim Verband Deutscher Rentenversicherungsträger wurde zunächst ein Geschäftsführer-Ausschuß geschaffen, der die Aufgabe hat, das Programm zu koordinieren, die notwendigen Abstimmungsprozesse zu gewährleisten und die verschiedenen, bereits bestehenden Entwicklungen in der Rentenversicherung zusammenzufassen. Als weiteres wurde ein wissenschaftliches Begleitprogramm institutionalisiert, an dem sich insgesamt sechs wissenschaftliche Institute beteiligen. Die Aufgabe der wissenschaftlichen Institute besteht zum einen in der Entwicklung einheitlicher, aussagefähiger Instrumente der Qualitätssicherung zu den verschiedenen Programmpunkten. Zum anderen sollen sie mitwirken, auf der Grundlage der von ihnen entwickelten Auswertungskonzepte ein klinikvergleichendes Informations- und Berichtswesen aufzubauen.

Eine weitere institutionelle Ebene betrifft die Mitwirkung von Experten aus den verschiedenen Indikationsbereichen. In den Expertengruppen sollten die Rehabilitationskliniken unmittelbar beteiligt sein. Aus diesem Grunde wurden nach dem Vorbild der Reha-Kommission zu den acht Hauptindikationsgruppen Expertengruppen gebildet. Ihre Aufgabe besteht u.a. darin, an der Entwicklung praktikabler, für die einzelnen Indikationsbereiche anwendbarer Instrumente mitzuwirken und die Institute dabei fachlich zu beraten. Dies gilt vor allem bei konzeptionellen Fragen, wie dem Konzept strukturgleicher Kliniken oder der Definition relevanter Patientengruppen oder Therapieziele. Insgesamt nehmen rund 100 Reha-Kliniker, Sozialmediziner und Psychologen in den Expertengruppen teil. Die Zusammenarbeit erfolgt in zwei Formen: Zum einen arbeiten die wissenschaftlichen Institute bilateral mit Mitgliedern der Expertengruppen zusammen. Hierbei arbeiten die Gruppen zum Teil als Konsensusgruppen. Zum anderen finden etwa viertel- bis halbjährlich gemeinsame themenzentrierte Workshops statt, auf denen auch der jeweilige Stand des Qualitätssicherungsprogramms beraten wird.

An dem Qualitätssicherungsprogramm haben bisher rund 600 eigene und federführend belegte Rehabilitationseinrichtungen teilgenommen. Ihre Anzahl wird sich in diesem Jahr mit der Einführung einheitlicher Instrumente auf über 900 Einrichtungen erhöhen. Seit Einführung des Programms hat sich eine breite fachliche und wissenschaftliche Diskussion auch außerhalb des aufgezeigten Rahmens entwickelt. Das Qualitätssicherungsprogramm und damit zusammenhängende Fragen werden regelmäßig auf den rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien des Verbandes, den Rehabilitations-Foren der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte sowie auch auf den Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention vorgestellt und diskutiert. Darüber hinaus finden regelmäßige Informationsgespräche mit Fachverbänden statt. Ebenso werden nunmehr mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen Gespräche über eine Beteiligung an dem Programm geführt.

5. Zum Stand des Qualitätssicherungsprogramms

Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung umfaßt im wesentlichen folgende fünf Bereiche:

- Analyse struktureller und konzeptioneller Einrichtungsmerkmale bezogen auf Indikationen, Leistungsspektrum und Behandlungsziele einschließlich der wesentlichen Ausstattungsmerkmale (Programmpunkt 1),
- Entwicklung von zielorientierten Therapieplänen für Patientengruppen mit vergleichbarem Behandlungsbedarf (Programmpunkt 2),
- Auswertung von individuellen Behandlungsverläufen im Rahmen einer 3%-Stichprobe bezogen auf die Regelmäßigkeit der Behandlung sowie die Behandlungsergebnisse (Programmpunkt 3),
- Durchführung von regelmäßigen Patientenbefragungen auf der Grundlage einer 15%-Stichprobe, die die Behandlungsergebnisse aus der Sicht der Patienten, aber auch die Patientenzufriedenheit erfassen (Programmpunkt 4),
- Aufbau von Qualitätszirkeln in den Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen eines internen Qualitätsmanagements (Programmpunkt 5).

Ein Schwerpunkt des Programmes besteht darin, strukturgleiche Kliniken anhand von anonymisierten Patientenstichproben in ihrer Prozeß- und Ergebnisqualität miteinander zu vergleichen. Deshalb steht in der Entwicklungsphase des Programms der Aufbau eines klinikvergleichenden Informationssystems im Vordergrund. Die beteiligten Rehabilitationseinrichtungen sollen regelmäßig darüber informiert werden, mit welchen Ergebnissen und mit welcher Qualität sie im Vergleich zu anderen Einrichtungen ihre Leistungen erbracht haben. Der Zweck dieser Vergleiche besteht vor allem darin, den Kliniken Anregungen für interne Qualitätssicherungsaufgaben zu geben. Qualitätszirkel haben dabei u.a. die Aufgabe, sich besonders mit den klinikbezogenen Auswertungen zum Behandlungsprozeß und -ergebnis auseinanderzusetzen und gegebenenfalls problemorientierte Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Qualitätszirkel sind dabei allerdings nicht isoliert zu betrachten, sondern als Teil des gesamten Managements einer Einrichtung zu sehen.

Um das Ziel eines klinikvergleichendes Informationssystems zu erreichen, besteht in der gegenwärtigen Phase des Qualitätssicherungsprogramms eine wichtige Aufgabe darin, einheitliche und valide Erhebungsinstrumente für die einzelnen Programmpunkte zu entwickeln. Dieses Ziel konnte mittlerweile für den ersten Programmpunkt erreicht werden. Seit Beginn des Jahres liegen einheitliche Erhebungsinstrumente für die Analyse von Einrichtungsstrukturen vor. Dabei wurde für die Abhängigkeitserkrankungen und psychosomatischen Erkrankungen ein besonderer Dokumentationsbogen entwickelt. Mit den nun vorliegenden Erhebungsinstrumenten wird gegenwärtig eine neue Strukturhebung durchgeführt, um darauf aufbauend noch in diesem Jahr klinikvergleichende Untersuchungen durchführen zu können.

In die ersten klinikvergleichenden Untersuchungen sollen zunächst die Patientenbefragungen (Programmpunkt 4) einbezogen werden. In den jetzt laufenden Voruntersuchungen ist der Bereich der Abhängigkeitserkrankungen noch nicht einbezogen. Es ist vorgesehen, unter Mitwirkung der Expertengruppe für diesen Indikationsbereich, ein spezifisches Befragungsinstrument zu entwickeln. In den Voruntersuchungen werden u.a. folgende Fragen geklärt: Welche Indikatoren sind für die Beurteilung der Patientenzufriedenheit sowie des Behandlungsergebnisses durch den Patienten geeignet? Von welchen Einflußfaktoren (z. B. Gesundheitszustand, Erwartungen) hängt die Beurteilung des Patienten ab? Welches sind die optimalen Erhebungszeitpunkte und -verfahren? Welche Referenzwerte sind für die Rehabilitations-

kliniken geeignet? Die bisherigen Ergebnisse zeigen, daß mit dem Instrument der Patientenbefragung relevante Unterschiede zwischen Einrichtungen gleicher Indikationen aufgezeigt werden können und damit eine wichtige Voraussetzung für die Anwendung des Programms vorliegt.

Weiterer Entwicklungsbedarf besteht zum fallbezogenen Qualitäts-screening (Programmpunkt 3). Da die bisher erprobten Methoden und Verfahren für eine routinemäßige Anwendung noch nicht eingesetzt werden können, wird derzeit in einem Modellversuch am Beispiel der Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane geprüft, inwieweit das Verfahren einer anonymen Begutachtung von Einzelfällen durch Fallkollegen (Peer-Review-Verfahren) kurzfristig anwendbar ist und mit welchem Aufwand. Grundlage des Peer-Review-Verfahrens sollen zum einen der ärztliche Entlassungsbericht sein. Hierzu wurde nunmehr auf Verbandsebene ein einheitliches, für alle Rentenversicherungsträger maßgebliches Konzept entwickelt. Zum anderen werden für die Fachgutachter Manuale zur Beurteilung qualitätsrelevanter Prozeßmerkmale, die Aussagen über die Regelmäßigkeit des Verlaufs erlauben sollen, sowie für das Erreichen von definierten Therapiezielen entwickelt. Die Entwicklungsarbeiten hierzu sollen für die meisten Indikationen bis Ende 1996 abgeschlossen sein.

6. Erste Ergebnisse zum Qualitätsmanagement

Die Qualitätszirkel in den Rehabilitationseinrichtungen haben im Rahmen des Programms insbesondere die Funktion, die Ergebnisse des zukünftigen klinikvergleichenden Informationssystems für die interne Qualitätsentwicklung auszuwerten. Bereits in der jetzigen Entwicklungsphase wurde in vielen Einrichtungen der Einsatz von Qualitätszirkeln erprobt. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurde nunmehr ein ausführlicher Bericht zum Stand der Einrichtung von Qualitätszirkeln und Qualitätsmanagementstrukturen erstellt. Für den Bericht wurden alle Dokumentationen von Kliniken berücksichtigt, die bis Ende November 1995 bei dem für die Auswertung verantwortlichen Institut eingingen. Ferner wurden die Ergebnisse aus zwei Praxisstudien in Reha-Kliniken (eine davon aus dem Suchtbereich) einbezogen. Von über zweihundertdreißig Kliniken (61 % der einbezogenen) lagen rund 560 auswertbare Dokumentationen zu klinikinternen Qualitätszirkeln vor.

Die Ergebnisse zeigen, daß die Idee des Qualitätszirkels sehr unterschiedlich aufgefaßt und realisiert wurde. Etwa die Hälfte der beurteil-

baren Qualitätszirkel verteilte sich auf vier Kategorien:

- Qualitätszirkel im engeren Sinne
- Qualitätszirkel auf Leitungsebene
- Arbeitsgruppen zu therapeutisch-konzeptionellen Themen
- Steuerungsgruppen.

Als Qualitätszirkel im engeren Sinne wurden solche Aktivitäten gewertet, deren Tätigkeiten nicht zu den Routineaufgaben gehörten, die durch Mitarbeiter verschiedener Arbeitsbereiche und Linienfunktionen besetzt waren und die Lösung eines eng umgrenzten Problems zur Aufgabe hatten. Qualitätszirkel auf Leitungsebene unterscheiden sich im Vergleich dazu vor allem durch den Kreis der beteiligten Personen. Die Arbeitsgruppen zu therapeutisch-konzeptionellen Themen entsprechen in ihrer personellen Besetzung häufig den eigentlichen Qualitätszirkeln. Ihre inhaltliche Aufgabe war jedoch die konzeptionelle Weiterentwicklung des jeweiligen Arbeitsbereiches (z. B. Erarbeitung eines Therapiekonzeptes zur Schmerzbewältigung). Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zur internen Qualitätssicherung. Die Bearbeitung solcher konzeptioneller Fragen kann jedoch im zeitlich begrenzten Rahmen eines Qualitätszirkels nicht immer geleistet werden. Als Steuerungsgruppen werden solche Aktivitäten bezeichnet, welche sich mit der Umsetzung des Qualitätssicherungsprogramms in der Klinik und speziell mit dem Aufbau von Managementstrukturen befassen.

Grundsätzlich entsprechen die dargestellten Formen von Qualitätszirkeln der Intention des Qualitätssicherungsprogramms. Sie machten etwa die Hälfte der beurteilten Zirkel aus. Rund ein Drittel der beschriebenen Aktivitäten erfüllte diese Anforderungen allerdings nicht. Es handelte sich dabei häufig um Routineeinrichtungen, wie Teambesprechungen auf der Station oder Fortbildungsveranstaltungen. Insgesamt wurde die Qualitätszirkelarbeit von den Kliniken selbst überwiegend positiv beurteilt. Jedoch bestehen bei den Mitarbeitern Unsicherheiten bezüglich der tatsächlichen Mitwirkungsmöglichkeiten sowie gegenüber den erwarteten Belastungen. Bei den Klinikleitungen bestehen offenbar auch Befürchtungen, daß parallele "Leistungsstrukturen" entstehen könnten.

Das für die Auswertung verantwortliche Institut zieht insgesamt zu Programmpunkt 5 eine positive Zwischenbilanz. Gleichzeitig werden weitere gezielte Informationsveranstaltungen, Schulungen für Moderatoren sowie eine stärkere Auseinandersetzung mit dem Konzept des

umfassenden Qualitätsmanagement als Führungsstrategie empfohlen. Die Ergebnisse der Studie sollen nun in das bereits vorliegende Manual eingearbeitet und den Kliniken zur Verfügung gestellt werden. Eine externe Zertifizierung von Rehabilitationseinrichtungen wird nicht für erforderlich gehalten.

6. Zusammenfassende Bemerkungen

Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung befindet sich nunmehr im dritten Jahr seiner Entwicklung. Nach dem aktuellen Stand der Umsetzung des Programms kann die Entwicklung einheitlicher Instrumente in diesem Jahr im wesentlichen abgeschlossen werden. Mitte des Jahres wird eine Gesamtübersicht über alle eigenen und von der Rentenversicherung federführend belegten Kliniken vorliegen, die auch die Einrichtungen der Entwöhnungsbehandlung einschließen. Auf dieser Grundlage können erste strukturvergleichende Untersuchungen durchgeführt werden. Ein routinisiertes Informations- und Berichtswesen wird im Laufe des nächsten Jahres einsetzbar sein.

Das Qualitätssicherungsprogramm hat in der wissenschaftlichen und fachlichen Diskussion insgesamt eine positive Resonanz erzielt. Wenngleich die Rückmeldungen an die Kliniken noch nicht im gewünschten Umfang erfolgen konnten, sind bereits jetzt positive Auswirkungen festzustellen. Hierzu ist zum einen die intensive Diskussion über die Operationalisierung und Konkretisierung der Rehabilitationsziele sowie über die Verbesserung des Qualitätsmanagements zu rechnen.

Das Qualitätssicherungsprogramm ist Bestandteil umfassender Konzepte zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation, die von der Reha-Kommission der Rentenversicherung angeregt wurden. Neben einer systematischen Förderung der Rehabilitationsforschung gehört dazu auch die Flexibilisierung des gegenwärtigen Rehabilitationssystems durch ambulante und teilstationäre Angebote. Um so bedauerlicher ist es, daß die eingeleiteten, umfangreichen Neuentwicklungen nunmehr von einer rein fiskalisch orientierten Sparpolitik der Bundesregierung in Frage gestellt werden. Nach dem jetzigen Beratungsstand im Gesetzgebungsverfahren ist nicht nur eine höhere Selbstbeteiligung der Versicherten, sowie ein zumindest in der Dauer begrenzter Leistungsumfang mit Rückwirkungen auf die Inanspruchnahme sowie die Leistungsqualität zu erwarten. Darüber hinaus soll

für die Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung eine Budgetierung und Rückführung der Ausgaben auf den Stand von 1993 erfolgen. Damit würden nicht nur viele Arbeitsplätze gefährdet, sondern sind auch substantielle Konsequenzen für den ganzheitlichen und interdisziplinären Ansatz der Rehabilitation zu erwarten.

Qualitätssicherung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe

Benno Rehn, Mainz

Suchtreferent des Caritasverbandes der Diözese Mainz

Einführung

- Die Suchtkrankenhilfe der Caritas hat in den vergangenen Jahrzehnten die Qualität der Arbeit kontinuierlich durch Fort- und Weiterbildung und neue Arbeitsformen verbessert. Eigene Qualitätsstandards wurden in unterschiedlichen Rahmenkonzeptionen ständig weiterentwickelt.
- Qualitätssicherung in der Suchtkrankenhilfe hat in der letzten Zeit immer mehr an Bedeutung gewonnen. Die Rentenversicherer haben für die Kliniken bereits ein Qualitätssicherungsprogramm entwickelt.
- Die Gründe liegen in der Schaffung gesetzlicher Qualitätssicherungsregelungen im Sozialwesen, z. B. §§ 70, 137 SGB V, § 93, Abs. 2 BSHG, § 80 SGB XI
- Die Qualitätssicherung der ambulanten Suchtkrankenhilfe steht hierbei in dem Spannungsfeld zwischen Teilnahme an der gemeindepsychiatrischen Versorgung einerseits und der Teilnahme an der medizinischen ambulanten Rehabilitation der Rentenversicherer andererseits.

Überblick

- Der Rahmenplan für Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und deren Angehörige der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren aus dem Jahr 1992 legt viele qualitative Eckpunkte für die ambulante Suchtkrankenhilfe fest.
- Ausgehend von den Empfehlungen der Expertenkommission, die einen klaren Vorrang der gemeindenahen Angebote vor der stationären Arbeit festlegt, und ausgehend von der Psychiatrieenquet, die eine qualitative Veränderung der stationären Psychiatrie forderte, sind verschiedene Instrumente entwickelt

worden, die im sozialpsychiatrischen Bereich versuchen, Qualität zu beschreiben bzw. festzulegen.

- z. B. Psychiatrie-Personalverordnung für den stationären Bereich; die ambulante Psychiatrie-Personalverordnung liegt noch nicht endgültig vor
 - die Empfehlungen zur Personalbemessung im ambulant komplementären Bereich
- Demgegenüber stehen die Vorstellungen der Rentenversicherer, die ausgehend von der allgemeinen stationären Rehabilitation, ein 5-Punkte-Programm der Qualitätssicherung aufgestellt haben.
- ebenfalls von Bedeutung sind
- aus dem gewerblichen Bereich die DIN Normen ISO 9000 bis 9004
 - Die Erhebung des individuellen Hilfebedarfs aufgrund zweier derzeit anerkannter Modelle
 - ⇒ 1. EHB, von Seiten der katholischen Fachverbände im Bereich Behindertenhilfe entwickelt
 - ⇒ 2. Die Methode nach Prof. Haisch
 - Die Richtlinien zum § 80 SGB XI Pflegeversicherungsgesetz
 - Die Verpflichtung aus dem § 93 Abs. 2 BSHG, Regelungen über die Qualität der erbrachten Leistungen zu treffen.

Terminologie

- Der heutige Standart in der Beschreibung von Qualität geht von drei Teilbereichen der Qualität aus:
- 1. Strukturqualität,
 - ⇒ z. B. Personalanzahl und -qualifikation, Räume, Ausstattung, schriftliches Konzept, Satzung usw.
 - 2. Prozeßqualität
 - ⇒ z. B. die Art der Leistungserbringung, effektive Umsetzung im Sinne der Konzeption
 - 3. Ergebnisqualität
 - ⇒ z. B. Zufriedenheit des Klienten, Betreuungs- und Behandlungserfolge

- Bei der Ermittlung der Daten und Fakten für diese Qualitätsbereiche unterscheidet man

- harte Daten (zähl- und meßbar) und
- weiche Daten (qualitative Beschreibungen)

Das 5 Punkte Programm der Rentenversicherer

■ 1. Klinikkonzept

- jährliche Vorlage eines detaillierten schriftlichen Angebotsprofils.

■ 2. Patiententherapiepläne

- Standardtherapiepläne (Vorlage beispielhafter Therapiepläne)
- individuelle Therapiepläne (orientiert am individuellen Behandlungsbedarf)

■ 3. Qualitätsscreening

- Dokumentation des Therapieerfolges und des Therapieverlaufs anhand einer 3 % Zufallsstichprobe, wobei auch den bestehenden Dokumentationssystemen eine Bedeutung zukommt

■ 4. Patientenbefragung

- Hier wird im Sinne einer Patientenorientierung die persönliche Zufriedenheit mit der Rehabilitation und die Einschätzung des Erfolgs der Rehabilitation abgefragt.

■ 5. Qualitätszirkel

- haben die Aufgabe als zusätzliches Managementinstrument permanent für eine Verbesserung der Qualität und Effizienz der Rehabilitation zu sorgen.
- Ziel ist Qualität als Unternehmensziel in sogenannten "total quality management" TQM, totales Qualitätsmanagement. Damit verbunden ist die Verpflichtung zur Mängel-

beseitigung, wenn die Befragung 10 % schlechter als in vergleichbaren Kliniken ist oder 10 % mehr unzufriedene Patienten ergibt.

Zuordnung von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität

- Programmpunkt 1, Konzept, referiert auf die Strukturqualität
- Programmpunkt 2, Patiententherapiepläne, referiert auf die Prozeßqualität
- Programmpunkt 3, Qualitätsscreening, referiert auf die Prozeß- und Ergebnisqualität
- Programmpunkt 4, Patientenbefragung, referiert auf die Ergebnisqualität
- Programmpunkt 5, Qualitätszirkel, referiert auf ein umfassendes System der Qualitätssicherung in allen drei Qualitätsbereichen.

Ziele der Qualitätssicherung aus Sicht der Suchtkrankenhilfe der Caritas

- 1. ganzheitliches Wahrnehmen des Menschen, der Hilfe sucht
 - physische Dimension
 - psychische Dimension
 - soziale Dimension
 - religiöse Dimension
 - wirtschaftliche Dimension
- 2. Die Hilfestellungen setzen an den vorhandenen Ressourcen an und dienen der Stärkung der Eigenkompetenz und der Autonomie. Sie stärken und fördern Selbsthilfefähigkeiten und -formen.
- 3. Die angebotene Hilfe orientiert sich am Normalitätsprinzip, soweit es dem Hilfeprozeß nicht entgegensteht.
- 4. Die Hilfe zeigt Möglichkeiten und Grenzen der Lebensbewältigung auf und gibt Hilfestellungen bei den Fragen nach Lebenssinn, -orientierung und -freude.

- 5. Eine gleichberechtigte Teilnahme der Klienten am gesellschaftlichen Leben wird angestrebt. Dies bedingt auch die gezielte Veränderung des gesellschaftlichen Umfeldes.
- 6. Die angebotenen Hilfestellungen schließen grundsätzlich niemanden von der Hilfeleistung aus und orientieren sich an den Bedürfnissen der Menschen mit Suchterkrankungen.
- 7. Alle Hilfen sind so auszurichten, daß Menschen mit Suchterkrankungen in ihrer Gemeinde leben können und die Lebensqualität gesichert wird.

1. Bereich der Qualitätssicherung - Gemeindeorientierung

- Da durch kein Hilfesystem Suchterkrankungen generell zu beseitigen sind, muß ein wesentliches Ziel der Hilfe Schaffung von Lebensqualität trotz Suchterkrankung sein.
- Die Psychosoziale Beratungsstelle muß im Sinne einer Integration suchtkranker Menschen deren Teilnahme am gesellschaftlichen Leben in der Region ermöglichen und fördern.
- Lebensqualität ist in erster Linie in den vorhandenen sozialen Lebensbezügen zu sichern. Die Lebensräume in der Gemeinde sind so zu gestalten, daß Individualität und Wachstum gefördert werden, Spannungen und Konflikte ausgehalten und zugelassen werden können.
- Alle Interventionen und Interventionsziele orientieren sich an dem jeweiligen "normalen" gesellschaftlichen Kontext.
- Hilfsangebote sind an den Bedürfnissen der Klienten möglichst flexibel und klar zu strukturieren.
- Personelle Kontinuität in der Betreuung ist, soweit wie möglich, sicherzustellen.
- Tu Gutes und sprich darüber! Neben beratungsstellenspezifischer Öffentlichkeitsarbeit ist die Beteiligung an fachlicher und sozialpolitischer Diskussion notwendig.

2. Bereich der Qualitätssicherung - Konzeption

- Jede Psychosoziale Beratungsstelle muß über eine schriftlich fixierte inhaltliche Konzeption verfügen
- Die Konzeption muß für alle Beteiligten verbindlich sein (Mitarbeiter, Einrichtungsträger, Kostenträger, Klienten, Betreuer)
- Die Konzeption muß allen Beteiligten bekannt sein
- Der Konzeption muß ein fachlich anerkanntes pädagogisches oder psychosoziales Modell zu Grunde liegen (z.B. Normalisierungsprinzip)
- Sie muß Aussagen machen zu
 - psychosozialer Betreuung und Förderung
 - seelsorgerischer Betreuung
 - medizinischer Betreuung
 - pflegerischer Betreuung
- Die Konzeption berücksichtigt Aspekte bzgl. Lebensraum und Zielgruppen: suchtkranke Menschen, deren Angehörige sowie das soziale Umfeld.
- Neben einer Gesamtkonzeption sind für alle Teilbereiche Einzelkonzeptionen zu erstellen; Wohnen, Freizeit, Arbeit, Behandlung/Therapie (soweit die Beratungsstelle an der ambulanten Rehabilitation der Rentenversicherer teilnimmt, muß sie über ein wissenschaftlich anerkanntes suchtspezifisches Psychotherapiekonzept verfügen), Prävention usw.; dabei ist eine Balance zwischen Versorgung, Behandlung und Integration sicherzustellen.
- Die Konzeption muß zu der Zielgruppe der suchtkranken Menschen Aussagen machen (Aufnahme- und Ausschlußkriterien)
- Sie muß die individuellen Entwicklungsmöglichkeiten und Lebensperspektiven der Menschen mit Suchterkrankungen berücksichtigen.
- Die Konzeption muß Aussagen zu vernetzten Betreuungs- und Hilfsangeboten beinhalten (intern und extern, Therapieverbund,

Kooperationsverträge)

- Die Konzeption muß Aussagen zu Bereitschaftsdiensten und Krisenintervention (Tag und Nacht, Sonn- und Feiertage) enthalten.
- Sie muß Aussagen zu Mitbestimmungs- und Mitwirkungsformen der Klienten treffen.

3. Bereich Qualitätssicherung - Klientenzentrierung

- Die Psychosozialen Beratungsstellen erbringen soziale Dienstleistungen und orientieren sich in ihrer Zielsetzung und Tätigkeit an den Bedürfnissen und Wünschen der Klienten.
- Jede Psychosoziale Beratungsstelle muß dafür Sorge tragen, daß auf allen Handlungsebenen die Achtung vor der Würde und Spiritualität des Menschen deutlich wird.
- Jede Psychosoziale Beratungsstelle arbeitet verbindlich mit Zusammenschlüssen von suchtkranken Menschen und deren Angehörigen zusammen, die von den Mitarbeitern und der Leitung unterstützt werden. Dem Kreuzbund als Fachverband des Caritasverbandes kommt dabei eine besondere Bedeutung zu.
- Ziel der Psychosozialen Beratungsstellen ist es, durch geeignete Struktur, Organisation und Konzeption die Entwicklung und Erhaltung der Kompetenzen der Menschen mit Suchterkrankungen zu fördern und/oder die Auswirkungen der Suchterkrankung zu mildern und durch geeignete Interaktionsformen und Maßnahmen einen Gesundungsprozeß zu unterstützen und zu fördern.
- Die individuelle Lebensqualität und Lebensplanung der Menschen mit Suchterkrankungen muß ggf. durch das Zusammenwirken unterschiedlicher Hilfen (intern und extern) gefördert werden.

4. Bereich Qualitätssicherung - Organisationsentwicklung

- In jeder Psychosozialen Beratungsstelle muß ein Leitbild existieren, dessen Aussagen einen Orientierungsrahmen für alle Mitarbeiter darstellt.
- Jede Psychosoziale Beratungsstelle muß über eine eindeutige

Aufbaustruktur verfügen (Organigramm), in der die Einbindung der jeweiligen Psychosozialen Beratungsstelle in die jeweilige Gesamtstruktur erkennbar ist.

- Jede Psychosoziale Beratungsstelle muß, soweit vorhanden, die verschiedenen Bereiche (Prävention, Beratung/Betreuung, Behandlung/Therapie und Verwaltung) und die dort tätigen Mitarbeiter/-innen in ihre Gesamtausrichtung inhaltlich, organisatorisch und wirtschaftlich mit einbeziehen.
- Für alle Mitarbeiter/-innen muß es eine Stellenbeschreibung geben.
- Der Führungsstil muß klar, eindeutig und transparent sein und muß Mitarbeiterpotentiale durch Delegation und Verantwortung fördern und entwickeln. Ein kooperativer Führungsstil ist anzustreben.
- Die Kommunikationsstruktur muß gewährleisten, daß jeder Mitarbeiter, die für seine Arbeit notwendigen Informationen erhält.
- In jeder Einrichtung über 12 Mitarbeiter/-innen muß ein Organisationshandbuch vorliegen, in dem alle Handlungsabläufe geregelt sind.
- Jeder Träger hat Instrumente der Qualitätssicherung zu entwickeln und einzuführen, Qualitätszirkeln kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu.
- Verbindliche Kommunikations- und Besprechungsstrukturen müssen vorhanden sein, die Klärungsprozesse fördern durch Kommunikation und Auseinandersetzung.

5. Bereich Qualitätssicherung - Mitarbeiterqualifikation

- Die Träger der Psychosozialen Beratungsstellen tragen dafür Sorge, daß Mitarbeiter entsprechend den sich verändernden Bedingungen fachlich qualifiziert sind bzw. werden (z. B. entsprechend der Empfehlungsvereinbarung "Ambulante Rehabilitation")
- Unter dem Aspekt der Qualifizierung muß es für Mitarbeiter, je nach den Gegebenheiten einer Psychosozialen Beratungsstelle,

folgende Möglichkeiten geben:

- interne FB
 - externe FB
 - berufliche Fort- und Weiterbildung
 - Berufsausbildung
-
- Integraler Bestandteil der Mitarbeiterqualifizierung ist die Persönlichkeitsbildung, sowie der Aspekt, das eigene Handeln zu reflektieren und als Teil des kirchlichen Handelns zu begreifen.
 - Den Mitarbeitern muß die Möglichkeit gegeben werden, ihr berufliches Handeln zu reflektieren (z. B. Supervision).
 - Für einzelne Aufgabenbereiche muß ein klares Anforderungsprofil formuliert sein, an dem sich die Stellenbesetzung zu orientieren hat.
 - Es ist darauf zu achten, daß Mitarbeiter/-innen ihre Kenntnisse und Fähigkeiten bereichsübergreifend einsetzen können (z. B. AG's, Projekte)
 - Es muß sichergestellt werden, daß regelmäßige Gespräche zwischen leitenden Mitarbeitern und den Mitarbeitern der Psychosozialen Beratungsstelle stattfinden, die der Personalführung und Personalförderung dienen.

6. Bereich Qualitätssicherung - Dokumentationssystem

- Das Dokumentationssystem für die Psychosoziale Beratungsstelle ist Ebis-a in der jeweils aktuellsten Version.
- Jede Psychosoziale Beratungsstelle beteiligt sich an überregionalen Auswertungen.
- Für jeden Klienten mit längerfristigem Kontakt ist ein ganzheitlicher Förderplan (ggf. Therapieplan) zu erstellen und regelmäßig fortzuschreiben. Dabei ist eine gründliche anamnestiche und diagnostische Vorbereitung erforderlich.
- Als Verlaufs- und Überprüfungsinstrument sind regelmäßige Entwicklungs- und Therapieberichte zu erstellen.

- Die Dokumentationsinstrumente müssen den Erfordernissen des gesetzlichen und innerverbindlichen Datenschutzes Rechnung tragen.
- Daten werden nur insoweit erhoben, als sie für die Förderung des suchtkranken Menschen im Einzelfall erforderlich sind.

7. Bereich Qualitätssicherung - Wirtschaftlichkeit

- Jede Psychosoziale Beratungsstelle muß als oberste Zielsetzung eine klientenbezogene Ausrichtung des Haushaltsplanes verfolgen. Dabei muß die Qualität der Arbeit möglichst gesteigert, keinesfalls vermindert werden.
- Die Ermittlung des Gesamthaushaltsplanes einer Psychosozialen Beratungsstelle muß über die Aufstellung von begründeten Einzelbudgets erfolgen.
- Für die Einhaltung genehmigter Einzeletats sind kostenverantwortliche Mitarbeiter zu benennen. Ein differenziertes Controllingssystem soll die regelmäßige Überprüfung ermöglichen (Kostenstellenrechnung).
- Wirtschaftliches Handeln muß sich sowohl an ökonomischen, wie an ökologischen Erfordernissen orientieren.
- Die Psychosoziale Beratungsstelle muß auf allen Ebenen Maßnahmen zum wirtschaftlichen Handeln fördern, z. B. Vorschlagswesen, Energiesparmaßnahmen, Effektivitätssteigerung von Personaleinsatz etc.

8. Bereich Qualitätssicherung - räumliche, bauliche Voraussetzungen

- Das Raumkonzept ist regelmäßig auf zeitgemäße Standards hin zu überprüfen und anzupassen.
- In der Psychosozialen Beratungsstelle muß ein Raumkonzept vorliegen, das sich an den Bedürfnissen der suchtkranken Menschen, an den Arbeitsplatzbedingungen für die Mitarbeiter/-innen, an den gesetzlichen Bestimmungen und an der Gesamtkonzeption der Psychosozialen Beratungsstelle orientiert.

- Die suchtkranken Menschen sind im Rahmen ihrer persönlichen Möglichkeiten an der Gestaltung der genutzten Räume und ihres eigenen Lebensbereiches mit zu beteiligen (z. B. bei angegliederten Wohngruppen).

9. Bereich Qualitätssicherung - Außenkontakte

- Die Psychosoziale Beratungsstelle ist einem Spitzenverband angeschlossen, der für die fachliche Beratung zuständig ist und die Umsetzung der vereinbarten Standards (z. B. Rahmenkonzept) überprüft.
- Die Psychosoziale Beratungsstelle ist Teil eines regionalen Versorgungssystems und somit gehalten, die erforderlichen Kooperationsabsprachen zu treffen, regelmäßig zu überprüfen und anzupassen.
- Die Psychosoziale Beratungsstelle muß sich durch geeignete Maßnahmen und Veranstaltungen der Öffentlichkeit darstellen und ihre Arbeit transparent machen.
- In der Arbeit mit den suchtkranken Menschen müssen Angehörige, Betreuer und sonstige Bezugspersonen, soweit wie möglich und nötig, einbezogen werden.
- Die Bildung von Selbsthilfeinitiativen und -verbänden von suchtkranken Menschen und deren Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen ist zu initiieren und zu fördern.
Die Zusammenarbeit mit den Kreuzbundgruppen im Einzugsgebiet einer Beratungsstelle ist verbindlich zu regeln.
- Jede Psychosoziale Beratungsstelle hat im Rahmen ihrer Möglichkeiten den Einsatz von Laienhelfern zu prüfen.

**Bedingungsbeziehungen der Qualitätssicherung bei
beziehungsorientierten Dienstleistungen**



Zusammenfassung

- Qualitätssicherung als Struktur-, Prozeß und Ergebnisqualität vollzieht sich in den Bereichen Gemeindeorientierung, Konzeption, Klientenzentrierung, Organisationsentwicklung, Mitarbeiterqualifikation, Dokumentationssysteme, Wirtschaftlichkeit, räumliche/bauliche Voraussetzungen und Außenkontakte
- Ziel dieser Qualitätssicherung ist es, ein effizientes und qualitativ hochwertiges Hilfesystem zu schaffen, in dessen Mittelpunkt der Hilfesuchende steht und das die Menschenwürde aller am Hilfe-prozeß Beteiligter achtet und fördert.

Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe

Dr. Dieter Kunz, Frankfurt
Leiter des Therapiedorfes Villa Lilly

Vorbemerkung

Seit mehr als 25 Jahren bestehen in der Bundesrepublik Deutschland stationäre Einrichtungen zur Therapie Drogenabhängiger, deren Effektivität mittlerweile auch mit wissenschaftlichen Untersuchungen nachgewiesen ist (vgl. KAMPE u. KUNZ 1983). Während diese Einrichtungen in der Anfangszeit noch sehr unterschiedlich gestaltet und z.T. explizit einem nicht professionellen Selbsthilfemodell verpflichtet waren, so ist durch die Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Kranken- und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Empfehlungsvereinbarung "Sucht") von 1978 ein wesentlicher Einschnitt erfolgt, da nunmehr Standards festgelegt wurden.

In diesen Empfehlungsvereinbarungen und der dazugehörigen Anlage 1 sind die sächlichen und personellen Voraussetzungen, die inhaltlichen Merkmale und Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die zur Anerkennung von Einrichtungen zur Durchführung der medizinischen Rehabilitation bei Suchtkranken vorausgesetzt werden, beschrieben. Die in den Empfehlungsvereinbarungen formulierten Bedingungen wurden seit 1978 nach und nach umgesetzt. So werden nun auch seit einigen Jahren Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die nach SGB V §§ 135 ff vorgeschrieben sind, gefordert. Seit 1994 wird das Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger ("5-Punkte-Programm") von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) in den Rehabilitationseinrichtungen eingeführt.

Wenn Maßnahmen zur Qualitätssicherung bereits seit mehr als 15 Jahren gefordert werden, stellt sich die Frage, warum erst in den letzten Jahren dieses Thema in den Vordergrund rückt. Es erscheinen uns drei Begründungskomplexe relevant zu sein:

1. In Zeiten knapper werdender Ressourcen stellt sich die Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis in verschärfter Form. Es ent-

steht der Eindruck, daß man sich von Qualitätssicherungsmaßnahmen Steigerungen der Effektivität ohne Mehrkosten erhofft. Es ist nicht verwunderlich, daß das Thema Qualitätssicherung in der freien Wirtschaft zuerst diskutiert wurde; die wichtige Literatur, die es zu dem Themenbereich gibt, stammt ebenso aus diesem Bereich wie die bedeutsamen Qualifizierungsmodelle ISO 9004 oder EFQM (European Foundation for Quality Management).

2. Der Aufbau von Drogenhilfeeinrichtungen ist aus dem Pionierstadium in eine Phase der Konsolidierung übergegangen. Es liegen mittlerweile viele Erfahrungen aus der stationären Entwöhnung Suchtkranker vor, die eine Überprüfung ihrer Qualität und eine Weiterentwicklung ihrer fachlichen Arbeit möglich machen.
3. Wie bereits erwähnt, ist im Sozialgesetzbuch festgeschrieben, daß sich Rehabilitationseinrichtungen an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen haben. Die Maßnahmen sollen sich auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse erstrecken und so durchgeführt werden, daß vergleichende Prüfungen möglich sind. Nähere Einzelheiten kann das Gesetz nicht spezifisch regeln, wobei allerdings ein weiter Raum für den Kreis der Beteiligten an Qualitätssicherungsmaßnahmen angedeutet wird.

In einer ersten Umsetzung wird nun aber das Reha-Qualitätssicherungsprogramm durch die BfA unterschiedslos für die unterschiedlichen Anwendungsbereiche der Rehabilitation angewendet.

Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger

Das Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger, durchgeführt von der BfA, besteht im Blick auf Suchtkrankenbehandlung im wesentlichen in einer Prüfung. Diese Prüfung bezieht sich auf die in der Empfehlungsvereinbarung "Sucht" formulierten Forderungen hinsichtlich der medizinischen Rehabilitationsleistungen. Ein derartiges Qualitätssicherungsprogramm ist im wesentlichen ein Qualitätskontrollprogramm, das wenig zur Weiterentwicklung und Innovation der fachlichen Arbeit und somit zur Qualitätsentwicklung beiträgt. Eine inhaltliche Kritik zu dem Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger ist denn auch nicht ausgeblie-

ben. In dem Positionspapier des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe und des Fachverbandes "Sucht" vom Januar 1995 sind die wesentlichen Kritikpunkte dargestellt, die hier aufgegriffen und zum Teil ergänzt werden sollen.

Klinikkonzept (Programmpunkt 1)

In diesem Programmpunkt geht es darum, dem Leistungsträger neben dem Konzept jährlich die wesentlichen Änderungen zu Indikationen, Behandlungszielen sowie den diagnostischen und therapeutischen Leistungen anzuzeigen. So ist auch die klinikinterne Organisationsstruktur sowie die Integration und Vernetzung mit anderen Versorgungseinrichtungen darzustellen.

Dieser Programmpunkt bewirkt keine wesentlichen Neuerungen, da die geforderten detaillierten Angaben zu Indikation, Diagnostik, therapeutischen Leistungen etc. in der Regel in den Therapiekonzeptionen der Fachkliniken ausgewiesen sind und bereits entsprechend dokumentiert werden.

Patiententherapiepläne (Programmpunkt 2)

Hier wird gefordert, die Therapieschemen für die in der Klinik behandelten Patientengruppen darzustellen; gemeint sind damit die Diagnosen und Funktionsstörungen, therapierelativen Merkmale, Behandlungsziele, Aufenthaltsdauer entsprechend der Anzahl der Wochenpläne und insbesondere die therapeutischen Leistungen. Diese sind entsprechend einem noch zu erstellenden Klassifikationssystem Therapeutischer Leistungen (KTL), in dem Angaben zu Art und Anzahl, Dauer der einzelnen Leistungen, Einzel-/Gruppenbehandlung und der zeitlichen Abfolge über den Behandlungsverlauf enthalten sind, zu dokumentieren. Das vom Leistungsträger beabsichtigte Klassifikationsverzeichnis für therapeutische Leistungen (KTL) birgt zum einen die Gefahr einer Einschränkung der therapeutischen Leistungen durch Normierung und Vorschriften, die eine Individualisierung der Behandlung erschweren. Zum anderen läßt sich gerade im psychotherapeutischen Bereich eine derartige Normierung nicht erreichen. Die Vielfalt therapeutisch sinnvoller Verfahren läßt sich durch wissenschaftliche Untersuchungen und klinische Erfahrungen bestätigen (vgl. GRAWE, DONATI und BERNAUER 1994)

Wichtige therapeutische Bedingungen hingegen wie z.B. das Klima einer Einrichtung, die Beteiligung der Klienten an der Behandlung (Selbstorganisation und Selbständigkeitsprozesse) werden vom Kontrollsystem der Rentenversicherungsträger überhaupt nicht erfaßt. Hinzu kommt, daß es geradezu kennzeichnend für stationäre Drogentherapie ist, daß vom interdependenten Zusammenwirken einer Vielzahl therapierelevanter Faktoren ausgegangen werden muß. Entscheidendes Qualitätsmerkmal von Maßnahmen zur Suchtentwöhnung sind die Integration eines interdisziplinär zu erbringenden Leistungsangebotes, das die bloße Addition von Leistungen, die man nach dem Klassifikationssystem therapeutischer Leistungen erwarten könnte, überschreitet.

Qualitäts-Screening (Programmpunkt 3)

In diesem Zusammenhang werden folgende Dokumentationsanforderungen gestellt,

- Erhebungsbogen zum Qualitätsscreening,
- Kopie des ärztlichen Entlassungsberichtes,
- Auflistung der durchgeführten therapeutischen Leistungen über die gesamte Rehabilitationsdauer.

Der Erhebungsbogen zum Qualitätsscreening enthält die angewendeten diagnostischen Maßnahmen, die durchgeführten therapeutischen Leistungen, die angestrebten Therapieziele, die Einschätzung, inwieweit diese Therapieziele erreicht worden sind und Begründungen für das Nichterreichen dieser Ziele. Die Frage bleibt offen, wie das Nichterreichen der Ziele festgestellt und erhoben werden soll.

Die von der BfA vorgelegten Erhebungsbögen zum Qualitäts-Screening sind für die stationäre Rehabilitation Suchtkranker wenig tauglich, da durch die Auflistung der durchgeführten therapeutischen Leistungen wenig Erkenntnisgewinn für eine Entwicklung und Fortschreibung der Behandlung entsteht. Darüberhinaus ist wenig in der Forschung darüber bekannt, welche Patientengruppen bei welchen Verfahren erfolgreich sind (vgl. KÜFNER 1994). An diesem Programmpunkt wird das geringe Innovationspotential für Qualitätsentwicklung offenkundig.

Patientenbefragungen (Programmpunkt 4)

Solche Befragungen sind im Zusammenhang einer sich mehr und mehr durchsetzenden Kundenorientierung der Arbeit durchaus sinnvoll, sollten allerdings über die in den Fragebögen erhobenen allgemeinen Fragestellung hinausgehen. Eine einfache Bewertung in Form einer Benotung der Rehaklinik, der Verpflegung, des ärztlichen und psychologischen Bereiches usw. reicht nicht aus, um die spezifischen Therapiesettings in Suchteinrichtungen zu erfassen. Therapeutisches Klima einer Einrichtung und Effektivität der Behandlung werden anders gemessen als mit solch einfachen, arbeitsaufwendigen Kontrollinstrumenten.

Qualitätszirkel (Programmpunkt 5)

Hier wird gefordert, daß sowohl auf einer internen, wie auf einer klinikübergreifenden Ebene regelmäßige Treffen stattfinden. Die Rentenversicherungsträger fordern Unterrichtung über Konzept und erzielte Ergebnisse der Qualitätszirkel.

Zunächst einmal ist anzumerken, daß interdisziplinäre Zusammenarbeit, auch in projektbezogenen Arbeitsgruppen, eine Arbeitsform ist, die sich in Fachkliniken für Suchtkranke seit vielen Jahren bewährt hat.

Darüber hinaus haben solche Einrichtungen eine große Erfahrung in der Teamarbeit. Konferenzen, Teamsitzungen und Supervision sind auch Instrumente zur internen Qualitätssicherung, da sie problemlösungsorientiert unterschiedliche Ebenen einbeziehen z.B. fallorientiert, einrichtungsintern, organisationsbezogen. Es stellt sich die Frage, inwiefern regionale, überregionale, verbandsbezogene oder sonstige Besprechungen, innerhalb deren Probleme dargestellt und Lösungsversuche entworfen werden, gegenüber den Leistungsträgern offengelegt werden können. Hier gibt es datenschutzrechtliche Bedenken, aber auch Bedenken hinsichtlich der Effizienz, wenn solche Besprechungen der Kontrolle durch Leistungsträger unterliegen; denn Kontrolle setzt Innovationskräfte nicht frei, sondern behindert Verantwortungsübernahme.

Qualitätsentwicklung in der Einrichtungspraxis

Wie kann nun der Praktiker in der stationären Rehabilitation mit den von den verschiedenen Seiten gestellten Forderungen nach Qualitätssicherung, den angebotenen Modellen usw. umgehen bzw. wie kann die Praxis selbst ihre Erfordernisse formulieren und sich im Prozeß von Qualitätssicherungsmaßnahmen Geltung verschaffen ?

Es ist für die Praxis von entscheidender Bedeutung, daß sie sich endlich aufmacht, ihre Qualitätsstandards zu entwickeln.

Es geht darum, diejenigen, die die Arbeit vor Ort am Patienten machen, in den Prozeß der Qualitätssicherung einzubeziehen. Konzepte wie Total Quality Management fordern, daß Qualitätssicherungsmaßnahmen nur eingeführt werden sollen und auch nur dann funktionieren, wenn alle Ebenen einbezogen werden, d.h. wenn die Betroffenen Beteiligte sind. Denn die relevanten Informationen über Therapie werden an der Basis erzeugt.

Auszugehen ist wohl davon, daß Qualitätsmanagement etwas Umfassendes ist und so wird es auch mittlerweile begriffen.

Es beinhaltet

- Evaluation im klassischen Sinne mit Bedarfs-, Prozeß- und Outcome-Evaluation,
- Überprüfung und Fortentwicklung von Einrichtungsstrukturen -organisation und Verfahrensabläufen,
- Personalentwicklung,
- Sicherstellung der Zufriedenheit der unterschiedlichsten Kunden (vermittelnde Stellen, Patienten, Leistungsträger, Eltern etc.).

Dies alles zusammen versteht man unter Total-Quality-Management, d.h. Qualitätssicherung auf den verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Zusammenhängen eines Dienstleistungsbetriebes. Das Anliegen ist immer, Qualität zu fördern (Fachverband Sucht e.V., 1995).

Was ist Qualität ?

Qualität läßt sich ganz unterschiedlich definieren (vgl. für zahlreiche Definitionen, KAMINSKE und BAUER 1993).

In dieser Arbeit soll Qualität aufgefaßt werden als das Ergebnis von Prozessen der Zusammenarbeit unterschiedlichster mit der Rehabilitation befaßter Berufsgruppen, in denen sich die Beteiligten auf be-

stimmte Theorien und Sichtweisen und entsprechende Problemlösungen und Maßnahmen einigen, um die Ergebnisse ihrer Arbeit zu verbessern. Daraus ergibt sich für die Qualitätssicherung, daß klar gestellt werden muß, wie dieser Prozeß initiiert, gesteuert, dokumentiert, überprüft und wie Ergebnisse erreicht werden.

Ein Übersichtsschema für Qualitätssicherungsmaßnahmen, in dem als Ausgangspunkt Strukturmerkmale stationärer Rehabilitationseinrichtungen aufeinander bezogen werden, soll die Orientierung erleichtern.

Abbildung: "Strukturmerkmale stationärer Rehabilitationseinrichtungen"

Es handelt sich hierbei um ein organigraphisch dargestelltes Modell, das den Aufbau und die Entwicklungsaufgaben einer Einrichtung in organisatorischer Hinsicht erfaßt. Qualitätssicherung muß zum einen alle Ebenen berücksichtigen und darüber hinaus die Verbindung und damit die Prozesse zwischen den verschiedenen Ebenen zu optimieren versuchen. Dieses Ablaufschema macht deutlich, daß Qualitätssicherung einerseits einrichtungsspezifisch geplant und durchgeführt werden muß, und andererseits Qualitätssicherung ausschließlich Mittel zum Zweck ist, die Qualität der Arbeit weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Anhand dieses Strukturmodelles mit Rückkopplungsschleifen kann jede Einrichtung für sich die notwendigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung definieren und mögliche Auswirkungen solcher Maßnahmen im vorhinein abschätzen; d.h. Komplexität wird reduziert durch die Erwartbarkeit von Konsequenzen.

Einige Möglichkeiten der Qualitätssicherung sollen hier im Zusammenhang der Darstellung der Elemente des Übersichtsschemas angedeutet werden:

- Konzeption mit Angabe der Zielgruppe, Ziele, Indikationsstellungen, Diagnostik etc.,
- Organisation mit Raumplanung, Stellenplan, Verantwortungszuschreibung,

- Zeitplanung mit Tagesplan, Wochenplan, Dienstplan etc.,
- Behandlungsangebote;

Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen von Diagnostik und Therapie sollen hier beispielhaft beschrieben werden.

In den stationären Einrichtungen des Therapieverbundes Jugendberatung und Jugendhilfe wird eine standardisierte Diagnostik eingeführt, die u.a. eine deutsche Version des Addiction Severity Index enthält. In dieser Problemerkhebung werden Schwierigkeiten von Klienten in mehreren Bereichen standardisiert erfaßt, was eine Voraussetzung für deren Bearbeitung ist. Darüber hinaus werden die Klienten/-innen aufgefordert, den Behandlungsbedarf ihrer Probleme und deren Schwere einzuschätzen. Damit werden die Klienten unmittelbar selbst an der Planung ihrer Rehabilitation beteiligt.

Dies ist z.B. eine Voraussetzung dafür, im nachhinein Patientenbefragungen hinsichtlich der Effektivität von Behandlung sinnvoll durchführen zu können.

Als ein besonderes therapeutisches Angebot für Drogenabhängige wird in den o.g. Einrichtungen ein Trainingsprogramm zur Rückfallprävention durchgeführt. Dieses Trainingsprogramm wurde im Rahmen eines Forschungsprojektes evaluiert und soll die Klienten befähigen, ihre suchtspezifischen Probleme besser bewältigen zu lernen.

Dies sind nur zwei Beispiele für eine einrichtungsspezifische, aber auch in andere Bereiche übertragbare, standardisierte Form von Qualitätssicherungsmaßnahmen.

- Dokumentation,
- Teamsitzungen,
- Außenbezüge der Einrichtung.

Die wesentlichste Frage, die sich hieran anschließt, besteht darin, inwiefern auf den verschiedenen Ebenen Standardisierungen für Maßnahmen der Qualitätssicherung angestrebt werden können und sollen. Ganz explizit gehen einige Qualifizierungsmodelle (z.B. ISO 9004) von einer Standardisierung von Prozessen aus, die zu einer Zertifizierung führen. Damit geht man zwar über Qualitätskontrolle

hinaus hin zu einem Konzept von Qualitätssicherung, allerdings sehen wir die Möglichkeiten einer Qualitätsfortentwicklung damit nicht ausreichend gegeben.

Zertifizierung ist in vielen Bereichen der Produktion im Sinne einer Sicherung von Standards möglich. Im therapeutischen Bereich können zwar Ausbildungsstandards mit Zertifikaten gesichert werden, aber wie ein Arbeiterteam ein therapeutisches Klima in einer Einrichtung aufrecht erhält, kann damit nicht erfaßt werden. Auch in diesem Zusammenhang sehen wir die Möglichkeit einer Qualitätsfortentwicklung durch Zertifizierungskontrolle nicht ausreichend gegeben.

Wichtig erscheint hingegen, daß einrichtungsinterne und einrichtungsübergreifende Probleme erkannt und Lösungsprozesse initiiert werden. Wann z.B. müssen sich die Praktiker fragen lassen, hat man begonnen, sich um die Verschuldung der Klienten zu kümmern. Problemerkennung und Problemlösung sichern eine Weiterentwicklung der Qualität der Einrichtungen.

Vor diesem Hintergrund erscheint das Verfahren der European Foundation for Quality Management - Selbstbewertung - am erfolgversprechendsten. Zu den Gründungsmitgliedern der EFQM gehören namhafte Firmen wie z.B.: Robert Bosch, Ciba Geigy, Fiat, Nestle AG, Phillips, Renault, Volkswagen AG. Das europäische Modell für umfassendes Qualitätsmanagement bildet einen grundlegenden Rahmen für die Durchführung einer kontrollierten Selbstbewertung. Dieses Modell besteht aus 9 Elementen, die aufeinander bezogen werden:

Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit und Auswirkungen auf die Gesellschaft werden nach diesem Modell erzielt durch Führung, welche Politik und Strategie, Mitarbeiterführung, Ressourcen und Prozesse lenkt, was schließlich zu Geschäftsergebnissen, hier im Sinne von therapeutische Effektivität, führt.

Jedes dieser 9 Elemente wird in einem Diskursprozeß bewertet, so daß sich daraus eine Einschätzung des Istzustandes ergibt, der Hinweis auf bereichsspezifische Verbesserungen und Entwicklungserfordernisse zuläßt.

Dieses Verfahren kann auf den unterschiedlichsten Ebenen der Organisation angesiedelt werden und zwar sowohl einrichtungsintern, als auch einrichtungsübergreifend.

Darüber hinaus müssen spezifische Fragestellungen, die sich aus derartigen Bewertungsprozessen ableiten lassen, anhand wissenschaftlicher Untersuchungen überprüft werden.

Dementsprechend besteht Qualitätssicherung im Rahmen einer stationären Rehabilitationseinrichtung für Drogenabhängige aus drei komplexen Prozessen:

1. Implementierung eines einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Erhebungsinstrumentariums, das rationale Beurteilungen und Bewertungen zuläßt und Erfordernisse für Entwicklung aufzeigt. Nicht umsonst lautet der Untertitel eines der wichtigsten Bücher in der Psychotherapie: "Von der Konfession zur Profession".
2. Befähigung der Mitarbeiter/-innen in allen qualitätsrelevanten Bereichen: Mitarbeiterführung, Politik und Strategie (Zwecke, Werte und Leitbilder der Arbeit), Ressourcennutzung (z.B. Informationen ausnutzen, technologische Entwicklungen berücksichtigen), Klärung von Verfahren und Prozeßabläufen usw..
3. Entwicklung und wissenschaftliche Untersuchung von standardisierbaren Diagnose-, Indikations- und Behandlungsverfahren, sowie deren Dokumentation.

Schlußbemerkung:

Wie beurteilen Mitarbeiter von stationären Rehabilitationseinrichtungen für Drogenabhängige die Elemente von EFQM ?

Es stellt sich die Frage, wie die Mitarbeiter von stationären Drogentherapieeinrichtungen im Vergleich zu Mitarbeitern in der freien Wirtschaft die 9 Elemente des EFQM in ihrer Relevanz bewerten. Zur Beantwortung dieser Frage haben wir in mehreren Arbeitsgruppen Mitarbeiter, die im Bereich der Drogentherapie tätig sind, diese Elemente in ihrer Wichtigkeit einschätzen lassen. In der Rangfolge dieser Bewertungen stellen wir die 9 Elemente vor. In Klammer ist der prozentuale Anteil nach Einschätzung der EFQM-Entwickler angegeben:

1. Kundenzufriedenheit (20%), welchen Eindruck externe Kunden vom Unternehmen und dessen Produkten und Dienstleistungen haben;
2. Geschäftsergebnisse (15%), was das Unternehmen in Bezug auf seine geplante betriebliche Leistung erreicht, sowohl in finanzieller, als auch in nicht finanzieller Hinsicht;
3. Mitarbeiterzufriedenheit (9%), wie die Mitarbeiter ihr Unternehmen empfinden;
4. Ressourcen (9%), Management, Einsatz und Erhaltung von Ressourcen;
5. Prozesse (14%), wie werden Prozesse identifiziert, überprüft und ggf. geändert, um eine kontinuierliche Verbesserung der Geschäftstätigkeit zu gewährleisten;
6. Politik und Strategie (8%), Zwecke, Werte, Leitbild und strategische Ausrichtung des Unternehmens, sowie Art und Weise seiner Realisierung durch das Unternehmen;
7. Mitarbeiterführung (9%), Führung der Mitarbeiter des Unternehmens, wie das Unternehmen, das gesamte Potential seiner Mitarbeiter freisetzt, um seine Geschäftstätigkeit ständig zu verbessern;
8. Führung (10%), das Verhalten aller Führungskräfte, um das Unternehmen zu umfassender Qualität zu führen;
9. Auswirkungen auf die Gesellschaft (6%), welchen Eindruck die Öffentlichkeit insgesamt von dem Unternehmen hat.

Wie man sieht, auch die Mitarbeiter in Drogentherapieeinrichtungen beurteilen die wichtigsten Zielsetzungen nicht sehr verschieden von Mitarbeitern in der freien Wirtschaft und Leistungsträgern. Es besteht gar kein Grund, daß Mitarbeiter nicht selbstkritisch genug sind, ihre Arbeit einzuschätzen. Aber wenn sich Qualitätssicherung lediglich auf Kontrolle bezieht, werden dadurch nur die Maßnahmen der Gegenkontrolle optimiert, z.B. Ergebnisse werden verschleiert, Dokumentationen verfälscht.

Literatur

KAMPE und KUNZ: Was leistet Drogentherapie ? Beltz 1983.

Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 20.11.1978, Kurz: Empfehlungsvereinbarung "Sucht".

Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung, Arbeitsmaterialien, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 1994.

Qualitätssicherung in der stationären Suchtkrankenhilfe. Positionspapier des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe ("buss"), Kassel und des Fachverbandes Sucht e.V. Bonn, 1995.

Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Beiträge des 7. Heidelberger Kongresses 1994, Neuland-Verlag, Geesthacht 1995.

KAMINSKE/BAUER: Qualitätsmanagement von A-Z. Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. Carl Hanser Verlag, München, Wien 1993.

GRAWE, K., DONATI, R., BERNAUER, F.; Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hovgreffe-Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1994.

KÜFNER, H. u.a.: Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen, Bayreuth 1994.

Qualitätsentwicklung innerhalb der Psychosozialen Betreuung im Rahmen der Substitutionsbehandlung von Hamburger Drogenabhängigen

Clemens Warns, Hamburg
Leiter des Fachverbandes Ambulante Therapie

Die Einrichtungen, die psychosoziale Betreuung für substituierte Drogenabhängige im Rahmen des "Hamburger Wegs" der Substitutionsbehandlung (vgl. WARNS 1994) anbieten, haben in den letzten sechs Jahren kontinuierlich die Qualität der Arbeit entwickelt. Dies geschah nicht in Abarbeitung eines längerfristig angelegten Plans; die einzelnen Schritte entwickelten sich vielmehr stetig neu aus dem Geflecht von externen Anforderungen, Trägerinteressen, Veränderungen im Klientel und der Weiterentwicklung der einrichtungseigenen Fachlichkeit.

Die einzelnen Elemente von Qualität bzw. Schritte der Qualitätsentwicklung werden im Folgenden knapp skizziert.

1. Finanzierung

1.1 Zuwendungsfinanzierung

Mit einem "Sockel" von Zuwendungsmitteln (ab 1989) wurde der Beginn der Arbeit ermöglicht und die Arbeit von Sondersituationen - wie etwa der langen Schönwetterperiode im Sommer 1992 - relativ unabhängig gemacht.

1.2 Einzelfallfinanzierung

Mit einer Einzelfallfinanzierung für intensive Einzel- und Gruppenbetreuung (ab 1989) wurde das Angebot "Psychosoziale Betreuung" sichergestellt; die beteiligten Träger waren in der Lage, kontinuierlich neue Betreuungskapazität zu schaffen, ohne dafür stets neu gesundheitspolitische und/oder haushaltsspolitische Entscheidungen herbeiführen zu müssen.

1.3 Differenzierung der Einzelfallfinanzierung

Die Einrichtungen tragen (ab Ende 1991) den Veränderungen im Klientel Rechnung: Neben der Intensivbetreuung werden von den Klientinnen auch andere Settings der Arbeit verlangt; entsprechend wird die Einzelfallfinanzierung modifiziert.

1.4 Einzelleistungsfinanzierung

Derzeit (in 1995) "experimentieren" Behörde und Einrichtungen mit einer Form strikter Einzelleistungsfinanzierung, wo alle einzelnen Leistungen an der Klientin und unmittelbar für die Klientin präzise erfaßt und nach festgelegten Regeln verrechnet werden. Der bürokratische Aufwand bescheidet diesem Ansatz wohl keine Zukunft, so daß für 1996 eine Mischfinanzierung wahrscheinlich wird aus

- Einzelleistungsfinanzierung,
- Leistungspaketpauschalen und
- bezahlter Zeit (Zuwendungsmittel).

1.5 Zusätzliche Zuwendungsmittel

Zusätzliche Mittel werden (ab 1993) zeitgebunden für sechs Monate dem Träger gegeben, der gerade eine neue Einrichtung schafft; so werden die Probleme auf der Einnahmenseite beim Aufbau einer neuen Einrichtung "abgefedert".

2. Konzeptualisierung

2.1 Einzelkonzeptionen

Die Einrichtungen haben (ab 1991) ihre Ansätze und Arbeitserfahrungen konzeptualisiert und in Konzeptionspapieren der Fachöffentlichkeit vorgestellt; dabei wurde jeweils besonderer Wert auf die Eigenständigkeit und die eigene Identität der Einrichtungen gelegt.

2.2 Therapeutische Orientierung

Die Einrichtungen konnten sich (im Herbst 1991) trotz deutlicher Unterschiede in der Praxis auf die Grundposition einigen, daß alle Beteiligten die Arbeit als eine therapeutische bzw. therapeutisch fundier-

te begreifen.

2.3 Therapeutische Qualifizierung

Die Träger der Einrichtungen verpflichten sich (definitiv ab 1994), die therapeutischen Mitarbeiterinnen der Einrichtungen langfristig therapeutisch auszubilden; insgesamt haben Mitte 1995 bereits über 50 % der Mitarbeiterinnen eine therapeutische Zusatzausbildung aufgenommen.

2.4 Qualifizierte Supervision

Alle Teams nehmen kontinuierlich an qualifizierter Supervision teil; die Supervision erfolgt auf der Basis der therapeutischen Grundposition der Einrichtungen.

2.5 Externe Evaluation

Finanziert durch die Behörde wird die Substitutionsbehandlung einschließlich der psychosozialen Betreuung (seit 1990) extern beforscht; die Ergebnisse sind inzwischen vorgelegt (RASCHKE 1994).

2.6 Individualisierung

Unter anderem eine liberalere Handhabung der Indikationsbestimmungen des Hamburger Methadon-Vertrags (ab 1992) führt zu Veränderungen im Klientel der Einrichtungen; diesen Veränderungen wird durch eine Verbreiterung der Angebotspalette und eine Individualisierung des Betreuungssettings Rechnung getragen.

2.7 Identitätsentwicklung

Die Einrichtungen bemühen sich (ab 1993) verstärkt um ein eigenes "Gesicht", um die Ausprägung einer einrichtungsspezifischen Mikrokultur, die für die Klientinnen unverwechselbar wird und damit bindungsstiftend wirkt.

2.8 Regionalisierung

Waren die ersten Einrichtungen zentral auf den gesamten Hamburger Stadtstaat ausgerichtet, bilden sich nun (ab 1992) Einrichtungen mit ausgeprägter Gemeindeorientierung.

2.9 Inhaltliche Schwerpunkte

Zusätzlich beginnen die Einrichtungen (ab 1994), inhaltliche Schwerpunkte zu bilden; so orientiert sich beispielsweise ein Team auf Frauen, schwangere Frauen, Mütter und Väter.

2.10 Rahmenkonzeption

Alle Einrichtungen verständigen sich (in 1995) darauf, eine gemeinsame Rahmenkonzeption entwerfen zu wollen, deren Zweck es sein soll, von allen Einrichtungen geteilte Standards zu formulieren.

3. Strukturierung

3.1 Fachverband

Die Träger der Einrichtungen, die psychosoziale Betreuung anbieten und über Einzelfallfinanzierung abrechnen, sind (seit 1989) in einem Fachverband mit der Rechtsform eines eingetragenen Vereins zusammengeschlossen.

War dies ursprünglich ein Zusammenschluß zur Bündelung ökonomischer Interessen, so ist in den letzten Jahren eine Entwicklung eingetreten, die die Bezeichnung Fachverband gerechtfertigt erscheinen läßt.

3.2 Teamentwicklung

Inzwischen (seit 1994) haben alle Einrichtungen Teamleiterinnen bzw. Teamkoordinatorinnen benannt, so daß - über die Ebene der Träger-Repräsentanten hinaus - Ansprechpartner für die Praxis der Arbeit vorhanden sind.

3.3 Fachtreffen

Trägervertreter und Einrichtungsvertreter treffen sich (seit 1994) regelmäßig (mind. vierteljährlich), um Fragen der Praxis und auch die Vernetzung: Fragen der Praxis mit der Konzeptualisierung oder mit der Finanzierungsform zu erörtern und abzugleichen.

3.4 Interne Kontrolle

Der Fachverband arbeitet (derzeit) an einer Positionsbestimmung,

welche Belange durch den Fachverband, welche durch die Behörde und welche durch die Träger kontrolliert werden.

Literatur

RASCHKE, P.: Substitutionstherapie. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg (Lambertus) 1994.

WARNS, C.: Psychosoziale Betreuung im Rahmen der Substitutionsbehandlung von Hamburger Drogenabhängigen. In: Fachverband Drogen und Rauschmittel (Hg.): Sucht - Macht - Angst. Dokumentation zum 15. Bundesdrogenkongreß. Geesthach (Neuland) 1994.

Bericht des Projektes "Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in NW"

Vortrag, 4. Westf. Arbeitstagung der Drogenhilfe des LWL, Herbern, 04. Juni 1996

Carmen Pursche, Münster

Die nunmehr ein Jahr zurückliegende Fachtagung des LWL in Heek "Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe" kann als Ausgangsbasis für das Projekt gesehen werden. Denn hier wurden thematisch grundlegende Referate gehalten und Diskussionen geführt, die in der Projektvorbereitung ihren Niederschlag fanden. Nach Planung, Antragstellung und Bewilligung durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales erfolgten die Stellenbesetzung und letzte vorbereitende Schritte. Das Projekt läuft seit dem 01.01.1996 bis zum 30.09.1998.

In den ersten Monaten der Vorbereitungsphase fand die Ihnen bekannte Ausschreibung zur Bewerbung als eine von sechs Modelleinrichtungen statt. Ein namentlich benannter Beirat wurde ins Leben gerufen und die organisatorische Verankerung in den Landschaftsverbänden gesichert. Die Projektplanung fand und findet in enger Abstimmung mit der Landesregierung statt.

Es haben sich insgesamt 39 Einrichtungen beworben, eine erfreuliche Anzahl, mit der nicht unbedingt zu rechnen war; sieben davon sind als Erprobungseinrichtung letztendlich ausgewählt worden. Die nunmehr festgelegten Beratungsstellen haben wir analog der breiten Angebotsstreuung nach den bekannten Kriterien ausgewählt (Art der Suchtmittel, städtisches / ländliches Milieu, Ballungsraum, niedrig- und hochschwelliges Angebot, große / mittlere / kleine Einrichtung). Daneben ist die Verteilung auf die Landesteile und - soweit irgend möglich - auf die im Lande vertretenen Träger berücksichtigt. Die Projektgruppe setzt sich wie folgt zusammen:

- Beratungsstelle Krisenladen, Herdecke, Arbeiterwohlfahrt
- DROBS Dortmund, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Stadt Duisburg, Jugendamt / Drogenberatung
- Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle / Jugend- und Drogenberatungsstelle Paderborn im Diözesan Caritasverband

- Psychosoziale Sucht- und Drogenberatung des Caritasverbandes für den Oberbergischen Kreis e. V., Gummersbach
- Suchtberatungsstelle Remscheid des Diakonischen Werkes
- Suchtberatungs- und Behandlungsstelle des Diakonischen Werkes der Vereinigten Kirchenkreise Dortmund.

Auf was lassen sich die Einrichtungen nun ein? Im Rahmen der Bewerbungen galt eine offene Frage den Zielen, die jeweils mit der Teilnahme erreicht werden sollen. Die Rückmeldungen waren sehr vielfältig, können jedoch auf 10 Kernaussagen zusammengefaßt werden. Diese sind:

- * Bessere Dokumentation und EDV-Ausbau
- * Bestandsaufnahme in personeller, wirtschaftlicher und organisatorischer Hinsicht
- * Zielüberprüfung
- * Transparenz nach innen und außen
- * Reflexion der Arbeit und Erkennen der Fehler
- * Einleitung und Begleitung von Veränderungsprozessen, Steuerung von Verwaltungsabläufen und Teamarbeit
- * Schnelle und angemessene Reaktion auf Entwicklungsanforderungen in Bezug auf Klienten und Kostenträger
- * Entwicklung neuer Finanzierungsmodelle
- * Mitwirkung an Qualitätsmanagementzielen, Methoden und Instrumenten, die dem Bereich der ambulanten Suchtkrankenhilfe angemessen sind
- * Vorantreiben von Kooperation und Vernetzung.

Das alles soll geschehen unter dem Aspekt "voneinander und miteinander lernen und Neues entwickeln".

Nach den Zielen richten sich die Inhalte und Methoden aus. Die Fülle des Genannten wird von der Projektgruppe innerhalb der nächsten sechs Monate zu priorisieren sein. Daneben werden im Sinne von Qualitätsmanagement Indikatoren festzulegen sein, anhand derer die ambulante Suchtkrankenhilfe ihre Qualität messen kann. Der Zeitplan hierfür ist ein monatliches Leitungstreffen und Teamarbeit vor Ort, die noch erprobt werden muß, sowohl hinsichtlich des Zeitaufwandes als auch der möglichen Kooperation mit anderen Einrichtungen.

Das Projekt versteht sich als Orientierungsrahmen bei größtmöglicher Offenheit; jede Projekteinheit hat im Laufe der Zeit ihr eigenes Profil entwickelt. Es gilt die bisherige Arbeit zu würdigen, im nächsten Schritt

eine kritische Bestandsaufnahme durchzuführen und danach Soll (= Ziel) und Haben (= Istzustand) zu vergleichen sowie erste Schritte auf dem Weg zur Qualitätsentwicklung zu formulieren und zu erproben. Die Projektaufgabe hierbei wird sein, unter Beibehaltung der Vielfalt Gemeinsamkeiten zu definieren und Leitlinien der Arbeit zu entwickeln.

Für die inhaltliche Arbeit sind hier folgende Grundpfeiler maßgeblich:

- Wissenschaftlichkeit
- Wirksamkeit
- Wirtschaftlichkeit
- Wertschätzung.

Diese Kriterien sollen jeweils Meßlatte sowohl der Projektarbeit mit dem Thema Qualitätsmanagement als auch der Arbeit mit den Klienten sein. Sie bedingen einander kreislaufartig und sind in der Beachtung gleichwertig anzusehen.

Zur Wissenschaftlichkeit:

- a) Im Vorfeld wurde ich des öfteren gefragt, wo das Projekt denn theoretisch zu verorten sei, und woher die wissenschaftliche Akzeptanz komme. Diese grundlegende Frage habe ich sehr ernst genommen und mich auf die Suche gemacht. Inhaltlich gelandet bin ich bei E.F.Q.M., Brüssel. *Ich möchte an dieser Stelle direkt auf den Beitrag von U. Nabitz, Jellinek-Institut Amsterdam, verweisen.* Das hier vorgestellte Modell eines umfassenden Qualitätsmanagements ist die angemessene Variante auf den zu erfassenden Gegenstand "ambulante Suchtkrankenhilfe". Daneben wuchs die Erkenntnis, daß modernes Dokumentieren und Auswerten ohne EDV nicht mehr möglich ist. So wurden in der Frühphase des Projekts dankenswerterweise vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales zusätzliche Mittel für die Entwicklung einer speziellen projektbezogenen EDV zur Verfügung gestellt. Diese soll EBIS zur Grundlage haben, Verwaltungsarbeit erleichtern, zielorientiert Daten sammeln, internes Qualitätsmanagement meßbar machen sowie zu einer guten Außendarstellung beitragen. Darüber hinaus sollen auf diese Weise Aussagen zu projektspezifischen Fragen der Qualitätssicherung und -entwicklung getroffen werden.

- b) Das Stichwort Wissenschaftlichkeit in Bezug auf die Einrichtungen wird relevant bei der Betrachtung der Arbeitsweisen und der Behandlungsmethoden. Der offene und kollegial-kritische Austausch struktureller Daten unter potentiellen Konkurrenten ist nicht selbstverständlich und führt mit Sicherheit zu einer Qualitätssteigerung im ganzen im Sinne eines externen Qualitätszirkels.

Zur Wirksamkeit:

- a) Ob und wie Qualitätsmanagement in den Erprobungseinrichtungen wirkt, d. h., welche Auswirkungen meßbar oder möglicherweise vorerst spürbar sind, gehört zum Thema Selbstevaluation. Diese wird im Sinne von Entwicklung und Akzeptanz in zeitlichen Sequenzen stattfinden und wird ein Teilbereich der Projektergebnisse sein. Zu diesem Themenkomplex wird die Projektgruppe Unterstützung bekommen durch das Nahebringen von Organisationsentwicklung und Organisationspsychologie sowie eine Einführung in TQM, d. h. umfassendes Qualitätsmanagement, welches schon im niederländischen Gesundheitswesen erprobt ist.
- b) Ob und wie die Arbeit mit den Klienten wirkt, ist nach wie vor eine spannende Frage. Eine Möglichkeit, darüber mehr Erkenntnisse zu gewinnen, ist, den Klienten zu befragen; zum einen zu seiner Zufriedenheit, aber vielleicht auch darüber hinaus zu seiner Selbstbeobachtung und der Wirksamkeit von Interventionen. Ansätze in verschiedenen Formen sind vorhanden. Die Modelleinrichtungen werden hierzu Eigenes weiterentwickeln. Last not least ist dieses auch eine gute Nachweismöglichkeit für den Kostenträger, wenn es um das Darlegen der Ergebnisqualität geht.

Zur Wirtschaftlichkeit:

- a) Qualitätsmanagement wird allzu oft mißverstanden als ein Vehikel zur Kostendiskussion, Deckelung von Budgets oder externen Steuerung eines Unternehmens. Im Gegenzug muß bei aller Fachlichkeit zur Kenntnis genommen werden, daß die Hauptkostenträger, nämlich die Kommunen, am Rande ihrer Leistungsfähigkeit sind und reagieren. In diesem Zwiespalt bewegt sich auch das Projekt und muß diese Realität ständig im Auge behalten. Das heißt, auf Projektebene müssen sowohl betriebswirtschaftliche als auch volkswirtschaftliche Aspekte einfließen. Da Nutzer von Beratung und Therapie nur in beschränktem Umfang in der Lage sind,

die Qualität der Leistungen zu beurteilen, ergibt sich ein begründetes Interesse der Vertreter der Versicherungsgemeinschaften, auf die Einhaltung qualitativer Maßstäbe in der Suchtkrankenversorgung zu achten. Gleichermaßen sollen die Einrichtungen in die Lage versetzt werden, mit knappen Mitteln nicht nur gut zu haushalten, sondern ihre Qualität kontinuierlich zu steigern. Ich sehe hier realistischerweise eine Reihe von Problemen auf die Modellgruppe zukommen und erhoffe mir hilfreiche und kreative Lösungsansätze.

- b) Einrichtungsbezogen hat die Thematik des abgesicherten Haushalts immer eine ganz individuelle Vorgeschichte. Unabhängig von den ganz unterschiedlichen Verankerungen zwingt die Haushaltslage sämtlicher Finanziers ambulanter Suchtkrankenhilfe nunmehr zum Umdenken, wobei der Trend weg von Zuwendungen und hin zu Leistungsverträgen immer deutlicher wird. In der Modellgruppe soll die Entwicklung von Finanzierungsmodellen ihren Platz haben. An dieser Stelle erscheint es mir doch noch einmal wichtig, darauf hinzuweisen, daß der Sinn und Zweck einer jeden Beratungsstelle nur dann gewährleistet ist, wenn der Klient mit seiner Problematik und seinem Hilfeersuchen handlungsleitend bleibt.

Zur Wertschätzung:

Das System des TQM (Total Quality Management) gibt der Kundenzufriedenheit einen hohen Stellenwert. Kunde ist hierbei nicht nur der Klient, sondern in zweiter Linie Angehörige, Überweiser, kooperierende Stellen sowie Kostenträger. Wenn alle zufrieden sind mit der erbrachten Leistung, erfährt die Einrichtung Wertschätzung. Sorgen muß man sich dann nicht mehr machen. Die Auftragsbücher sind voll, die Warteliste lang, und derjenige, der für die Leistung zahlt, tut dieses mit der Überzeugung, daß diese gut und notwendig war.

Die Praxis der Suchtberatung sieht allerdings häufig anders aus: Rückfälle, Selbstentwertung als Persönlichkeitsmuster der Klienten, selten positive Rückmeldungen, z. T. destruktive bis aggressive Verhaltensweisen im Kreise der Klienten ziehen die motiviertesten Kollegen runter. In Supervisionen wird häufig der Sogcharakter deutlich. Die Streichung von Mitteln ohne inhaltliche Auseinandersetzung und die weiteren Aussichten diesbezüglich machen keinen Mut. Woher soll, auf das Projekt bezogen, die Wertschätzung kommen? Die Organisationsstruktur ist hierauf ausgerichtet gewählt worden als "interne Qualitätsentwicklung mit externer Abstimmung".

Die interne Qualitätssicherung fördert die Identifikation der Mitarbeiter mit ihren Zielen und Inhalten und läßt Spielraum für das persönliche Wertesystem. Nur wenn dieses ausreichend Beachtung findet, wird ein weiteres wichtiges Kriterium des TQM erfüllt, die Mitarbeiterzufriedenheit. Im Projekt wird dieses Thema behandelt. Die Grundhaltung, mein Arbeitsplatz ist wertvoll und die Arbeit befriedigend, gehört zum Standard einer guten Behandlungsqualität.

Die externe Abstimmung der Projektinhalte erfolgt durch den Beirat. Dieser versteht sich als ein Gremium im Dialog über die gemeinsamen Ansatzpunkte, Ziele und Merkmale von Qualitätsmanagement und deren Realisierbarkeit. Er ist außerdem das außenbezogene Forum und nimmt eine Multiplikatorenfunktion in der Fachöffentlichkeit wahr. Im Beirat werden Projektverlauf, Teilergebnisse und Vorgehensweisen diskutiert und beraten. Ziel ist ein hohes Maß an Akzeptanz, Unterstützung und eben Wertschätzung.

Das Projekt möchte nicht im Elfenbeinturm arbeiten sondern erhofft sich eine breite Basis aufgrund der Planung, so schnell wie möglich mit assoziierten Einrichtungen zusammenzuarbeiten. Für diesen Kreis möchte ich an dieser Stelle noch einmal Werbung machen. Bei der Erarbeitung von Leitlinien und Arbeitsbeschreibungen möchten wir auf das Know-How vieler Beratungsstellen zurückgreifen können. Gleichmaßen sollen die dem Projekt nahestehenden Einrichtungen von diesem auch schon profitieren können. Wie diese Zusammenarbeit konkret aussieht, wird sich in der Erprobungsphase festigen und ist abhängig vom Interesse und Engagement der Beteiligten.

Zusammenfassend möchte ich das Projekt methodisch als handlungsorientiert, inhaltlich klientenorientiert und wirtschaftlich ergebnisorientiert bezeichnen. Es ist der Anfang für einen auf Dauer anzulegenden Entwicklungsprozeß.

Ich glaube, daß im Lande eine gute Sucht- und Drogenarbeit geleistet wird, daß sie oftmals effektiver gestaltet werden kann und häufig auch auf allen Ebenen nicht genügend Wertschätzung erfährt. Dieses zu verändern und zu steigern, dazu möchte das Projekt beitragen.

Literatur:

1. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie: Überlegungen zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1/96, Tübingen
2. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) Suchtkrankenhilfe im Verbund. Eine kritische Bestandsaufnahme, Freiburg im Breisgau 1995
3. ÖHLSCHLÄGER, Rainer
Freie Wohlfahrtspflege im Aufbruch
Ein Managementkonzept für soziale Dienstleistungsorganisationen, Baden Baden 1995
4. ZIELKE, Manfred
Qualitätssicherung in der stationären Behandlung Abhängigkeitskranker: Qualitätssicherungsmodelle und deren Fragen in : Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG, Verhaltensmedizin Heute, Fachausschuß Sucht (Hrsg.) Heft 1/Mai 1994
5. ZINK, Klaus J. und BÄUERLE, Thomas
Qualitätsmanagement in Unternehmen
Ein Thema für die Personalentwicklung?
in: Arbeitgeber 20/46, 1994

