Pittrich W., Rometsch W., Winkler H. (Hrsg.)

# *EFQM in der ambulanten Suchtkrankenhilfe*

## *Konzepte, Analysen, Praxisbeispiele*

– Handbuch –
mit Instrumenten für die Durchführung
der Selbstbewertung nach EFQM

Forum Sucht
Band 31

ISSN 0942-2382



Landschaftsverband Westfalen-Lippe www.lwl.org

Herausgeber:

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

Koordinationsstelle Sucht
Leiter: Wolfgang Rometsch
Warendorfer Straße 25-27
48133 Münster
E-Mail: ks@lwl.org
Internet: www.lwl.org/ks

Redaktion: Hildegard Winkler
Layout: Lütke Fahle Seifert AGD, Münster
Druck: Joh. Burlage, Münster

1. Auflage
1. - 3.000

Münster 2002

© Landschaftsverband Westfalen-Lippe

# *EFQM in der ambulanten Suchtkrankenhilfe*

## *Konzepte, Analysen, Praxisbeispiele*

Handbuch
mit Instrumenten für die Durchführung
der Selbstbewertung nach EFQM

# Inhalt


## Vorworte

*Ministerialrat Dirk Lesser* ..... 7
Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen

*Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich* ..... 8
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

## Einführung

HILDEGARD WINKLER ..... 10

## Teil I – Konzepte und Analysen

### 1. Gesundheitsökonomie und Qualität

*Vernetzte Strukturen im Gesundheitswesen*
*Effektivität und Effizienz aus verschiedenen Perspektiven* ..... 14
PROF. DR. BERNHARD GÜNTERT

### 2. Konzepte des Qualitätsmanagements

*Das EFQM-Modell und die DIN EN ISO 9001:2000*
*Ein Vergleich der Konzepte* ..... 22
HILDEGARD WINKLER

*Das EFQM-Modell »Jellinek« – Ein Instrument zur strukturierten und systematischen Selbstbewertung des Qualitätsmanagements von Einrichtungen des Gesundheitswesens* ..... 36
UDO NABITZ, JAN WALBURG

*Qualitätsmanagement und Supervision*
*Die Hürden des Anfangens meistern* ..... 60
RONALD MEYER, KRISTINA SCHMID

*Mitarbeiterorientierung und »Mitarbeiterbezogene Ergebnisse«*
*Wie können Mitarbeiter/innen die Anforderungen »managen«?* ..... 70
CARMEN PURSCHE

## Teil II – Praxis des Qualitätsmanagements

### 3. Umsetzungsmodelle

*Das Projekt QM – Umsetzung des EFQM-Modells in der ambulanten Suchtkrankenhilfe NRW* ..... 74
KRISTINA SCHMID, HILDEGARD WINKLER

*DiakonieNetzwerk QualitätsEntwicklung*
*als Beispiel der Qualitätssicherung in der Diakonischen NRW* ..... 88
WOLFGANG SCHLIE

*Benchmarking – Ein Instrument des Qualitätsmanagements* ..... 91
HEINZ LUTTER

### 4. Leitfaden – EFQM in der ambulanten Suchtkrankenhilfe

*Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems nach dem Modell der EFQM* ..... 100
HILDEGARD WINKLER

**5. Praxisberichte**

*12 Jahre Qualitätsmanagement bei Jellinek* ..... 118
UDO NABITZ, JAN WALBURG

*Qualität ist kein Zufallsprodukt*
*QM in einer Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle* ..... 123
NORBERT BEINE

*Durchführung einer Selbstbewertungsmaßnahme nach EFQM in der Abteilung Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes Dortmund* ..... 130
DR. UTA ULBRICH

*Einführung eines systematischen Qualitätsmanagements im Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V.* ..... 138
EWALD WEHNER

*Die zertifizierte Beratungsstelle* ..... 141
JÜRGEN MÜHL

*Von der Pauschalfinanzierung zur pauschalierten Einzelfallfinanzierung – Herausforderung für EFQM* ..... 150
GERD ENGLER

*Auftakt zum Qualitätsmanagement in der Bielefelder Suchtkrankenhilfe*
*Qualitätsverbesserung in der Gremienarbeit* ..... 160
DR. GISBERT ULMER

**Ausblick**

*Perspektiven für den Qualitätsentwicklungsprozess in der ambulanten Suchthilfe NRW* ..... 164
WOLFGANG ROMETSCH

**Teil III – CD-ROM** ..... 170

*Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB – Version 2002*
PURSCHE / NABITZ / MÜHL / WINTERBERG / WINKLER

*Instrumente zur Umsetzung von Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe*
*Ergebnisse aus dem Projekt QM*

*EFQM Diagnose SB – Qualitätsbericht der Suchtberatungsstelle des Caritasverbandes für die Stadt Bonn e.V.*
UDO NABITZ, ACHIM SCHAEFER

*Literaturliste*

**Anhang**

*Autorenverzeichnis* ..... 174
*Ansprechpartner/innen und QM-erfahrene Einrichtungen in NRW* ..... 175

# *Vorwort von Ministerialrat Dirk Lesser*

## Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW

Sucht ist ein schwerwiegendes gesamtgesellschaftliches Problem. Sie führt zu erheblichen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Beeinträchtigungen bei den Betroffenen und damit auch zu nicht unerheblichen Belastungen unseres Gesundheits- und Sozialsystems. Angesichts von mehr als vier Millionen behandlungsbedürftigen Suchtkranken allein in Nordrhein-Westfalen wird deutlich, dass Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der unterschiedlichen Hilfeangebote im Hinblick auf ein effektives und effizientes Suchthilfesystem unverzichtbar sind.

Durch die Einführung eines Qualitätsmanagements in der ambulanten Suchtkrankenhilfe wird zugleich die weitere Differenzierung und Vernetzung unseres Suchthilfesystems unterstützt und damit – entsprechend der Zielsetzung unseres Landesprogramms gegen Sucht – die Chance verbessert, ein suchtfreies Leben in unserem Land zu führen.

Qualitätssicherungsmaßnahmen haben im Bereich der Prävention und Hilfen für suchtkranke Menschen in Nordrhein-Westfalen schon von jeher einen hohen Stellenwert. In dem im Jahre 1998 verabschiedeten Landesprogramm gegen Sucht sind sie an exponierter Stelle aufgeführt. Sie sind fester Bestandteil der Grundsätze der Sucht- und Drogenpolitik der Landesregierung. Zielvorgabe ist hier die Entwicklung von einheitlichen Qualitätsstandards, die als Grundlage für die Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Präventions- und Hilfeangebote dienen.

Seit 1995 hat das Land den Aufbau eines Qualitätsmanagements in der ambulanten Suchtkrankenhilfe im Rahmen eines Modellprojektes gefördert. Mit maßgeblicher Unterstützung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe wurde ein speziell auf die Belange der ambulanten Suchtkrankenhilfe ausgerichtetes praxisorientiertes Qualitätsmanagement-System entwickelt und erprobt. Damit wurde zugleich der Boden für die in Zukunft möglichst flächendeckende Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen geschaffen und der Weg zu einem leistungsfähigen Suchthilfesystem geebnet.

Diese Maßnahmen tragen entscheidend zur Erhöhung der Nutzerzufriedenheit, des Hilfeerfolgs und zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung bei. Von den Qualitätsbemühungen profitiert jedoch auch die ambulante Suchtkrankenhilfe selbst in vielfältiger Weise. Zu erwarten sind neben einer Optimierung der Arbeitsabläufe in den Einrichtungen und einer Entschärfung von Konfliktpotenzialen eine Verbesserung von Transparenz und Vernetzung der differenzierten Hilfeangebote auf der örtlichen Ebene.

Durch das Modellprojekt wurde der Qualitätsentwicklungsprozess im Suchthilfebereich erheblich vorangetrieben. Nunmehr gilt es, diesen Prozess auf der örtlichen Ebene fortzusetzen. Das vorliegende Handbuch kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Ich hoffe, dass es eine große Verbreitung in unserem Land findet. ■

*Dirk Lesser*
Leiter des Referats
»Sucht- und Drogenpolitik/AIDS«
Ministerium für Gesundheit, Soziales,
Frauen und Familie des Landes NRW

# *Vorwort von Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich*

## Dezernent der Gesundheitsabteilung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe

Ich freue mich, dass wir unsere Erfahrungen und Konzepte des Qualitätsmanagements in der Suchtkrankenhilfe veröffentlichen und mit der Hoffnung auf zukünftige tragfähige Entwicklungen verbinden können.

Als wir vor etwa sechs Jahren im Rahmen der Fortbildungsveranstaltungen unserer Koordinationsstelle Sucht Qualitätsmanagement zum Thema machten, ahnten wir nicht, dass dies der Beginn einer Erfolgsgeschichte wurde. Die ambulante Suchtkrankenhilfe erlebte sich nur allzu oft durch Einsparzwänge in ihren Hilfsmöglichkeiten drastisch eingeschränkt. Überlebensängste förderten Abgrenzungstendenzen gegenüber vergleichbaren Diensten anderer Träger und Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement wurde vor allem als ein Instrument angesehen, mit dem Kosten gesenkt und Personal freigesetzt werden sollte.

Deshalb ist zu aller erst die Ermutigung des damaligen NRW-Drogenbeauftragten ADOLF HÜSGEN zu nennen, der LWL solle entsprechend seinen Vorstellungen ein Projekt Qualitätsmanagement beantragen. Eine weitere Ermutigung schöpften wir aus zwei Jahrzehnten Zusammenarbeit mit den Niederlanden in Fragen der psychiatrischen Versorgung, des Maßregelvollzuges und der Suchthilfe. Die niederländischen Partner haben sich für uns in der Lösung von Problemen sehr oft als entschlossener, konsensfähiger, pragmatischer und flexibler erwiesen. Kurzum wir sahen im Jellinek-Zentrum Amsterdam, das unter der Leitung von J. A. WALBURG mit Hilfe von EFQM eine bemerkenswerte Entwicklung genommen hatte, die Möglichkeit, an einem Vorbild zu lernen. Das Jellinek-Zentrum hat sich zu einem der umfassendsten, differenziertesten und dynamischsten Einrichtungen der Suchthilfe in Europa entwickelt. Schließlich überzeugte mich EFQM aufgrund meines beruflichen Werdeganges mit Leitungsaufgaben in der Forschung, in einer psychiatrischen Universitätsklinik mit Pflichtversorgungsauftrag und schließlich in der Gesundheitsverwaltung als ganzheitliches Qualitätsmanagement, d.h. als ein Konzept, dass eine Organisation als Ganzes mobilisiert und entwickelt, in dem Mitarbeiter in Politik und Strategie der Organisation einbezogen, zur Kritik ermutigt und zur Vereinfachung der Arbeitsprozesse herausgefordert werden, das Leistungen und Ergebnisse einschließlich der Kundenzufriedenheit überzeugend erfasst und darstellt.

Viele Erwartungen an dieses EFQM-Konzept haben sich erfüllt. Im Verlaufe des Projektes ist aber auch deutlich geworden, dass Qualitätsmanagement ein Prozess ist, der in Gang gehalten werden muss und dies nur gelingt, wenn Qualitätsmanagement als Führungsaufgabe verstanden wird.
Anders als vor sechs Jahren wird heute in Deutschland Qualitätsmanagement nicht mehr skeptisch, problematisierend betrachtet. EFQM bildet jedenfalls zunehmend die Grundlage für die Qualitätssicherung in den Krankenhäusern.

Mit unserem Projekt in der ambulanten Suchtkrankenhilfe konnten wir mit Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und Fachverbänden den Entwicklungsprozess trägerübergreifend und im fachlichen Konsens in Gang setzen. Ich verbinde diese Erfahrung mit der Hoffnung, dass auch mit einem solchen Ansatz die vielfältigen Reibungsverluste und Bürokratisierungstendenzen in der

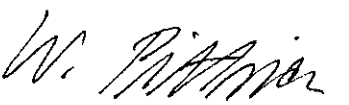
Suchthilfe Deutschlands gemildert werden können, die durch unser zersplittertes Leistungsträgersystem und die Anbietervielfalt bedingt sind. Diesbezüglich sind wir ja einmalig in Europa. Aber wir haben auch die Erfahrung machen können, dass nicht nur in der Zusammenarbeit mit den Niederlanden, sondern auch im Zusammenhang mit mittlerweile 10 europäischen Projekten zur Suchtprävention mit bis zu 12 teilnehmenden europäischen Ländern, gerade dieser europäische Ansatz nicht nur oft für uns überraschende Erfahrungen vermittelt, sondern durch viele Anregungen der Projektpartner untereinander auch einen Entwicklungsprozess in Gang hält. EFQM als ein europäischer Qualitätsstandard kann gerade für einen solchen Entwicklungsprozess umfassender Suchthilfe in einem Europa der Regionen eine wichtige Grundlage z.B. für die Ermittlung der »best practice« im Hinblick auf Wirksamkeit, Angemessenheit, Transparenz und Wirtschaftlichkeit bilden.

Ich hatte Gelegenheit das Projekt von Anfang an zu begleiten, nicht nur als Beiratsmitglied, sondern vor allem auch in der Begegnung mit den Teilnehmer/innen des Projektes bei Tagungen, Klausuren, Abschlusskolloquien und der Vergabe der Zertifikate. Mich hat die Bereitschaft, sich auf Neues einzulassen, gleichermaßen konzentriert und kreativ an Lösungen mitzuarbeiten und schließlich trotz vielfältiger Probleme am jeweiligen Arbeitsplatz Optimismus zu entwickeln, sehr beeindruckt.

Ich möchte deshalb einige Akteure nennen, die ganz wesentlich zu diesem Arbeitsklima und Erfolg beigetragen haben. Es sind die Projektkoordinatorinnen der verschiedenen Projektphasen: CARMEN PURSCHE, der wir den erfolgreichen Start verdanken sowie KRISTINA SCHMID und HILDEGARD WINKLER (vormals Gerber), die dem Projekt immer wieder neuen Schwung verliehen haben. Beständige Ermutigung und Anregung verdanken wir UDO NABITZ vom Jellinek-Zentrum und DR. CARSTEN LEFFMANN von der QuanT GmbH. Der Projektleiter WOLFGANG ROMETSCH steht für Anregung und konsequente Umsetzung. Für die Lösung von Problemen, die in jedem Projektverlauf auftreten, kann man sich auf seine »kommunikative Kreativität« verlassen.

Um den Qualitätsentwicklungsprozess in den nordrhein-westfälischen Suchtberatungsstellen auch über das Ende der Projektlaufzeit hinaus zu unterstützen, legen wir nun das Handbuch »EFQM in der ambulanten Suchtkrankenhilfe« vor. Auf den Leitfaden zur Implementierung von QM in Suchtberatungsstellen sowie auf die Praxisberichte zum QM möchte ich Ihr Interesse besonders lenken. Auf der dazu gehörigen CD-ROM werden mit dem aktualisierten »Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB« sowie einer Sammlung von Instrumenten den Beratungsstellen die erforderlichen Arbeitsmittel für den Implementierungsprozess zur Verfügung gestellt. Mit dieser Veröffentlichung verbinde ich die Hoffnung, dass mit Abschluss des Projektes der eingeleitete Entwicklungsprozess nicht unterbrochen wird. Deshalb würde ich mich freuen, wenn wir wie zum Beginn des Projektes auch an dessen Ende mit dem zuständigen Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie eine Möglichkeit finden, die mit dem Qualitätsmanagement erreichte Spitzenposition in Nordrhein-Westfalen zu halten, indem wir diesen Entwicklungsprozess weiter wirksam unterstützen.

Ich bedanke mich bei den Autorinnen und Autoren für ihre Beiträge.
Den Lesern wünsche ich eine anregende Lektüre, die zur Fortsetzung des Qualitätsmanagements motiviert oder zu neuen Taten herausfordert. ■



*Dr. med. Wolfgang Pittrich*
Landesrat

# *Einführung*

**Hildegard Winkler**

Sechs Jahre lang förderte das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium die Einführung von Qualitätsmanagement (QM) in den Sucht- und Drogenberatungsstellen des Landes. Die Einrichtungen sollten befähigt werden, ein QM-System zu implementieren, das die Kundenorientierung stärkt (im Sinne einer Orientierung an Bedarf, Bedürfnissen und Erwartungen der Bürger), eine an Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten ausgerichtete Prozessgestaltung fördert und eine transparente Darstellung der Leistungen, z.B. in Leistungskatalogen oder im Jahresbericht, ermöglicht.

Diese Zielsetzung lässt darauf schließen, dass zum damaligen Zeitpunkt diese Standards i.d.R. in den Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe nicht realisiert waren, zumindest war das nach außen nicht erkennbar. Als Hinweis auf wenig effizientes Arbeiten wurden u.a. lange Wartezeiten zwischen der telefonischen Kontaktaufnahme eines Hilfesuchenden und dem ersten Gesprächstermin angeführt.

Ein schlechter Ruf muss nicht die Realität abbilden, er weist aber auf mangelnde Transparenz des Leistungsgeschehens hin. Die ist jedoch bei Dienstleistungen im Allgemeinen und im Gesundheitswesen im Besonderen sehr schwer herzustellen. Beratungsarbeit wird im direkten Zusammenspiel mit dem Ratsuchenden geleistet. Nur die beiden Beteiligten können letztlich beurteilen, ob der Kontakt stimmt. Und auch deren Einschätzung ist oft keine Konstante, sie fällt während oder unmittelbar nach dem Gespräch möglicherweise anders aus als Tage später. Woran erkennt man den Erfolg der Arbeit? Wer definiert die Indikatoren, anhand derer der Erfolg einer Beratung oder Behandlung beurteilt werden kann? Wie bemisst sich die Effizienz von Beratungsleistungen? Und wie stellt man Qualität und Wirtschaftlichkeit transparent nach außen dar um das Informationsbedürfnis von Bürgern und Geldgebern zu erfüllen?

Auf die Beantwortung dieser Fragen zielen Konzepte des Qualitätsmanagements einerseits mit ihrem Grundsatz einer expliziten Kundenorientierung und der Forderung nach datenbasierter Qualitätsmessung. Anforderungen der Kunden zu erheben und ihren Erfüllungsgrad zu überprüfen kann dann eine Vorgehensweise sein, um die Qualität der Arbeit beurteilen zu können. Andererseits können geeignete Methoden zur systematischen Steuerung personeller, sachlicher und finanzieller Ressourcen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung verbessern. Die konsequente Orientierung an Daten und Fakten stellt darüber hinaus Material zur Verfügung, das für die Berichterstattung gegenüber Geldgebern genutzt werden kann.

Als 1995 das *Projekt QM* (Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe NRW) initiiert wurde, gab es in Deutschland noch kein suchtspezifisches QM-Konzept. Allerdings beschäftigten sich die ersten Einrichtungen mit der Umsetzung von Qualitätsmanagement. Die »Fachklinik Haus Kraichtalblick« (DR. MARTIN BEUTEL) ließ sich nach DIN EN ISO 9000 ff zertifizieren und der Verein »Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.«, Frankfurt (DR. DIETER KUNZ) arbeitete an der Implementierung des EFQM-Modells (European Foundation for Quality Management). Insgesamt war es der Suchthilfe jedoch noch sehr fremd, den Grundsätzen des Qualitätsmanagements zu folgen und z.B. Klient/innen als »Kunden« anzusehen. Kunden haben einen Anspruch auf eine Leistung, die ihrem Bedarf sowie

ihren Bedürfnissen und Erwartungen entspricht. In der Suchtarbeit – und im gesamten Gesundheitswesen – ist dies ein heikles Thema, weil Hilfesuchende ihren Beratungs- und Behandlungsbedarf letztendlich nicht selbst einschätzen können, ihre Bedürfnisse nicht immer dem Behandlungsziel entsprechen und ihre Erwartungen manchmal unrealistisch sind. Auch die Forderung, Leistungen effizient zu erbringen, schien vielen im Widerspruch zu dem Ziel einer wirksamen Beratung / Behandlung zu stehen und weckte die Befürchtung, hier sollten lediglich Sparmaßnahmen durchgesetzt werden.

Das *Projekt QM* übernahm daher die Aufgabe, zunächst ein geeignetes QM-Konzept für die Sucht- und Drogenberatungsstellen zu entwickeln, das die spezifischen Sichtweisen und Gegebenheiten der Suchthilfe berücksichtigt. Dies gelang mit der fachlichen Unterstützung von UDO NABITZ, dem Qualitätsreferenten des Jellinek-Zentrums in Amsterdam und in Zusammenarbeit mit sieben nordrhein-westfälischen Beratungsstellen. Die Grundlage des Ansatzes bildet das Modell der EFQM. Im Anschluss an die dreijährige Entwicklungsphase wurde in weiteren drei Jahren das Konzept den Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe in NRW zur Verfügung gestellt. Interessierte Einrichtungen wurden bei der Einführung dieses Ansatzes unterstützt. Bei Abschluss des Projektes setzten rd. 20 % der ca 160 landesgeförderten Beratungsstellen dieses Konzept in Zusammenarbeit mit der Projektgeschäftsstelle um.

In diesem Handbuch sind wesentliche Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem *Projekt QM* zusammengefasst. Den Kern bildet ein ausführlicher **Leitfaden** zur Implementierung eines QM-Systems nach dem Modell der EFQM (WINKLER, Teil II. Kap. 4) sowie die Neuauflage des Fragebogens zur Durchführung der Selbstbewertung nach EFQM in der ambulanten Suchtkrankenhilfe – das **Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB – Version 2002** (PURSCHE, NABITZ, MÜHL, WINTERBERG, WINKLER, Teil III). Um interessierten Einrichtungen die Einführung dieses QM-Systems zu erleichtern wird zudem ein Großteil der im Projektverlauf in den Beratungsstellen entwickelten **Instrumente** zur Umsetzung von Qualitätsmanagement veröffentlicht (Teil III). Das Arbeitsbuch und die Instrumente sind auf einer CD-ROM erhältlich. Hier wird auch der komplette **Qualitätsbericht** der Suchtberatungsstelle des Caritasverbandes für die Stadt Bonn e.V. (NABITZ / SCHAEFER) veröffentlicht. Dieser Bericht dokumentiert die Durchführung der zweiten Selbstbewertung unter der Leitung von UDO NABITZ und präsentiert die erzielten Veränderungen.

Dies Handwerkzeug kann jedoch nicht ohne Kenntnisse des theoretischen Konzeptes von Qualitätsmanagement angewandt werden. Im ersten Teil dieses Handbuches wird daher das erforderliche Basiswissen vermittelt. Dabei wird Bezug genommen auf die besonderen Gegebenheiten im Gesundheitswesen. Die große Bedeutung der Qualität von Gesundheitsleistungen und die gesellschaftspolitische Diskussion um die Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens haben dazu geführt, dass seit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 vom Gesetzgeber die Sicherung der Qualität als gemeinsame Aufgabe von Kostenträgern und Leistungserbringern gefordert wird, im § 137 SGB V und § 135a SGB V für den Leistungsbereich der Krankenbehandlung und im § 20 SGB IX nun auch für die Rehabilitation.

Für Sucht- und Drogenberatungsstellen gelten diese gesetzlichen Vorschriften bisher nicht, da deren Leistungen an einer Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitswesen verortet sind, mit Ausnahme der ambulanten Rehabilitation, die eine Gesundheitsleistung darstellt. Allerdings wirkt sich auch im Sozialwesen die zunehmende Verknappung finanzieller Ressourcen und die Suche nach Einsparpotentialen dahingehend aus, dass Modelle für leistungsbezogene

Finanzierungsformen und Konzepte der Qualitätssicherung entwickelt werden. So soll eine größere Transparenz nach außen hergestellt und Kostenträgern eine fundierte Leistungsbeurteilung ermöglicht werden. Der Zusammenhang von Effektivität, Effizienz und Qualität in den **vernetzten Strukturen im Gesundheitswesen** wird im ersten Kapitel aus gesundheitsökonomischer Perspektive erläutert (GÜNTERT). Dieser Artikel basiert auf einem Vortrag der Tagung des *Projekt QM* »Qualitätsentwicklung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe: EFQM – oder?« vom Mai 2002 in Geseke.

Im zweiten Kapitel werden die beiden international anerkannten QM-Konzepte – **das EFQM-Modell und die DIN EN ISO 9001: 2000** – dargestellt und hinsichtlich ihrer Inhalte und Zielsetzungen miteinander verglichen (WINKLER). Die Entscheidung, für die ambulante Suchtkrankenhilfe in NRW ein QM-System auf der Grundlage des EFQM-Modells zu entwickeln, wurde im *Projekt QM* insbesondere aufgrund der positiven Erfahrungen des Jellinek-Zentrums mit dem **EFQM-Modell »Jellinek«** getroffen. NABITZ / WALBURG begründen die Auswahl dieses Modells und berichten über seine Umsetzung in »de Jellinek«. Der diesem Artikel zugrundliegende Vortrag wurde in der Modellentwicklungsphase auf der Fachtagung »Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe« im Juni 1995 in Heek-Nienborg gehalten. Er wird wegen der anhaltend starken Nachfrage nach dem inzwischen vergriffenen Tagungsband hier erneut veröffentlicht, da er grundlegende Kenntnisse vermittelt und bis heute nichts von seiner Aktualität verloren hat.

Im Sozial- und Gesundheitswesen wird der Ansatz des Qualitätsmanagements eher skeptisch betrachtet. Er hat seine Grundlagen im Wirtschaftssektor, spricht eine fremde Sprache und scheint nicht so recht zu den Gegebenheiten in der eigenen Einrichtung zu passen. Bei Mitarbeiter/innen in Suchtberatungsstellen weckt er häufig die Befürchtung, es handele sich um ein neues Kontrollinstrument, während die Supervision hingegen als qualitätssichernde Methode in den Einrichtungen anerkannt ist. MEYER / SCHMID setzen sich mit ebensolchen Befürchtungen und Widerständen auseinander und beschreiben, wie **Qualitätsmanagement und Supervision** im Zusammenspiel den Einstieg in einen Entwicklungsprozess unterstützen können.

Die Entscheidung für die Einführung von Qualitätsmanagement ist nahezu immer begleitet von der Frage der Verantwortlichen in den Einrichtungen: **Wie können Mitarbeiter/innen die Anforderungen »managen«?** (PURSCHE) Mitarbeiterzufriedenheit gilt im Qualitätsmanagement als eine wichtige Voraussetzung für die Erzielung guter Arbeitsergebnisse. Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, dass nur zufriedene, und das heißt hier qualifizierte, selbständig handelnde und anerkannte Mitarbeiter/innen motiviert sind, ihre Arbeitsleistung engagiert zum Nutzen der »Kunden« und der eigenen Einrichtung zu erbringen. Bei der üblicherweise hohen Arbeitsbelastung könnten die zusätzlichen Anforderungen durch das QM-System zu einem Problem werden. Dieser Artikel gibt einen Vortrag von der Fachtagung der Bernhard-Salzmann-Klinik Gütersloh »Kürzer! - billiger! - besser? Qualitätsentwicklung in der Sucht-Rehabilitation« vom Dezember 2000 wieder.

Der zweite Teil dieses Handbuchs bildet einen Großteil der im *Projekt QM* zusammengeflossenen Praxiserfahrungen ab. Das dritte Kapitel stellt unterschiedliche Modelle vor, die in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe umgesetzt werden. Zunächst wird über das *Projekt QM* selbst, seine Ziele und Ergebnisse berichtet (SCHMID / WINKLER). Anschließend wird die Vorgehensweise eines zweiten suchtspezifischen QM-Konzepts für die ambulante Suchtkrankenhilfe in NRW, das als Diako-

nieNetzwerk QualitätsEntwicklung konzipiert wurde, dargestellt (SCHLIE). Das Land Niedersachsen hat demgegenüber den Ansatz des **Benchmarking** (LUTTER) entwickelt, der in vielen Suchtberatungsstellen des Landes umgesetzt wird. Dieser Artikel basiert auf einem Vortrag der Fachtagung des *Projekt QM* »Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe« vom Juni 2000 in Dortmund.

Nach der Entwicklungsphase im ersten Zeitabschnitt des *Projekt QM* war es Ziel der Transferphase des Projektes, möglichst viele Sucht- und Drogenberatungsstellen bei der Einführung eines QM-Systems nach dem EFQM-Modell zu unterstützen. Die im fünften Kapitel gesammelten Praxisberichte zeigen unterschiedliche Vorgehensweisen auf, die von den Einrichtungen für den Implementierungsprozess gewählt wurden. Über die längste und vielseitigste Erfahrung mit diesem Prozess verfügt das Jellinek-Zentrum in Amsterdam, von dem das *Projekt QM* während seiner gesamten Laufzeit begleitet wurde. Auf der Fachtagung des Projektes »Qualitätsmanagement in der Praxis« im Oktober 2001 in Amsterdam wurden diese Erfahrungen – **12 Jahre Qualitätsmanagement bei Jellinek** – an die Teilnehmer/innen weitergegeben (NABITZ / WALBURG).

Gemeinsam mit dem *Projekt QM* wurde von NORBERT BEINE und dem Team der PSBB des Caritasverbandes für das Dekanat Bielefeld e.V. das EFQM-Modell umgesetzt, wobei diese Einrichtung von dem üblichen Vorgehen abwich und das Konsenstreffen nicht über alle Kriterien zugleich durchführte, sondern zunächst nur über vier (Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterorientierung, Prozesse). Die anderen Kriterien wurden erst bei einem zweiten Konsenstreffen etwa ein halbes Jahr später bewertet, bei dem gleichzeitig auch die Umsetzung des Aktionsplanes zu den zuerst bewerteten Kriterien überprüft werden konnte.
UTA ULBRICH führte in der Abteilung Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes Dortmund die Selbstbewertung nach EFQM mit dem Arbeitsbuch Diagnose SB durch.
EWALD WEHNER berichtet über einen zunächst steckengebliebenen Einführungsprozess im Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V. in Hamm, der dann in einem zweiten Anlauf unter strikter Mitarbeiterorientierung fortgeführt wurde.

Das Beratungszentrum VIA in Herdecke war bereits in der ersten Projektphase an der Entwicklung des Modells beteiligt und führt seitdem regelmäßig Selbstbewertungen durch. Zusätzlich haben JÜRGEN MÜHL und seine Mitarbeiter/innen gemeinsam mit dem Träger die DIN ISO umgesetzt, sodass diese Beratungsstelle inzwischen auch zertifiziert ist.

GERD ENGLER und das Team der Beratungsstelle für Suchtkranke in Kleve entschlossen sich zur Einführung von Qualitätsmanagement anlässlich einer Neuorganisation der Finanzierungsmodalitäten durch die Kommune.
Abgeschlossen wird dies Kapitel mit dem Bericht von GISBERT ULMER über eine ungewöhnliche Umsetzung von Qualitätsmanagement in Bielefeld, wo die ArbeitsGemeinschaft Suchtkrankenhilfe eine Qualitätsverbesserung der Gremienarbeit erzielen will.

Die hier dokumentierte Auseinandersetzung mit Konzepten und Umsetzungsstrategien des Qualitätsmanagements in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in NRW im Rahmen des *Projekt QM* wurde in der Praxis mit ambulanten Einrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft geführt. In diesen Jahren haben die Trägerverbände eigene Ansätze eines Qualitätsmanagements entwickelt. Diese zusammenzuführen und gemeinsam **Perspektiven für den Qualitätsentwicklungsprozess** in NRW zu erarbeiten war eine Aktivität der letzten Projektphase. WOLFGANG ROMETSCH stellt die Ergebnisse dieser trägerübergreifenden Kooperation im »Ausblick« vor und zeigt auf, wie der begonnene Prozess in NRW weitergeführt werden kann. ■

# *Vernetzte Strukturen im Gesundheitswesen*

## Effektivität und Effizienz aus verschiedenen Perspektiven

Bernhard Güntert

## Inhaltsverzeichnis

1. Einführung
2. Qualitätssicherung auf der Arzt-Patienten-Ebene (Mikro-Ebene)
3. Qualitätsmanagement auf der Ebene der Einrichtungen des Gesundheitswesens (Meso-Ebene)
4. Qualitätsmanagement auf der Ebene des Gesundheitssystems (Makro-Ebene)
5. Zusammenfassung und Ausblick

## *1. Einführung*

Durch die Gesundheitsreform 2000 ist das Thema Qualität verstärkt in den Fokus aller am Gesundheitswesen Beteiligter gerückt worden, insbesondere durch die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements. Flankiert wurde dieser Reformpunkt durch die Einführung neuer leistungsorientierter Vergütungssysteme mit möglicherweise gravierenden Auswirkungen auf das ganze Versorgungssystem. Sowohl Leistungserbringer als auch Kostenträger stufen diese Veränderung als revolutionär ein (Arnold, 2001) und erwarten – je nach Perspektive unterschiedlich – große Systemwirkungen. Mögliche negative Auswirkungen des neuen Vergütungssystems können sich bis auf die Ebene des Verhältnisses von Arzt und Patient auswirken. Ein gezieltes Qualitätsmanagement muss aufgebaut werden und im Interesse von Patient und Arzt korrektiv wirken.

Bereits vor der Gesundheitsreform 2000 hat Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen sehr an Bedeutung gewonnen. Gründe dafür gibt es mehrere. Einerseits wurde mit den Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre die dominante Rolle der Health Professionals (Ärzte, Pflegende, Therapeuten usw.) aufgebrochen und die Stellung verschiedener Kundengruppen gestärkt. Patienten, Bevölkerung oder Krankenversicherer entscheiden zunehmend mit bzw. evaluieren Gesundheitsleistungen aus ihrer Perspektive. Dies hat zur Folge, dass eine neue Kunden- und Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen notwendig wird und sich entsprechende externe Methoden zur Qualitätsbeurteilung und -sicherung etablieren müssen.

Diese Methoden ergänzen die traditionelle professionsbezogene Qualitätssicherung in Medizin und Pflege. Die Health Professionals nutzen bereits seit jeher eine Vielzahl von Instrumenten und Methoden um die Prozesse der Leistungserstellung zu verbessern bzw. den medizinisch-pflegerischen Standards anzupassen. Traditionelle Methoden der Qualitätssicherung sind etwa Chefarzt- oder Pflegevisiten, Fallbesprechungen, Konsilie, Guidelines und Standards. Damit wird versucht, Diagnosen und Behandlungen, bezogen auf die jeweilige Profession, zu analysieren und sie mit anderen Erfahrungen zu vergleichen, immer im Bestreben, möglichst gute Ergebnisse in der Patientenbehandlung zu erreichen.

Dies ist auch notwendig, da die in den vergangenen Jahren erfolgten Kürzungen der Ressourcen für das Gesundheitswesen bzw. die steigenden Kosten zunehmend einen wirtschaftlicheren Mitteleinsatz verlangen. Öffentlichkeit und Betroffene reagieren zunehmend sensibel auf festgestellte Mängel. Die in den letzten Jahren eingeführten Marktmechanismen führen dazu, dass Leistungsanbieter bei schlechter Qualität nicht nur aus der Sicht der Professionen an Bedeutung verlieren, sondern auch wirtschaftlich in Schwierigkeiten kommen. Damit stellt sich die Qualitätsfrage auf den verschiedenen Ebenen neu.

Einen Überblick über die wichtigsten Ansätze des Qualitätsmanagements zu erlangen, ist kein leichtes Unterfangen. Schon die Frage der Gliederungskriterien für die Qualitätsansätze lässt sich kaum lösen. Im Folgenden soll daher versucht werden, Ansatzpunkte des Qualitätsmanagements auf den verschiedenen Systemebenen darzustellen. Auf der Mikro-Ebene geht es um die Qualität der konkreten Beziehung zwischen Patient (Leistungsempfänger) und Health Professionals (Leistungserbringer). Auf der Meso-Ebene wird die Frage der Qualität aus der Sicht der Organisationen angegangen. Diese Ebene entspricht am ehesten dem üblichen Qualitätsmanagementansatz und umfasst neben der Qualitätskontrolle und -sicherung auch alle Ansätze zur Schaffung einer Qualitätskultur. Auf der Makro-Ebene werden Qualitätsverbesserungen mit den Möglichkeiten des Gesetzgebers bzw. der Selbstverwaltung und der professionellen Vereinigungen gesucht.

Natürlich sind diese Ebenen nicht unabhängig voneinander. Sinnvolle gesetzliche Vorgaben (Makro-Ebene) sind beispielsweise erst dann möglich, wenn geeignete organisatorische Instrumente (Meso-Ebene) zum Qualitätsmanagement vorliegen, diese allerdings unterstützen die Qualität in den konkreten Leistungserstellungsprozessen (Mikro-Ebene) (vgl. Abb. 1). Der Artikel soll die unterschiedlichen Ebenen des Qualitätsmanagements beschreiben und auf ihre Vernetzung in den Strukturen der Gesellschaft hinweisen.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Makro | Gesundheitssystem | Schutz der Patienten, damit Gruppen und Bevölkerung | Staat<br>Selbstverwaltung<br>Versicherer | Gesetzliche Erlasse<br>Vertragsbestandteile<br>Reporting/Kontrolle |
| Meso | Organisation<br>Leistungserbringer | Kundenorientierung<br>Mitarbeiterorientierung<br>Prozessorientierung<br>Wirtschaftlichkeit | Selbstverwaltung<br>Verbände | Qualitätsmanagement<br>Unternehmenskultur<br>Constraints |
| Mikro | Health Professional<br>- Patienten-Beziehung | Patientenorientierung<br>Outcomeorientierung | Health Professionals<br>Patientenorganisationen | Verhaltensanweisungen<br>Guidelines/Standards |

*Abb. 1: Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen – ein Problem auf mehreren Ebenen*

## *2. Qualitätssicherung auf der Arzt-Patienten-Ebene (Mikro-Ebene)*

Im Vordergrund der von den Health Professionals ausgehenden Qualitätssicherung stehen traditionellerweise die Beziehungen zu und die Leistungen für die einzelnen Patienten. In der medizinischen Geschichte gibt es eine Fülle von Beispielen von engagiertem, anfänglich jedoch meist unsystematischem Engagement für Qualität. Maßgebend für den Erfolg waren häufig Macht und Durchsetzungsvermögen der Initianten. Ein gutes Beispiel ist etwa der Fall von Ignaz Semmelweis (1818–1865). Der österreichische Arzt suchte nach Möglichkeiten, die Mortalität im Bereiche der Geburtshilfe zu senken. Aufgrund seiner Beobachtungen setzte er in dem ihm unterstellten Bereich durch, dass Ärzte, Pflegende und Studierende beim Wechsel zu einer neuen Patientin die Hände wuschen und desinfizierten. Ohne die Übertragungsmechanismen genau zu verstehen, senkte er mit dieser Maßnahme die Mortalität von Müttern und Neugeborenen maßgeblich (ECKART, 1998).

Versuche einer Systematisierung der Qualitätssicherung auf der Mikro-Ebene wurden lange Zeit abgelehnt. Die Begriffe Qualität und Qualitätssicherung sind auf dieser Ebene des Gesundheitswesens sehr vielschichtig. Eine erste von Health Professionals anerkannte Definition schaffte Avedis Donabedian. Bereits 1966 unterschied er zwei grundlegende Dimensionen der Qualität, den technischen Aspekt und den interpersonellen Aspekt. Beide Aspekte gliederte er dann in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitäten (Donabedian, 1966; Donabedian, 1980). Mit dem technischen Qualitätsaspekt werden die rein physischen Manipulationen und die zur Leistungserstellung benötigten Materialien verstanden. Beispielsweise verbleibt ein Orthopäde, der einem Patienten eine neue Hüftgelenksendoprothese einsetzt, im Bereich des technischen Qualitätsaspektes. Die prä-operative Beratung und Information sowie die Nachbehandlungen fallen jedoch unter die interpersonellen Qualitätsaspekte. Diese interpersonellen Aspekte sind ebenso wichtig, allerdings in ihrer Wirkung schlechter prognostizierbar und bewertbar. Viele Qualitätskonzepte beschränken sich auf die technischen Aspekte, greifen damit für Gesundheitsleistungen jedoch eindeutig zu kurz. Auch heute noch stehen viele Ärzte und Pflegende dem Qualitätsmanagement kritisch gegenüber. Dies nicht zuletzt, weil der Druck häufig von außen (Staat, Krankversicherungen) kommt und die vorgeschlagenen Qualitätskonzepte der Denkweise der Health Professionals wenig entsprechen und den Besonderheiten des Gesundheitswesens auch nicht unbedingt gerecht werden (vgl. Abb. 2). Die unterschiedlichen Sichtweisen der Health Professionals und der Manager machen die verschiedenartigen Qualitätsparadigmen der Mikro- und Meso-Ebene deutlich.

*Abb. 2: Perspektiven der Akteure auf der Mikro- und Meso-Ebene*

| Health Professional | Manager |
|---|---|
| Agiert selbst auf der operativen Ebene | Entscheidet für andere, schafft Arbeitsbedingungen |
| Sollte selbst über Wissen, Fähigkeit und Erfahrungen verfügen, um konkrete Probleme beim Patienten zu lösen | Verfügt nur über abstraktes Wissen zur Arbeit am Patienten, ist bei der Lösung von konkreten Problemen von Dritten abhängig |
| Fühlt sich und ist auch für Einzelfälle verantwortlich | Hat die Verantwortung für das Ganze, Einzelfälle sind statistische Größen |
| Sucht nach der besten Lösung für jeden konkreten Einzelfall | Sucht nach Verbesserungsmöglichkeiten für die Organisation als Ganzes |
| Hat in kleinen organisatorischen Einheiten viel Einflussmöglichkeiten und Macht | Einflussmöglichkeiten und Macht nehmen mit zunehmender Größe der Organisation zu |
| Konzentriert sich auf das Geschehen innerhalb der eigenen organisatorischen Einheit | Konzentriert sich auf die Integration der verschiedenen Einheiten und der Organisation in die Umwelt |

## *3. Qualitätsmanagement auf der Ebene der Einrichtungen des Gesundheitswesens (Meso-Ebene)*

Ereignisse oder Praktiken auf der Mikro-Ebene werden nun jedoch zunehmend für die Meso-Ebene wichtig. Für die Gesundheitseinrichtungen reichen die Maßnahmen der Health Professionals zur Qualitätssicherung alleine nicht mehr aus (KERSTING, 1995; BIERMANN, 1996). Der zunehmende Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und anderen Einrichtungen erfordert eine Verbesserung der Attraktivität für die verschiedenen Kundengruppen. Dazu ist es erforderlich, neben der Qualität der Leistungen, die direkt an den Patienten erbracht werden, auch jene zu sichern, die nicht direkt mit der Patientenbehandlung zu tun haben. Typisch für das Gesundheitswesen ist nämlich, dass die Leistungsempfänger (Patienten) nicht die einzigen Kunden sind. Zu berücksichtigen sind auch Angehörige und Bezugspersonen sowie die Krankenversicherer als Bezahler der Leistungen oder der Staat mit seinem sozialpolitischen Auftrag (vgl. auch Abb. 3). Damit werden ganz unterschiedliche Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer gestellt (MÖLLER et al., 1998). Zukünftig wird es für die Einrichtungen im Gesundheitswesen nicht mehr ausreichen, lediglich gute Qualität in der Patientenbehandlung zu erbringen, man sollte sie auch entsprechend darlegen können.

So verwundert nicht, dass sich heute immer mehr Einrichtungen des Gesundheitswesens in Anlehnung an Industrie und Dienstleistungsbereich ein institutionelles Qualitätsmanagement aufbauen. Grundsätzlich können im Qualitätsmanagement des Gesundheitswesens verschiedene Qualitätsmanagement-Philosophien und -Modelle beobachtet werden, die teils industriekompatibel, teils gesundheitswesentypisch sind und ganz unterschiedliche Verbreitungsgrade aufweisen.

- Die ISO-9000 ff Zertifizierung hat im Gesundheitswesen (noch) nicht die Bedeutung wie in der Industrie. Anfang 2000 waren von den rund 2.300 akut stationären Einrichtungen in Deutschland beispielsweise erst knappe 100 zertifiziert bzw. teilzertifiziert.
- Modelle des Total Quality Management (TQM) und deren Awards gewinnen z.B. mit dem europäischen Beitrag der EFQM auch im Gesundheitswesen vermehrt an Bedeutung.
- Die Zertfizierung von Krankenhäusern durch Organe der Selbstverwaltung und Verbände (KTQ) erhält eine hohe Relevanz für alle Krankenhäuser.
- Neuerdings werden erste Versuche unternommen das amerikanische Akkreditierungssystem der Joint Commission auf das deutsche Gesundheitssystem zu übertragen.

Welches Konzept, und ob sich überhaupt eines durchsetzt, kann derzeit noch schlecht abgeschätzt werden.

## *4. Qualitätsmanagement auf der Ebene des Gesundheitssystems (Makro-Ebene)*

Qualitätssicherung auf der Makro-Ebene, bzw. das Interesse der Gesetzgeber und der Öffentlichkeit an der ärztlichen Qualität, haben ebenfalls eine lange Tradition. Bereits im Gesetzeswerk von Hammurabi (Codex Hammurabi) wurden erfolglosen Ärzten Strafen angedroht, um Missbräuche und schlechte Qualität zu verhindern (»Hat der Arzt einen Abszess am Auge mit einem stumpfen Messer geöffnet, den Patienten getötet oder gar sein Augenlicht zerstört, so soll seine Hand abgeschnitten werden.«) (ECKART, 1998).

Nach der Aufstellung abschreckender Vorschriften hat daher der Staat schon sehr früh Einfluss auf das professionelle Ausbildungssystem genommen bzw. die Berufszulassung vom erfolgreichen Abschluss anerkannter Ausbildungseinrichtungen abhängig gemacht. Im Vergleich zu England oder Skandinavien bleibt Deutschland bezüglich staatlicher Forderung nach Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zurück. Die Gesundheitsreform 2000 beinhaltet jedoch, neben neuen Bestimmungen zur integrierten Versorgung und zur Einführung eines neuen leistungsabhängigen Vergütungssystems, die Verpflichtung für Krankenhäuser, stationäre Vorsorgeeinrichtungen und stationäre Rehabilitationseinrichtungen zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements sowie die Aufforderung, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen (§135 a SGB V).

Neben diesen direkten Vorgaben zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung übt der Staat über vielfältige weitere direkte oder indirekte Beziehungen Einfluss auf das Gesundheitssystem und dessen Qualität aus. Allerdings ist dies in enger Beziehung zur allgemeinen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung und im Verbund mit vielen anderen Akteuren im und um das Gesundheitswesen zu sehen. Die folgenden drei Abbildungen nach der Methode des vernetzten Denkens (PROBST/GOMEZ 2000) sollen die Komplexität dieser Entwicklungen und Abhängigkeiten auf der Makroebene deutlich machen.

Im Zentrum des Gesundheitswesens steht der Kreislauf der konkret geäußerten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, die Leistungserbringung und die damit verbundene Veränderung des Gesundheitszustandes (Mikroebene). Die Nachfrage wird beeinflusst von der Anzahl der Bevölkerung, der Altersstruktur und dem Gesundheitszustand, dieser wiederum von der allgemeinen Morbidität und den sozialen und umweltbedingten Belastungen. Das Leistungsangebot wird beeinflusst von der Nachfrage, der Anzahl der Anbieter und ihrer Ausstattung.

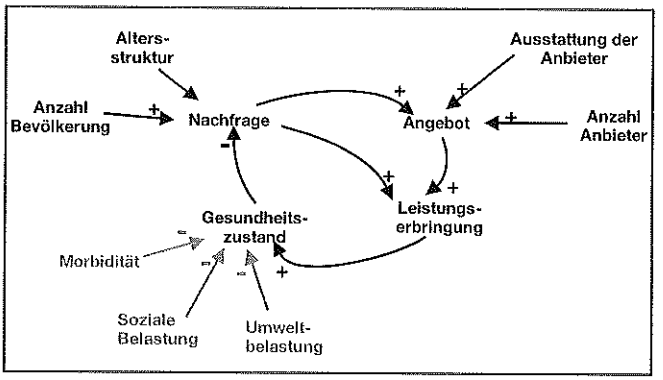



*Abb. 3: Netzwerk – Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen*

Durch die Leistungserbringung entstehen Kosten, welche durch die Krankenkassen beglichen werden müssen. Deren Mittel sind von der Anzahl der Beitragszahler und der Beitragshöhe abhängig. Der Staat versucht auf diese Zusammenhänge zu wirken durch Festlegung der Pflichtversicherungsgrenze, durch Angebots- und Anbieterplanung (zumindest im stationären Bereich) sowie durch Neudefinition des Leistungsumfanges.

Nachdem der Staat lange Zeit einen Ausbau des Gesundheitssystems verfolgt hat, werden heute aufgrund der wirtschaftlichen Situation (Attraktivität, Wirtschaftskraft, Steueraufkommen) Einschnitte in das System notwendig, welche von den Health Professionals klar als Reduktion der Strukturqualität bewertet werden und ihrer Meinung nach natürlich auch die Prozesse und Ergebnisse negativ beeinflussen. Die

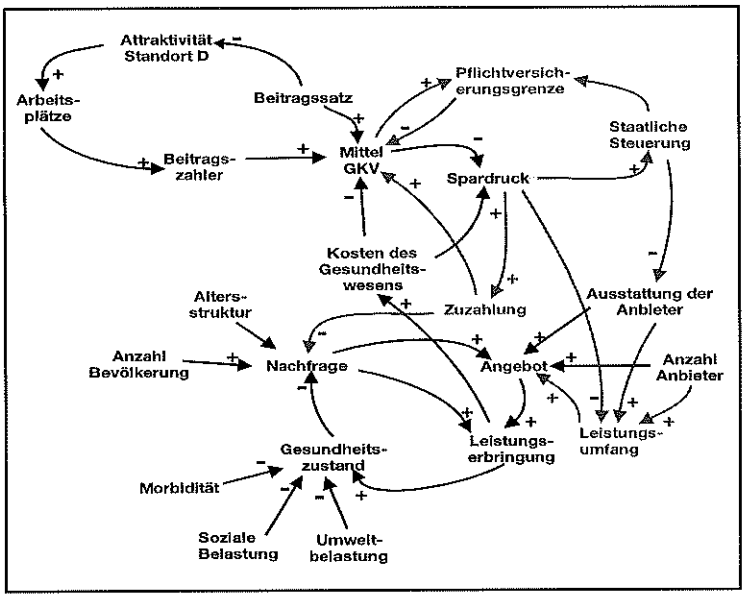



*Abb. 4: Netzwerk – Kostenprobleme und staatliche Interventionen im Gesundheitswesen*

schlechte Wirtschaftslage kann zusätzlich bewirken, dass indirekte Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen ausbleiben. Staat und Wirtschaft werden in einer solchen Situation Aktivitäten im Bereiche des Arbeits- und Umweltschutzes, der Prävention, der Forschung und der Bildung tendenziell eher einschränken. Damit wird die Qualitätsentwicklung des Gesamtsystems sicher verlangsamt.

Natürlich ist auch dieses Netzwerk nicht vollständig und müsste noch vielfältig erweitert werden (z.B. um die Organe der Selbstverwaltung, Medien- und Informationssysteme, neue Versorgungsstrukturen wie Managed Care, Integrated Care oder Disease Management, usw.). Deutlich wird jedoch, dass die Frage des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen in einem erweiterten Zusammenhang betrachtet werden muss.

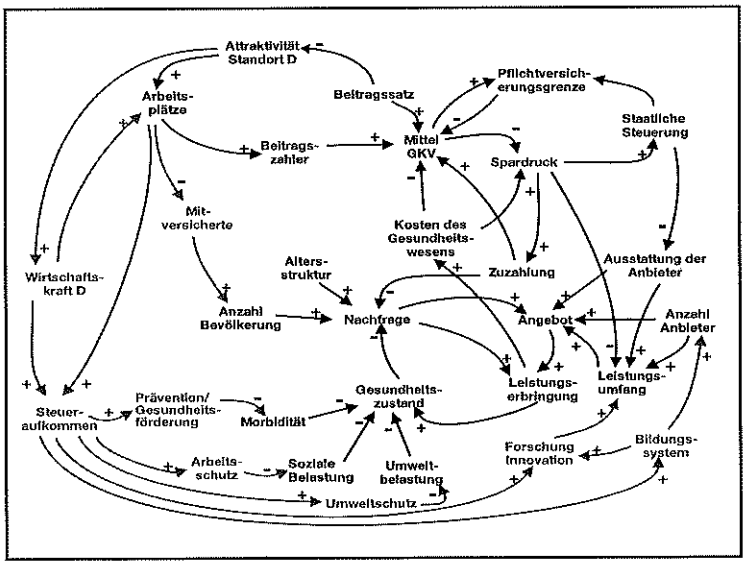



*Abb. 5: Netzwerk – Gesundheits-, Wirtschafts- und Gesellschaftssystem*

## *5. Zusammenfassung und Ausblick*

Die intensiver werdende Diskussion um finanzielle Ressourcen, die Übertragung der Finanzverantwortung an die Gesundheitseinrichtungen und neue Markt- bzw. Expertenmarktstrukturen machen einen breiten Qualitätsbezug erforderlich.

Die aktuellen Entwicklungen machen deutlich, dass sich die dargestellten drei Ebenen gegenseitig bedingen, um ein umfassendes Qualitätsmanagement zu erreichen. Der Staat schafft über die Systemstrukturen die Voraussetzungen dazu, welche dann allerdings erst auf der Meso- und Mikro-Ebene umgesetzt werden können. Durch die geplante Einführung des neuen Finanzierungssystems für Krankenhausleistungen im Jahr 2003 werden der Rolle des Qualitätsmanagements neue Aspekte hinzugefügt. Die unterschiedlichen Ansätze der Qualitätssicherung auf der Mikro-Ebene und des institutionellen Qualitätsmanagements der Meso-Ebene werden näher zusammenrücken müssen. Eine externe Qualitätssicherung durch Staat und Selbstverwaltung kann da nur unterstützend wirken, also die Rahmenbedingungen schaffen. Der Erfolg des neuen Vergütungssystems wird letztlich von der Akzeptanz der neuen Vergütungsstrukturen auf der Mikro-Ebene abhängen, also in der konkreten Beziehung zwischen Health Professional und Patient.

Ein umfassendes Qualitätsmanagement erfordert folglich die Verbindung der Qualitätssicherungsansätze auf den drei Ebenen. Insbesondere die Berücksichtigung der Finanzierer (z.B. Krankenversicherer) als Kunden, der Finanzierbarkeit und der Integration schafft die Möglichkeit zum Brückenschlag. Nur das Zusammenführen der Qualitätssicherung der Health Professionals mit den Ansätzen der Qualitätssicherung auf der gesellschaftlichen Ebene und dem Qualitätsmanagement der institutionellen Ebene führt zu einer umfassenden Qualität im Sinne aller Beteiligten.

Obwohl es sicher wünschenswert wäre, das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen voranzutreiben, so müssen Patienten, Health Professionals, Institutionen und Politiker die Vernetzung des Bereiches mit andern Gesellschaftsbereichen sehen und verstehen. Allerdings sind gerade bei Einschnitten in die Angebotsstrukturen die Bemühungen um Qualitätssicherung – im Interesse der Patienten, aber auch der Health Professionals – auf allen Ebenen mit höchster Priorität zu verfolgen. ■

## *Literatur*


- ARNOLD, M., 2001:
  *Die Zukunft des Akutkrankenhauses.*
  In. Arnold, M., Litsch, M., Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000, Schattauer, Stuttgart

- BIERMANN, C.W. (HRSG.), 1996:
  *Derzeitiger Stand und Aspekte der Lebensqualitätsforschung in der urologischen Onkologie*
  W. Zuckschwerdt Verlag, München et al.

- DONABEDIAN, A., 1966:
  *Evaluating the quality of Medical Care*
  in: Milbank Memorial Fund Quaterly,
  Vol. 44, S. 166 - 203

- DONABEDIAN, A., 1980:
  *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*
  Vol. 1, Health Administration Press, Ann Arbor-MI

- ECKHART, W. U., 1998:
  *Geschichte der Medizin*
  3. Auflage, Springer Verlag, Berlin et al.,
  S. 23 und S. 288 ff

- GÜNTERT B./OFFERMANNS G., 2002:
  *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen unter sich verändernden Rahmenbedingungen*
  in: von Eiff W, Fenger H et al. (Hrsg.),
  Der Krankenhausmanager, Springer Verlag, Berlin

- KERSTING, TH., 1995:
  *Qualitätssicherung in der Anästhesie.*
  In: Eichhorn, S.; Opderbecke, H.W. (Hrsg.): Materialien und Berichte 42, Bleicher Verlag, Gerlingen

- MÖLLER, J./SONNTAG H.G./BACH, A. (HRSG.), 1998:
  *Total Quality Management im Gesundheitswesen – Quo Vadis ?*
  Heidelberg

- PROBST G./GOMEZ P., 2000:
  *Vernetztes Denken*
  Haupt Verlag, Bern

# *Das EFQM-Modell und die DIN EN ISO 9001:2000*

## Ein Vergleich der Konzepte

**Hildegard Winkler**

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Management von Qualität
3. Das EFQM-Modell
4. Die Norm der DIN EN ISO
5. Vergleich der Ansätze von EFQM und ISO
6. Resumee
Literatur

## *1. Einleitung*

In den 80er Jahren des vorigen Jahrtausends gelang es Japan, den USA ihre bis dahin unangefochtene Position an der Spitze der Weltwirtschaft streitig zu machen. Nach dem zweiten Weltkrieg hatten japanische Unternehmer in Amerika überhaupt erst das Knowhow, wie man Autofabriken baut, erworben, und nun wurden sie zur ernsthaften Konkurrenz. Die Japaner hatten diesen Erfolg im Wesentlichen durch die Einführung eines Qualitätsmanagements (QM) errungen. Sie hatten die Produktion von Autos und High-tech Produkten konsequent an den Wünschen der Käufer ausgerichtet und einen Schwerpunkt auf die optimale Gestaltung der Produktionsprozesse gelegt.

Zunächst die USA und dann auch Europa orientierten sich an dem Vorgehen der Japaner und entwickelten QM-Systeme, die die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft verbessern sollten. Die »Qualität« von Produkten und in der Folge auch von Dienstleistungen gewann zunehmend an Bedeutung. Auch im Sozial- und Gesundheitswesen erhielt die Frage nach der Qualität der Leistungserstellung Gewicht, insbesondere vor dem Hintergrund einerseits der existenziellen Bedeutung der hier erbrachten Leistungen für den einzelnen Nutzer und andererseits ihrer Finanzierung durch die Allgemeinheit.

Ein systematisches Qualitätsmanagement bietet die Instrumente und Methoden an, die erforderlich sind, die Arbeitsprozesse und deren Ergebnisse unter Qualitätsaspekten kontinuierlich zu verbessern. In Deutschland sind die beiden international anerkannten Konzepte der European Foundation for Quality Management (EFQM) und der International Organisation for Standardisation (ISO) verbreitet. Beide Ansätze werden im Folgenden dargestellt und miteinander verglichen. Zuvor wird der Ansatz des Total Quality Management erläutert, der beiden Konzepten zugrunde liegt.

## 2. Management von Qualität

Während der Begriff »Qualität« umgangssprachlich eine Wertung beinhaltet und die »Güte« des zu Beurteilenden bezeichnet, wird er in der aktuellen Qualitätsdiskussion in einer neutralen Bedeutung von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung verwendet (DGQ 1995). Qualität entsteht dann, wenn die tatsächliche Beschaffenheit einer Leistung (das »Ist«) die Erwartungen und Anforderungen, die an diese Leistung gestellt werden (das »Soll«) erfüllt (s. Abb. 1).

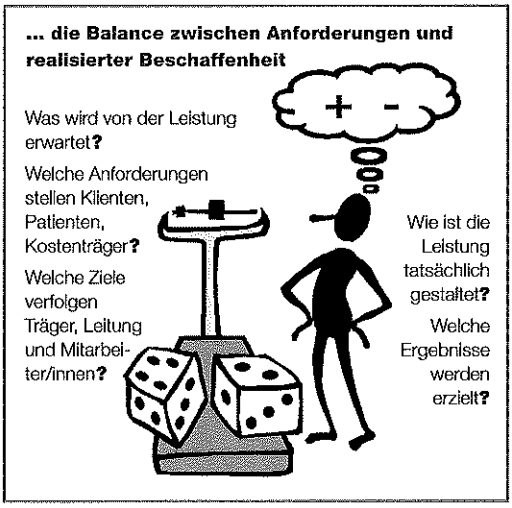



*Abb. 1: Der Qualitätsbegriff*
**Qualität ist ...**

Die Gestaltung, Förderung und Entwicklung von Qualität ist das Ziel unterschiedlicher Konzepte, die unter dem Begriff »Total Quality Management« (TQM) zusammengefasst werden können. Die wesentlichen Aspekte des TQM treten bereits in seinem Namen zutage:
»Total« steht für den Einbezug aller Beteiligten, der verschiedenen Anspruchsgruppen wie Kunden, Partner und Öffentlichkeit ebenso wie auch der Mitarbeiter/innen.
»Quality« steht für die konsequente Orientierung an den Qualitätsanforderungen dieser internen und externen Anspruchsgruppen.

Konzepte des TQM gründen auf der Einführung eines Prozesses der kontinuierlichen Verbesserung in der gesamten Organisation mit dem Ziel der ständigen Weiterentwicklung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian 1982). Dieser systematische Verbesserungsprozess wurde von Deming entwickelt und als PDCA-Zyklus beschrieben (DEMING 1982, s. Abb. 2). Die Abkürzungen stehen für Plan – Do – Check – Act und bezeichnen einen sich ständig wiederholenden Ablauf des Planens einer Vorgehensweise, ihrer Umsetzung, der Überprüfung der Ergebnisse und der aus dieser Prüfung abzuleitenden Verbesserungen oder Standardisierungen der Vorgehensweise. Im Mittelpunkt dieses Prozesses stehen als Orientierungspunkt die definierten Qualitätsziele und -standards der Organisation (LIEBELT 1999).

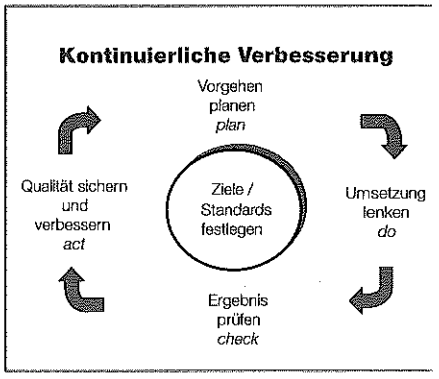



*Abb. 2:*
*PDCA – Zyklus nach Deming*

Die Gesamtverantwortung für den Verbesserungsprozess trägt die Leitung einer Organisation, denn Qualitätsmanagement ist eine Führungsmethode.

Ein wesentliches Prinzip dieser Methode ist jedoch die Überzeugung, dass nur Führung und Mitarbeiter/innen gemeinsam Qualitätsverbesserungen in der Organisation erreichen können. Als eine die ganze Organisation dominierende Unternehmensphilosophie setzen diese QM-Konzepte bei der Verbesserung der Prozesse an, orientieren sich an der Sicht der Kunden, beziehen die Mitarbeiter/innen aller Ebenen ein und zielen auf die Vermeidung von Fehlern und die Einleitung kontinuierlicher Verbesserungen. Diese Aspekte finden sich auch in den aktuellen Definitionen des »Umfassenden Qualitätsmanagements« der DGQ:

*»Auf die Mitwirkung aller ihrer Mitglieder gestützte Managementmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt.« (DGQ 1995, S. 35)*

Qualitätsmanagement umfasst dann alle Maßnahmen zur systematischen Steuerung der Qualität in einer Organisation. Dazu müssen zum einen spezielle Organisationsstrukturen geschaffen werden, die den Einbezug aller Mitarbeiter/innen ermöglichen, zugleich jedoch die Verantwortung der Führungskräfte betonen. Zum anderen müssen alle qualitätsrelevanten Aspekte bei der Gestaltung von Arbeitsprozessen berücksichtigt und die erforderlichen finanziellen und personellen Mittel bereitgestellt werden. Diese Gesamtheit des Vorgehens wird als QM-System bezeichnet:

*»Die zur Verwirklichung des Qualitätsmanagements erforderliche Organisationsstruktur, Verfahren, Prozesse und Mittel« (DGQ 1995, S. 36)*

Das Handwerkszeug für die Gestaltung eines organisationsspezifischen QM-Systems stellt sowohl die Normenreihe der DIN EN ISO 9001 und das Modell der EFQM zur Verfügung. Beide Ansätze bringen die verschiedenen Elemente von Qualität in einer Organisation in einen Zusammenhang, setzen dabei jedoch unterschiedliche Schwerpunkte. Vor der Implementierung eines QM-Systems in einer Organisation ist es deshalb erforderlich, die eigenen Ziele und Anforderungen an ein organisationsspezifisches Qualitätsmanagement zu definieren und auf dieser Grundlage das geeignete Modell auszuwählen.

## *3. Das EFQM-Modell*

Das EFQM-Modell wurde durch die European Foundation for Quality Management (EFQM) entwickelt, eine gemeinnützige Stiftung, die 1988 von 14 führenden europäischen Unternehmen gegründet wurde. Das Modell wurde 1999 zum »EFQM Excellence Model« weiterentwickelt. Ihre Mission sieht die EFQM darin, treibende Kraft für anerkannte »Excellence« in Europa zu sein, ihre Vision ist eine Welt, in der europäische Firmen Spitzenpositionen einnehmen (EFQM 1999). Dabei bekennt sich die EFQM zu Werten wie Kundenorientierung, Wertschätzung von Mitarbeitern und Teamwork, Übernahme von gesellschaftlicher Verantwortung und integrem Agieren.

Das Modell unterscheidet zwischen der Qualität der Ergebnisse einer Organisation und den Mitteln, die erforderlich sind um gute Ergebnisse zu erzielen, den sogenannten Befähigern. Die Befähiger werden in 5 Kriterien beschrieben: Führung, Politik und Strategie, Mitarbeiterorientierung, Partnerschaften und Ressourcen sowie

Prozesse; die Ergebnisse in weiteren 4 Kriterien: auf Kunden, Mitarbeiter und die Gesellschaft bezogene Ergebnisse sowie wichtige Ergebnisse der Organisation (s. Abb. 3). Die senkrechten Kästen – Führung, Prozesse, Geschäftsergebnisse – bilden die Hauptsäulen des Modells. Die dazwischenliegenden waagerechten Kästen beziehen sich zum einen auf die zum Erreichen von »Excellence« erforderlichen Mittel und zum anderen auf diejenigen Zwischenergebnisse, aus denen sich Spitzenleistungen zusammensetzen. Ein geschlossener Regelkreis entsteht durch die Aspekte Innovation und Lernen. Der angestrebte Lernprozess der gesamten Organisation soll Innovationen in allen Bereichen des Modellzyklus fördern (FRIETSCH 2000).

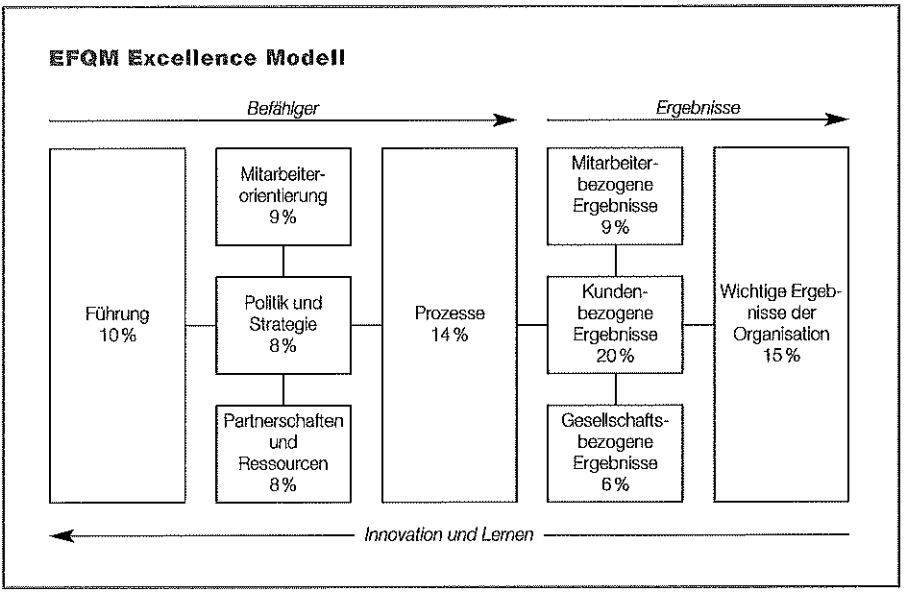



*Abb. 3: Das EFQM Excellence Modell und die Gewichtung der Kriterien*

Im einzelnen beinhalten die Kriterien des EFQM Excellence Modells:

**1. Führung**

»Wie Führungskräfte die Mission und Vision erarbeiten und deren Erreichen fördern, die für den langfristigen Erfolg erforderlichen Werte erarbeiten und diese durch entsprechende Maßnahmen und Verhaltensweisen einführen und durch persönliche Mitwirkung sicherstellen, dass das Managementsystem der Organisation entwickelt und eingeführt wird«

**2. Politik und Strategie**

»Wie die Organisation ihre Mission und Vision durch eine klare, auf die Interessengruppen ausgerichtete Strategie einführt und diese durch entsprechende Politik, Pläne, Ziele, Teilziele und Prozesse unterstützt wird«

Wesentliche Normenforderungen zu diesen Hauptabschnitten sind:

**Qualitätsmanagementsystem**
Die Organisation muss ein QM-System aufbauen, dokumentieren, verwirklichen, aufrechterhalten und dessen Wirksamkeit ständig verbessern.

**Verantwortung der Leitung**
Die oberste Leitung muss ihre Verpflichtung bezüglich der Entwicklung und Verwirklichung des QM-Systems nachweisen und seine Wirksamkeit ständig verbessern. Sie muss Qualitätsziele definieren und die Zielerreichung überprüfen.

**Ressourcen-Management**
Die Organisation muss die zum Aufbau, Erhalt und zur Verbesserung des QM-Systems benötigten personellen, finanziellen und technischen Ressourcen festlegen und bereitstellen.

**Produktrealisierung**
Die Organisation muss die Prozesse, die für die Produktrealisierung benötigt werden, planen, entwickeln und validieren.

**Messung, Analyse, Verbesserung**
Die Organisation muss die Wirksamkeit des QM-Systems, die Zufriedenheit der Kunden sowie die Fehlerfreiheit der Prozesse und des Produktes / der Dienstleistung messen und überwachen und ein geeignetes Fehlermanagement aufbauen. Die Einführung von Prozessen zur kontinuierlichen Verbesserung und die Durchführung von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen sind zu gewährleisten.

Die ISO-Norm legt den Schwerpunkt auf die systematische Steuerung aller Arbeitsabläufe und des QM-Systems selbst. Sie fordert von der Organisation eine detaillierte Darstellung des Aufbaus ihres QM-Systems und aller Kernprozesse, deren Beherrschung die Voraussetzung für eine gute Qualität bildet. Alle wesentlichen Arbeitsabläufe werden beschrieben und es wird festgelegt, wer für welchen Arbeitsschritt zuständig ist. So entsteht das QM-Handbuch, das zunächst der Sicherung der Qualität dient.

Die neue ISO 9001:2000 geht jedoch über die Implementierung qualitätssichernder Maßnahmen hinaus und fordert die Einführung von Prozessen zur kontinuierlichen Verbesserung, die ebenfalls zu dokumentieren sind. Grundlage für Verbesserungen ist eine konsequente Kundenorientierung. Das Vorgehen orientiert sich am PDCA-Zyklus, in den die Kundenanforderungen als Input eingehen. Unter der Verantwortung der Leitung werden Ressourcen gemanagt, Produkte bzw. Dienstleistungen realisiert und schließlich die Wirksamkeit des QM-Systems und der Prozesse unter Berücksichtigung der Kundenzufriedenheit gemessen, analysiert und verbessert (s. Abb. 4).

Die Umsetzung der Normanforderungen ermöglicht einer Organisation den Erwerb eines international anerkannten Zertifikats. Dazu wird von einer akkreditierten Zertifizierungsgesellschaft im Rahmen eines Audits überprüft, ob QM-System und Prozesse einer Organisation dokumentiert sind und ob die Beschreibungen im Handbuch mit dem tatsächlichen Geschehen in der Organisation übereinstimmen. Ein Zertifikat bescheinigt also die »Qualitätsfähigkeit« einer Organisation, nicht jedoch die tatsächliche Qualität der Prozesse oder Ergebnisse (OFFERMANNS / GÜNTERT 2000). Die Überprüfung der Normkonformität ermöglicht eine gewisse Vergleichbarkeit der QM-Systeme verschiedener Organisationen. So stellt das Zertifikat vor allem nach außen eine vertrauensfördernde und somit wettbewerbsrelevante Maßnahme dar. Jährliche Überwachungsaudits und eine regelmäßige Wiederholung der Zertifizierung alle drei Jahre dienen der Sicherung des Erreichten und der Kontrolle, ob das QM-System kontinuierlich angewendet wird.

## *5. Vergleich der Ansätze von EFQM und ISO*

Die beiden Ansätze weisen sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede auf. Sie wurden beide im Bereich der Erwerbswirtschaft entwickelt, bieten ein Instrumentarium für den Aufbau eines organisationsspezifischen QM-Systems und werden international anerkannt und umgesetzt. Ihre Unterschiede – der Schwerpunkt der ISO-Norm auf zertifizierter Qualitätssicherung und der des EFQM-Modells auf kontinuierlicher Verbesserung – wurden in den Überarbeitungen 1999/2000 weitgehend nivelliert. Besonders gravierend sind dabei die Veränderungen des ISO-Systems, die eine deutliche Prozess- und Kundenorientierung erreichen, auf kontinuierliche Verbesserung zielen und damit dieses überarbeitete System ebenfalls als TQM-Modell ausweisen.

Bei einem Vergleich beider Ansätze ist grundsätzlich zu bedenken, dass die ISO-Norm ein System, das EFQM-Modell dagegen einen Denkansatz beschreibt (KRUG / THUN 1999). Die ISO-Norm stellt Anforderungen auf, die sich auf diejenigen Aspekte des Managements einer Organisation beziehen, die zur Steuerung von Qualität als unerlässlich erachtet werden. Diese Forderungen muss eine Organisation erfüllen. Demgegenüber bietet das EFQM-Modell ein Gerüst an, anhand dessen eine Organisation ihr eigenes QM-System entwickelt. Vor dem Hintergrund dieser unterschiedlichen Konzeption beider Ansätze werden im Folgenden einzelne Aspekte – die spezifischen Zielsetzungen, Sprachen und wesentlichen Inhalte – verglichen.

**Zielsetzung**

Beide Ansätze verfolgen das Ziel, ein Instrumentarium anzubieten, mit dessen Hilfe Organisationen aller Branchen und Größen die Qualität ihrer Produkte oder Dienstleistungen steuern und damit ihre Position im Wettbewerb verbessern können. Dies geschieht, indem sich Organisationen von ihren Mitbewerbern abheben, wenn das Qualitätsniveau ihrer Produkte oder Dienstleistungen steigt.

Die ISO-Norm zielt schwerpunktmäßig darauf, das Vertrauen der externen Kunden und Partner in die Organisation zu stärken. Dazu werden die Anforderungen an ein QM-System normiert, so dass eine Vergleichbarkeit der Organisationen hinsichtlich ihrer Qualitätsfähigkeit gegeben ist. Das Zertifikat bescheinigt, dass eine Organisation den Normvorgaben entsprechend eine Systematik entwickelt hat, die darauf zielt, Kundenanforderungen zu erfüllen, Prozesse zu beherrschen, Risiken und Fehler zu minimieren und Verbesserungen einzuleiten. So strebt die ISO-Norm mit dem Zertifikat zum einen die Steigerung des Qualitätsniveaus an und eröffnet darüber hinaus mit einer öffentlichkeitswirksamen Bescheinigung zusätzliche Wettbewerbsvorteile für eine Organisation.

Der Ansatz der EFQM bietet einer Organisation zunächst mit der Selbstbewertung ein Instrument für eine Selbstanalyse des Entwicklungsstandes ihres QM-Systems. Mit diesem Instrument zielt das Modell schwerpunktmäßig auf eine »Innenwirkung« (SELBMANN1999), d.h. es ermöglicht innerhalb der Organisation Schwachstellen aufzudecken und Verbesserungsbereiche zu erkennen, um einen Lernprozess in der Organisation anzustoßen mit dem Ziel, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess einzuleiten. Wettbewerbsvorteile kann sich eine Organisation dann aufgrund der Steigerung ihres Qualitätsniveaus im Sinne von »Excellence« verschaffen (FISCHER 1999, REICHE 2000). Die internen Qualitätsbemühungen werden externen Kunden jedoch erst bekannt, wenn eine Organisation einen Qualitätspreis gewinnt. Um dieses Wettbewerbsdefizit des EFQM-Modells auszugleichen, wurde mit dem Programm »Levels of Excellence« die Möglichkeit geschaffen, Organisationen frühzeitiger Bescheinigungen über ihr Qualitätsmanagement auszustellen, die deren Bemühen auch gegenüber externen Zielgruppen belegen.

**Sprache**

Die beiden Ansätze verwenden eine abstrakte, aber graduell unterschiedliche Sprache, die den unterschiedlichen Charakter der beiden Ansätze widerspiegelt. Die ISO-Norm ist stärker in der Sprache der Produktion formuliert. So fordert die Norm z.B. zum Element »Verantwortung der Leitung«: »Die oberste Leitung muss ihre Verpflichtung bezüglich der Entwicklung und Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems nachweisen.« Die Norm verwendet hier den Begriff »Leitung«, nach Richter »das auf Sachmittel und -entscheidungen gerichtete Wirken des Managers« (RICHTER 1999, S. 7).

Demgegenüber wählt die EFQM eine persönlichere Sprache, in der Menschen sichtbar werden. Das vergleichbare Unterkriterium des EFQM-Modells lautet: »Die Führungskräfte stellen durch persönliche Mitwirkung sicher, dass das Managementsystem der Organisation entwickelt, eingeführt und kontinuierlich verbessert wird.« Hier wird der Begriff »Führung« verwendet, abgeleitet von »führen«, nach Richter »die auf Menschen gerichteten Funktionen« des Managements (RICHTER 1999, S. 7).

**Inhalte**

Sowohl die ISO 9001:2000 als auch das EFQM-Modell basieren auf dem **Konzept des TQM**. Beide gehen davon aus, dass Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung der Unternehmensleistung die gesamte Organisation betreffen, in der Verantwortung der Führung / Leitung liegen und ein spezifisches Personalmanagement erfordern. Sie streben eine Steigerung des Kundennutzens und die Vermeidung von Fehlern an und fordern daher eine konsequente Kunden- und Prozessorientierung und ein adäquates Ressourcenmanagement. Sie wollen Organisationen unterstützen, ihre Ergebnisse zu optimieren und kontinuierliche Verbesserungen in der gesamten Organisation einzuleiten. Dazu dient der Aufbau eines organisationsspezifischen QM-Systems.

Beide Ansätze bilden eine **Organisation in ihrer Gesamtheit** ab. Die 32 Unterkriterien des EFQM-Modells erreichen jedoch eine detailliertere Abbildung der die Qualität konstituierenden Vorgehensweisen, als dies bei den Elementen der ISO-Norm der Fall ist.

Beide Ansätze betonen die **Verantwortung der Führung / Leitung** einer Organisation für die Umsetzung des QM-Systems und weisen ihr somit eine zentrale Bedeutung zu. Führung / Leitung ist insbesondere verantwortlich für die Erhebung und Analyse von Anforderungen der Anspruchsgruppen und die Ableitung einer entsprechenden **Qualitätspolitik und Strategie**. Im Unterschied zur ISO-Norm, die im Wesentlichen das strukturierende Vor- und Festschreiben der Aufbau- und Ablauforganisation durch die Leitung betont, beschreibt das EFQM-Modell menschliche Verhaltensweisen und fordert von Führungskräften über die Verantwortung für die Gestaltung des QM-Systems hinaus ausdrücklich die Übernahme einer Vorbildfunktion für die Qualitätsentwicklung und ihre persönliche Mitwirkung daran (Kriterien 1a, 1b) sowie die Motivierung, Unterstützung und Anerkennung der Mitarbeiter (Krit. 1d).

**Auf den Einbezug der Mitarbeiter** (keines der Modelle verwendet die weibliche Form) legen die Ansätze unterschiedliches Gewicht. Das EFQM-Modell begreift die Mitarbeiter sowohl als maßgeblich Beteiligte bei der Qualitätsentwicklung (Befähiger), als auch als Indikator für gute Ergebnisqualität (Krit. 7) und erteilt ihnen somit hohes Gewicht. Das gesamte Potential der Mitarbeiter soll freigesetzt und die Mitarbeiter sollen beteiligt und zu selbständigem Handeln ermächtigt werden. Belohnungs-, Anerkennungs- und Fürsorgesysteme sind aufzubauen (Krit. 3c, 3d, 3e).
Die ISO-Norm fordert im Abschnitt Ressourcen-Management eine adäquate Personalplanung und -entwicklung, die Zielvereinbarungen und Überprüfungen

der Zielerreichung beinhaltet. Einbezug, Selbständigkeit und Verantwortungsübernahme der Mitarbeiter sind nicht ausdrücklich gefordert, sondern könnten durch die strikte Festlegung von Prozessabläufen und Zuständigkeiten möglicherweise eher eingeschränkt werden (KOLB / BERGMANN 1997).

**Kundenorientierung** ist die Grundlage beider Ansätze entsprechend dem wesentlichen Ziel von Qualitätsmanagement, die Beschaffenheit des Produktes oder der Dienstleistung in eine Balance mit den an sie gestellten Anforderungen zu bringen. Dazu sind in beiden Ansätzen die Anforderungen von Kunden, aber auch gesetzliche und behördliche Vorgaben zu erheben und den qualitätsbezogenen Unternehmenszielen zugrunde zu legen.
Das EFQM-Modell erweitert den Kreis zu berücksichtigender Kunden explizit um Partner der Organisation (Krit. 4a) und die Gesellschaft und gibt diesen Anspruchsgruppen eine eigene Bedeutung als Ergebnisindikator (Krit. 6, 8).
Die ISO-Norm gibt demgegenüber den Lieferanten ein größeres Gewicht und fordert deutlicher die Regelung der Beschaffungsprozesse. Obwohl die neue ISO-Norm nun auch die Erhebung der Kundenzufriedenheit einbezogen hat, wird diesem System gegenüber kritisch angemerkt, es erschwere aufgrund der starren Festlegungen flexible Reaktionen auf Kundenbedürfnisse (ebenda).

Die **Prozessorientierung** steht in der ISO-Norm im Mittelpunkt. Sie geht zentral davon aus, dass Organisationen nur existieren können, wenn sie ihre Prozesse beherrschen und zielt daher auf systematisches Erkennen und Lenken von Prozessen. Alle qualitätsrelevanten Prozesse bis hin zu Beschaffungs- und Produktentwicklungsprozessen müssen deshalb in einem QM-Handbuch detailliert beschrieben, Durchführung und Zuständigkeiten festgelegt werden. Während dieses Verfahren einerseits die Standardisierung von Verfahrensabläufen und eine Kontinuität in der Qualität der Leistungserstellung ermöglicht, wird ihm andererseits die Gefahr von Bürokratismus (SEGHEZZI 1994) und die Behinderung von Innovationen (KOLB / BERGMANN 1997) vorgehalten.

Im EFQM-Modell bildet die Prozessorientierung eine der drei Hauptsäulen neben der Führung und den Ergebnissen. Dieses Kriterium beinhaltet die gleichen Anforderungen wie die ISO-Norm und kann durch die Erarbeitung eines QM-Handbuchs abgedeckt werden.

Beide Ansätze fordern adäquates **Management von Ressourcen**, bezogen auf Personal, Informationen und Wissen sowie die Infrastruktur und Ausstattung, wobei das EFQM-Modell explizit die Partnerschaften der Organisation (Krit. 4a) einbezieht.

Beide Ansätze dienen der Erzielung guter **Ergebnisse** der Organisation. Im EFQM-Modell werden explizit Ergebniskriterien beschrieben, die mit 50% des Gewichtes die gleiche Bedeutung wie die Befähigerkriterien erhalten. Ergebnisse werden differenziert betrachtet: gute kunden-, mitarbeiter- und gesellschaftsbezogene Ergebnisse werden als Indikator für gute Geschäftsergebnisse definiert. Dabei wurden im überarbeiteten Excellence-Modell die Inhalte der Ergebniskriterien erweitert und beziehen nun zusätzliche Ergebnisindikatoren als nur die »Zufriedenheit« der Anspruchsgruppen ein. Das EFQM-Modell fordert bezüglich der Ergebnisse, sie müssen im Vergleich mit den eigenen Zielen einer Organisation und mit den Ergebnissen von anderen Organisationen, vorzugsweise mit Branchenbesten, positive Trends aufweisen. Der angestrebte Vergleich mit anderen ist Teil einer Haltung dieses Modells, das »Best Practice« anerkennt und das »Voneinander Lernen« pflegt. Diese Haltung findet sich in der ISO-Norm nicht.

In der ISO-Norm ist eine Ergebnisorientierung implizit enthalten, indem davon ausgegangen wird, dass ein systematisches Qualitätsmanagement mit gut organisierten Prozessen zu guten Ergebnissen führt. Die Definition von Qualitätszielen und die regelmäßige Messung und Analyse des Zielerreichungsgrades beinhalten eine Überprüfung von Ergebnissen. Lediglich bezüglich der Kundenzufriedenheit wird auch explizit die Steuerung von Ergebnissen gefordert.

**Kontinuierliche Verbesserung** in der gesamten Organisation ist ein Ziel beider Ansätze.
Im EFQM-Modell ist eine Organisation bezüglich aller qualitätsrelevanten Vorgehensweisen gefordert, ihr Vorgehen regelmäßig zu überprüfen, Verbesserungsbereiche zu erkennen, die Resultate zur Grundlage von Lernprozessen der Organisation zu machen und Verbesserungen zu entwickeln. Hinsichtlich aller wichtigen Ergebnisse sollen Ziele gesetzt, der Zielerreichungsgrad bewertet und positive Trends erkennbar werden, wobei im Vergleich mit anderen Organisationen weitere Impulse für Fortentwicklungen gewonnen werden sollen.
Auch die ISO-Norm erfordert eine systematische Planung, Lenkung, Überprüfung und Sicherung von Qualität. Die ISO 9001:2000 fordert nun zudem, Qualitätsverbesserungen aus den Ergebnissen von Analysen und Messungen abzuleiten.

Beide Ansätze vollziehen dabei den PDCA-Zyklus nach, indem auf der Basis der aus Kundenanforderungen abgeleiteten gewünschten Ergebnisse die zielführenden Vorgehensweisen geplant werden, ihre Umsetzung bewertet und überprüft wird und ggf. neue Ziele abgeleitet werden, die Verbesserungen beinhalten.

## 6. Resumee

Die beiden Ansätze unterscheiden sich in ihren ursprünglichen Fassungen erheblich, was sich bis heute auf die Bewertung beider Konzepte auswirkt. Die ISO-Norm wird mit Qualitätssicherung und Standardisierung, das EFQM-Modell mit kontinuierlicher Verbesserung assoziiert. Beide Ansätze haben sich jedoch im Zuge der Revisionen stark angenähert, unterscheiden sich aber trotz grundlegender Gemeinsamkeiten dennoch in bedeutsamen Aspekten.

Wie der ursprüngliche Ansatz, legt auch die ISO 9001:2000 einen Schwerpunkt auf die Sicherung des Erreichten, wobei sie jedoch ein Vorgehen auf der Basis des PDCA-Zyklus fordert und so kontinuierliche Verbesserungen in der Organisation anstrebt. Eine Sicherung von Qualität kann im Hinblick auf die zunehmend schneller werdende gesamtgesellschaftliche Veränderung auch nur durch ständige Weiterentwicklung gelingen, denn eine Leistung, »die sich gegenüber dem Vorjahr nicht verbessert hat, wird vermutlich den gegenwärtigen Anforderungen nicht mehr genügen.« (MURPHY 1994, S. 15). Die ISO-Norm bezieht die Qualität der Ergebnisse einer Organisation mit Ausnahme der Kundenzufriedenheit nur implizit ein und berücksichtigt ebenfalls nicht explizit die »Problembereiche Mitarbeitermotivation und -zufriedenheit« (VIETHEN 1998).

Das EFQM-Modell erweist sich »als »das Modell für ganzheitliche Führung von Gesamtunternehmungen« (SEGHEZZI 1998, S.1292). Es bildet alle relevanten Bereiche einer Organisation ab und lässt mit dem Instrument der Selbstbewertung das Wissen im System der Organisation. Gegenüber der ISO-Norm stellt das Modell in zweifacher Hinsicht eine Erweiterung dar: Es legt zum einen ein besonderes Gewicht auf die »Human Ressources« (BERGMANN 1996), fasst den Kundenbegriff weiter, bezieht die Partner, die Mitarbeiter/innen und die Gesellschaft mit ein und lenkt so den Blick auf die weichen Faktoren, durch die Unternehmensergebnisse wesentlich beeinflusst werden. Zum anderen fokussiert das Modell differenziert die Ergebnisse einer Organisation.

Das EFQM-Modell ist als Denkmodell sehr offen gehalten und muss von der anwendenden Organisation entsprechend ihren spezifischen Erfordernissen gefüllt werden. Dabei können die Anforderungen der ISO-Norm oder anderer Methoden, wie z.B. der aus dem Controlling stammenden Balanced Scorecard (SCHMUTTE / TASCH 1999) problemlos integriert werden. Die Offenheit des Modells erlaubt einerseits eine kreative Herangehensweise bei der Implementierung und bei der Durchführung der Selbstbewertung. Führungskräfte und Mitarbeiter/innen einer Organisation können zunächst recht frei aus ihrer Sicht den Ist-Zustand erheben, darstellen, bewerten und Verbesserungsbereiche definieren. Andererseits erfordert ein systematisches Prozessmanagement den Einbezug der Methoden der ISO-Norm.

Die ISO-Norm demgegenüber stellt ein geschlossenes System normierter Anforderungen an ein Qualitätsmanagement dar. Ihre abstrakte Sprache muss gemäß den spezifischen Gegebenheiten der anwendenden Organisation übersetzt werden. Mit ihrem Schwerpunkt auf der regelhaften Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation und deren Dokumentation fordert ihre Anwendung von Leitung und Mitarbeiter/innen einer Organisation einen oft erheblichen Aufwand und strenge Disziplin bei der umfassenden Beschreibung aller qualitätsrelevanten Prozesse.

In ihren revidierten aktuellen Fassungen sind die beiden Ansätze jedoch kompatibel und integrierbar (PAEGER et al. 2000, SEGHEZZI 1998, KRUG / THUN 1999) und können einander sinnvoll ergänzen. Dann stellt sich nur noch die Frage, mit welchem Modell eine Organisation beginnt. Organisationen können entweder zunächst das EFQM-Modell anwenden und später die Normvorgaben integrieren und ihr QM-System zertifizieren lassen. Sie können aber auch mit der Prozessbeschreibung und Zertifizierung nach der ISO-Norm beginnen und später ihr QM-System entsprechend dem EFQM-Modell erweitern. Während SCHMIDT (1999) und SCHNAUBER (1998) für den zweiten Weg plädieren und vorschlagen, die ISO-Norm als Einstieg und die Zertifizierung als Anreiz zu nutzen und zunächst ein QM-System gemäß ISO zu entwickeln, weist PAEGER darauf hin, dass die Aufforderung zur Prozessbeschreibung z.B. in Krankenhäusern oft Widerstände auslöst, während der Sinn einer Selbstbewertung als Standortbestimmung und Dokumentation der eigenen Qualität leichter plausibel zu machen ist (PAEGER 2000). Je nach den spezifischen Gegebenheiten in einer Organisation kann es daher durchaus sinnvoll sein, mit der Selbstbewertung zu beginnen und die Prozessbeschreibung dann durchzuführen, wenn eine solche Strukturierung als Verbesserungsbedarf identifiziert worden ist.

Beide Konzepte stehen somit gleichwertig nebeneinander. Entscheidend für den Erfolg eines QM-Systems ist vielmehr das Vorgehen innerhalb der Organisation. Wirkungsvolle Qualitätsentwicklungsprozesse können nur gemeinsam mit den Mitarbeiter/innen gestaltet werden. Deren Motivierung zu aktiver Mitwirkung stellt daher einen wesentlichen Erfolgsfaktor dar. Eine Selbstbewertung nach EFQM kann auf Leitungsebene ohne Einbezug der Mitarbeiter/innen durchgeführt werden, so dass Qualitätsmanagement nahezu unbemerkt implementiert wird. Demgegenüber können Prozessbeschreibungen gemäß DIN ISO gemeinsam mit den Mitarbeiter/innen erstellt und zugleich Verbesserungen erarbeitet werden, deren positive Wirkungen den Mitarbeiter/innen direkt einsichtig sind. Letztendlich kommt bei der Einführung eines QM-Systems dem glaubwürdigen Engagement der Führung die entscheidende Bedeutung zu. ■

## *Literatur*


- BERGMANN, G. (1996) *Die Zukunft des Qualitätsmanagements*, in: Personal 01, S. 28-31
- BRUHN, M. (1996) *Qualitätsmanagement für Dienstleistungen: Grundlagen, Konzepte, Methoden*, Berlin, Heidelberg: Springer
- DEMING, W.E. (1982) *Quality, Productivity and Competitive Position*, Cambridge, Massachusetts: Institute of Technology
- DGQ – DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR QUALITÄT E.V. (HG) (1995) *Begriffe zum Qualitätsmanagement*, DGQ-Schrift 11-04, Berlin, Wien, Zürich: Beuth Verlag
- DONABEDIAN, A. (1982) *An Exploration of Structure, Process and Outcome as Approaches to Quality Assessment*, in: Selbmann, H.-K. / Überla, K.K. (Hg) Quality Assessment of Medical Care, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 15, Gerlingen: Bleicher, S. 69-92
- EFQM (1999), *Das EFQM-Modell für Excellence – Öffentlicher Dienst und soziale Einrichtungen*, Brüssel

- FISCHER, P. (1999) *Umfassendes Qualitätsmanagement als Wettbewerbsvorteil*, in: viscom print+communication Nr. 14/15, S. 8-13
- FRIETSCH, R. (2000) *Workshop Qualitätsentwicklung*, Fachverband Drogen und Rauschmittel, Hannover, am 24.02.2000 in Frankfurt a.M., unveröffentlichtes Manuskript
- KOLB, M. / BERGMANN, G. (1997) *Qualitätsmanagement im Personalbereich. Konzepte für Personalwirtschaft, Personalführung und Personalentwicklung*, Landsberg / Lech: Verlag moderne industrie
- KRUG, A.C. / THUN, J.W. (1999) *Der neue Weg zu Business Excellence*, Frankfurt a.M., Thun Consult
- LIEBELT, J. (HG) (1999) *Angewandtes Qualitätsmanagement. Gesundheitseinrichtungen als lernende Organisation*, Berlin, Heidelberg: Springer
- MURPHY, J. A. (1994) *Dienstleistungsqualität in der Praxis*, München, Wien: Hanser
- OFFERMANNS,G. / GÜNTERT, B. (2000) *Qualitätsmanagement in der Facharztpraxis. EFQM oder ISO – gibt es den Königsweg?* In: Orthopädie und Rheuma Nr.4, S.10-14
- PAEGER, A. / FIEDLER, S., SKLAREK, J. (2000) *Die Qualitätsbewertung nach den Baldridge-Kriterien und den Standards der Joint Commission aus den USA*, in: Asklepios Kliniken GmbH (Hg) Strukturen im Gesundheitswesen und zukunftsorientiertes Qualitätsmanagement, V. Asklepios-Kongress Mainz 1999, Königstein-Falkenstein, S. 158-182
- REICHE, M. (2000) *Qualität im Fokus. Mit dem EFQM-Modell zu erfolgreicher Mitarbeiter- und Kundenorientierung*, in: Qualität und Zuverlässigkeit, Vol. 45, T 6, S. 744-747
- SCHMIDT, K.-J. (1999) *Das Modell der Business Excellence der EFQM; Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9000 ff.: Vergleich der mit beiden Ansätzen im Krankenhaus gewonnenen Erfahrungen*, in: Liebelt, J. (Hg) Angewandtes Qualitätsmanagement. Gesundheitseinrichtungen als lernende Organisation, Berlin, Heidelberg: Springer, S. 29-50
- SCHMUTTE, A.M. / TASCH, D. (1999) *Gemeinsam stark, EFQM-Modell und Balanced Scorecard im Business-Excellence-Prozess*, in: Qualität und Zuverlässigkeit, Vol. 44, Nr. 12, S. 1502-1505
- SCHNAUBER, H. (1998) *Die dynamische Entwicklung des EFQM-Bewertungsmodells – Konzept für 1999*, in: Asklepios Kliniken GmbH (Hg) Die Gesundheitsversorgung von Morgen, IV. Asklepios-Kongress Mainz 1998, Königstein-Falkenstein, S. 139-148
- SEGHEZZI, H. D. (1994) *Qualitätsmanagement, Ansatz eines ST. Galler Konzepts Integriertes Qualitätsmanagement*, Entwicklungstendenzen im Management Bd.10, Stuttgart: Schäffer-Poeschel, Zürich: Verl. Neue Züricher Zeitung
- SEGHEZZI, H.D. (1998) *Keine Zukunft ohne Qualitätsmanagement*, in: Qualität und Zuverlässigkeit, Vol. 43, Nr. 11, S. 1292-1293
- SELBMANN, H.K. (1999) *EFQM – ein finales Qualitäts-Modell? Qualitätsmanagement aus der Sicht der Gesundheitspolitik*, in: KU Sonderheft 9, EFQM – das Qualitätsmodell der European Foundation for Quality Management, S. 4-8
- SIMON, W. (2001) ISO 9000: *Was Trainer jetzt beachten müssen*, in: Wirtschaft & Weiterbildung, Mai 2001, S. 30-31
- VIETHEN, G. (1998) *Qualitätsmodelle im Vergleich: Positionspapier der »Deutschen Gesellschaft der Ärzteschaft im Qualitätsmanagement e.V. (DGÄQ)*, in: Asklepios Kliniken GmbH (Hg) Die Gesundheitsversorgung von Morgen, IV. Asklepios-Kongress Mainz 1998, Königstein-Falkenstein, S. 229-238

# *DAS EFQM-Modell »Jellinek«*

## Ein Instrument zur strukturierten und systematischen Selbstbewertung des Qualitätsmanagements von Einrichtungen des Gesundheitswesen

Udo W. Nabitz / Jan A. Walburg

Inhalt

1. Einleitung
   1.1 Einführung
   1.2 Qualitätsmodelle
   1.4 Das Jellinekzentrum
   1.5 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

## *1.1 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 mit den Konzepten des Qualitätsmanagements 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 gegeben[1].

Die Struktur des Jellinekzentrums war nach einer Reorganisation im Jahre 1993 verändert worden und eignete sich besser für den Ansatz des ganzheitlichen Qualitätsmanagements. Nach der Reorganisation werden vier Funktionsbereiche und drei organisatorische Ebenen unterschieden. Die Funktionsbereiche sind die Kliniken mit 12 Programmen[2], 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.

1 WALBURG, J.A.: Staan voor kwaliteit, JELLINEK, Amsterdam, 1990

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

Die sechs wichtigsten Gründe für diese Entscheidung waren:

1. 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 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 kennen gelernt 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 Basis von Messungen verglichen und verbessert werden. Das EFQM-Modell 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 selbstständigen 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 Gesundheitswesen, 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 Qualitätsmanagements. Der angelsächsische Begriff ist »Total Quality Management«. Dem Konzept liegen die folgenden Annahmen zu Grunde:

*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 Award[4], bei der die gleichen Annahmen die Basis bilden. Das Niederländische Qualitätsinstitut hat die Prinzipien und das Modell übernommen und in den Niederlanden propagiert[5]. Das Jellinekzentrum übernahm ebenfalls diese Prinzipien und nahm das integrale Qualitätsmanagement als Ausgangspunkt für seine eigene Qualitätspolitik.

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 Matrixdiagramme[6].

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

6 Vgl. Selbstbewertung 1996, Seite 30 ff.

## *2.3 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 Ergebnissen[7] 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 werden[8]. Die Struktur- und Prozessdimensionen DONABEDIANS stimmen mit dem Organisationsteil des EFQM-Modells überein. Den Begriff Outcome von DONABEDIAN setzen wir gleich mit dem Ergebnisteil des EFQM-Modells. Mit unserem Ansatz beabsichtigen wir den klassischen Ansatz des Gesundheitswesens von DONABEDIAN und die modernen Ideen des integralen Qualitätsmanagement miteinander zu verbinden.

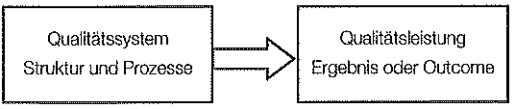



*Abb. 1: Qualitätssystem und Qualitätsleistung*

**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 Mitarbeitern[9] ist ein wesentliches Kennzeichen der Arbeit. Die Bedeutung von Motivation, Kenntnis und Können bei den Mitarbeitern ist im Gesundheitswesen nicht zur 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 wie auf der folgenden Seite aus:

7 Im Orginaltext werden die englischen Begriffe »enablers« und »results« verwendet, die deutschen Begriffe sind der Broschüre der EFQM entnommen.

8 DONABEDIAN, A. 1982, Explorations in Quality, Assesment and Monitoring, Health Administration Press, Ann Arbour

9 Im Origanaltext wird der Begriff 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.

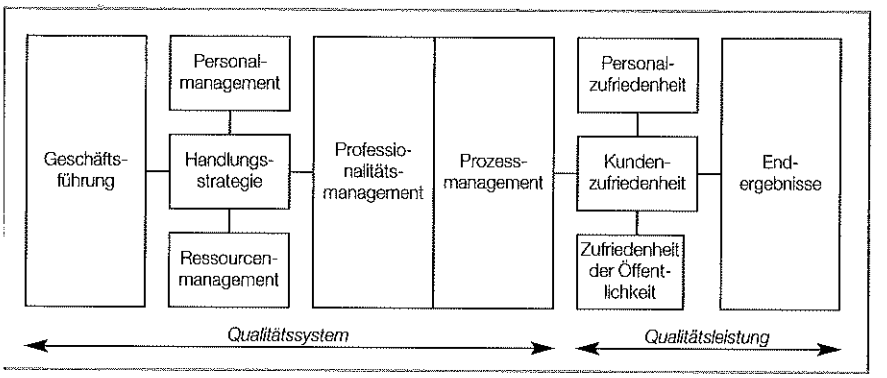



*Abb. 2: Das EFQM-Modell Jellinek*

### Bereiche, Aspekte und Maßstäbe

Im Jellinek-Modell werden andere Namen für die Elemente des EFQM-Modells 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 Basisdokument[10] und die Bearbeitungen des EFQM-Modells durch das Holländische Krankenhaus Institut »Nederlandse Ziekenhuis instituut«[11] berücksichtigt.

### 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 die folgende Abgrenzungen vorgenommen.

Wir unterscheiden zunächst zwischen Kunden und Interessenvertretern. 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 Wertschätzung[12] 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 Jellinek-

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

11 Checklijst Kwaliteitszorg Ziekenhuizen 1993, Nzi, Utrecht

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.

zentrum 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 Mitarbeiten 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 Gesundheitswesen wie dem Jellinekzentrum besteht eine Trennung zwischen dem Abnehmer von Leistungen und dem Kostenträger. Wir haben die folgende Einteilung getroffen: Die Kunden der Behandlungsprogramme sind die Klienten, das soziale Netz und die Einweiser. Die Kunden des Managements 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 Abbildung 3 exemplarisch gezeigt.

**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.

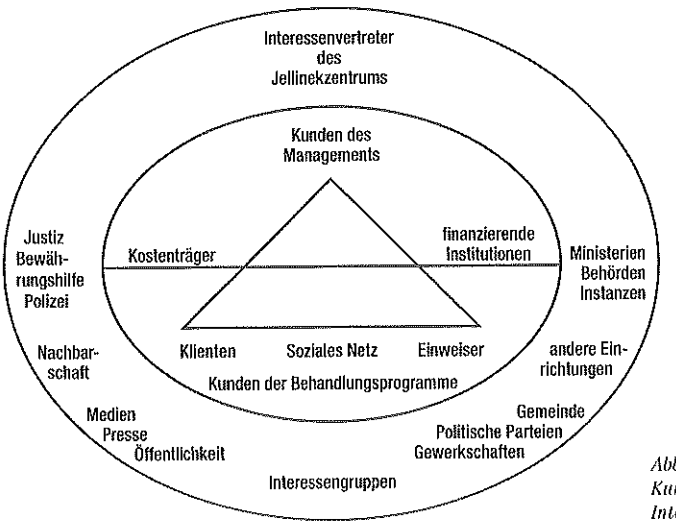


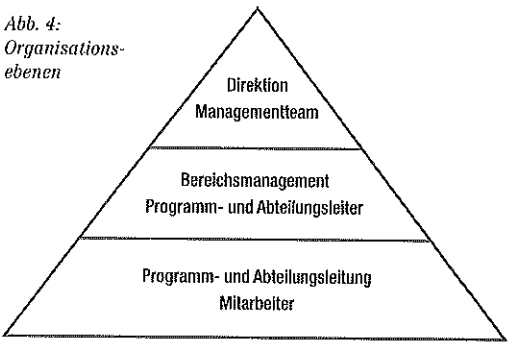

*Abb. 3: Kunden und Interessenvertreter*

**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 Model 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.

*Abb. 4: Organisationsebenen*




## *2.2 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 Organisationen[13].

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 grafischen Abbildungen die Integration. In den Grafiken werden ebenfalls fünf Phasen unterschieden. Mit Hilfe der Beschreibung der Entwicklungsphasen und der Grafiken wird die Diagnose einer Organisation deut-

13 HARDJONO, T.W. 1993: De Nederlandes Kwaliteitsprijs en Onderscheiding, Kluver, Deventer, 1993

licher. Das nachfolgend dargestellte Phasenmodell wurde unter Beachtung der Situation des Jellinekzentrums 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 Organisationphase 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 mit berücksichtigt. Kunden und Lieferanten werden bei Qualitätsfragen hinzugezogen. Intern bemüht man sich, Hindernisse zwischen Teams und Abteilungen aus dem Weg zu räumen.

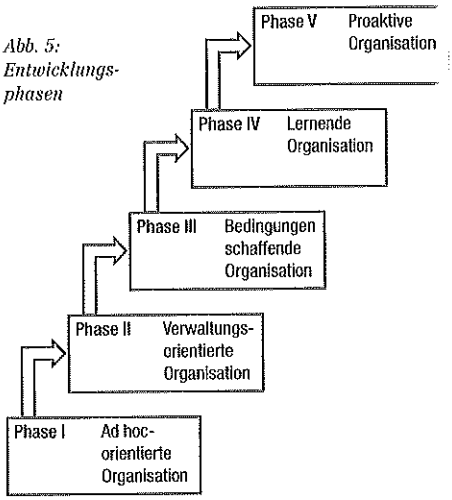



*Abb. 5: Entwicklungsphasen*

**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. Gewinnsituation 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 wird[14].

## *3.1 Geschäftsführung*

Die Dimension Geschäftsführung des EFQM-Modells bezieht sich auf das Verhalten des Management. 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 der 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

14 Werkboek EFQM diagnose MT, Jellinek, Amsterdam, 1994

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.

## *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 gesamten Konzept.

## *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 Sozialgefüge[15].

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

Um die Aspekte anschaulich wiederzugeben, ist die Matrix für die Dimension Personalmanagement unten abgebildet.

| 3. Personalmanagement | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *Aspekte* | *Phase I Ad-hoc-orientierte Organisation* | *Phase II Verwaltungsorientierte Organisation* | *Phase III Bedingungen schaffende Organisation* | *Phase IV Lernende Organisation* | *Phase V Proaktive Organisation* |
| *3a Personalführung* | Personal wird als variabler Kostenfaktor gesehen<br><br>Geschäftspolitik richtet sich auf die Lösung von Problemen | Investitionsbereitschaft in die Fähigkeiten von Mitarbeitern<br><br>Zufriedenheit ist abhängig von der erbrachten Leistung | Geschäftspolitik richtet sich auf vielseitig einsetzbares Personal<br><br>Menschliche Fähigkeiten / Potentiale sind Teil des strategischen Plans der Organisation | Geschäftspolitik richtet sich auf Selbstregulierung durch autonome Teams<br><br>Gespräche über Funktionen führen zu Maßarbeit | Die Organisation kann in jeder Situation ein interessanter Arbeitgeber bleiben<br><br>Innerhalb von Rahmenvereinbarungen realisieren Mitarbeiter ihre Arbeitsbedingungen |
| *3b Personalgewinnung 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 Effiziente Aufgabenstellungen* | 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, Voschlags- 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 |

*Abb. 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 einen 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.

| 5. Professionalitätsmanagement | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *Aspekte* | *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 Berufskenntnissen zum Ziel hat | Die Organisation hat engen Kontakt mit berufsbezogenenen Ausbildungsinstitutionen | Die Organisation arbeitet aktiv an der Entwicklung von Berufskenntnisssen 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 Protokollewerden systematischauf Zielsetzung und Handhabung hin überprüft | Der eigene Arbeitsstil wird fortlaufend mit externen Entwicklungen im professionellen Umfeld verglichen |
| *5d Kunden und Ergebnisorientierung* | Die Organisationbietet 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 praktischen Arbeitsweisen zu verbessern |
| *5e Wissenschaftliche Untersuchung* | Ab und zu wird an wissenschaftlichen Untersuchungen teilgenommen<br>Gelegentlich sprechen die Professionellen über Arbeitsansätze und es kommt zur Intervision | Für eigene Vorhaben werden Untersuchungen durchgeführt<br>Regelmäßig finden Prüfungssitzungen und Intervision statt | Es besteht ein Untersuchungsprogramm, Mittel werden hierfür bereitgestellt<br>Wissenschaftliche Ergebnisse bilden die Grundlage für Richtlinien und Standardisierungen | Die Kenntnisse werden durch regelmäßige Untersuchungen erhöht / aktualisiert<br>Systematische, interkollegiale Prüfungen finden regelmäßig statt | An innovativen, zukunftsweisenden, wissenschaftlichen Untersuchungen partiziplert die Organisation<br>Durch die Professionellen werden neue Prüfungsmethoden entwickelt |

*Abb. 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-Zertifikation[16] Anknüpfungspunkte, um eine Prozessbeschreibung erstellen zu können, aber die besonderen Aspekte der Suchthilfe bleiben dabei außer acht. Deshalb wurde im Jellinekzentrum vor einigen Jahren eine ausführliche Untersuchung über Betriebsfunktionen und Prozesse durchgeführt[17]. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden primäre, unterstützende und lenkende Prozesse unterschieden.

Auf Grund der Untersuchung wurde der primäre Prozess des Jellinekzentrums mit den Schlagworten »Integrale Suchthilfe« angedeutet. Der primäre Prozess wurde wiederum unterteilt in Hilfeleistung, Vorbeugung und Dienstleistung.

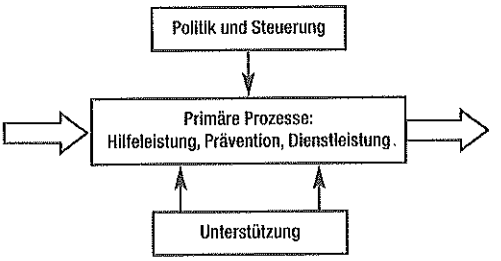



*Abb. 8: Prozesse*

Beim Jellinek-Modell haben wir uns in der Dimension Prozessmanagement 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 Jellinekzentrums angepasst. Neben der Unterscheidung in lenkende, primäre und unterstützende Prozesse bieten Flussdiagramme, die im Rahmen des ISO-Zertifizierungsprojekts des Jellinekzentrums erstellt wurden, die Basis um zu einer Beurteilung des Prozessmanagement zu kommen.

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

## 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.

**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 dem 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.

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 Qualitäts-Instituts* | *Modell des Jellinek-zentrums* |
|---|---|---|---|
| 1. Personalzufriedenheit | 26 | 24 | 6 |
| 2. Kundenzufriedenheit | 26 | 22 | 4 |
| 3. Zufriedenheit der Öffentlichkeit | 13 | 11 | 4 |
| 4. Endergebnisse | 11 | 14 | 6 |

*Abb. 9: Vergleich der Maßstäbe*

### 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 employee satisfaction«.

Zufriedenheitsuntersuchungen des Personals einer Organisation haben eine lange Tradition. Aus allen möglichen Messinstrumenten und Ansätzen hat man im Jellinekzentrum für die Basisfrageliste Amsterdam[18] 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

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

Angaben zur Personalfluktuation, 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. Personalfluktuation

## *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 entwickelt[19]. 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 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 folgende Maßstäbe vornehmen zu können:

19 JONGERIUS, J.; HULL, H.; DERKS, J.: Hoe scoort de verslavingszorg, NcGv, Utrecht, 1994

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

Zur Illustration dieses Bereichs bilden wir eine Checkliste ab:

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

*Abb. 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 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 »Profilpakket«[20] des Jellinekzentrums.

20 NABITZ, U.; NANITSOS, P.; WARI, M.: Profielpakket, 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«.

Für eine weitere Vertiefung der Tabelle verweisen wir auf die verschiedenen Arbeitsbücher des »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. Austattung 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 |

*Abb. 11a: Übersicht der Aspekte des EFQM-Modells Jellinek*

| Dimensionen | Aspekte |
|---|---|
| 1. Personalzufriedenheit | 1a. Zufriedenheit mit den Arbeitsaufgaben |
| | 1b. Zufriedenheit mit den Vorgesetzen und Kollegen |
| | 1c. Zufriedenheit mit der Entlohnung |
| | 1d. Zufriedenheit mit Strukturen und Organisation |
| | 1e. Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen |
| | 1f. Krankheitsfehlzeiten |
| | 1g. Personalfluktuation |
| 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 |

*Abb. 11b: Übersicht der Maßstäbe des EFQM-Modells 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 Bewertungstreffen wurde für jeden Aspekt und für jeden Maßstab ein Konsens über die Bewertung erreicht. Die Selbstbewertung wurde in einer Grafik »Das Spinnennetz«, die rechts zu sehen ist, zusammengefasst.

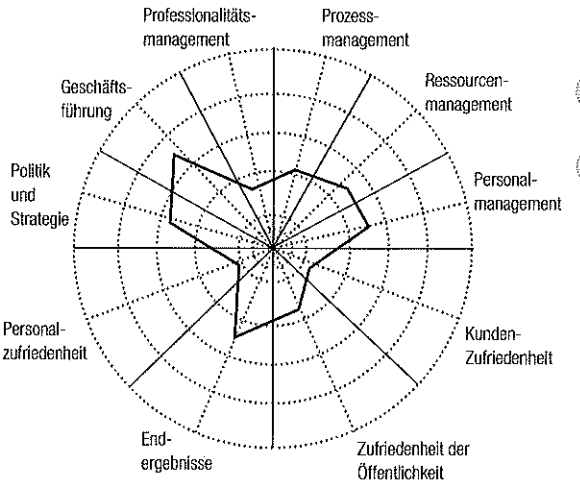



*Abb. 12: »Das Spinnennetz«*

Die Grafik ist die Abbildung des Qualitätsmanagements des Jellinekzentrums. 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 tätigkeitsbezogen 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 erhielten das Professionalitätsmanagement und das Prozessmanagement auf Niveau Zwei. Der Grund für die niedrige Bewertung liegt in der Schwierigkeit, im Gesundheitswesen Prozesse und Professionalität zu verdeutlichen und sie 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*

# Konzepte des Qualitätsmanagements

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 Qualitätsmanagements 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 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 Qualitätsmanagements 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 Vragenlist Amsterdam*
  Arbeids- en Organisatiepsychologie, 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
- *Handleidung Positiebepaling en Verbeteren*
  (1995), Instituut Nederlandse Kwailteit, 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 versalvingszorg*
  NcGv, Utrecht
- NABITZ, U.W., P. NANITSOS EN M. WARDI (1994)
  *Profielpakket*, Jellinek, Amsterdam
- NATIONAAL ZIEKENHUIS INSTITUUT (1993)
  *Checklijst Kwaliteistzorg*, 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 gezondheitszorg en de verslavingszorg*, NvGGZ, Utrecht
- WALBURG, J.A. (1990), *Staan voor Kwaliteit*, Jellinek, Amsterdam
- *Werkboek EFQM diagnose MT (1994)*, Jellinek, AmsterdamQualitätsmanagement und Supervision

# *Qualitätsmanagement und Supervision*

## Die Hürden des Anfangens meistern

Ronald Meyer, Kristina Schmid

Inhalt

1. Grundlagen eines Qualitätsmanagementprozesses
2. Die Rolle von Supervision und ihre Ziele
3. Mögliche Hürden und Widerstände
4. Eine Beispielsituation
5. Die Rolle der QM-Beratung
6. Zusammenfassung

Entschließt sich eine Einrichtung ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen, so findet dieser Prozess häufig vor dem Hintergrund statt, dass in der Arbeit der Einrichtung bereits verschiedene Instrumente zur Qualitätssicherung zum Einsatz kommen. Der folgende Aufsatz beschäftigt sich mit dem Verhältnis von Qualitätsmanagement und Supervision. Supervision genießt als Instrument zur Qualitätssicherung in Einrichtungen der sozialen Arbeit bereits eine hohe Akzeptanz. In dem nachfolgenden Text wird sie in der Rolle als eine Möglichkeit von Prozessbegleitung vorgestellt.

Besonders viele Unsicherheiten und offene Fragen zeigen sich erfahrungsgemäß zu Beginn eines Veränderungsprozesses – dies ist bei der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems nicht anders. Daher fokusiert sich der folgende Aufsatz auf die Anfangssituation eines Qualitätsmanagementprozess und beschreibt zunächst die Grundlagen und Rahmenbedingungen für Qualitätsmanagement und Supervision. In einem weiteren Schritt werden Themen aufgezeigt, die den Anfang so schwierig erscheinen lassen. Abschließend wird anhand eines Fallbeispieles erläutert, welche Rolle sowohl die QM-Begleitung als auch die Supervision bei der Gestaltung eines Qualitätsentwicklungsprozesses einnehmen können.

## *1. Grundlagen eines Qualitätsmanagementprozesses*

Unabhängig vom Qualitätsmanagementsystem gibt es eine Reihe von Anforderungen sowie struktureller und atmosphärischer Notwendigkeiten, die gegeben sein müssen, um den Erfolg eines ganzheitlich orientierten Qualitätsentwicklungsprozesses sicher zu stellen. Oder anders formuliert: werden bestimmte Aspekte nicht gleich zu Beginn mit der erforderlichen Aufmerksamkeit seitens der Prozessinitiatoren in den Blick genommen, können sie sich im Verlaufe des weiteren Prozesses zu Widerständen verdichten, die das Gelingen des gesamten Vorhabens gefährden.

Wird Qualitätsmanagement nicht nur als reine Steuerung von Prozessabläufen, sondern in einem ganzheitlichen Sinne als Managementansatz verstanden, so beinhaltet dies mehr als die bloße Anwendung von Instrumenten, es ist in der Regel Teil eines komplexen Gestaltungs- und Veränderungsvorhabens. Total Quality Management (ganzheitliches Qualitätsmanagement) ist vom Konzept als ein sog. Top-Down-Ansatz zu verstehen, da er die Verantwortung für die Schaffung von Rahmenbedingungen für einen Qualitätsmanagementprozess bei der Leitung einer Organisation ansiedelt. Er erfordert eine klare Führungsstruktur, in der die Rollen und Aufgaben sowohl der Leitung als auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter klar definiert sind und kommuniziert werden.

Gleichzeitig sind auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter insofern in der Verantwortung, als sie diejenigen sind, die die Produkte oder Dienstleistung erbringen und damit eine wichtige Aufgabe bei der Sicherung und Entwicklung von Qualität haben.
Zum Gelingen eines Qualitätsmanagementprozesses trägt es bei, den Fokus während der Prozessgestaltung nicht nur auf die Leitungsaufgaben zu legen, sondern alle Mitarbeiter/innen am Prozess zu beteiligen und zu integrieren und sie damit zu Akteur/innen des Qualitätsprozesses zu machen.

Dieses Miteinander setzt voraus, dass der Prozess vor dem Hintergrund eines gegenseitigen Vertrauens zwischen Führungsebene und Mitarbeiterschaft stattfindet und die Ziele für die Einführung von Qualitätsmanagement von allen Beteiligten auf breiter Basis entwickelt, eingeführt und getragen werden. Ein kontinuierlicher und offener Austausch sowohl über die Zielvorstellungen als auch über die einzelnen Handlungsschritte unterstützt die Akzeptanz und schafft Transparenz im Prozessverlauf. Entwickelte Meilensteine und getroffene Entscheidungen werden von der Leitung an alle Mitarbeiter/innen kommuniziert. Der Rahmen von Teamtreffen bietet die Möglichkeit, den Qualitätsmanagementprozess zu reflektieren und eine Rückbindung zwischen Mitarbeiterschaft und Führungsebene zur weiteren Prozessgestaltung sicherzustellen.

Qualitätsmanagement folgt in diesem Ansatzverständnis einem prozessorientierten Organisationsberatungskonzept mit einem personalen und strukturalen Vorgehen. Der personale Ansatz geht dabei von der Prämisse aus, dass in erster Linie individueller Wandel der Motor für soziale und organisatorische Veränderung ist. Wobei der strukturale Ansatz von der Annahme ausgeht, dass durch eine Veränderung struktureller Regelungen ein Wandel in der Einstellung und dem Verhalten der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgelöst wird. Ein derart multidimensionales Verständnis sieht in diesen beiden Vorgehen keinen Widerspruch, sondern betont und fordert ihre Gleichzeitigkeit.

Qualitätsmanagement nach dem Konzept der EFQM verfolgt im prozessberatenden Sinne der Intention, die Mitglieder von Organisationen zur Selbstdiagnose anzuregen, um die zugrunde liegenden Wirklichkeitskonstruktionen zu erweitern und die so gewonnenen Informationen in die Planung des Veränderungsprozesses einzubeziehen, um darüber eine Qualitätsverbesserung zu erzielen.
Die in einem Qualitätsmanagementprozess zum Einsatz kommenden Instrumente sind, auch zum Teil mit Überschneidungen, somit den verschiedenen Ansätzen – personaler und struktureller Prozessberatung – zuzuordnen.

## 2. Die Rolle von Supervision und ihre Ziele

Als ein komplementäres Angebot in einem derartigen QM-Prozess kann Supervision dienen. Mit einem erweiterten Verständnis als prozessunterstützende Beratungsform, die aus ihrer Entwicklung als Methode ihren Blick zunehmend auch auf die Organisation lenkt, kommt ihr Ansatz zum Tragen. Supervision kann zur Klärung begleitender Funktionen eines QM-Prozesses beitragen und damit die Notwendigkeit von Umstrukturierungsmaßnahmen aus diesem Prozess begleiten. In diesem Sinne sind die Sozio- und Psychodynamik einer Organisation Gegenstand der Diagnose und Intervention von Supervision.

Als ein übergeordnetes zentrales Ziel der Supervision empfiehlt sich hierbei die Fähigkeit zu »sozialer Selbstreflexion«[1] bei den Supervisanden zu entwickeln.
Fragen wie

- was ist unsere zentrale Aufgabe?
- wozu gibt es uns und wodurch unterscheiden wir uns von anderen?
- wo wollen wir hin?
- was sind die Werte und Normen, die unsere Arbeit mit unseren Klienten / Kunden und unsere Kooperation untereinander lenken?

werden sich Mitarbeiter einer »lernenden Organisation« immer wieder stellen müssen. Dabei ist auch das Erkennen von latenten Strukturen, die hinter den manifesten liegen, eine Aufgabe, die im »Dialog«, in der Erforschung »mentaler Modelle« und in der Supervision angegangen werden kann.

Dialog ist hier als eine »anhaltende kollektive Erkundung der Prozesse, Annahmen und Sicherheiten, aus denen sich die alltäglichen Erfahrungen zusammensetzen«[2] verstanden. Der Begriff »Dialog« hat zweifelsohne Konjunktur. In dem hier dargestellt Zusammenhang wird er als eine besondere Art, miteinander zu sprechen und einander zuzuhören verstanden. Dazu gehört vor allem auch, sich selbst zuzuhören, die eigene Reaktion zu spüren, die Herkunft der eigenen Gedanken zu erforschen, um nicht Gefangener des eigenen, in der Regel begrenzten, Weltbildes zu bleiben.

Wie man einen Dialog initiiert und durchführt erläutert ED SCHEIN sehr verständlich in seinem Artikel »Über Dialog, Kultur und Organisationslernen«, der ebenfalls im o.a. Buch zu finden ist.[3]

Die Erforschung mentaler Modelle ist eine der fünf Disziplinen der lernenden Organisation. Das Ziel ist es, »... dass wir lernen, unsere inneren Bilder vom Wesen der Dinge an die Oberfläche zu holen, zu überprüfen und zu verbessern. ...«[4] In der Regel sind uns diese handlungsleitenden Vorstellungen unbewusst, d.h. Individuen brauchen ein Gegenüber, um in individueller Selbstreflexion an diese Vorannahmen heranzukommen. Organisationen hingegen brauchen ein Setting, in dem sie kollektiv, in der Regel mit Hilfe von außen, ihre Annahmen in einem Prozess der sozialen Selbstreflexion ans Licht bringen können. Supervision bietet in diesem Zusammenhang ein geeignetes Setting.

1 GIESECKE, M.; RAPPE-GIESECKE, K. Supervision als Medium kommunikativer Sozialforschung, Frankfurt, Suhrkamp 1997, S. 64

2 ISAACS, W.N. Dialog, kollektives Denken und Organisationslernen. In: FATZER, G. (Hg), Organisationsentwicklung und Supervision: Erfolgsfaktoren bei Veränderungsprozessen. Trias Kompaß 1, Köln, EHP 1996a, S. 183

3 SCHEIN, ED. Über Dialog, Kultur und Organisationslernen. In: FATZER, G. (Hg), Organisationsentwicklung und Supervision: Erfolgsfaktoren bei Veränderungsprozessen. Trias Kompaß 1, Köln, EHP 1996a

4 SENGE, P.M. Die fünfte Disziplin – Kunst und Praxis der lernenden Organisation, Stuttgart, Klett Cotta 1996

Die angesprochene komplementäre Aufgabe von Supervision in einem QM-Prozess bekommt hier seine eigne Prägung. Wir wissen, dass es nicht ganz einfach ist, von der Ebene der Phänomene zu den dahinterliegenden Strukturen zu kommen, zumal jede Institution Routinen und Normen entwickelt, die dieses Lernen verhindern, damit die alltäglichen Arbeitsprozesse nicht beständig hinterfragt werden müssen. Es gilt ein Lernsetting zu schaffen, das vom Handlungsdruck entlastet ist und die Möglichkeit bietet, die alltägliche Praxis von der Perspektive der Metakommunikation aus zu betrachten. Supervision bietet dazu eine Möglichkeit, in dem die beiden Ebenen des Erlebens und des Verstehens unter Beachtung der Widerstände bearbeitet werden können.

Zur Umsetzung ist es sinnvoll das angeführte übergeordnete Ziel der sozialen Selbstreflexion in »mittelfristige« Ziele zu zerlegen. RAPPE-GIESECKE benennt zu diesem Zweck drei Ziele, die Supervision verfolgt:

- Die **Verbesserung der Handlungskompetenz** der Supervisand/innen im Umgang mit Klient/innen einerseits und Kolleg/innen, Mitarbeiter/innen, Untergebenen andererseits. Handlungskompetenz umfasst dabei die drei Bereiche: Methodenkompetenz, Sozialkompetenz und Selbstkompetenz.

- Die **Arbeitszufriedenheit zu erhöhen** oder wieder herzustellen und der Entwicklung von Burnout-Symptomen entgegenzuwirken ist das zweite Ziel. Supervision gibt Hilfen zur Verarbeitung starker psychischer Belastungen aus dem beruflichen Kontext, die durch schwieriges Klientel oder durch problematische Kooperationsbeziehungen entstehen.

- Die **Wirksamkeit des eigenen professionellen Handelns zu überprüfen** ist das dritte Ziel von Supervision. Sie dient so der Selbstkontrolle der Professionellen: »Arbeite ich effektiv und setze ich meine Mittel und Ressourcen effizient ein?« Supervision ist ein bedeutsames Mittel der Innensteuerung zur Bestimmung, Weiterentwicklung und Aufrechterhaltung von Prozessstandards, mit anderen Worten also ein Mittel zur Sicherung der Prozessqualität und sie unterstützt dadurch den Qualitätsmanagementprozess.

Supervision versucht diese Ziele zu erreichen, indem sie

**a) Die Aufgabe in den Mittelpunkt stellt:**
Die Erfahrung zeigt, dass Einzelne und Teams dazu neigen, sich mit sich, d.h. mit den institutionellen Strukturen, mit ihrer eigenen Psychodynamik oder Gruppendynamik zu beschäftigen und ihre eigentliche Aufgabe, nämlich in diesem Falle die Erstellung einer Dienstleistung, aus den Augen zu verlieren. Die Verständigung darüber, was die Aufgabe überhaupt ist, ist der erste Schritt, um die Basis für Kooperation und gemeinsames Handeln wieder herzustellen. Man könnte auch sagen, dass man dazu beiträgt, kundenorientiert zu sein oder den Dienstleistungscharakter der eigenen Arbeit wieder in den Vordergrund zu stellen. Hierbei entspricht sie der Ausrichtung von QM.

**b) Die Auffächerung von Komplexität ist eine weitere Aufgabe der Supervision:**
In der Regel werden Ereignisse durch eine bestimmte »Brille« wahrgenommen und entsprechend interpretiert. Wir kennen das Phänomen, dass die meisten Vorgänge in Organisationen (und dazu gehört insbesondere die Veränderungsvorgänge bei der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems) gerne individualisiert und psychologisiert werden. Hier scheint es auch im Rahmen von Supervision notwendig, den Beteiligten verschiedene Brillen, bzw. Perspektiven zur Verfügung zu stellen: man kann ein Ereignis als Ausdruck der Individualität und Persönlichkeit eines bestimmten Mitarbeiters interpretieren. Man kann es weiterhin in Zusammenhang bringen mit den Auf-

gaben, dem Selbstverständnis und den Kompetenzen, die er oder sie als Träger einer bestimmten Rolle und Funktion hat. Man kann drittens das Ereignis als Effekt einer bestimmten Gruppendynamik, die sich in einem Team, einer Abteilung etc. entwickelt hat, sehen und viertens es in Zusammenhang mit der übergreifenden Organisation bringen. Und welche Auswirkungen haben Strukturen und Prozesse, Zielvorgaben und Kultur der Gesamtorganisation auf ein einzelnes Ereignis? Eine weitere Brille ermöglicht den Blick darauf, welche Einflüsse das jeweilige Klientel mit seiner Spezifik und Eigenart auf dieses Ereignis hat. Zudem gibt eine weitere Brille den Blick auf die Gesellschaft und deren Subsysteme, in die die Unterstützung suchende Organisation eingebettet ist, frei. (vergl. Beispielsituation in diesem Aufsatz)

Diese Ebenen einmal alle durchwandern zu können, schafft in der Regel mehr Verständnis füreinander, für die Zwänge und Rahmenbedingungen, denen die einzelnen Beteiligten ausgesetzt sind. Dieses Sichtbarmachen von Komplexität macht die notwendigen Mechanismen der Komplexitätsreduktion, die eine Organisation, aber auch einzelne Professionelle entwickeln müssen, bewusst. Die Auffächerung von Komplexität wirkt einer Psychologisierung, Personalisierung und der Entwicklung familiarer Strukturen entgegen und bildet so in Bezug zu unserem hier vorgestellten Thema eine tragfähige Unterstützung von Veränderungsprozessen im Rahmen der Einführung von Qualitätsmanagement.

Soziale Selbstreflexion ist natürlich nur dann erlernbar, wenn es Raum für Reflexion gibt. Der Wechsel zwischen ziel- und aufgabenbezogenem Arbeiten und prozessbezogener Reflexion ist hier das Mittel der Wahl zur Schaffung von Rahmenbedingungen.

Handeln und dann Reflektieren ist eine günstige Abfolge, die in den meisten Organisationen allerdings bisher wenig praktiziert wird. Für den Bereich der Wirtschaft ist das ziel- und aufgabenbezogene Denken verbunden mit einem mehr oder weniger selbst produzierten Handlungsdruck selbstverständlich. Für den sozialen, karitativen und beratenden Bereich ist hingegen das reflektierende, sich gegen jeden Handlungsdruck verwehrende Verhalten typisch. Gleichwohl bewirkt nicht zuletzt die zunehmend angespannte finanzielle Situation und die Erwartung von Standards seitens der Kostenträger auch hier einen Handlungsdruck.

## *3. Mögliche Hürden und Widerstände*

Auch auf die Gefahr hin, dass der Eindruck entsteht, hier geht es um Schwarzmalerei schon bevor irgend etwas im Rahmen eines Qualitätsmanagementprozesses passiert ist, möchten wir doch auf mögliche Schwierigkeiten zu Beginn eines solchen Veränderungsprozesses hinweisen. Wir gehen davon aus, dass der Entscheidung für ein Qualitätsmanagementsystem eine intensive Nutzendiskussion vorausgegangen ist – praktische Erfahrungen über Nutzen und Gewinn eines Qualitätsmanagementsystems werden u.a. von anderen Autorinnen und Autoren in diesem Band ausführlich beschrieben. Es müssen in keinster Weise die von uns genannten Themen als Schwierigkeiten auftreten. Wir möchten lediglich den Blick dafür öffnen, dass gerade der Einstieg in einen Veränderungsprozess für alle Beteiligten eine sehr sensible Phase darstellt, in der es nicht nur darum gehen sollte, welchen Nutzen man sich von einem solchen Vorhaben verspricht.

**Prozesse:**
Über Verbesserungsmöglichkeiten der Team-Jahresplanung besteht im Rückblick Unklarheit. Wir sind zufrieden mit der bestehenden Durchführung der Jahresplanung. Zusätzlich hilfreich wäre eine Berücksichtigung der Personalentwicklungsgespräche des vergangenen Jahres in der Jahresplanung. Weitere Verbesserungen sind nicht erforderlich.
Erste Versuche zur Erstellung von Checklisten für Beratungsprozesse durch Norbert führten zu keinem befriedigenden Ergebnis. Susanne meldet trotzdem weiter Bedarf in dieser Richtung an. Es wird beschlossen, die Schwierigkeit bei der Durchführung mittelfristiger Beratungsprozesse, deren Gestaltung als individuell orientierte Unterstützung mit Checklisten nicht zu regeln ist, als Thema in der Supervision weiterzuentwickeln. Geplanter Supervisionstermin dafür ist der 26.06.2002.

**Kundenzufriedenheit:**
Eine Checkliste zur Erhebung der Klientenzufriedenheit nach dem Erstgespräch ist durch Klaus mit Rückkopplung im Team als Fragebogenerhebung erstellt worden und wird zur Zeit (Juni/Juli 2002) durchgeführt. Geplant ist eine jährliche Durchführung in zwei Kalendermonaten (Mai/Juni).
Eine Checkliste zur Klientenzufriedenheit mit Beratung und Behandlung ist zur Zeit bei Klaus in Überarbeitung, ebenso Erhebungsinstrumente zur Warteliste (falls je nötig) Abbruchquote insgesamt und nach dem Erstkontakt sowie zur Dokumentation von Abbruchgründen.
Erhebungsinstrumente zur Erfassung der Zufriedenheit der Kooperationspartner Ärzte, Selbsthilfe, Fachkliniken und evtl. weiterer sind nach einer ersten Vorstellung zur Zeit bei Inge in Überarbeitung.
Die Gestaltung von Indikatoren zur Erhebung der Zufriedenheit der Leistungsträger ist von Annegret mangels Zeit noch nicht begonnen. Auf der nächsten Teamsitzung wird ein Termin mit einer ersten Vorstellung durch Annegret dazu festgelegt.

Insgesamt sind wir mit den Veränderungen und Entwicklungen doch sehr zufrieden, zumal fast alle Aktionen, zeitlich verschoben, umgesetzt wurden. Besonders wichtig ist uns die Entwicklung unserer Fragebögen, von deren Einsatz wir uns Impulse für weitere Verbesserungsmöglichkeiten erhoffen (s. Teil III »Instrumente«).

In diesem zweiten Konsenstreffen haben wir nach dem Rückblick in der gleichen Weise wie beim ersten Treffen die nächsten drei Kriterien abgearbeitet (TOP 2) und den Aktionsplan weitergeschrieben. Dabei haben wir die Erfahrungen der ersten Umsetzungsphase berücksichtigt und auf ausreichend große Zeiträume für die Erfüllung der Arbeitsaufgaben geachtet. Außerdem konnten die Aufgaben gleichmäßig auf alle Teammitglieder verteilt werden, weil alle bereit waren, sich zu engagieren.

Nach etwa einem weiteren halben Jahr der Umsetzung wollen wir uns erneut treffen und einen Konsens in der Bewertung der restlichen Kriterien finden. Erst dann wird das Qualitätsnetz unserer ersten Selbstbewertung fertig sein. Dieses schrittweise Vorgehen mit der stetigen Überprüfung der Umsetzung erscheint uns für unsere Einrichtung die beste Vorgehensweise zu sein, weil wir so gewährleisten können bei unserer Alltagsarbeit die hohe Qualität aufrechterhalten zu können. Entwicklungsfortschritte unseres Qualitätsmanagements kann dann die zweite Selbstbewertung aufzeigen, die wir etwa ein Jahr nach Abschluss der ersten durchführen wollen. Wir sind gespannt darauf. ■

# *Durchführung einer Selbstbewertungsmaßnahme nach EFQM*

## in der Abteilung Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes Dortmund

**Dr. Uta Ulbrich**

Inhaltsverzeichnis

1. Erkennen der Notwendigkeit und Bedeutung eines Qualitätsmanagements für eine untere Gesundheitsbehörde
2. Vorraussetzungen für ein Qualitätsmanagement
3. Anwendungsmöglichkeiten des Qualitätsmanagementsystems nach EFQM
4. Auseinandersetzung mit dem »Modellprojekt des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe«
5. Durchführung des Projektes
6. Reflexion des Verfahrens
7. Evaluation des Verfahrens
8. Ausblick

## *1. Erkennen der Notwendigkeit und Bedeutung eines Qualitätsmanagements für eine untere Gesundheitsbehörde*

Seit Inkrafttreten des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) im November 1997 ergaben sich für den öffentlichen Gesundheitsdienst deutliche Schwerpunktverlagerungen im gesamten Tätigkeitsbereich, der bis zu diesem Zeitpunkt von Vorschriften aus den Jahren 1934/35 geprägt war (Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934, zuletzt geändert durch Gesetz vom 6. Oktober 1987 sowie der ersten bis dritten Durchführungsverordnung dazu). Das Aufgabenspektrum eines Gesundheitsamtes erhielt zahlreiche neue Akzente. Neben neuen und erweiterten Aufgabensetzungen wurden auch bisher ausgeübte Tätigkeiten unter neuen Schwerpunkten benannt. Neu ist in diesem Zusammenhang die Betonung des Begriffes Qualitätssicherung (z.B. Dienste der Qualitätssicherung, Dritter Abschnitt, § 17 - 20 des ÖGDG).

Aber auch in anderen Bereichen wird eine untere Gesundheitsbehörde ständig mit dem Qualitätsbegriff konfrontiert. So hat sich im Gesundheitswesen durch gesetzliche Vorgaben ( z. B. SGB V, §2, §§ 135 a - 137e) die Notwendigkeit der intensiven Auseinandersetzung um Qualität im Gesundheitswesen ergeben. Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen ist ein in jüngster Vergangenheit häufig benutzter Begriff geworden. Hinzu kommen die Forderungen der Verwaltungsreform nach stärkerer Kundenorientierung, größerer Wirtschaftlichkeit, besserer Auftragserfüllung bzw. Wirksamkeit sowie vermehrter Mitarbeiterzufriedenheit, die nur unter Einbeziehung eines systematischen Qualitätsmanagements

zu erfüllen sind.
Vor diesem Hintergrund und den verschiedensten Facetten der Qualitätsforderungen und Qualitätsauseinandersetzungen lag es nah, sich auch hier im Gesundheitsamt Dortmund mit dem Thema Qualität und Qualitätsmanagement näher auseinander zu setzen. Die Einführung eines Qualitätsmanagements in ein Gesundheitsamt wurde seit Ende 1998 intensiv diskutiert.

## *2. Voraussetzungen für ein Qualitätsmanagement*

Den Regelwerken über Qualitätsmanagement ist zu entnehmen, dass eine Organisation zur Einführung und Regelung eines Qualitätsmanagements bestimmte Voraussetzungen zu schaffen hat. Hierzu gehören das Entwickeln von Visionen zur Qualitätspolitik, die Erarbeitung eines Qualitätskonzeptes, das Festlegen auf ein Qualitätsmanagementsystem und die Einrichtung der Stelle eines Qualitätsbeauftragten oder Qualitätsmanagers.

Im vorliegenden Fall waren die personellen Voraussetzungen schnell geschaffen, indem eine neu eingerichtete Stabsstelle »Qualitätsmanagement« nach hausinterner Ausschreibung mit einer Ärztin aus dem amtsärztlichen Dienst besetzt wurde. Die fachliche Qualifikation zur anerkannten Qualitätsmanagerin wurde durch die Ausbildung bei der Deutschen Gesellschaft für Qualität, Frankfurt sowie durch eine Ausbildung zur EFQM-Assessorin der European Foundation for Quality Management über den TÜV Berlin erzielt.

Visionen zur Qualitätspolitik wurden in den Leitlinien des Gesundheitsamtes formuliert, die im Laufe des Jahres 1999 erarbeitet wurden. Zu diesem Zeitpunkt war noch ungeklärt, auf welches Qualitätsmanagementsystem man sich im Gesundheitsamt festlegen sollte.

Alternativ standen entweder das Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9000 ff. oder das Qualitätsmanagementsystem EFQM der European Foundation for Quality Management aus Brüssel zur Auswahl.

Parallel dazu beschäftigte man sich im ämterübergreifenden Arbeitskreis »Qualitätsmanagement« der Stadt Dortmund, der im Rahmen der Verwaltungsreform eingerichtet worden war, ebenfalls mit Überlegungen zu den verschiedenen Qualitätsmanagementsystemen. Anfang 2000 wurde dort entschieden, zunächst im Rahmen eines Pilotprojektes das Qualitätsmanagementsystem nach dem EFQM-Modell in die Stadtverwaltung einzuführen.

Das Gesundheitsamt übernahm diese Favorisierung des Qualitätsmanagementsystems nach EFQM.

## *3. Anwendungsmöglichkeiten des Qualitätsmanagementsystems nach EFQM*

Das Qualitätsmanagementsystem nach EFQM bietet verschiedene Vorgehensweisen an. Eine Vorgehensweise ist eine Berichterstellung gemäß der neun EFQM-Hauptkriterien mit anschließender Bewertung durch unabhängige EFQM-Assessoren. Eine andere Vorgehensweise sieht eine Selbstbewertung zu den neun EFQM-Hauptkriterien nach der Fragebogenmethode vor.

Voraussetzung für die Fragebogenmethode ist eine möglichst ehrliche und objektive Beantwortung der vorgegebenen Fragen mit anschließender Diskussion in der Gruppe der Fragebogenanwender. Hierdurch wird eine Organisation in die Lage versetzt, ihren gegenwärtigen Standort selbst zu

ermitteln und Richtung und Prioritäten qualitätsbezogener Maßnahmen für die Zukunft festzulegen. Dieses Verfahren bietet den Vorteil, dass diejenigen, die den Fragebogen benutzen, persönlich miteinbezogen sind und selbst die Erkenntnisse von Stärken oder Verbesserungspotentialen herausarbeiten und wahrnehmen.
Die Fragebogenmethode ist gut handhabbar und bietet auch die Möglichkeit, Leistungsvergleiche mit anderen Organisationen zu tätigen.

## *4. Auseinandersetzung mit dem »Modellprojekt« des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe*

Es liegen mittlerweile überzeugende Beispiele vor, die die Vorgehensweise nach der Fragebogenmethode als gutes Instrument eines Qualitätsmanagements bestätigen. Ein beeindruckendes Beispiel ist das Modellprojekt des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe: »Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchthilfe NRW«.

Das Modellprojekt des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe wurde 1996 mit Förderung des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW eingerichtet. Ziel des Modellvorhabens war es, unter dem Hintergrund neuer gesetzlicher Vorgaben zur Qualitätssicherung in der Suchtkrankenhilfe einen Beitrag zur Weiterentwicklung der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Nordrhein-Westfalen im Sinne einer fachgerechten, effektiven, regionalbezogenen und klientenorientierten Hilfe von Suchtkranken zu leisten. In 7 Erprobungseinrichtungen in NRW wurde das Modellprojekt durchgeführt, weitere 49 Einrichtungen wurden in Form von assoziierten Einrichtungen informativ an dem Modellprojekt mitbeteiligt (s. SCHMID/ WINKLER, Teil III). Ein Erfahrungsbericht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Abteilung Gesundheit, Koordinationsstelle Sucht, liegt zu diesem Modellprojekt vor.

In Kooperation mit dem Jellinek-Zentrum in Amsterdam (Versorgungseinrichtung der Suchtkrankenhilfe in Amsterdam mit langjähriger Erfahrung in EFQM) konnte in dem Projekt der Selbstbewertungsfragebogen »EFQM Diagnose SB« erarbeitet werden, der erfolgreich in den Erprobungseinrichtungen zur Anwendung kam. Er basiert auf dem EFQM-Fragebogen der Brüsseler EFQM-Organisation, ist jedoch modifiziert und auf die Bedürfnisse einer Beratungseinrichtung abgestimmt.

Durch Kontakte mit der Fachreferentin des Projektes sowie mit dem Leiter einer der 7 Erprobungseinrichtungen des Modellprojektes des Landschaftsverbandes ergaben sich für die Qualitätsmanagerin des Gesundheitsamtes im August 2000 zahlreiche und anregende Informationen zu dieser Selbstbewertungsmaßnahme auf Basis der Fragebogenmethode. Die Kenntnis aller dieser Einzelerfahrungen und des Gesamtberichtes des LWL führten zu der Überlegung, dass auch außerhalb der beschriebenen ambulanten Suchtkrankenhilfeeinrichtungen Anwendungsmöglichkeiten für die beschriebene Selbstbewertungsmaßnahme bestehen könnten.

**Die Projektidee zur Durchführung einer qualitätsmanagementspezifischen Maßnahme nach EFQM mittels Fragebogenmethode wurde geboren.**

In Abstimmung mit der Amtsleitung wurde daraufhin im September 2000 beschlossen, hier im Gesundheitsamt Dortmund das Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB einzusetzen, um eine Selbstbewertungsmaßnahme nach EFQM in Anlehnung an das Modellprojekt des LWL durchzuführen.

Als Projektziel wurde Folgendes festgelegt:

1. Einführung eines aktiv gelebten Qualitätsmanagements durch die Anwendung einer EFQM-Selbstbewertung
2. Strukturiert und systematisch Voraussetzungen schaffen für die Erfüllung der Aufgaben eines Gesundheitsamtes mit besonderer qualitätsspezifischer Beachtung von:
   - Bürgernähe und Kundenorientierung
   - Partnerschaftlicher und wertschätzender Einbindung von Mitarbeitern in den Qualitätsprozess
   - Reflexion der Prozesse
   - Kritischer Standortanalyse
   - Zukunftsorientierter Qualitätsplanung
   - Beachtung von Wirtschaftlichkeit und vorhandenen Ressourcen
   - Bereitschaft zum Vergleich und Wettbewerb

## *5. Durchführung des Projektes*

Für die Umsetzung des Projektes wurden im Vorfeld sechs Schritte geplant, die dann nacheinander abgearbeitet wurden:

1. Projektverantwortung
2. Wer wird an dem Selbstbewertungsverfahren beteiligt (Projektteam) ?
3. Projektzeitraum
4. Wie erfolgt die Schulung ?
5. In welcher Form soll das Selbstbewertungsverfahren ablaufen ?
6. Zusammenstellung der Ergebnisse; Bericht

**Zu 1.: Projektverantwortung**
Verantwortlich für das Projekt war die Qualitätsmanagerin.

**Zu 2.: Wer wird am Selbstbewertungsverfahren beteiligt (Projektteam) ?**
Aufgrund der vergleichbaren Arbeitsinhalte waren vorrangig die Fachbereiche »Suchtberatung für Alkoholkranke, Drogenabhängige und Substituierte« des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes an der Selbstbewertungsmaßnahme in Anlehnung an das Modellprojekt des LWL zu beteiligen.

Bedingt durch die Struktur der Abteilung, des starken kollegialen Zusammenhaltes und der engen Zusammenarbeit der Mitarbeiter/innen untereinander erschien es aber sinnvoll, auch die Mitarbeiter/innen des Bereiches »Beratung und Betreuung von psychisch Kranken« mit in das Selbstbewertungsverfahren einzubeziehen. Somit wurde die Maßnahme für die gesamte Abteilung geplant und umgesetzt. Als Berufsgruppen waren Ärzte und Sozialarbeiter vertreten. Die Abteilungsleitung und stellvertretende Abteilungsleitung waren während des gesamten Verfahrens anwesend.
Das Projektteam war damit benannt.

**Zu 3.: Projektzeitraum**
Als Zeitraum für die eigentliche Selbstbewertungsmaßnahme war zunächst September bis Dezember 2000 geplant. Aus organisatorischen Gründen, die vor allem in der starken zeitlichen Belastung und beruflichen

Gebundenheit der ausgewählten Abteilung lagen, musste der Zeitraum für die Durchführung der Selbstbewertung bis auf Februar 2001 ausgedehnt werden. Die zusammengefassten Ergebnisse wurden Anfang Mai den Teilnehmern/innen ausgehändigt.

**Zu 4.: Wie erfolgt die Schulung?**

Eine spezielle Fortbildungsmaßnahme des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, das Modul 1: »EFQM-Modell und Selbstbewertung« des Ausbildungsganges: Ausbildung zur Qualitätskoordinatorin am 6. und 7. November 2000 in Köln boten der Qualitätsmanagerin weitergehende Informationen für die Durchführung der Selbstbewertungsmaßnahme nach dem Modellprojekt des LWL.

Für die Schulung des Projektteams erwies sich als hilfreich, dass die Mitarbeiter/innen der Abteilung bereits Vorinformationen und Vorkenntnisse zum Thema Qualitätsmanagement besaßen. Sie waren im Vorfeld unabhängig vom Projekt mit den grundlegenden Qualitätsgedanken und den Begrifflichkeiten des Qualitätsmanagements vertraut gemacht worden. In der Schulung für die Selbstbewertungsmaßnahme konnte somit sofort mit der Einführung in das EFQM-Modell begonnen werden. Als Material bekamen die Schulungsteilnehmer/innen das Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB ausgehändigt.

Im Vordergrund der Schulung standen neben der Vorstellung der Hauptkriterien auch die Betonung und Vorhebung der verschiedenen Bereiche der »Befähiger« und der »Ergebnisse«, um von vornherein Verständnis und Hilfestellung für das spätere »Rating« zu erzielen. Als Besonderheit wird beim Modellprojekt des Landschaftsverbandes der Bereich Prozesse nochmals unterteilt in Professionalität und Prozesse, beide mit der halben Bewertung des Hauptkriteriums Prozesse von Brüssel. Diese Anregung erhielt der Landschaftsverband vom Jellinek-Zentrum Amsterdam und berücksichtigte sie in seinem Modellprojekt. In der abschließenden Endbewertung der Hauptkriterien besteht kein Unterschied zum EFQM-Modell von Brüssel.

Während die inhaltliche Vorstellung und Erläuterung der Fragen nur wenig Schwierigkeiten bereitete, bestanden erhebliche Verständnisschwierigkeiten bei der Anwendung des »Ratings«, das vom Landschaftsverband vorgegeben war. Insbesondere die Interpretation des Wortes »systematisch« ergab erheblichen Diskussionsbedarf. Hier wie auch später war dies ein Kritikpunkt, der immer wieder erwähnt wurde und zu dem als Vorschlag auch die verschiedensten Interpretationshilfen vorgeschlagen wurden. So wurde z. B. angeregt, das Wort »systematisch« durch den Begriff »zeitnah« zu ersetzen, um das Rating zu erleichtern. Trotz dieser Vorschläge wurde dennoch der Begriff »systematisch« beibehalten.

Im Wesentlichen konnten am Schulungstag die bestehenden Unklarheiten und Fragen ausgeräumt werden, so dass abschließend die Teilnehmer/innen mit dem Auftrag entlassen werden konnten, die Fragebogen bis zum nächsten Treffen auszufüllen und diese dann bearbeitet wieder mitzubringen. Einige wenige Fragen bedurften weitergehender Klärung. Diese konnte während der oben erwähnten Fortbildungsmaßnahme des LWL in Köln geklärt werden.

Die Dauer der Schulung zu den Basiskenntnissen EFQM und die Einführung in die Beantwortung des Fragebogens umfasste ca. 1 1/2 Stunden.

**Zu 5.: In welcher Form soll das Selbstbewertungsverfahren ablaufen?**

Das eigentliche Selbstbewertungsverfahren umfasst die Schritte:

- eigenständige Beantwortung des Fragebogens,
- Zusammenführung der Einzelantworten zu einem gemeinsamen Konsens (Konsens-Treffen)
- kritische Reflexion der gemeinsamen Antworten und Analyse des beschriebenen Ist-Zustandes
- Festlegen auf eine Zukunftsstrategie.

Die Beantwortung der Fragebogen erfolgte individuell von jedem/jeder Teilnehmer/in im Vorfeld des Konsens-Treffens.

Um den zeitlichen Aufwand der Konsens-Treffen für die Abteilung organisatorisch einfach zu gestalten und in einem überschaubaren Rahmen zu halten, wurden zunächst die Zeiten der folgenden 2 bis 3 Abteilungs-Dienstbesprechungen eingeplant. Hier erfolgte eine Zusammenführung der zuvor von jedem eigenständig bearbeiteten Einzelantworten. Als Hilfsmittel diente eine vorbereitete Matrix an einer großen Stellwand. Diese wurde für jedes einzelne Hauptkriterium erstellt. Alle Fragebogenanwender/innen konnten durch Markierung mit Klebepunkten ihre Antwort im vorbereiteten »Rating-Raster« auf der Matrix darstellen. Das so entstandene Bild mit den zum Teil starken, zum Teil auch nur geringeren Streuungen wurde analysiert und diskutiert. Diese Diskussionsbeiträge wurden für alle sichtbar auf einer zweiten Stellwand protokolliert. Die Diskussionsbeiträge wurden nach den Themenbereichen »Stärken«, »Verbesserungspotentiale« sowie in einigen Fällen auch zum Bereich »Aktionsplan« geordnet und zusammengefasst.

Diese Diskussionsbeiträge erfolgten spontan und ungefiltert im Sinne von »Brainstorming« und wurden entsprechend wortgenau auch aufgenommen. Die spätere Darstellung dieser Beiträge im zusammengefassten Ergebnisteil spiegelt diese Situation auch wieder und ist deshalb auch nicht als perfekt durchformulierte und druckfertige Endfassung von Gedankengängen zu verstehen.

Nach Abschluss der Diskussion erfolgte für jedes Kriterium eine von der Gesamtheit der Teilnehmer getragene Bewertung auf der Rating-Skala, so dass zu jedem Hauptkriterium und Unterkriterium ein gemeinsamer Konsens vorlag.

Es zeigte sich, dass zur Konsensfindung sehr intensiv und lebhaft diskutiert wurde und so der zeitliche Aufwand deutlich höher lag als zunächst angenommen, so dass die geplanten Termine der Dienstbesprechungen nicht ausreichten. Um den Gesamtprozess nicht zu lange hinziehen zu lassen, entschied man sich dann für einen zusätzlichen, ganztägigen Workshop. Im Workshop wurden neben der Konsensfindung der letzten unbearbeiteten Themenbereiche auch die Ergebniszusammenführung und Reflexion der Ergebnisse sowie die Planung einer Zukunftsstrategie erarbeitet.

Der eintägige Workshop bot gute Gelegenheit, sich intensiv mit den Erkenntnissen über Stärken und Verbesserungspotentiale zu beschäftigen und gemeinsam Überlegungen zu den erkannten Verbesserungspotentialen anzustellen. Als methodische Hilfe dienten zum einen die protokollarisch festgehaltenen Überlegungen zu Stärken und Verbesserungspotenziale in Form von Wandzeitungen und Tischvorlagen sowie die neu erstellten Protokolle und das aktuell erstellte Q-Net (Darstellung der Konsensergebnisse in Spinnennetzform).

Nach Vorarbeit in Kleingruppen wurden in der Ergebnisrunde die wesentlichen Themenbereiche für zukünftige Verbesserungen identifiziert und benannt. Um eine realistische Projektplanung einleiten zu können, erfolgte nochmals eine Priorisierung der benannten Hauptthemen auf zwei Themenschwerpunkte. Diese Ein-

grenzung auf zwei Schwerpunkte basierte auf den kritischen Erkenntnissen der Modellerprobungseinrichtungen des Landschaftsverbandes, die die Erfahrung gemacht hatten, dass durch zu viele Verbesserungsprojekte auf einmal nachfolgend Schwierigkeiten bei deren Umsetzung entstanden waren. Zu den zukünftigen Qualitäts-Projektplanungen konnten in einer weiteren Gruppenarbeit bereits weitere Vorgehensweisen erarbeitet werden. Ein vorläufiger Aktionsplan wurde erstellt.

**Zu 6.: Zusammenstellung der Ergebnisse; Bericht**

Die erarbeiteten Ergebnisse wurden in einem Bericht zusammengestellt und allen an der Selbstbewertungsmaßnahme Beteiligten in gedruckter Form einige Wochen später zur Verfügung gestellt. Die Einzelbewertungen zu den Hauptkriterien, die dazu protokollierten Diskussionsbeiträge zu Stärken und Verbesserungspotentialen sowie die Zusammenfassung der Konsensergebnisse in Form des Q-Nets sind einer gesonderten »Zusammenfassung der Ergebnisse« zu entnehmen, die hier nicht veröffentlicht werden, da die Selbstbewertungsmaßnahme eindeutig als eine interne Maßnahme konzipiert war und die Ergebnisse auch nur für den internen Gebrauch bestimmt sind.

## *6. Reflexion des Verfahrens*

In den Arbeitsanweisungen des Landschaftsverbandes Wesfalten-Lippe wird eine Reflexion des Verfahrens angeregt, die möglichst zeitnah am Konsenstreffen angesiedelt sein soll. Eine erste Reflexion erfolgte am Abschluss des Workshop-Tages. Eine zweite Reflexion ergab sich nach der Verteilung und Vorlage der zusammengestellten Ergebnisse.

Sowohl aus Sicht der Projektleiterin sowie des Projektteams wurde übereinstimmend festgestellt, dass der Selbstbewertungsprozess von allen Beteiligten durchgehend engagiert und diskussionsfreudig getragen wurde. Die Diskussion wurde sehr offen und ehrlich geführt. Als hilfreich wurde die vorgegebene Struktur des EFQM-Modells mit den 9 Hauptkriterien empfunden, die einen Rahmen für die Diskussion der angesprochenen Probleme bot. Durch diese Rahmenbedingungen war man quasi verpflichtet, strukturiert auf Qualitätsprobleme, Problemfelder der Tätigkeit oder Arbeitsbedingungen einzugehen, auf die man aus den verschiedensten Gründen sonst nicht eingegangen wäre oder die einem stillschweigenden »Tabu« unterlagen. Umgekehrt führte die Erkenntnis von deutlich herausragenden Leistungen zu einer positiven Bestätigung und Anerkennung, die bisher in dieser Form noch nicht wahrgenommen worden war.

Es wurden konkrete Ergebnisse erarbeitet, die eine realistische Aussicht auf Umsetzung bieten. Insgesamt wurde dieses Vorgehen der Selbstbewertung als ein gut umsetzbares Verfahren zur Verdeutlichung von qualitätsspezifischen Problembereichen bewertet. Die Handhabung des Fragebogens war unkompliziert, der Zeitaufwand inklusive Schulung war mit insgesamt 14 Stunden (verteilt auf die 4 vormittäglichen Dienstbesprechungseinheiten und einen 8-stündigen Workshop-Tag) gut vertretbar.

Als positiver Nebeneffekt wurde festgestellt, dass im gemeinsamen Diskutieren zu den verschiedenen Kriterien des EFQM-Modells zum einen das Zusammengehörigkeitsgefühl der Abteilung deutlich gestärkt wurde, zum anderen aber auch dieser Austausch den Blick auf vorher nicht bekannte Schwierigkeiten und

Probleme innerhalb anderer Teams der Abteilung zuließ. Hier konnten im kollegialen Gespräch Anregungen und Vorschläge aufgrund eigener Erfahrungen angeboten werden, die mit der EFQM-Selbstbewertung zwar nicht in direktem Zusammenhang standen, aber durch die vorherige Qualitätsdiskussion auf gute Akzeptanz stießen.

Kritisch wurde angemerkt, dass nicht alle Fragen des Arbeitsbuches SB uneingeschränkt für eine Gesundheitsverwaltung zutrafen, dass aber eine grundsätzliche Anwendbarkeit gegeben war.

## *7. Evaluation des Verfahrens*

Es wurde sich bei der Durchführung des Verfahrens eng an die Arbeitsanweisungen des Landschaftsverbandes gehalten. Eine Vergleichbarkeit innerhalb der Abteilung durch nachfolgende Selbstbewertungsmaßnahmen ist gut gegeben. Hilfreich ist hierbei vor allem die Darstellung der Ergebnisse in der Übersicht (»Q-Net« - Spinnennetz-Darstellung). Veränderungen und vor allem Trendentwicklungen der Ergebnisse sind mit dem benutzten Selbstbewertungsverfahren gut erkennbar. Auch externe Vergleiche mit anderen Arbeitsbuchnutzern sind mit dem durchgeführten Verfahren sehr gut möglich. Der Gedanke eines »Benchmarkings« gewinnt hierdurch deutliche Konturen.

Neben dem rein formalen Vergleich sind auch kollegiale Bewertung und Austausch in der Sache mit den anderen Anwendern gut möglich. Die Netzwerk-Idee wird in den bereits gebildeten Qualitätszirkeln zunehmend realisiert.

## *8. Ausblick*

Das Projekt »Durchführung einer Selbstbewertungsmaßnahme nach EFQM in Anlehnung an das Modellprojekt des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in der Abteilung Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes Dortmund« wurde Mitte 2001 als Projekt beendet. Es sind wichtige Ergebnisse erarbeitet worden, die in der Folgezeit umfangreiche Maßnahmen und Aktivitäten der Abteilung erfordern. Die Qualitätsmanagerin wird hierfür Unterstützung leisten.

Es ist aber bereits jetzt schon erkennbar, dass für die Umsetzung der erarbeiteten Ergebnisse und Konkretisierung des Aktionsplanes mehr Zeit und weitergehende Planung notwendig werden. So sind nicht zuletzt auch durch die angespannte Haushaltslage der Stadt und des Landes Aufgaben der Abteilung betroffen, die zunächst eine vorrangige Bewältigung dieser Anforderungen hier erforderlich machen. Wünschenswerte weitergehende Entwicklungen müssen zunächst dahinter zurückstehen.

Dennoch wird mit Optimismus in die Zukunft gesehen und es ist nicht nur eine Vision, wenn davon ausgegangen wird, dass regelmäßige Selbstbewertungsmaßnahmen nach EFQM hier im Gesundheitsamt Dortmund zu einem festen Bestandteil der Tätigkeiten werden. ■

# *Einführung eines systematischen Qualitätsmanagements im Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V.*

**Ewald Wehner**

*Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V., Hamm:*

In einem Verbundsystem aus vier Einrichtungen finden Hilfesuchende zwischen niedrigschwelligen Anlaufstellen und abstinenzorientierter Behandlung auf den Einzelfall abgestimmte Unterstützung:

- im Drogenhilfezentrum
- in der Wohngruppe KESH
- in der Fachklinik Release
- in der Sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft.

Die Personalstärke des Vereins umfasst mittlerweile über 50 Mitarbeiter/innen.

## Inhaltsverzeichnis

1. Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement im Gleichschritt
2. Das Ziel Qualitätsmanagement – Im Visier die Partizipation der Mitarbeiter/innen
3. Qualitätsmanagement forciert den Paradigmenwechsel: Der Wandel wird zum Normalfall

## *1. Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement im Gleichschritt*

Der Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V. versorgt seit über 30 Jahren drogenkonsumierende und -abhängige Menschen und ihre Angehörigen mit einem differenzierten Angebotsspektrum aus präventiven Maßnahmen, überlebenspraktischen Hilfestellungen, Beratung und Vermittlung sowie therapeutischen Behandlungsangeboten.

Die kontinuierliche Weiterentwicklung der bestehenden bzw. die Realisierung neuer Angebote und Projekte verdeutlicht die grundsätzliche Haltung des Vereins, auf Veränderungen in den verschiedenen Zielgruppen mit Flexibilität und Professionalität zu reagieren.

Zentrales Instrument zur Steuerung der verschiedenen Einrichtungen und deren Arbeitsfelder sind betriebliche Zielvereinbarungen. Im Zuge eines strategischen Controllings gibt die Geschäftsführung global formulierte Ziele nach Rücksprache mit den Einrichtungsleiter/innen vor. Für jedes Geschäftsjahr werden auf der operativen Ebene Maßnahmen beschrieben, mit denen die individuellen Zielvorgaben erreicht werden sollen. Qualitative und quan-

titative Vereinbarungen fördern die notwendige Transparenz der Arbeit, um bei Abweichungen zwischen Soll- und Ist-Zustand rechtzeitig gegen zu steuern.

Parallel zur Installierung betrieblicher Zielvereinbarungen wurde der Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V. 1997 im Rahmen des Modellprojekts »Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe NRW« in den Kreis der assoziierten Einrichtungen aufgenommen. Den Mitarbeiter/innen wurde auf verschiedenen Betriebsveranstaltungen Basiswissen über die Grundsätze des EFQM-Modells vermittelt. Eine Selbstbewertung auf Leitungsebene erbrachte eine Reihe von Verbesserungsprojekten. Das Instrument Qualitätsmanagement erhielt den Status eines eigenständigen Arbeitsfeldes auf der Ebene der Geschäftsführung. Der Sprung in ein kontinuierliches, systematisches QM im Sinne des EFQM-Modells gelang zu diesem Zeitpunkt aber noch nicht.

## *2. Das Ziel Qualitätsmanagement – Im Visier die Partizipation der Mitarbeiter/innen*

Im Juli 2001 beschloss die Geschäftsführung die Fortsetzung des eingeschlagenen Weges. Auf der Basis der Philosophie des Total Quality Management sollte mit Hilfe des EFQM-Modells ein strategisches und kontinuierlich angelegtes Qualitätsmanagement im Verein integriert werden.

Eine umfangreiche Analyse der aktuellen Situation in den Einrichtungen ergab dabei die Erkenntnis, dass in der Auftaktphase neben einem Höchstmaß an Transparenz eine ressourcensensible Vorgehensweise eingeschlagen werden musste um sich den Rückhalt der Mitarbeiter/innen zu sichern. Die Geschäftsführung setzte einen Qualitätskoordinator ein, der gemeinsam mit allen hierarchischen Ebenen und in enger Rücksprache mit der Geschäftsführung den Prozess der weiteren Qualitätsentwicklung bündeln, koordinieren und fortschreiben sollte.

In einem ersten Schritt erhielten alle Einrichtungen über einen Austausch mit dem Qualitätskoordinator die Möglichkeit, Chancen und Risiken des anvisierten Qualitätsmanagement-Systems zu erörtern. Gleichzeitig wurde den Mitarbeiter/innen verdeutlicht, dass sie als Expert/innen für ihre jeweiligen Arbeitsbereiche von zentraler Bedeutung für den angestrebten Verbesserungsprozess sind.

Als Motor des Innovationsprozesses wurde ein Qualitätszirkel einberufen, in dem alle Gremien wie auch die einzelnen Einrichtungen vertreten sind. Die Arbeitsgruppe, die erstmals im Oktober 2001 tagte, erhielt den Auftrag, Instrumente und Konzepte zur qualitativen Weiterentwicklung des Vereins zu erarbeiten. Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung wurde die konsequente Einbindung aller Mitarbeiter/innen über einen regelmäßigen Diskurs auf der Teamebene. Mit dem Selbstverständnis eines Auftragnehmers orientiert sich der Qualitätszirkel an deren fachlichen Wünschen und Rückmeldungen.

Die Anregungen der Kolleg/innen sowie der Geschäftsführung und des Betriebsrates wurden in der Initialphase sortiert und kategorisiert anhand verschiedener Bausteine des QM:

- Führung/Politik/Strategie
- Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität
- Kundenzufriedenheit
- Mitarbeiter/innenzufriedenheit
- Geschäftserfolg.

In den Fokus der Diskussion geriet schnell der Wunsch, insbesondere aus der Ebene der Mitarbeiter/innen, nach

einem Instrument zur Erfassung der aktuellen Mitarbeiter/innenzufriedenheit. Der Qualitätszirkel erhielt folgerichtig den Auftrag, einen Fragebogen zur Erhebung der Mitarbeiter/innenzufriedenheit zu entwickeln.

Zu den einzelnen Kriterien des EFQM-Modells wurden verschiedene Fragestellungen entworfen. Der Entwurf wurde den Mitarbeiter/innen vorgelegt mit der Bitte um Ergänzungen bzw. Korrekturen. Mittlerweile liegt der Fragebogen den zuständigen Gremien zur Erteilung der Freigabe vor. Die Befragung selbst wird im Spätsommer durchgeführt (zum Fragebogen s. Teil III, »Instrumente«).

## *3. Qualitätsmanagement forciert den Paradigmenwechsel: Der Wandel wird zum Normalfall*

Die Einführung eines systematischen Qualitätsmanagements im Arbeitskreis für Jugendhilfe e. V. verläuft auf dem Hintergrund einer veränderten finanziellen und politischen Landschaft.

Die aktuelle Haushaltssituation des Landes NRW und der Kommunen beinhaltet ein Szenario, dessen Hauptbestandteile tief greifende Einsparungen, modifizierte Finanzierungskonzepte und fehlende langfristige Planungssicherheit sind.

Somit wird der Nachweis bezüglich der Fragestellung, »was wirkt« in der Drogenhilfe einen wachsenden Stellenwert erhalten. Auch trägerintern müssen Instrumente entwickelt werden, die eine zügige, passgenaue Reaktion auf Veränderungen ermöglichen. Betriebsinterne Schwachstellen müssen konsequent behoben werden.

Qualitätsmanagement kann hier unterstützend wirken. Auch im Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V. werden an den Schaltstellen Informationen über Verbesserungspotentiale benötigt. Die Mitwirkung aller Mitarbeiter/innen an der Qualitätsentwicklung der Arbeit ist aber nur dann zu erwarten, wenn notwendige Veränderungen auf der Grundlage fundierter Fakten erfolgen. Der Grad der spürbaren und nachhaltigen individuellen Optimierung am jeweiligen Arbeitsplatz entscheidet schließlich über die Unterstützung weiterer Schritte im Prozess der Umsetzung von QM.

Die Teilnahme an der anvisierten Befragung sowie die Umsetzung der zu erwartenden Verbesserungsvorschläge werden somit ein wichtiger Testlauf für den potentiellen Erfolg von QM im Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V. darstellen. ■

# *Die zertifizierte Beratungsstelle*

**Jürgen Mühl**

## *Einleitung*

Mitte der 90'er Jahre wurde das Thema Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit zunehmend stärker diskutiert. Im Unterbezirk der AWO Ennepe-Ruhr gerieten in der Folge die Werkstätten für Behinderte (WfB) als Auftragnehmer der Industrie zunehmend unter Druck, sich nach der DIN ISO 9000:1994 zertifizieren zu lassen. Da sich bereits abzeichnete, dass in Zukunft auch für weitere Arbeitsbereiche die Einführung von QM-Systemen notwendig werden würde, trafen 1996 Geschäftsführung und Vorstand des AWO-Unterbezirkes die Entscheidung, alle Einrichtungen des Verbandes zertifizieren zu lassen. So sollten kostenintensivere Folgezertifizierungen vermieden werden.

Zu dieser Zeit waren ca. 500 Mitarbeiter/innen beim Unterbezirk in mehr als 30 Einrichtungen beschäftigt.

Mit der Vorbereitung auf die Zertifizierung wurde ein Beratungsunternehmen beauftragt. Der Projektplan sah vor, dass der Prozess bis zur Zertifizierung durch TÜV Cert ca. 14 Monate dauern sollte (tatsächlich erfolgte die Zertifizierung nach 2 Jahren).

Zeitgleich begann das Modellprojekt »Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe« des Landes NRW. An diesem Projekt nahm die Drogenberatungsstelle des Unterbezirkes als eine von sieben Modelleinrichtungen teil. In der Folge führte diese Einrichtung die jährliche Selbstbewertung nach den Kriterien der EFQM durch.

### *VIA Beratungszentrum*

| | |
|---|---|
| Orte: | Herdecke, Wetter/Ruhr |
| Träger: | AWO Unterbezirk Ennepe-Ruhr |
| Leitung: | Jürgen Mühl, Dipl. Sozialpädagoge |
| Indikationen: | Illegale Drogen / Alkohol / Medikamente |

Beratung von Konsumenten, Abhängigen und Angehörigen, Suchtprophylaxe
5 Vollzeitstellen aus den Fachdisziplinen Sozialarbeit / Sozialpädagogik
Mitarbeiter/innen mit therapeutischen Zusatzqualifikationen
Zusätzlich 1 Verwaltungsstelle

### Inhaltsverzeichnis

Einleitung

1. Erarbeitung eines QM-Handbuches
   1.1. Führungselemente des Qualitätsmanagementsystems
   1.2. Prozessorientierte Verfahren
2. Folgen für die Einrichtung
3. Der Prozess »Organisationsentwicklung«
4. Das Audit
5. Zusammenfassung

## 1. Erarbeitung eines QM-Handbuches

Auf einer Mitarbeiterversammlung wurden die Mitarbeiter/innen über Anlass und Zielsetzung der Einführung von ISO 9000 informiert. Gleichzeitig wurden die Mitarbeiter des Beratungsunternehmens vorgestellt, die u.a. den geplanten Zertifizierungsprozess beschrieben. In einem zweiten Schritt begannen die sogenannten Funktionsträgerschulungen. Die Regelungen der ISO-Norm wurden den Funktionsträgern der Einrichtungen vermittelt, da sie für die Initiierung und Begleitung des Zertifizierungsprozesses in der jeweiligen Einrichtung verantwortlich sind. Daher erfolgten neben der Information Vereinbarungen darüber, wie in den jeweiligen Einrichtungen die Mitarbeiter/innen informiert und in den Zertifizierungsprozess eingebunden werden sollten.

In dann folgenden Interviews mit Geschäftsführung und Funktionsträgern begann das Beratungsunternehmen mit der Erstellung des Handbuches, dem Kernstück der ISO 9000. Nach der Informationssammlung wurden erste Entwürfe des Handbuches geschrieben, den Einrichtungen zur Überprüfung und Korrektur vorgelegt und die jeweiligen Korrekturwünsche eingearbeitet.

### 1.1. Führungselemente des Qualitätsmanagementsystems

In einem ersten Kapitel des Handbuches wurden die Führungselemente des Qualitätsmanagementsystems beschrieben (s. Abb. 1). Hierbei handelt es sich um verpflichtende Regelungen und Prozesse, die durch die ISO 9000 vorgegeben werden. Es muss z.B. schriftlich festgelegt werden, wie das Handbuch selbst und andere Dokumente des QM-Systems regelmäßig überprüft, nach Bedarf aktualisiert und neu genehmigt werden, es müssen Einarbeitungs- und Schulungspläne erstellt und Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen in Bezug auf möglicherweise auftretende Probleme entwickelt werden. Bereits bestehende Strukturen und Prozesse wurden dabei berücksichtigt.

**Qualitätsmanagement-Handbuch**
I-01 - Inhaltsverzeichnis (Rev. E)

| Kapitel | Titel | Revisionsstand | Ausgabedatum |
|---|---|---|---|
| **I** | **Wegweiser** | | |
| I - 01 | Inhaltsverzeichnis | E | 01.10.01 |
| I - 02 | Informationsblatt | B | 01.12.99 |
| I - 03 | Einführung in das Qualitätsmanagement- Handbuch | D | 01.10.01 |
| I - 04 | Herausgabe und Änderung des QM- Handbuches | B | 01.10.01 |
| I - 05 | Querverweismatrix DIN EN ISO 9001 | D | 01.10.01 |
| I - 06 | Begriffe, Definitionen und Abkürzungen | D | 01.10.01 |
| I - 07 | Gültigkeitsmatrix der QMH- Kapitel für die Fachbereiche | A | 01.10.01 |
| | | | |
| **II** | **Führungselemente des Qualitätsmanagementsystems** | | |
| II - 01 | Verantwortung der Leitung | C | 01.10.01 |
| II - 02 | Qualitätsmanagementsystem | B | 01.10.01 |
| II - 03 | Lenkung von Dokumenten, Daten und Aufzeichnungen | D | 15.10.00 |
| II - 04 | Interne Qualitätsaudits | A | 01.10.97 |
| II - 05 | Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen | C | 01.10.01 |
| II - 06 | Qualifikation, Einarbeitung und Schulung | B | 01.10.01 |

*Abb. 1: Führungselemente des QM-Systems*

## *1.2. Prozessorientierte Verfahren*

In einem zweiten, prozessorientierten Teil des Handbuches wurden die Kernprozesse der Einrichtung beschrieben (Abb. 2) und in einem Flussdiagramm dargestellt (s. Abb. 3).

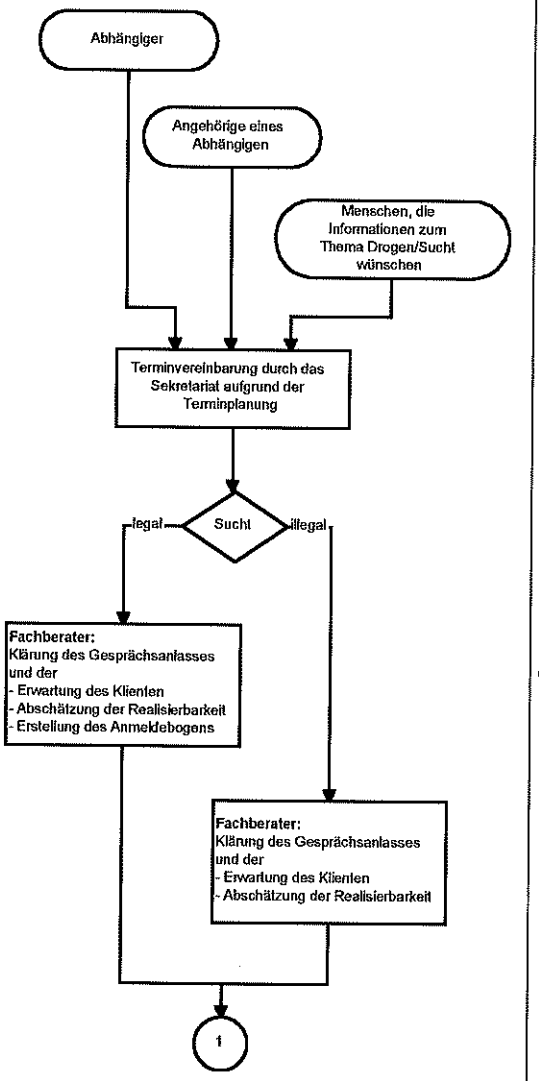
Vorbereitend sammelten die Unternehmensberater Informationen über die Arbeit der Einrichtung. Gemeinsam wurden sechs Kernprozesse identifiziert, für die eine Beschreibung und ein Flussdiagramm erstellt wurden.

**Inhaltsverzeichnis**


| | | |
|---|---|---|
| III-01 | Fachbereich I - Drogen / Sucht / AIDS | 1 |
| III-01.1 | Was wird in diesem Kapitel beschrieben | 1 |
| III-01.2 | Wer ist von diesem Kapitel betroffen? | 1 |
| III-01.3 | Welche Begriffe müssen erläutert werden? | 2 |
| III-01.4 | Wer ist für welche Tätigkeiten zuständig? | 2 |
| III-01.5 | Was wird in diesem Kapitel geregelt? | 3 |
| III-01.5.1 | Drogen- und Suchtberatung | 3 |
| III-01.5.2 | Beratungsablauf | 4 |
| III-01.5.3 | Situatives Angebot | 8 |
| III-01.5.3.1 | Information | 10 |
| III-01.5.3.2 | Beratung | 10 |
| III-01.5.3.3 | Vermittlung | 11 |
| III-01.5.3.4 | Krisenintervention | 11 |
| III-01.5.3.5 | Vermittlung | 13 |
| III-01.5.4 | Ursachenbezogenes Hilfeangebot | 15 |
| III-01.5.4.1 | Ursachenbezogene Hilfeleistung | 16 |
| III-01.5.4.2 | Psychosoziale Begleitung | 16 |
| III-01.5.4.3 | Nachsorge | 17 |
| III-01.5.5 | Sucht- und AIDS-Prävention | 19 |
| III-01.6 | Welche Unterlagen gehören zu diesem Kapitel? | 20 |


*Abb. 2: Kernprozesse des Beratungszentrums*

Die Beschreibung dieser Kernprozesse spiegelt den tatsächlichen Ablauf dieser Prozesse in der Einrichtung wieder, wobei während der Erarbeitung dieser Beschreibung bereits Korrekturen einflossen, die diese Prozesse effizienter gestalteten.

| Verfahrensablauf | Mitgeltende Unterlagen | Zuständigkeiten | | |
|---|---|---|---|---|
| | | D | M | I |
|  | | | | |
| Terminvereinbarung durch das Sekretariat aufgrund der Terminplanung | Terminplan / Wochen-anwesenheitsliste | SK | FK | |
| Sucht | | FK | SK | |
| Fachberater: Klärung des Gesprächsanlasses und der - Erwartung des Klienten - Abschätzung der Realisierbarkeit - Erstellung des Anmeldebogens | Gesprächsnotiz | FK | SK | |
| Fachberater: Klärung des Gesprächsanlasses und der - Erwartung des Klienten - Abschätzung der Realisierbarkeit | | FK | | |



**Abkürzungen:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| D | durchführen | M | mitwirken | I | informieren |
| BL | Bereichsleitung | FK | Fachkräfte | SK | Sekretariat |

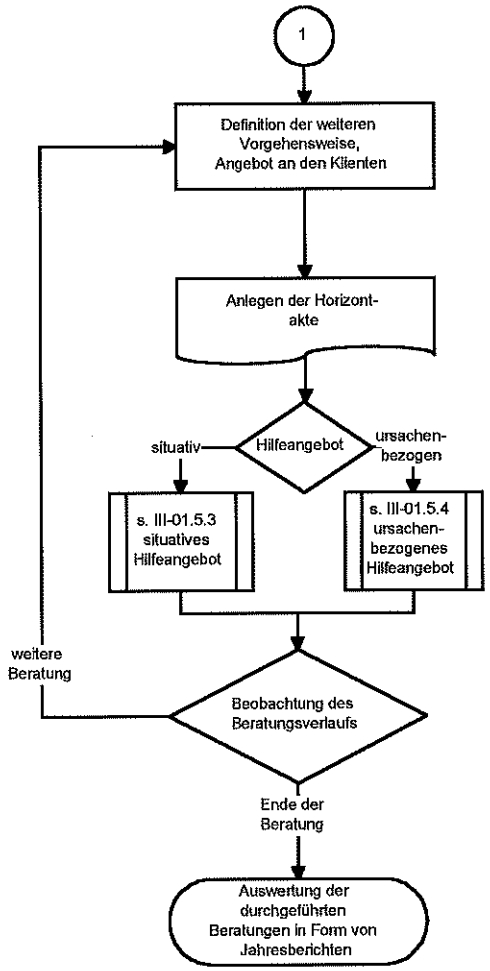
| Verfahrensablauf | Mitgeltende Unterlagen | Zuständigkeiten | | |
|---|---|---|---|---|
| | | D | M | I |
|  | Gesprächsnotiz<br><br>Jahresbericht | FK<br>FK<br>FK<br>FK<br>FK | <br>SK<br><br>BL<br>SK | BL<br><br><br>BL<br> |

*Abb. 3: Prozessbeschreibung »Beratung«*

Es erscheint wichtig darauf hinzuweisen, dass die Prozessbeschreibungen den jeweilig gültigen Ablauf in der Einrichtung wiedergeben. Notwendige Korrekturen der Prozesse werden dann in der folgenden Überarbeitung des Handbuches berücksichtigt.

Gleichzeitig wird deutlich, dass sich die Beschreibung der prozessorientierten Verfahren tatsächlich nur auf Kernprozesse beschränken sollte, da der sonst anstehende Korrekturbedarf erhebliche zeitliche Ressourcen benötigt.

## *2. Folgen für die Einrichtung*

Die Einführung der ISO-Norm beinhaltet die Notwendigkeit, bestimmte (Führungs-) Elemente des Qualitätsmanagementsystems einzuführen. Hierzu gehören:

**Leitbildentwicklung**
Das Leitbild des Trägers gilt in der Regel bundesweit und für alle Einrichtungstypen. Es ist die Aufgabe des Teams, das Leitbild des Trägers auf die Belange der Einrichtung herunter zu brechen. In der Praxis bedeutet dies, dass im Audit gefragt wird, wo und wie sich das Leitbild in der täglichen Arbeit findet. Formulierungen zum Einrichtungsleitbild können in der Konzeption formuliert werden.

**Einrichtungskonzeption**
Es wird erwartet, dass eine Einrichtung eine Konzeption vorhält, die regelmäßig auf ihre Gültigkeit überprüft wird. Die Konzeption enthält neben den o.g. Aussagen zum Leitbild die formulierten Leistungsbereiche, Ziele und Methoden der Einrichtung.

**Kontinuierlicher Verbesserungsprozess**
Die ISO-Norm erwartet, dass ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess sicher gestellt wird. Hierzu wurde ein Verfahren entwickelt, das als »Problemanzeiger« definiert wurde, d.h. es gibt ein Formular, auf dem alle Mitarbeiter/innen auftretende Probleme darstellen und der Leitung bekannt geben. Der »Problemanzeiger« stellt sicher, dass Störungen von Prozessabläufen entsprechend einer vorgegebenen Struktur identifiziert und dauerhaft abgestellt werden. Dieser Prozess wird durch den Qualitätsbeauftragten kontrolliert.

**Schulungspläne**
Der Schulungsbedarf von Mitarbeiter/innen muss jährlich ermittelt werden. Nach Ablauf des Jahres wird überprüft, ob die vereinbarten Schulungen stattgefunden haben. Ist dies nicht der Fall, wird die Ursache ermittelt und die Schulung ggf. in den Schulungsplan für das Folgejahr wieder aufgenommen.

**Besprechungsregelungen**
Es müssen verbindliche Besprechungsregelungen vereinbart werden. Diese beziehen sich nicht nur auf die Regelungen in der Einrichtung, sondern auch auf die innerverbandlichen Gremien entsprechend der Organisationsstruktur des Trägers.

**Lenkung von Dokumenten**
Die qualitätsrelevanten Formulare und Dokumente des Verbandes sind erfasst und mit einer Orga-Nummer versehen. Ziel ist es dabei, die Zahl der Dokumente auf ein notwendiges Minimum zu reduzieren. Gleichzeitig wird sicher gestellt, dass nur die derzeit gültigen Formulare und Dokumente genutzt werden.

## *3. Der Prozess »Organisationsentwicklung«*

Wie oben beschrieben sind von den Trägern und Einrichtungen im Zuge der Zertifizierung Regelungen und Instrumente verpflichtend einzuführen. Nachdem dieser Einführungsprozess abgeschlossen war, konnte festgestellt werden, dass sich langsam auch die Planungs- und Denkweise der Mitarbeiter/innen veränderte. Insgesamt wurde bei der Planung von Erneuerungen und Verbesserungen zunehmend stärker unter QM-Gesichtspunkten gedacht und geplant. Dies führte in der Folgezeit zu Veränderungen, die nicht immer direkt durch die ISO-Norm initiiert wurden, aber auf dem Verständnis klarer und transparenter Strukturen und qualitativer Verbesserung gründeten.

So basierte gerade auch die weitere Organisationsentwicklung in ihrer Zielsetzung auf diesen Überlegungen. Die bisherigen Entwicklungen lassen sich wie folgt darstellen:

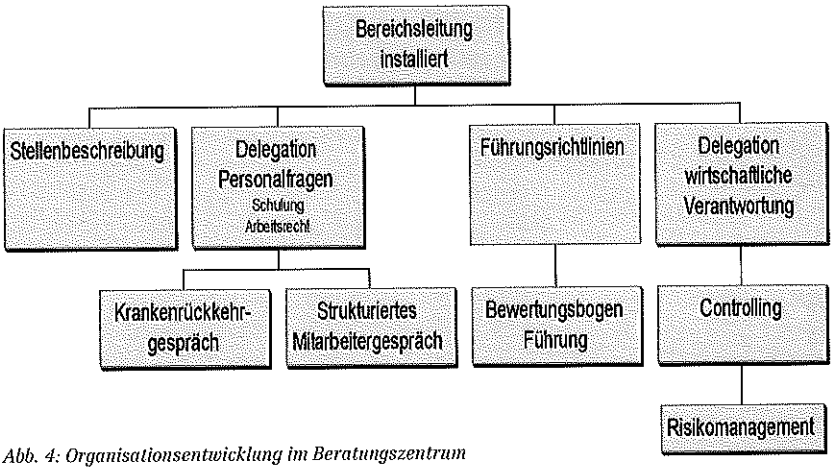



*Abb. 4: Organisationsentwicklung im Beratungszentrum*

Eine Maßnahme zu Beginn der Einführung von ISO 9000 war die Überprüfung der Organisationsstruktur (ein Organigramm ist grundlegender Bestandteil des Handbuches). So wurde eine zweite Führungsebene nach der Geschäftsführung installiert: die Bereichsleitung (s. Abb. 4). In den Folgejahren wurden weitere Regelungen und Instrumente eingeführt (die natürlich auch direkte Auswirkungen auf die Mitarbeiter/innen der Einrichtung hatte):

**Stellenbeschreibung**
Für alle Stellen laut Stellenplan wurden Stellenbeschreibungen gefertigt.

**Delegation Personalfragen**
Die Verantwortung für Personalfragen wurde auf die Bereichsleitungsebene delegiert. In Ab- und Rücksprache mit dem Bereichsleiter Personal beim Träger werden Einstellungen, Betriebsratsverhandlungen, arbeitsrechtliche und personalrechtliche Probleme von den verantwortlichen Bereichsleitungen geregelt. Vorbereitend und begleitend fanden Schulungen zum Arbeitsrecht statt.

**Krankenrückkehrgespräch**
Eine Betriebsvereinbarung regelt, dass in definierten Fällen nach signifikant langen oder häufigen krankheitsbedingten Fehlzeiten ein Gespräch geführt wird. Grundlage ist ein Leitfaden. Ziel ist es, mögliche betriebsbedingte Fehlzeiten zu reduzieren

**Strukturiertes Mitarbeitergespräch**

Einmal jährlich werden initiativ von der Einrichtungs-/Bereichsleitung strukturierte Mitarbeitergespräche geführt. Grundlage ist auch hier ein Gesprächsleitfaden, der von Mitarbeiter/in und Vorgesetztem Punkt für Punkt besprochen wird. Es wird ein Ergebnisprotokoll angefertigt.

**Führungsrichtlinien**

Der Verband hat Führungsrichtlinien entwickelt und verabschiedet. In ihnen werden die Grundsätze für Führung und Leitung im AWO-Unterbezirk beschrieben. Alle Mitarbeiter/innen des Unterbezirkes haben ein Exemplar der Führungsrichtlinien erhalten.

**Bewertungsbogen Führung**

Um die Führungsqualität besser einschätzen zu können und Schulungsnotwendigkeiten zu identifizieren wurde ein Bewertungsbogen Führungsverhalten entwickelt und jährlich eingesetzt. Dabei bewerten Mitarbeiter/innen die Führungskompetenz des/der direkten Vorgesetzten. Der Bogen enthält 40 Fragen zum Führungsverhalten in den Bereichen Management-, Fach-, soziale und persönliche Kompetenz.

**Delegation wirtschaftlicher Verantwortung**

Neben der Personalverantwortlichkeit ist auch die wirtschaftliche Verantwortung für die Einrichtungen an die Bereichsleitung delegiert worden. Ein entsprechendes Controllingverfahren zur Steuerung der Budgets wird derzeit umgesetzt. Ein Risikomanagement ist im Aufbau.

## *4. Das Audit*

Bei einer Zertifizierung wird überprüft, ob in den Einrichtungen entsprechend der im Handbuch beschriebenen Prozesse gearbeitet wird. Im Anschluss an die Erst-Zertifizierung finden regelmäßig weitere Überprüfungen statt. Einerseits werden interne Audits durchgeführt, d.h. Mitarbeiter/innen mit einer entsprechenden Schulung prüfen, ob das QM-System in der Einrichtung entsprechend den Vorgaben der ISO-Norm umgesetzt wird. Zudem erfolgt einmal jährlich ein externes Überwachungsaudit durch TÜV Cert. Alle drei Jahre muss die Zertifizierung erneuert werden, da die Gültigkeitsdauer auf diesen Zeitraum beschränkt ist.

Mit diesen Verfahren wird sicher gestellt, dass die Mitarbeiter/innen entsprechend der beschriebenen und festgelegten Prozesse arbeiten und die entsprechenden Instrumente zur Unterstützung dieser Prozesse kennen und anwenden.

## *5. Zusammenfassung*

Die Beschreibung der Folgen der Einführung der DIN ISO verdeutlicht, dass dieses Qualitätsmanagementsystem überwiegend auf das Management der Prozesse einwirkt. Klare und transparente Regelungen und Strukturen schaffen Sicherheit und Orientierung. Mitarbeiter/innen sind aktiv an diesem Prozess beteiligt. Neben den Regelungen, die ausschließlich für die Einrichtungen gelten (s. prozessorientierte Verfahren), wirken sich vor allem auch die übergeordneten Regelungen qualitätsentwickelnd auf die Prozesse und Strukturen der Einrichtung aus.

Die im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens entwickelten Instrumente und Prozessbeschreibungen haben auch Auswirkungen auf die Selbstbewertung nach dem EFQM-Modell. Sie führen zur Erreichung höherer Punktwerte, da sie als nachweisbare Stärken im Sinne dieses Konzeptes dienen. Zugleich erweist sich die Selbstbewertung als hervorragend geeignetes Instrumentarium um Verbesserungsbereiche in der gesamten Einrichtung zu identifizieren.

Beide Konzepte ergänzen sich damit sinnvoll. ■

# *Von der Pauschalfinanzierung zur pauschalierten Einzelfallfinanzierung*

## Herausforderung für EFQM

Gerd Engler

### *Beratungsstellen für Suchtkranke*

| | |
|---|---|
| Orte: | Kleve, Emmerich, Kevelaer, Goch |
| Träger: | Caritasverband Kleve e.V. |
| Leitung: | Gerd Engler, Dipl. Sozialarbeiter |
| Indikationen: | Alkohol / Medikamente / illegale Drogen / Essstörungen |
| Angebote: | Beratung für Betroffene und Angehörige / Vermittlung in Entgiftung, Therapie, Nachsorge / Hilfestellung bei Substitutionsbehandlungen / Betreuung inhaftierter Suchtkranker, Spritzentausch, Suchtvorbeugung |

### Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung

1. Ausgangslage
2. Grundsätzliche Überlegungen seitens des Kreises
3. Fehlende Leistungsbeschreibungen als Defizit
4. Ausblick
5. EFQM

Anlagen

### *Vorbemerkung*

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die vom Kreis Kleve im Konsens mit den Trägern der Drogen- und Suchtberatung verabschiedeten »Grundlagen der Förderung von Trägern der Drogen- und Suchtberatung« in der jetzt gültigen Fassung. Dabei wird im Folgenden Bezug genommen auf die »Beratung von Abhängigkeitskranken und ihren Angehörigen«. Gesonderte Regelungen innerhalb dieser Vereinbarungen gelten für die Suchtprophylaxe, auf die wegen der begrenzten Möglichkeiten hier nicht eingegangen werden soll. Der Text der Vereinbarungen liegt diesen Ausführungen bei.[1]

### *1. Ausgangslage*

Über Jahre war die Finanzierungssituation der Beratungsstellen für Suchtkranke im Kreis Kleve ähnlich wie in den meisten Regionen Nordrhein-Westfalens:

- Landeszuschüsse als Grundförderung für die allgemeine Beratungsarbeit, sowie Förderung einer Prophylaxe-Fachkraft, einer Fachkraft zur aufsuchenden Sozialarbeit in der Justizvollzugsanstalt, einer Fachkraft zur psychosozialen Betreuung von Substituierten sowie eine befristete Projektförderung im Projekt Soforthilfe;
- Kommunale Pauschalfinanzierung zunächst bis zu 90 % der Bruttopersonalkosten der vom Land geförderten Stellen (nur Beratung und Prophylaxe), später Einfrierung dieser Zuschüsse auf dem Stand von 1994;
- Eigenmittel zur Abdeckung der Restpersonal- und Sachkosten.

1 s. Anlage 1; Text der Vereinbarung zwischen dem Kreis Kleve und den Trägern der anerkannten Suchtberatungsstellen im Kreis Kleve in der gültigen Fassung.

Da die Landeszuschüsse seit Jahren gleich (niedrig) sind, die allgemeinen Kosten aber kontinuierlich gestiegen waren, stiegen die Mehrausgaben der Kommune (bis zum Zeitpunkt der Deckelung) und des Trägers ebenso kontinuierlich. Nach der Deckelung der Kosten durch die Kommune sah sich diese von Jahr zu Jahr mit entsprechenden Anträgen konfrontiert, die mit publizistischer Unterstützung den Erhalt und Ausbau des Hilfesystems forderten und auf neue Herausforderungen aufmerksam machten (gestiegene Anzahl von Substituierten, Suchtproblematik bei den Migrant/innen aus der ehem. Sowjetunion, Zunahme von Klient/innen mit sog. »Doppeldiagnosen« etc.).

Diese Situation war in anderen Bereichen der freien Anbieter im Jugend- Gesundheits- und Sozialbereich ähnlich.

## *2. Grundsätzliche Überlegungen seitens des Kreises*

In dieser Lage suchte der Kreis nach Möglichkeiten der Ausgabenbegrenzung bei gleichzeitiger Steuerung des Geldtransfers. Publizistisch vorbereitet wurde die geplante Umstellung der kommunalen (Mit-)Finanzierung durch einen Zeitungsartikel in der »Rheinischen Post« unter der Überschrift »Keine Steuern für Sozial-Wasserköpfe«[2]. In dem Artikel selbst wurde dann der fehlende Überblick über den Fluss des (kommunalen) Geldes beklagt und die freien Träger verdächtigt, mit Hilfe von kommunalen Steuergeldern neue Verwaltungsstrukturen mit mehr Personal aufzubauen. Die Opposition schloss sich dem Grunde nach dem Tenor der Mehrheitsfraktion an, wollte mindestens die jetzige Effizienz der Beratungsstellen erhalten wissen bei gleichzeitiger Reduzierung der öffentlichen Mittel.[3]

Gestärkt von dieser großen Koalition zur Finanzierungsveränderung begann der Kreis sogleich mit Verhandlungen mit allen bislang von ihm pauschal geförderten Beratungsstellen.

Die Transparenz des Geldflusses sollte dadurch sichergestellt sein, dass eine Pauschale gezahlt wird, die

- nur Bürgerinnen und Bürgern des Kreises Kleve zu Gute kommt.
  Dies wurde begründet mit der örtlichen Zuständigkeit und der ordnungsgerechten Verwendung der kommunalen Mittel. Zum Nachweis dient eine Erklärung, in der die polizeiliche Meldeadresse angegeben werden muss zur Überprüfung des Wohnsitzes im Kreis Kleve.[4]

- nur die Leistung »persönliche Beratung« beinhaltet.
  Telefonische Beratungen sowie Beratungen in schriftlicher Form oder durch Benutzung anderer Medien würden die Identifizierbarkeit als Angehörige/r des Kreises erschweren.

- nur dann gezahlt wird, wenn mindestens zweimal eine persönliche Beratung pro Kalenderjahr in Anspruch genommen wurde.
  Dies soll einen Wechsel zu einer anderen, ebenfalls geförderten Beratungsstelle im Kreis nach einem einmaligen Gespräch möglich machen.

---

2 s. Abb. 1; Artikel der RP, Lokalteil Kleve, vom 20.06.2000

3 s. Abb. 2; Artikel der RP, Lokalteil Kleve, vom 26.06.2000

4 s. Anlage 1; Erklärung »Sehr geehrte Mitbürgerin, sehr geehrter Mitbürger«

- nur einmal pro Kalenderjahr anspruchsberechtigten Bürger/innen zur Verfügung steht.
  Als Bezugsgröße zur Finanzierung wurde das Kalenderjahr gewählt, aufgeteilt in Quartalsraten. Eine Übernahme von Klient/innen in nächste Jahr ist möglich, die Fallpauschale wird dann gezahlt, wenn wiederum zwei persönliche Beratungsgespräche in Anspruch genommen worden sind.

Ausgeschlossen wird von der Finanzierung durch den Kreis

- die niedrigschwellige Betreuung in den Kontaktcafés.
  Begründet wurde dies damit, dass es sich bei den Kontaktcafés um ein Angebot handele, dass im Laufe der Zeit von den Trägern ohne finanzielle Unterstützung seitens des Kreises eingerichtet worden sei. Tatsächlich werden zwei Kontaktcafés weitgehend vom Träger über Spenden selbst finanziert, unterstützt durch die jeweiligen Städte, in denen das Angebot besteht.

- die Beratung in Justizvollzugsanstalten.
  Die Arbeit in der JVA in Kleve durch die externe Suchtberatungsstelle hat der Kreis unter Hinweis auf die Zuständigkeit des Landes, was die Versorgung von Gefangenen in den jeweiligen Haftanstalten betrifft, noch nie finanziell gefördert.

- alle Formen von Therapie.
  Hier sieht der Kreis die Zuständigkeit der Renten- und Krankenversicherungsträger gegeben, wie zum Beispiel nach der »Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht«.

- die Arbeit im »Betreuten Wohnen für Suchtkranke«.
  Diese Arbeit wird in einer Mischfinanzierung zwischen Landschaftsverband Rheinland und Kreis bereits von diesem anteilsmäßig mit finanziert.

- sämtliche Tätigkeiten, die nicht von ausgebildeten Fachkräften durchgeführt werden.
  Damit sollen die fachlichen Standards erhalten bleiben; eine Delegation von Beratungstätigkeiten auf nicht ausgebildete Personen ist nicht zulässig.

## *3. Fehlende Leistungsbeschreibungen als Defizit*

Bei den mit dem Vertreter des Kreises geführten Verhandlungen wurde sehr schnell deutlich, dass die fehlenden differenzierten Beschreibungen der einzelnen Leistungen der Beratungsstellen (Betreuung, Beratung, Therapie, Begleitung, etc.) ein Manko darstellten. Beschreibungen der einzelnen Arbeitsschritte der unterschiedlich von uns durchgeführten Beratungsarten fehlten. Die unterschiedlichen Klientengruppen und die darauf abgestimmten Hilfsangebote waren ebenfalls nicht beschrieben.

Dies hat zur Zeit zur Folge, dass alle Formen der persönlichen Beratung gleich finanziert werden. Die Pauschale wird errechnet, indem die in den letzten Jahren gezahlten Zuschüsse durch die in den letzten Jahresberichten ausgewiesenen und gemittelten Gesamtklientenzahlen dividiert werden. Dadurch ergibt sich die Notwendigkeit der Beratung von 132 Klient/innen pro Kalenderjahr pro Ganztagsberatungsfachkraft, um auf den gleichen kommunalen Zuschuss wie in den Vorjahren zu kommen.

Die nicht differenzierte Finanzierung von »Beratung« scheint dem differenzierten Angebot der Beratungsstellen in keinem Fall Rechnung zu tragen und könnte sogar die (ökonomische) Attraktivität von Beratungsaktivitäten mit erhöhtem Beratungsbedarf (z.B. bei chronisch mehr-

fach beeinträchtigten Suchtkranken) sinken lassen. Dies zu verhindern sieht die Vereinbarung mit dem Kreis eine differenzierte Dokumentation unter Bezugnahme auf die Erreichung der in der Vereinbarung beschriebenen Beratungsziele vor. Durch die Abnahme der Attraktivität der Beratungsangebote könnte überdies über eine Abwanderung von Klient/innen oder gar ganzen Klientengruppen zu einer anderen Beratungsstelle eine finanzielle Problematik hervorgerufen werden.[5]
Andererseits lässt diese Form der einzelfallbezogenen Pauschale einen Ausbau der Beratungsstellenarbeit dann zu, wenn es gelingt, Drittmittel in Form von Landes- oder anderen Zuschüssen einzuwerben für Aktivitäten, die die Beratung von Bürger/innen des Kreises Kleve zum Inhalt haben. Sollte allerdings die Landesförderung sinken oder ganz entfallen, müsste mit dem Kreis Kleve neu verhandelt werden, da die Finanzierungsgrundlage sich dann verändert hätte.

## *4. Ausblick*

Es ist zu erwarten, dass es im Zuge weiterer Differenzierungen zu unterschiedlichen Leistungspauschalen für unterschiedliche Leistungen kommt. Gleichzeitig sehen die Vereinbarungen mit dem Kreis schon jetzt Vorgaben zu einer differenzierten Dokumentation vor. Begrifflichkeiten wie »Krisenintervention« (Punkt c 2.), Teilnahme an Fortbildungen und Supervision (Punkt e 4.) oder die Dokumentation des Erreichens der Beratungsziele (Punkt e 5.) machen eine differenzierte Beschreibung und Überprüfung der erbrachten Leistungen notwendig. Beratungsabläufe, Kontaktaufnahmen, Hilfepläne und viele bislang wenig reflektierte Tätigkeiten bedürfen einer Beschreibung und Überprüfung auf Effizienz. Das Verhältnis zwischen direkter Arbeit mit der Klientel und anderen Tätigkeiten (Dokumentation, Fallbesprechungen, Teamsitzungen etc.) muss kritisch reflektiert und fachlich begründet werden.

Die Einbeziehung der Geldgeber als »Primärkunden« der Beratungsstelle wird das bisherige Selbstverständnis der Beratungsstellen verändern.

## *5. EFQM*

Der Prozess des Qualitätsmanagements nach EFQM hat sich bislang als positiv erwiesen, die notwendigen Veränderungsprozesse, die sich nach der Umstellung der Finanzierungssystematik zwangsweise ergeben mussten, zu begleiten und zu strukturieren. Dabei stellte es sich als sehr hilfreich heraus, einerseits die unterschiedlichen Bereiche einer Beratungsstellenorganisation zu betrachten um danach andererseits durch Prioritätensetzung eine gewisse Ordnung her zu stellen. Gerade im Bereich der Transparenz dessen, was wir tun, sind wir auf Verbesserungspotentiale gestoßen, die uns in die Lage versetzen sollen, uns im Konzert der verschiedenen Anbieter psychosozialer Dienstleistungen auch weiterhin am Markt behaupten zu können. ■

5 Die Etablierung von »Konkurrenz« auch im Bereich psycho-sozialer Hilfen ist dabei durch den Kreis durchaus gewollt.

**Abb. 1**

CDU-Kreistagsfraktion: Geld sollen nur noch die Bedürftigen erhalten/ Radikaler Umbau geplant

# Keine Steuern für Sozial-Wasserköpfe

Von LUDGER DISTELKAMP

KREIS KLEVE. „Geld soll nur noch für die Bedürftigen fließen", kündigte gestern Heinz Seesing, Vorsitzender der CDU-Kreistagsfraktion, einen „radikalen Umbau" bei der Förderung der Sozialverbände durch den Kreis an. Es solle keine festen Zuschüsse mehr geben, sondern nur noch der Einzelfall gefördert werden. „Wir haben doch gar keinen Überblick mehr, wohin das Geld in den Verbänden fließt", gestand Paul-Heinz Behnen, Pressesprecher, [illegible]. Die Sozialverbände [illegible]

zierung von „Wasserköpfen" bei den Institutionen aus.

„Die Ausweitung der sozialen Dienste soll gedeckelt werden. Es gibt schließlich Wünsche ohne Grenzen", so der Fraktionschef. 2,4 Millionen Mark zahlt allein der Kreis pro Jahr für diese Beratungsbüros. Bis zur Verabschiedung des Kreishaushaltes für 2001 am Ende des Jahres soll die Verwaltung eine Liste der Angebote vorlegen, um Paralleldienste abzubauen. Allein die Eheberatung führten mehrere Träger durch. Und auch der Kreis sei auf diesem Feld aktiv, zeigte Seesing ein Beispiel auf.

Verweyen. Der Kreis werde mit einigen tausend Mark die Regionalsstelle Frau und Beruf, die Alleinerziehenden unter anderem den Wiedereinstieg in den Beruf erleichtere. 80 Prozent der Kosten trage das Land, 20 Prozent habe der Träger, die SOS Ausbildung und Beschäftigung, übernehmen wollen. Doch SOS habe dies nicht gedurft, weil wegen der NRW-Vorgaben sonst der Landeszuschuss gestrichen worden wäre. Deshalb springe der Kreis ein.

Dass es Einspar-Möglichkeiten gebe, habe die CDU bewiesen. Allein bei der Sozialhilfe seien acht Millionen Mark weniger [illegible]

meinden die Sozialhilfe selbst bezahlen sollten. Das Geld solle nicht mehr über die Kreisumlage eingenommen werden, die sich nur nach der Finanzkraft richte. Der Vorteil des neuen Systems schlage sich in der Kasse der Stadt oder Gemeinde direkt nieder. Denn wer den Missbrauch bekämpfe sowie Empfänger in Lohn und Brot bringe, spare Steuern ein.

### Straßensanierung

Mit einem Zehn-Jahresprogramm will die CDU die Kreisstraßen sanieren sowie zur Verkehrssicherheit neue Rad- und Fußwege sowie Bus- [illegible]

**Abb. 2**

# SPD will jetzige Effizienz erhalten

## Beratungsstellen / Katzy: „Aber gleichzeitig öffentliche Mittel reduzieren"

Von GABY BOCH NRZ, 26.6.2000

Kreis Kleve. Der Kreis stellt sie bekanntlich auf den Prüfstand: die Beratungsstellen. Deren Konzepte sollen ebenso unter die Lupe genommen werden, wie die Frage, ob Zuschüsse pauschal oder einzelfallbezogen gezahlt werden. „Diese Generallinie tragen wir voll und ganz mit", sagte der SPD-Kreistagsfraktionschef Roland Katzy in einem Gespräch mit der [illegible]

Kommunen mit insgesamt elf Millionen Mark gestärkt worden.

Wichtig sei für die SPD, öffentliche Mittel so einzusetzen, dass mindestens die jetzige Effizienz erhalten bleibe, „bei gleichzeitiger Reduzierung der öffentlichen Mittel". Es dürfe auf keinen Fall einen Kahlschlag bei den Beratungsstellen geben. Auch [illegible]

tiger Aspekt seien auch die damit verbundenen Arbeitsplätze. Hier müsse nach Übergangslösungen gesucht werden, fordert Katzy. Geprüft werden müsse in diesem Zusammenhang auch, ob alte Aufgaben überholt und neue entstanden seien. Sollten neue Aufgabenfelder erschlossen werden, seien Umschulungen der Mitarbeiter ein [illegible]

en insgesamt 45 Millionen Mark. Bei dieser pauschalen Zuwendung kämen 12 Gemeinden gut weg. Wer aber mehr Sozialhilfeempfänger habe als andere Gemeinden - zum Beispiel Weeze oder Emmerich - schneide schlechter ab. „Das heißt, die Kommunen, die besser gestellt sind, müssen an die, die schlechter gestellt sind, etwas abgeben." Dabei müssen auch die Zu- [illegible]

**Anlage 1**

**Sehr geehrte Mitbürgerin, sehr geehrter Mitbürger,**

Sie haben sich als Angehörige(r), soziale Bezugsperson oder als selbst von einer Suchterkrankung Betroffene(r) von einer Fachkraft bzw. Fachkräften einer Drogen- und Suchtberatungsstelle in diesem Jahr mehrmals beraten lassen. **Der Kreis Kleve möchte diese Beratung gerne finanziell fördern**, um langfristig ein qualitativ hochwertiges und vielfältiges Beratungsangebot zu sichern.

Voraussetzung dafür ist, dass Sie durch Angabe Ihres Namens und Ihrer Anschrift nachweisen, dass Sie im Kreis Kleve Ihren Hauptwohnsitz haben.

Ich bitte Sie daher, die nachfolgende Erklärung auszufüllen und zu unterschreiben. Vorsorglich weise ich darauf hin, dass Sie zur Abgabe dieser Erklärung nicht verpflichtet sind. In diesem Falle kann der Kreis Kleve Ihre Beratung finanziell nicht unterstützen, und der Träger könnte die ihm entstandenen Kosten u. U. nicht angemessen finanzieren.

---

(Name) (Vorname) (Datum)

(Wohnort)

(Strasse, Haus-Nr.)

**Erklärung**

Ich habe in diesem Jahr mehrmalig das Beratungsangebot der Drogen- und Suchtberatungsstelle des Caritasverbandes Kleve in Anspruch genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Beratungsstelle diese Erklärung in den eigenen Räumen aufbewahrt und sie dort Mitarbeitern der Kreisverwaltung Kleve zum Zweck der Überprüfung der Abrechnung von Beratungsleistungen zur Einsicht vorlegt.
(Darüber hinaus gehende Angaben zu dem Grund oder dem Inhalt der Beratung werden selbstverständlich nicht weitergegeben.)

Ich bestätige, dass ich in diesem Jahr noch keine gleichartige Beratung in Anspruch genommen habe, die der Kreis finanziell fördert.

(Unterschrift)

**Anlage 2**

## *Grundlagen der Förderung von Trägern der Drogen- und Suchtberatung*

| | Beratung von Abhängigkeitskranken und ihren Angehörigen / Suchtprophylaxe |
|---|---|
| a) Rechtsgrundlage | Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG), Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG), Bundessozialhilfegesetz (BSHG), Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII/KJHG) |
| b) Anspruchsberechtigte | **1. Bürgerinnen und Bürger des Kreises Kleve, die die folgenden persönlichen Voraussetzungen erfüllen:**<br>• Die bzw. der Geförderte ist abhängigkeitskrank oder akut gefährdet, abhängigkeitskrank zu werden bzw. nach einer Therapie rückfällig zu werden, oder<br>• Angehörige(r)/soziale Bezugsperson einer bzw. eines persönlich von einer Suchtproblematik Betroffenen und wegen ihrer/seiner eigenen Problematik als Angehörige(r)/soziale Bezugsperson selbst Klientin bzw. Klient einer beratenden Fachkraft.<br>• Fördervoraussetzung ist zudem, dass innerhalb eines Kalenderjahres im Rahmen mindestens zweier persönlicher - nicht telefonischer - Kontakte mit Fachkräften Beratungsleistungen einer durch den Kreis Kleve anerkannten Drogen- und Suchtberatungsstelle in Anspruch genommen wurden.<br>• Für Angehörige/soziale Bezugspersonen einer bzw. eines persönlich von einer Suchtproblematik Betroffenen gilt die Anspruchsvoraussetzung - von fachlich begründeten Ausnahmen abgesehen - nur dann als erfüllt, wenn die beratende Fachkraft nicht zugleich Berater oder Beraterin der bzw. des primär von der Suchtproblematik Betroffenen ist.<br><br>**2. Institutionelle Leistungsbezieher** (Schulen, Kindergärten, Betriebe, Verwaltungen, Vereine etc.) im Kreis Kleve, die Leistungen im Rahmen der **Suchtprophylaxe** in Anspruch nehmen. Bei ihnen kann auch die vorherige, gleichzeitige oder nachherige Inanspruchnahme der Angebote einer anderen Beratungsstelle während eines Kalenderjahres zusätzlich gefördert werden, wenn die Angebote der beteiligten Beratungsstellen untereinander abgestimmt sind und die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mehrerer Prophylaxefachkräfte fachlich begründet werden kann. |
| c) Beratungsgegenstand bzw. Angebotsart | 1. **Beratung** von Abhängigkeitskranken und ihren Angehörigen<br>2. **Suchtprophylaxe** |
| d) Beratungsziele | **Ziele der Beratung von Abhängigkeitskranken und ihren Angehörigen sind u. a.:**<br>• Akute Fremd- oder Eigengefährdung reduzieren bzw. ausschließen<br>• Früherkennung von Krankheiten ermöglichen<br>• Information über Behandlungsmöglichkeiten, Rechte und Leistungsansprüche<br>• Entwicklung von Krankheitseinsicht<br>• Motivierung zur Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen<br>• Abstimmung und Organisation der Hilfemaßnahmen<br>• Vermittlung in Therapie (Entgiftung, Entwöhnung etc.)<br>• Psychische und physische Stabilisierung<br>• Soziale und berufliche Integration<br>• Rückfallprophylaxe<br><br>**Ziele der Suchtprophylaxe sind u. a.:**<br>• Informationsvermittlung, Aufklärung und Schaffung von Problembewusstsein<br>• Förderung des Interesses an Themen der Gesundheitserziehung und -förderung<br>• Abstinenz von bestimmten psychotropen Substanzen<br>• Bezugspersonen zu unterstützen, Personen mit substanzbezogenen Störungen zu erkennen und auf das problematische Verhalten adäquat zu reagieren<br>• Erkennen bzw. Vermeiden co-abhängigen Verhaltens<br>• Sensibilisierung für suchtfördernde bzw. suchtprotektive Faktoren<br>• Bestärkung gesundheitsfördernden Verhaltens |

**e) Förderungsvoraussetzungen für den Träger**

**1. Beratungsstelle(n) und Fachkräfte**

Der Träger unterhält mindestens eine Beratungsstelle an einem mit dem Kreis Kleve vereinbarten Ort. Dort hält er fortlaufend Fachkräfte im zeitlichen Umfang von mindestens zwei Vollzeitstellen vor, die Leistungen nach diesen Richtlinien erbringen. Als Fachkraft gelten Personen mit einem Fachhochschulabschluss der Sozialarbeit oder Sozialpädagogik oder einem Hochschulabschluss als Pädagoge, Psychologe, Sozialwissenschaftler oder Mediziner, die als Suchtberater und / oder Prophylaxefachkraft tätig sind.

**2. Erreichbarkeit**

Der Träger stellt sicher, dass in jeder Beratungsstelle im Sinne dieser Richtlinien zu geregelten Öffnungszeiten von mindestens 30 Stunden wöchentlich mindestens ein geeigneter Ansprechpartner erreichbar ist und dass persönliche oder telefonische Anfragen möglichst vor Ende der auf die Anfrage folgenden Woche zu einer aktiven Kontaktaufnahme in Gestalt eines ersten Gespräches zwischen Fachberater und Klient führen, wenn der Klient hierzu bereit ist. Aus fachlicher Sicht notwendige Kriseninterventionen haben Vorrang vor allen anderen Aufgaben.

Die Einrichtung von Beratungsnebenstellen nach Wahl des Trägers ist zulässig. Für sie gelten die Mindestpersonalausstattung gem. Ziffer 1 und das Erreichbarkeitskriterium gem. Ziffer 2 nicht.

**3. Beratungsverpflichtung**

Der Träger verpflichtet sich, seine Leistungen jeder nach diesen Richtlinien anspruchsberechtigten Person bzw. Institution zur Verfügung zu stellen.

**4. Kooperation und Fortbildung**

Zusammenarbeit und fachliche Abstimmung sind intern und mit den weiteren Einrichtungen des regionalen Versorgungsnetzes für Abhängigkeitskranke notwendig. Die Träger wirken zudem darauf hin, dass das Fachpersonal regelmäßig an Fortbildungen teilnimmt und geben Gelegenheit zur Supervision.

**5. Leistungsdokumentation**

Der Träger der Drogen- und Suchtberatung dokumentiert für jede Person bzw. Institution, für die Fördermittel des Kreises Kleve verrechnet werden sollen, alle Leistungen nach ihrer Art, ihrer Dauer in Stunden sowie bzgl. der die jeweilige Leistung erbringenden Fachkraft oder Fachkräfte. Zudem dokumentiert er für die Klienten der Drogen- und Suchtberatung, was im Hinblick auf die unter Bst. d) formulierten Ziele im Einzelfall erreicht worden ist. Die Daten der Leistungsdokumentation bewahrt der Träger fünf Jahre auf.

**6. Ausschluss von Leistungen aus der Refinanzierung nach diesen Richtlinien**

Der Träger stellt sicher, dass folgende Leistungen **nicht** nach diesen Richtlinien refinanziert werden:

- Beratung von Gefangenen in den Justizvollzugsanstalten
- ambulante Therapien, z.B. im Rahmen der ambulanten Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger gem. der Empfehlungsvereinbarung des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger sowie der Dachverbände der Krankenkassen
- Leistungen, die im Rahmen einer gesonderten Finanzierungsvereinbarung unter Beteiligung des Kreises Kleve erbracht werden, z. B. das Betreute Wohnen für Suchtkranke
- Leistungen, die nicht von Fachkräften - z. B. von Zivildienstleistenden oder ehrenamtlichen Helfern - erbracht werden.

| | Beratung von Abhängigkeitskranken und ihren Angehörigen / Suchtprophylaxe |
|---|---|
| f) Verfahren für den Anspruchsberechtigten | Geförderte Personen unterzeichnen – frühestens bei Gelegenheit der zweiten persönlichen Beratung – eine Erklärung, dass sie im laufenden Kalenderjahr Beratungsleistungen der entsprechenden Drogen- und Suchtberatungsstelle mehrmalig in Anspruch genommen haben und nicht im selben Jahr eine Erklärung gleichen Inhalts bereits bei einer anderen Drogen- und Suchtberatungsstelle im Kreis Kleve unterschrieben haben.<br><br>Die Angaben erfolgen auf einem Formblatt (siehe Anlage). Es enthält alle anspruchsbegründenden Voraussetzungen und regelt zudem die rechtlich unbedenkliche Offenbarung dieser Daten im Rahmen der Prüfung der sachlichen und rechnerischen Korrektheit der Jahresschlussabrechnung des Trägers gem. Bst. g) dieser Richtlinien durch Mitarbeiter der Kreisverwaltung Kleve.<br><br>Die Formblätter verbleiben in den Geschäftsräumen der Träger der Beratungsstellen und werden dort zum Zwecke der Rechnungsprüfung **getrennt von der Leistungsdokumentation gem. Bst. e) Punkt 5.** fünf Jahre aufbewahrt. Einsichtnahmen in die Erklärungsformblätter durch Mitarbeiter der Kreisverwaltung erfolgen in den Geschäftsräumen der Träger.<br><br>Der bzw. die Geförderte willigt in eine unmittelbare Verrechnung der individuellen Förderpauschale mit dem Träger der Drogen- und Suchtberatungsstelle ein.<br><br>Für institutionelle Leistungsbezieher in der Suchtprophylaxe entfällt dieses Verfahren. |
| g) Verfahren für den Träger | Spätestens zum 31.03. des auf das abzurechnende Jahr folgenden Jahres reichen anerkannte Träger der Drogen- und Suchtberatung der Kreisverwaltung Kleve, Fachbereich Gesundheit, folgende Abrechnungsunterlagen ein:<br><br>a) eine Auflistung der Institutionen oder Einrichtungen, die Leistungen der Suchtprophylaxe erhalten haben. Sie werden namentlich und mit Anschrift benannt. Für sie ist jeweils das Datum und die Dauer der Leistungserbringung in Stunden und Minuten anzugeben und in einer Gesamtsumme zusammenzufassen. Individuell zugerechnete Vorbereitungs-, Nachbereitungs- und Fahrtzeiten dürfen **in jedem Einzelfall höchstens 50 %** der insgesamt in Rechnung gestellten Arbeitszeit betragen.<br><br>b) eine trägerseitig erstellte Jahresabschlussrechnung auf der Basis der eingereichten Belege zu a) und der vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Erklärungen gem. Bst. f) dieser Richtlinien sowie der jeweils gültigen Förderpauschalen gem. Bst. h) dieser Richtlinien c) den Jahresbericht gem. Bst. i) dieser Richtlinien |

| | Beratung von Abhängigkeitskranken und ihren Angehörigen / Suchtprophylaxe |
|---|---|
| h) Förderung | **Einzelfallbezogene Förderpauschale und Förderentgelt für institutionenbezogene Leistungen der Suchtprophylaxe**<br>Die einzelfallbezogene Förderpauschale beträgt pro Einzelfall und Jahr: 270 Euro. Das Förderentgelt für institutionenbezogene Leistungen in der Suchtprophylaxe beträgt 32 Euro pro Arbeitsstunde. Diese Pauschalbeträge gelten unverändert bis zum 31.12.2006.<br><br>Zu Beginn eines jeden Quartals des laufenden Kalenderjahres erhält der Träger eine Abschlagszahlung auf die Jahresabschlussrechnung in Höhe von 25 % der Fördersumme des letzten abschließend abgerechneten Jahres.<br><br>Die Jahresschlussabrechnung erfolgt, sobald der Träger die gem. Bst. g) dieser Richtlinien erforderlichen Unterlagen vollständig eingereicht und eine vollständige Zusammenstellung der Erklärungen gem. Bst. f) dieser Richtlinien Mitarbeitern der Kreisverwaltung zur Rechnungsprüfung in seinen Geschäftsräumen vorgelegt hat.<br><br>Im Rahmen der Jahresabschlussrechnung werden die Abschlagszahlungen des Vorjahres verrechnet. Der Kreis Kleve und der Träger verpflichten sich zur Zahlung bzw. Rückzahlung von positiven bzw. negativen Differenzbeträgen im Vergleich zum Gesamt der Abschlagszahlungen des Vorjahres innerhalb von vier Wochen nach der postalischen Zustellung der Jahresabschlussrechnung durch den Kreis Kleve.<br><br>Sollte der Jahresbericht gem. Bst. i) nicht termingerecht vorgelegt werden, stellt der Kreis Kleve alle weiteren Zahlungen ein, bis der Träger seiner Berichterstattungspflicht angemessen entsprochen hat. |
| i) Qualitätskontrolle | Die Träger der Drogen- und Suchtberatung dokumentieren ihre Arbeit in einem Jahresbericht, der inhaltlich geeignet ist, die Gewährleistung der unter Bst. e), Ziffern 1 - 4 definierten Strukturmerkmale des vorgehaltenen Angebots der Drogen- und Suchtberatungsstellen zu belegen.<br><br>Unter Verwendung anonymisierter klientenbezogener Daten aus der Leistungsdokumentation gem. Bst. e), Ziffer 5 soll der Jahresbericht auch Auskunft über Art und Umfang sowie qualitative Aspekte der Beratungsarbeit geben. Soweit und in dem Umfang, wie die zur Leistungsdokumentation verwandte und seitens des Landes Nordrhein-Westfalen empfohlene Dokumentationssoftware es ermöglicht, sollte eine kommentierte statistische Aufbereitung der vorliegenden Daten erfolgen.<br><br>Träger von Beratungsstellen, die ihre Arbeit in anderer Weise dokumentieren, treffen in Hinsicht der Inhalte der Jahrsberichterstattung mit dem Kreis Kleve eine gesonderte Vereinbarung, die eine Vergleichbarkeit der Berichterstattung mit den Jahresberichten anderer Träger im Kreis Kleve sicherstellt.<br><br>Der Jahresbericht kann Teil einer Gesamtberichterstattung des Trägers sein. |
| j) Erprobungszeitraum | Der Kreis Kleve garantiert Trägern, die zuvor schon Fördergelder des Kreises Kleve erhalten haben, im Rahmen der Jahresschlussabrechnung für das Jahr 2002 eine Gesamtfördersumme in Höhe von 100 % der trägerspezifischen Förderung des Jahres 2001. Im Jahre 2003 beträgt die garantierte Mindestförderung 75 % des trägerspezifischen Fördervolumens des Jahres 2001. |

# *Auftakt zum Qualitätsmanagement in der Bielefelder Suchtkrankenhilfe*

## Qualitätsverbesserung in der Gremienarbeit

**Gisbert Ulmer**

### *ArbeitsGemeinschaft Suchtkrankenhilfe Bielefeld (AGS-BI)*

Die ArbeitsGemeinschaft Suchtkrankenhilfe Bielefeld (AGS-BI) ist ein Gremium der gesamten Suchtkrankenhilfe in Bielefeld. Rund 50 Vertreter/innen ambulanter, stationärer und komplementärer Einrichtungen sowie der Kommune und der ehrenamtlichen Selbsthilfe treffen sich sechsmal im Jahr, um aktuelle Themen zu bearbeiten und Zusammenarbeit im System der Suchtkrankenhilfe umzusetzen. Geschäftsführer/in – aus den Reihen der Profis – und Vorsitzende/r – aus der Fraktion der Ehrenamtlichen – werden jeweils für zwei Jahre gewählt. Ihre Amtszeiten überlappen sich um ein Jahr.

Um die Vernetzung zwischen den Selbsthilfegruppen zu verbessern und deren Position gegenüber Behörden, anderen Verhandlungspartnern und der Öffentlichkeit zu stärken, schlossen sich die Ehrenamtlichen Ende des Jahres 2000 im »Verein für freiwillige Suchtselbsthilfe in Bielefeld e.V.« zusammen. Einmal jährlich veranstalten Profis und Ehrenamtliche miteinander eine zweitägige Tagung zu einem aktuellen Thema mit dem Ziel, sich gemeinsam fortzubilden und die Suchtkrankenversorgung in Bielefeld weiterzuentwickeln.

Betont innovative Methoden wie Qualitätssicherung und – quasi als Steigerung – Qualitätsverbesserung mit der Zielsetzung größerer Effektivität bestimmter Bemühungen gehören in der Berufswelt unserer zweckoptimierten Gesellschaft des Informationszeitalters seit ein paar Jahren zum geläufigen, geradezu obligatorischen Vokabular. Allerdings haben derartige Konzeptionen – neben Verfahren der Logistik und der Vernetzung – bisher vorwiegend in Produktions- und Dienstleistungsbetrieben Einzug genommen.

Die komplexen Bereiche der Suchtkrankenhilfe mit Beratung, Behandlung, komplementären Angeboten und Prävention waren wohl bis heute wenig davon berührt, erst recht nicht die ehrenamtliche Arbeit freiwilliger Helfer in den Sucht-Selbsthilfegruppen.

So wurde dann auch vor Jahresfrist bei der üblichen Themensuche für die Jahrestagung der ArbeitsGemeinschaft Suchtkrankenhilfe Bielefeld – seit ihrer Gründung Mitte der 60-er Jahre, gleichermaßen durch professionelle Einrichtungen und ehrenamtlich getragene Abstinenzorganisationen, in dieser Form wohl bundesweit einzigartig bewährt – der eingebrachte Vorschlag, sich mit Qualitätsmanagement auseinander zu setzen, zunächst in beiden Lagern mit einiger Skepsis betrachtet und kontrovers diskutiert. Mit Blick auf eine Vielzahl anspruchsvoller Aufgaben, die in der fast zwei Jahrzehnte alten Tradition dieser jährlichen Zusammenkünfte bewältigt wurden, bekam dann dieses Thema, als große Herausforderung bewertet, doch einen eindeutigen Zuschlag.

Unter der umsichtigen Regie des amtierenden Geschäftsführers PHIL W. PELLMANN und der hervorragenden Leitung von HILDEGARD WINKLER (damals noch GERBER) vom Projekt QM wurde in der Bildungsstätte »Lindenhof« in Bethel am 2. und 3. Februar 2002 eine Veranstaltung realisiert, die mit Gehalt und Dichte der durch die Experten eingebrachten Fachinformationen und Erfahrungsberichte alle etwa 60 Teilnehmerinnen und Teilnehmer – je zur Hälfte professionell und ehrenamtlich Engagierte – voll überzeugte und begeisterte.

Zum einen wurde der theoretische Ansatz von QM im Vergleich der Systeme der EFQM und der ISO im Allgemeinen vermittelt, zum anderen wurde das Vorgehen der Selbstbewertung im Projekt QM erläutert. Aus den Vorträgen wurden immer wieder praktische Übungen in Arbeitsgruppen abgeleitet. Darüber hinaus stellten WOLFGANG SCHLIE vom Diakonischen Werk das »DiakonieNetzwerk QualitätsEntwicklung (DNQE)« und BERNHARD HÜLSKEN von der FH Münster ein EFQM-Projekt für Selbsthilfegruppen vor.

Nachdem die Prinzipien, Strukturen und Prozesse des QM auf Bielefelder Verhältnisse zugeschnitten worden waren, wurde in der letzten Arbeitsphase aus einem Katalog von Zielen, Stärken und Verbesserungspotentialen »von der Vision zur Praxis« (s. Tab. 1) ein sehr konkreter Arbeitsplan mit Maßnahmen einschließlich der personalen Zuständigkeiten und Terminsetzungen für die Arbeit der AGS-BI entwickelt (s. Tab. 2).

Bereits in der nächsten regulären Sitzung der AGS-BI, die bisher alle zwei Monate tagte, konnten die ersten Entscheidungen wirksam umgesetzt werden. Bemerkenswert, aber vielleicht gar nicht so sehr überraschend mag die Beobachtung sein, dass sich das Gros der Ehrenamtlichen – vielleicht wegen ihrer systembedingten Unabhängigkeit – anscheinend sogar leichter in solche Veränderungen einfinden kann als etliche Mitarbeiter/innen aus dem Lager der Profis. Gerade die angestrebte Erhöhung der Effizienz leuchtet den verantwortlichen Helfern in den Selbsthilfegruppen mit ihrer umfangreichen Investition von Freizeit als erstrebenswert ein. Aber auch die hauptamtlich Tätigen in Beratungs- und Behandlungsstellen, (Fach-)Kliniken und komplementären Einrichtungen sind vor dem Hintergrund der Anforderungen und Auflagen ihrer Träger an solchen Verbesserungen höchst interessiert.

Seltenere Sitzungen der gesamten AGS-BI, dafür mehr Zuarbeit durch befristet eingesetzte Arbeitsgruppen zu speziellen Themen und ein noch intensiverer regelmäßiger Informationsfluss aus den verschiedenen Gremien und Ausschüssen – wie von der Fraktion der Ehrenamtlichen (AGS-E) mit dem recht jungen »Verein für freiwillige Suchtselbsthilfe in Bielefeld e. V.«, vom Vorsitzenden koordiniert, bereits seit einigen Jahren beispielhaft praktiziert - sind beschlossene Sache. Eine Kollegin nahm die Veränderungen so wahr: »Es ist ein Ruck durch die Arbeitsgemeinschaft gegangen«.

In der Folgezeit werden die professionellen Einrichtungen und die zwölf Selbsthilfe-Organisationen, die über 30 Gruppenangebote pro Woche in allen Stadtbezirken Bielefelds vorhalten – zuzüglich der Anonymen Alkoholiker – mit ihren jeweiligen Trägern und Dachverbänden prüfen und probieren, ob und in welchem Maße Elemente des Qualitätsmanagements in das Wirken der einzelnen Institutionen bzw. Selbsthilfegruppen zu übernehmen sind. Diese Umsetzung wird, angepasst an die strukturellen und personellen Gegebenheiten der einzelnen Wirkungsstätten, gewiss einige Zeit in Anspruch nehmen. Eine hohe Motivation sowie die Bereitschaft zur stetigen Kontrolle von Nutzen und Erfolg und zur etwaigen Veränderung der Konzepte sind jedenfalls gewährleistet, Rückmeldungen in die AGS-BI selbstverständlich. ■

## *Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankenhilfe Bielefeld – Lindenhof-Tagung 2002*

**3. Februar 2002 - 11:00 Uhr · Von der Vision zur Praxis**

| Ziele | Stärken | Verbesserungspotential |
|---|---|---|
| Zusammenarbeit im System (= AGS) verbessern<br><br>Wissen, wo was passiert<br><br>Aufgaben verteilen<br><br>Ergebnisse zusammenfassen<br><br>Ergebnisse auswerten<br><br>Erkenntnisse nutzen<br><br>eindeutige Außendarstellung<br><br>politische Bedeutung<br><br>Schlagkraft erhöhen | • jährliche Fachtagung<br>• 6 x / Jahr Versammlung AGS<br>• Kontinuität<br>• Geschäftsordnung<br>• gemeinsamer Informationszettel<br>• Aus- und Fortbildungsangebot<br>• hohe Beteiligung<br>• PSAG mit hauptamtlicher und ehrenamtlicher Beteiligung<br>• Psychiatriebeirat<br>• Beschwerdestelle Psychiatrie<br>• SHG in Fachkliniken<br>• Vereinbarungen zur Zusammenarbeit<br>• Zusammenarbeit, gemeinsame Vorbereitung der AGS<br>• 1. Vorsitzender = Ehrenamtler, Geschäftsführer = Profi = bessere Kooperation<br>• gemeins. Öffentlichkeitsarbeit z. B. Gesundheitstage<br>• regelmäßige Vorbereitungssitzungen der Ehrenamtlichen (AGS-E)<br>• Verein für freiwillige Suchtselbsthilfe in Bielefeld e. V. | 1. Arbeitsgruppen bilden<br>• Themen bearbeiten<br>• in AGS einbringen<br><br>2. AGS-Treffen seltener<br><br>3. kontinuierliche und zeitnahe Berichterstattung über konzeptionelle Neuerungen und Erfahrungen damit<br><br>4. Berichte aus den nebenstehenden Gremien u. a. Ausschüssen als TOP |

*Tab.1: Potentialanalyse der AGS-BI*

## *Aktionsplan*

| Maßnahmen | wer? | (bis) wann? | Priorität |
|---|---|---|---|
| 1. Planung der »AGS-Struktur« auf Tagesordnung setzen | Geschäftsführer | nächste Sitzung 20. 2. 2002 | • |
| | | | • |
| | | übernächste Sitzung | |
| 2. regelmäßige TOPs: »Veränderungen«, | | 17. 4.2002 | • |
| »Neues aus Selbsthilfe und Insitutionen« | | | • |
| 3. fester TOP »Berichte« | | übernächste Sitzung 17. 4.2002 | |
| Info über kommenden Bericht an den GF, | jeder Vertreter | spätestens 3 Wochen vor der Sitzung | |
| Liste wichtiger Termine weiterleiten | GF | nächste AGS | |
| 4. Protokoll der Fachtagung für die nächste AGS vorbereiten: Papier aufhängen Tischvorlage erstellen | Gisbert | nächste Sitzung 20. 2. 2002 | |

*Tab.2: Aktionsplan der AGS-BI*

# *Ausblick*

## Perspektiven für den Qualitätsentwicklungsprozess in der ambulanten Suchthilfe NW

**Wolfgang Rometsch**

Inhaltsverzeichnis

1. Grundsätzliches

2. Anspruch des Projekt QM und Ergebnisse

3. Träger der Suchthilfe und ihr Qualitätsmanagement
   3.1. Die Ausgangssituation
   3.2. Beschreibung der Situation
   3.3. Umsetzung von QM in der ambulanten Suchthilfe NRW
   3.4. Folgerungen
   3.5. Qualitätsmodell
   3.6. Steuerkreis
   3.7. Fachstelle QM

4. Ausblick

Literatur

## *1. Grundsätzliches*

Wenngleich die Qualitätsdebatte im sozialen Bereich schon seit Ende der 80-er Jahren zunehmend intensiver eingesetzt hat, steht sie bis heute im Schatten des Ruchs der Kosteneinsparungen und Arbeitsverdichtung

D. KUNZ, Frankfurt, wies schon auf der vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) durchgeführten Tagung zum »Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe« im Juni 1995 in Heek darauf hin, »dass in Zeiten knapper werdender Ressourcen sich die Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis in verschärfter Form stellt. Es entsteht der Eindruck, dass man sich von Qualitätssicherungsmaßnahmen eine Steigerung der Effektivität, ohne Mehrkosten, erhofft«.

F. HENGSBACH, Frankfurt, spricht in seinem Beitrag über »Qualität und Ethos« sogar über »den Schleier des Qualitätsmanagements«, der Maßnahmen der Arbeitsverdichtung, betrieblichen Rationalisierung und Einsparung von Personal und dann der Rationierung von Leistungen beschönigt.

War (und ist) dies das Anliegen des nordrhein-westfälischen Qualitätsprojektes? Die anfangs des neuen Jahrtausend einsetzenden Kürzungen in den Sozial- und Gesundheitshaushalten könnten mit den ersten Ergebnissen eines konsequenten Qualitätsmanagements in Verbindung gebracht werden – sie dürfen es aber m. E. nicht. Gesamtwirtschaftliche Entwicklungen, langwirkende Finanzierungserfordernisse der Deut-

schen Einheit sowie »natürliche« wellenförmige Entwicklungen des Wachstums sind eher als Ursachen für die ansetzenden Kürzungen zu nennen. Solange aber Qualität und Output des sozialen Dienstleistungsbereiches nicht transparent werden, lassen sich solche Behauptungen trefflich aufstellen.

H. BOSSONG forderte 1995 in seinem Beitrag »Drogenhilfe und Dienstleistung: Überlegungen zur Neuorganisation der Drogensozialarbeit« die »Einführung von Systemen der Qualitätssicherung einschließlich einer geeigneten Verlaufs- und Ergebnisdokumentation als unverzichtbares Ponton zur wirtschaftlich ausgerichteten Finanzierung«. Gewährleistet werden müssten nach seiner Auffassung zudem Qualifikationsprofile der Mitarbeiter, eindeutige Stellenbeschreibungen und Verantwortungsregelung, angemessene technische und sachliche Ausstattungen, kundenfreundlich gestaltete Öffnungszeiten und zweckdienliche Vernetzung mit anderen relevanten und sozialen gesundheitsbezogenen Diensten bzw. Anbietern. In hinreichend transparenter Form sollten einrichtungs- und klientenbezogene Abläufe und Ergebnisse dokumentiert werden. Mit Blick auf die Klientenarbeit ging es ihm dabei insbesondere um die Transparenz von Hilfeplänen und -prozessen, wo z. B. kurz-, mittel- und langfristige Zielsetzungen, eine Prioritätenliste der im Einzelfall zu bearbeitenden bzw. abgearbeiteten Probleme, sowie Maßnahmen zur Vermeidung von Kundenunzufriedenheit bzw. Betreuungsabbruch und schließlich die Resultate der helfenden Intervention zu dokumentieren und externer Evaluation zugänglich zu machen sind.

Während H. BOSSONG stärker auf strukturelle und ergebnisorientierte Aspekte der Qualitätssicherung abzielt, setzt sich in der Praxis der sozialen Arbeit immer stärker das Axiom »der Prozess ist das Ziel« durch. In diesem Sinne ist auch das nordrhein-westfälische Projekt zur Qualitätsentwicklung angelegt, in dem der Betroffene und seine Hilfebedarfe über einen gewissen Zeitraum in den Mittelpunkt gestellt wurden.

Gerade auch H. A. HÜSGEN betonte anlässlich der »Startveranstaltung« des Projektes in Heek die Erfordernis, einerseits den Betroffenen und seinen Hilfebedarf in den Mittelpunkt zu stellen und andererseits den Prozess der Abläufe in den Beratungsstellen zum Wohl des Klienten zu optimieren.

## *2. Anspruch des Projekt QM und Ergebnisse*

Das Modellvorhaben des Landes NRW, das vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht, durchgeführt wurde, zielte darauf ab, einen Beitrag zur Weiterentwicklung der ambulanten Drogenhilfe in NRW im Sinne einer fachgerechten, effektiven, regionalen und kundenbezogenen »Versorgung von Drogen- und Suchtklienten« zu leisten. Dabei sollte den Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe eine Hilfestellung bei der Anpassung ihrer Einrichtungsziele und ihrer Arbeitsweisen an sich verändernde Umfeldanforderungen sowie an die sich ständig weiterentwickelnden Anforderungen der Klientenstruktur gegeben werden. Der Einstieg über die »interne Qualitätsentwicklung in den beteiligten Einrichtungen« vor einer externen (vergleichenden) Qualitätssicherung stand im Vordergrund. Vor dieser Prämisse ist auch die Entscheidung der Projektbeteiligten für das EFQM-Modell zu sehen.

Die angestrebte Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen sollte nicht verordnet werden (Top down), sondern im Konsens mit den mitwirkenden Einrichtungen entworfen werden (Bottom up) und soll sich auf die grundlegenden Qualitätsdimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beziehen.

Betrachtet man nach sechsjähriger Projektlaufzeit die wesentlichen Ergebnisse des Projekt QM (s. SCHMID / WINKLER, Teil II, Kap.3), so kann festgestellt werden, dass ein Großteil der Ziele erreicht werden konnte. In einem Instrumentepool stehen für die ambulante Suchthilfe eine Vielzahl von Instrumentarien zur Optimierung der eigenen Arbeit zur Verfügung. Die entsprechenden Internetseiten wurden fast 10.000 Mal während der Projektlaufzeit aufgerufen. Von den landesgeförderten Suchteinrichtungen befassen sich 75 mit der Umsetzung von Qualitätsmanagement, also fast 50 % aller Facheinrichtungen. Die Einführung eines systematischen Qualitätsmanagements trug erkennbar zu einer Professionalisierung der Arbeit in den Beratungsstellen bei.

Festzustellen bleibt aber auch, dass die Einführung von Qualitätsmanagement in ein so großes Suchthilfesystem wie das in Nordrhein-Westfalen, das allein im ambulanten Bereich über rund 200 professionelle Angebote verfügt, Zeit und Raum benötigt. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund hat eine Gemeinschaftsinitiative der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der kommunalen Spitzenverbände und der Landschaftsverbände Westfalen-Lippe und Rheinland das nachfolgende Konzept einer »Fachstelle QM« als Service-Angebot für die Träger der ambulanten Suchthilfe NRW entwickelt.

## *3. Träger der Suchthilfe und ihr Qualitätsmanagement*

### *3.1. Die Ausgangssituation*

| Verband / Träger | QM-Modelle und deren Umsetzung |
|---|---|
| Landesprojekt QM (LWL) | Es wurde ein suchtspezifischer QM-Ansatz auf der Basis des EFQM-Modells speziell für die ambulante Suchthilfe entwickelt. |
| DW's Rheinland, Westfalen und Lippe | Mit dem »**D**iakonie**N**etzwerk **Q**ualitäts**E**ntwicklung (DNQE)« wird ein eigener Ansatz, orientiert an der DIN ISO und dem EFQM-Modell, speziell für die ambulante Suchthilfe angeboten. Teilnehmende Einrichtungen erhalten ein internes Zertifikat »Diakonie Fachstelle Sucht«. |
| AWO | Ein suchtspezifischer Ansatz, orientiert an der DIN ISO mit Elementen aus dem EFQM-Modell, ist entwickelt worden. Die Einrichtungen können ein externes ISO / AWO-Zertifikat erlangen. |
| DPWV | Es wurde ein eigenes Modell entwickelt, basierend auf der DIN ISO mit Elementen des EFQM-Modells und einer internen Zertifizierung. Das Modell ist nicht suchtspezifisch. |
| DICV NRW | Für die stationäre Suchthilfe wurde ein Rahmenhandbuch in Orientierung am EFQM-Modell und der DIN ISO entwickelt. Die Zertifizierung soll durch proCum Cert erfolgen. Die Übertragung des Handbuches auf die ambulante Suchthilfe ist in Planung. Bisher ist das Vorgehen in der ambulanten Suchthilfe aufgrund der Trägerstruktur uneinheitlich. In einigen nordrhein-westfälischen Einrichtungen wird das EFQM-Modell in Zusammenarbeit mit dem Projekt QM umgesetzt. |
| DRK | Die Umsetzung von QM erfolgt verbandsintern, nicht spezifisch in der ambulanten Suchthilfe. |
| Kommunale Träger | Das Vorgehen ist uneinheitlich, überwiegend wird das Neue Steuerungsmodell (NSM) umgesetzt, d. h. keine suchtspezifische Ausrichtung. |

## *3.2. Beschreibung der Situation*

- Die Trägerstrukturen sind bekanntlich heterogen, so dass es teilweise innerhalb eines Verbandes schwierig ist, QM umfassend und einheitlich umzusetzen.
- Es gibt uneinheitliche Auftraggeber/Auftragnehmer-Strukturen und -Interessen an QM.
- In der Suchthilfe gibt es Überschneidungen zwischen den Bereichen Sozial- und Gesundheitswesen. Für die ambulanten Beratungsstellen besteht kein gesetzlicher Auftrag für QM - im Gegensatz zum Gesundheitswesen. Hier gilt der Beschluss der 72. Gesundheitsminister-Konferenz von 1999, das SGB V, SGB IV und BSHG.
- Einerseits liegt es im Interesse und in der Verantwortung der Träger von ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, ihre Angebote und Leistungen effektiv und effizient zu erbringen; andererseits werden von Kosten- und Leistungsträgern sowie Finanzgebern Qualitätsentwicklungsmaßnahmen gefordert, die einen finanziellen Aufwand bedingen, aber nicht als vergütungsrelevant anerkannt werden.

## *3.3. Umsetzung von QM in der ambulanten Suchthilfe NRW*

Von den rd. 160 landesgeförderten Einrichtungen

- führen 24 Einrichtungen die Selbstbewertung mit Unterstützung des Projekt QM und
- weitere 10 Einrichtungen die Selbstbewertung eigenständig oder mit anderer Unterstützung durch,
- setzen 22 Einrichtungen ein anderes QM-System um,
- planen 19 Einrichtungen die Einführung eines QM-Systems in naher Zukunft und
- führen 7 Einrichtungen einzelne Verbesserungsprojekte durch.

(Grundlage der Daten sind die Ergebnisse aus dem Projekt QM des LWL, des Modells DNQE der Diakonischen Werke sowie die Rückmeldungen aus einer Umfrage des Projekt QM bei den geförderten Einrichtungen im Mai 2002).

Rd. 47 % der geförderten Einrichtungen sind also aktiv. Die EBIS-Jahresstatistik ergab für 2000 einen Verbreitungsgrad der Systeme EFQM und ISO von 10 % bundesweit.

- Zählt man die nichtgeförderten Beratungsstellen hinzu, setzen in NRW (soweit bekannt) insgesamt 44 Einrichtungen das EFQM-Modell um, davon 35 Einrichtungen mit dem Projekt QM.
- Das Modell DNQE wenden z. Z. 17 Einrichtungen in NRW an.

## *3.4. Folgerungen*

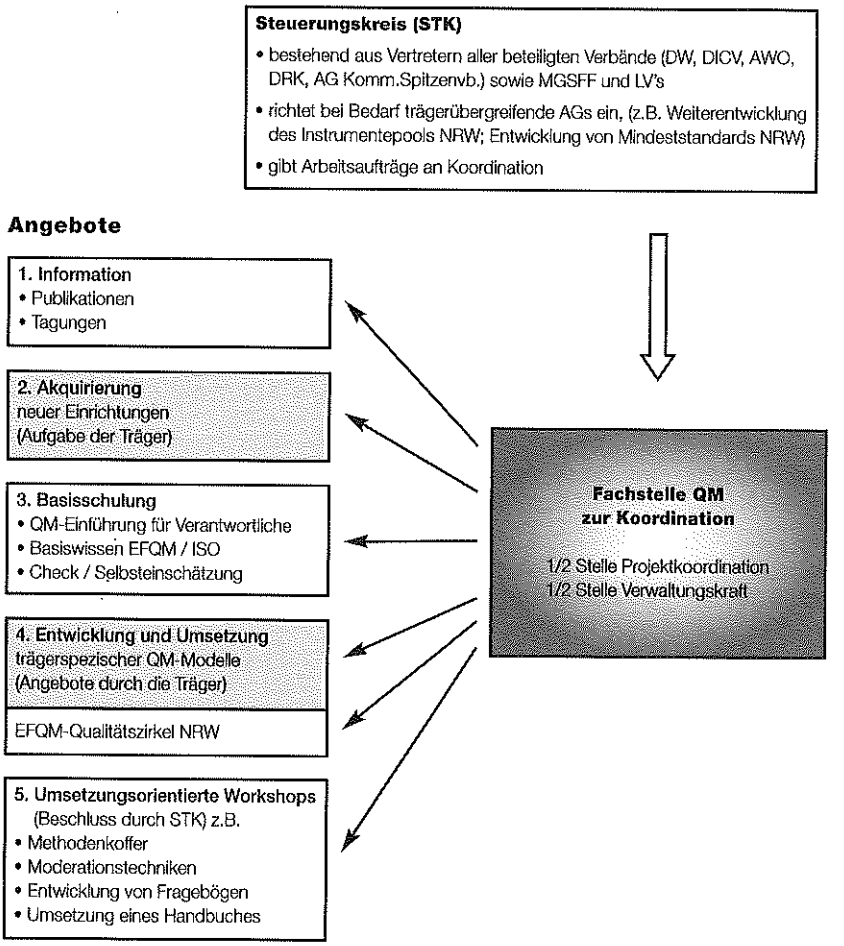
Die Situationsbeschreibung macht deutlich, dass in Nordrhein-Westfalen Aktivitäten nahezu aller Verbände zur Qualitätsentwicklung im ambulanten Suchthilfebereich erfolgen. Unter dem Aspekt von Qualitätsmanagement könnten diese finanziellen und Kompetenzressourcen effizienter und effektiver genutzt werden und somit Synergieeffekte entstehen.

Aus diesen Überlegungen lassen sich folgende Ziele für ein weiteres Vorgehen ableiten:

- Bündelung der vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen
- Zusammenführung der unterschiedlichen QM-Modelle (EFQM, DIN ISO), ohne die Unterschiedlichkeiten aufzulösen
- Entwicklung landesweiter Leitlinien für die ambulante Suchthilfe
- Einbeziehung aller ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Qualitätsentwicklungsprozesse.

## 3.5. *Qualitätsentwicklungsmodell*

**Fachstelle QM (FQM) – Entwurf eines Strukturmodells**




## 3.6 *Steuerungskreis (STK)*

Die beteiligten Verbände, Träger und Institutionen (z. Z. DW, DICV, AWO, DRK, Kommunale Spitzenverbände, MFJFG und LVs) entsenden einen Vertreter in den Steuerungskreis. Dieser ist verantwortlich für die Steuerung des Gesamtprozesses, richtet bei Bedarf einrichtungsübergreifende Arbeitsgruppen ein (z.B. zur Entwicklung eines allen zugänglichen Instrumentepools oder zur Entwicklung landesweiter Leitlinien für die Qualitätsentwicklung) und erteilt Arbeitsaufträge an die Fachstelle QM.

Die Arbeit des Steuerungskreises wird durch eine noch zu erstellende Geschäftsordnung strukturiert.

## *3.7. Fachstelle QM*

Die Fachstelle QM könnte beim LWL, Koordinationsstelle Sucht, angesiedelt werden. Aufgabenbereiche:

- **Information:** Allgemeine Beratung interessierter Einrichtungen bezüglich der Qualitätsentwicklung und Weitergabe von Informationen über trägerinterne und -übergreifende Ressourcen; Herausgabe von Publikationen zur Qualitätsentwicklung sowie Durchführung einer jährlichen QM-Tagung.

- **Basisschulungen:** Durchführung von Basisschulungen (im Bedarfsfall mit externen Referenten) für Entscheidungsträger in Suchtfacheinrichtungen; Wissensvermittlung über QM-Systeme und Entwicklung eines systemneutralen Checks für Einrichtungen zur Ermittlung des Ist-Zustandes und ihrer QE-Planung. Nach der Basisschulung sollen die teilnehmenden Einrichtungen ausreichend Grundwissen haben, um im Sinne der trägerinternen QM-Modelle tätig zu werden.

- **Umsetzungsorientierte Workshops:** Durchführung von Workshops (im Bedarfsfall mit externen Referenten) für Einrichtungen, die sich im trägerinternen QE-Prozess befinden: Moderationstechniken, Methodenkoffer, Entwicklung von Fragebögen, Hilfen bei der Umsetzung von Handbüchern usw.

- **Organisatorische Betreuung bestehender EFQM-Qualitätszirkel:** Im Zusammenhang mit dem Projekt QM des LWL haben sich mehrere Qualitätszirkel gegründet, deren Arbeit weiterhin begleitet werden muss, damit eine Kontinuität erhalten bleibt.

- **Beteiligung an den einrichtungsübergreifenden Arbeitsgruppen.**

## *4. Ausblick*

Die Umsetzung eines solchen integrierten Konzeptes ist nicht ohne finanzielle Ressourcen zu leisten. In Anbetracht der sich dramatisch verändernden Haushaltslage in Kreisen und Städten sowie beim Land NRW besteht die Gefahr, dass die Finanzierung einer solchen Fachstelle keine Priorität besitzt. Allen Finanzverantwortlichen sollte aber klar sein, dass gute und qualifizierte Arbeit langfristig kostenreduzierend wirkt. Sollte dennoch die These gelten, dass die Qualitätsdebatte ein Alibi für beabsichtigte Kürzungen öffentlicher Sozialetats herhalten soll, dann müssten gerade jetzt unverzüglich Haushaltsmittel für einen QM-Motor auf Landesebene bereit gestellt werden. ■

## *Literatur*


- BOSSONG, H. (1995) *Drogenhilfe und Dienstleistung: Überlegungen zur Neuorganisation der Drogensozialarbeit*, unveröffentlichtes Manuskript
- GERBER, H., SCHLIE, W., WINTERBERG, C. (JUNI 2002) *Konzept Fachstelle QM als Service-Angebot für die Träger der ambulanten Suchtkrankenhilfe NRW*, erstellt im Auftrag eines Expertenkreises der Trägerverbände NRW
- HENGSBACH, F. (2000), *Qualität und Ethos*, Vortrag anlässlich der Wissenschaftlichen Jahrestagung »Prinzip Qualität«, 21./22. März 2001, Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. »buss«, Kassel
- HÜSGEN, H.-A. (1995) *Vorstellungen und Anforderungen der Kostenträger zur Qualitätssicherung in ambulanten Einrichtungen der Drogen- und Suchtkrankenhilfe*, in: LWL, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung (Hg) Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe, Dokumentation Bd. 12, S. 47-52
- KUNZ, D.(1996) *Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe*, in: LWL, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung (Hg) Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe, Dokumentation Bd. 12, S. 81-92

- *Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB – Version 2002*
  Pursche, Nabitz, Mühl, Winterberg, Winkler
- *Instrumente*
  zur Umsetzung von Qualitätsmanagement
  in der ambulanten Suchtkrankenhilfe
  Ergebnisse aus dem Projekt QM
- *Qualitätsbericht*
  der Suchtberatungsstelle des Caritasverbandes
  für die Stadt Bonn e.V.
- *Literaturliste*

Diese Materialien liegen auf einer CD-ROM vor
und können (kostenpflichtig) bestellt werden bei:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Koordinationsstelle Sucht
Warendorfer Strasse 27
48133 Münster

oder heruntergeladen werden aus dem Internet:

www.projekt-qm.de

## *1. Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB – Version 2002*

*Das Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB* wurde in der ersten Projektphase von 1995 bis 1998 entwickelt und in einer Transferphase von 1999 bis 2002 in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in NRW eingesetzt. Die Erfahrungen mit der Anwendung dieses Instrumentes flossen in seine Überarbeitung am Ende der Projektlaufzeit ein.

*Das Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB – Version 2002* erläutert in einem einführenden Informationsteil das EFQM-Modell und das Vorgehen bei der Durchführung der Selbstbewertung. In einem zweiten Teil enthält es einen Fragebogen für die Selbstbewertung in Suchtberatungsstellen und Hinweise für die Auswertung. Der Fragebogen berücksichtigt alle Kriterien des EFQM-Modells und bildet die Arbeit in den Beratungsstellen ab. Zugrundegelegt wurde das um das Kriterium »Professionalität« erweiterte EFQM-Modell Jellinek (s. NABITZ / WALBURG, Teil I, Kap. 2).

Das Rating des Fragebogens bildet in vereinfachter Form die Bewertungssystematik des EFQM-Modells ab. So wird bei den Befähigerkriterien mit 0 bis 5 Punkten bewertet, ob ein Unterkriterium (z.B. zur Professionalität: »Weiterbildung und Fachkenntnis der Mitarbeiter/innen werden in der Einrichtung gefördert und gefordert«) - nicht thematisiert wird (0), - ab und zu Thema ist (1), - systematisch entwickelt wird (2), - ob die entwickelten Pläne umgesetzt werden (3), - ob die Umsetzung überprüft wird (4) und - ob aufgrund der Überprüfung bei Bedarf Veränderungen vorgenommen werden (5).

Bei den Ergebniskriterien (z.B. zur Mitarbeiterzufriedenheit: »Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen werden erhoben«) wird ebenfalls mit 0 bis 5 Punkten bewertet, - ob Ergebnisse nicht erhoben werden (0), - ob ab und zu Erhebungen durchgeführt werden (1), - ob systematisch gemessen wird (2), - ob darüber hinaus Ziele formuliert werden (3), - ob diese erreicht werden (4) und schließlich, - ob dies seit Jahren so geschieht, d.h. ob sich positive Trends abzeichnen (5).

Der Fragebogen dient dazu, gemeinsam mit allen Mitarbeiter/innen einer Einrichtung den Entwicklungsstand des QM zu evaluieren um dann in einen Verbesserungsprozess einzutreten.

Das *Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB – Version 2002* wird nun auf einer CD-ROM im PDF-Format zur Verfügung gestellt. Es kann und soll in den Einrichtungen vervielfältigt werden, damit alle Mitarbeiter/innen ihr Exemplar für die Selbstbewertung bearbeiten können. Eine Veränderung dieses Instrumentes durch einzelne Einrichtungen ist jedoch nicht erwünscht. Mit dem *Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB – Version 2002* steht in Nordrhein-Westfalen ein einheitliches Instrument für die Durchführung der Selbstbewertung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe zur Verfügung. Dieses eignet sich auch für die Initiierung von Benchmarking-Prozessen. Bei einrichtungsspezifischen Anpassungen wäre eine Vergleichbarkeit nicht mehr gegeben.

Weiterentwicklungen des *Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB – Version 2002* im Hinblick auf spezifische Einrichtungsarten, wie z. B. niedrigschwellige Hilfen, könnten jedoch gemeinsam im Qualitätszirkel ambulante Suchtkrankenhilfe NRW in Zusammenarbeit mit der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe erarbeitet werden (Ansprechpartner/innen s. Anhang).

## *2. Instrumente zur Umsetzung von Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe*

Im Projektverlauf wurde in den Einrichtungen ein umfangreiches Instrumentarium zur Steuerung des Qualitätsentwicklungsprozesses erarbeitet. Diese Instrumente werden nun ebenfalls auf der CD-ROM allen Interessierten zur Verfügung gestellt. Sie können unverändert eingesetzt, aber auch einrichtungsspezifisch angepasst werden. In jedem Fall ist aber immer als »Quelle« die Einrichtung zu nennen, die das Instrument ursprünglich entwickelt hat.

Die auf der CD-ROM abgebildeten Instrumente werden im Folgenden aufgeführt. Die hier vorgenommene Zuordnung zu den Kriterien des EFQM-Modells dient vor allem einer Ordnungssystematik. Die einzelnen Instrumente können als Nachweise zu mehreren Kriterien dienen, sie werden hier im Interesse der Übersichtlichkeit jedoch jeweils demjenigen Kriterium zugeordnet, dem sie schwerpunktmäßig entsprechen.

**Zum Kriterium »Führung«**
- Qualitätssicherung im Jahresbericht
- Dienstordner

**Zum Kriterium »Politik und Strategie«**
- Muster-Leitbild

**Zum Kriterium »Mitarbeiterorientierung«**
- Checkliste zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen
- Gesprächsleitfaden »Orientierungsgespräch«
- Formular »Arbeitsplatzbeschreibung«
- MitarbeiterInnen-Befragung

**Zum Kriterium »Ressourcen«**
- Lieferantenbewertung

**Zum Kriterium »Professionalität«**
- Anleitung für »Shadowing«

**Zum Kriterium »Prozesse«**
- Rehabilitationsverträge
  für ambulante Reha
  für ambulante Nachsorge
- Mitteilungen an behandelnde Ärzt/innen der Patient/innen in ambulanter medizinischer Rehabilitation / Nachsorge bzgl. Beginn und Beendigung der Maßnahme
- Basisdatenblatt »Kooperation«
- Einschätzungs- und Therapieverlaufsbogen für Therapeut/innen
- Selbsteinschätzungs- und Therapieverlaufsbogen für Patient/innen
- Muster-Projektauftrag
- Konzept zur psychosozialen Betreuung substituierter Drogenabhängiger

**Zum Kriterium »Kundenzufriedenheit«**
- GGZ-Thermometer für die Beurteilung durch das Klientel 2001 (ein Fragebogen aus den Niederlanden)
- Befragung zur Klientenzufriedenheit nach dem Erstgespräch
- Fragebogen zur Kundenzufriedenheit (nach dem 2. Kontakt)
- Patientenbefragung in der Eingangsphase
- Klientenbefragung nach längerer Betreuung
- Patientenbefragung bei Beendigung einer Rehabilitationsmaßnahme
- Patientenbefragung zur Auftaktphase der Nachsorgebehandlung
- Patientenbefragung bei Beendigung der Nachsorgebehandlung
- Klientenbefragung nach Abbruch

- Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Beratungs-/Behandlungsverlauf
- Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Beratungs-/Behandlungsstelle
- Fragebogen zur Situation der Klientinnen am Drogenstrich
- Kundenbefragung - legale Drogen
- Kundenbefragung - illegale Drogen
- 1/2-Jahres-Katamnese
- Zwei-Jahres-Katamnese
- Rückmeldebogen zu einer Fortbildungsveranstaltung
- Rückmeldebogen über die erfolgte Kooperation mit der Suchtberatungs- und Behandlungsstelle
- Rückmeldebogen zu einer Veranstaltung für Kooperationspartner

**Zum Kriterium »Mitarbeiterzufriedenheit«**

- Fragebogen zur Zufriedenheit am Arbeitsplatz
- Mitarbeiterfragebogen
- Fragebögen zur Mitarbeiterzufriedenheit

**Zum Kriterium »Ergebnisse«**

- Checkliste Jahresauswertung
- Wirkfaktoren von Prophylaxeveranstaltungen

## *3. EFQM Diagnose SB*

### Qualitätsbericht der Suchtberatungsstelle des Caritasverbandes für die Stadt Bonn e.V.

**UDO NABITZ, ACHIM SCHAEFER**

Die Durchführung der Selbstbewertung ergibt eine meist umfangreiche Sammlung der Stärken des QM-Systems einer Einrichtung. Dabei wird auch eine Vielzahl von Verbesserungsvorschlägen zusammen getragen. Ein Teil von ihnen wird in den Aktionsplan aufgenommen und in festgelegten Zeiträumen umgesetzt, ein anderer Teil wird auf dem »Parkplatz abgestellt« und evtl. zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgegriffen. Damit die erarbeiteten Ergebnisse allen Beteiligten präsent bleiben, werden sie in einem Qualitätsbericht niedergeschrieben.

Beispielhaft wird auf der CD-ROM ein ausführlicher Qualitätsbericht veröffentlicht, der zur Vorlage für die eigene Arbeit dienen kann.

## *4. Literaturliste*

## *Autor/innenverzeichnis*

*Norbert Beine*
Leiter der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und -kranke
Turnerstr. 4
33602 Bielefeld
beine@caritas-bielefeld.de

*Gerd Engler*
Leiter der Beratungsstelle für Suchtkranke
Van den Bergh Str. 10
47533 Kleve
g.engler@caritas-kleve.de
www.caritas-kleve.de

*Prof. Dr. oec./MHA Bernhard J. Güntert*
Fakultät für Gesundheitswissenschaften / School of Public Health
AG 5: Management im Gesundheitswesen
Postfach/PO Box 100 131
33501 Bielefeld
bernhard.guentert@uni-bielefeld.de
www.uni-bielefeld.de

*Heinz Lutter*
Slicherstr. 2
30163 Hannover
Lutter2004@aol.com

*Ronald Meyer*
Projektkoordinator Koordinationsstelle Sucht (LWL)
Supervisor (DGSv), Organisationsberater in eigener Praxis
Saarstr. 10
48145 Münster
meyer.ronald@t-online.de

*Jürgen Mühl*
Bereichsleiter Drogen, Sucht, Aids
AWO Unterbezirk Ennepe-Ruhr
VIA Beratungszentrum
Hauptstr. 14
58313 Herdecke
awo.suchtberatung@t-online.de

*Udo Nabitz*
Qualitätsreferent
Institute for Addiction Research (IAR)
Jellinek CBO
Keizersgracht 818
NL 1017 EE Amsterdam
unabitz@jellinek.nl
www.jellinek.nl

*Carmen Pursche*
Qualitätsmanagerin
Therapiehilfe e.V.
Hasselbrookstr. 94
22089 Hamburg
carmen-pursche@therapiehilfe.de

*Wolfgang Rometsch*
Leiter der Koordinationsstelle Sucht
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Warendorfer Str. 25-27
48133 Münster
w.rometsch@lwl.org
www.lwl.org

*Achim Schaefer*
Leiter der Suchtberatungsstelle des Caritasverbandes für die Stadt Bonn e.V.
Fritz-Tillmann-Str. 12
53113 Bonn
suchtberatung@caritas-bonn.de

*Wolfgang Schlie*
Leiter der Evangelischen Beratungsstelle Help Center
Tiefensteiner Str. 27
55743 Idar-Oberstein
help-center@t-online.de

*Kristina Schmid*
Referentin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
TQM-Beraterin in freier Praxis
Steinerstr. 38
53225 Bonn
kristina.schmid@web.de

*Dr. med. Uta Ulbrich*
Gesundheitsamt Dortmund
- Qualitätsmanagement -
Hövelstr. 8
44137 Dortmund
dulbrich@stadtdo.de

*Dr. Gisbert Ulmer*
Rhedaer Str. 7
33647 Bielefeld
gisbert.ulmer@bitel.net

*Jan Walburg*
Direktor des Jellinek-Zentrums
Oosteinde 9
NL-1017 WT Amsterdam

*Ewald Wehner*
Stellv. Leiter des Arbeitskreises für Jugendhilfe e.V.
Qualitätsbeauftragter
Widumstr.1
59065 Hamm
ewehner@akj-hamm.de
www.akj-hamm.de

*Hildegard Winkler*
Fachreferentin Projekt QM
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Warendorfer Str. 25-27
48133 Münster
qm@lwl.org
www.lwl.org

# *Ansprechpartner/innen und QM-erfahrene Einrichtungen*

## Projektleitung

*Wolfgang Rometsch*
Leiter der Koordinationsstelle Sucht
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Warendorfer Str. 25-27
48133 Münster
Fon: 02 51 / 591 47 10
Fax: 02 51 / 591 65 12
w.rometsch@lwl.org

## Koordinatorinnen des Projekt QM

*Carmen Pursche*
Autorin »Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB«
carmen.pursche@t-online.de
Betriebswirtin, Dipl.-Sozialwissenschaftlerin, Zusatzausbildung Qualitätsmanagement

*Kristina Schmid*
kristina.schmid@web.de
Industriekauffrau, Dipl.-Pädagogin (Organisationswissenschaft), Planungsmoderatorin, EFQM-Assessorin, Zusatzqualifikation Lösungsorientierte Beratung

*Hildegard Winkler*
Hildegard.Winkler@gmx.de
Dipl.-Sozialpädagogin, Dipl.- Gesundheitswissenschaftlerin (MPH), Qualitätsmanagerin, EFQM-Trainerin und Validatorin

## Mitautor/innen des »Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB«

*Jürgen Mühl*
Bereichsleiter Drogen, Sucht, Aids, EFQM-Assessor
VIA - Beratungszentrum
Hauptstr. 14
58313 Herdecke
Fon: 0 23 30 / 31 53
Fax: 0 23 30 / 91 00 15
e-mail: awo.suchtberatung@t-online.de

*Christiane Winterberg*
Beratungsstellenleiterin, EFQM-Assessorin
Suchthilfe des Caritasverbandes für den Oberbergischen Kreis e. V.
Talstr. 1
51643 Gummersbach
Fon: 0 22 61 / 3 06 60
Fax: 0 22 61 / 3 06 76
e-mail: suchthilfe@caritas-oberberg.de

## Sprecher/innen des Qualitätszirkel ambulante Suchtkrankenhilfe NRW

DROBS Dortmund
Schwanenwall 42
**44135 Dortmund**
Ansprechpartner: *Frank Schlaak*
Fon: 02 31 / 47 73 76 - 0
Fax: 02 31 / 47 73 76 - 13
e-mail: info@suchtvorbeugung-dortmund.de
Internet: www.suchtvorbeugung-dortmund.de

Caritasverband für die Region Krefeld e. V.
Westwall 155 - 157
**47798 Krefeld**
Ansprechpartner: *Wolfgang Bach, EFQM-Assessor*
Fon: 0 21 51 / 63 95 - 60 ( - 0 Zentrale)
Fax: 0 21 51 / 63 95 - 50
e-mail: bach@caritas-krefeld.de

## Weitere Ansprechpartner/innen in QM-erfahrenen Einrichtungen in NRW

Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und -kranke
Turnerstr. 4
**33602 Bielefeld**
Ansprechpartner: *Norbert Beine*
*EFQM-Assessor*
Fon: 05 21 / 96 19 - 1 06 (- 1 05 Sekretariat)
Fax: 05 21 / 96 19 - 1 19
e-mail: Beine@caritas-bielefeld.de

Caritasverband für die Stadt Bonn e. V.
Suchtberatungsstelle
Fritz-Tillmann-Str. 12
**53113 Bonn**
Ansprechpartner: *Achim Schaefer*
Fon: 02 28 / 1 08 - 2 45
Fax: 02 28 / 1 08 - 2 50
e-mail: suchtberatung@caritas-bonn.de

Psychosoziale Beratungsstelle
Adolf-Kolping-Str. 3
**46236 Bottrop**
Ansprechpartner: *Martin Schindler*
Fon: 0 20 41 / 13 20 70
Fax: 0 20 41 / 13 20 77
e-mail: martin.schindler@caritas-bottrop.de

Diakonisches Werk der Vereinigten Kirchenkreise Dortmund
Beratungsstelle für Suchtkranke
Bornstr. 64
**44145 Dortmund**
Ansprechpartnerin: *Christel Botterbusch*
Fon: 02 31 / 8 49 44 61
Fax: 02 31 / 8 49 44 67
e-mail: christel.botterbusch@vkk-do.de

Suchthilfe des Caritasverbandes Euskirchen
Kölner Str. 15
**53879 Euskirchen**
Ansprechpartner: *Bernhard Becker*
Fon: 0 22 51 / 65 03 50
Fax: 0 22 51 / 65 03 5 - 11
e-mail: suchthilfe@caritas-eu.de

Arbeitskreis für Jugendhilfe e. V.
Widumstr. 1
**59065 Hamm**
Ansprechpartner: *Ewald Wehner*
e-mail: ewehner@akj-hamm.de
Internet: www.akj-hamm.de

Beratungsstelle für Alkohol- und Drogenfragen
Südstr. 43
**47798 Krefeld**
Ansprechpartnerin: *Ellen Karrenberg-Bach,*
*EFQM-Assessorin*
Fon: 0 21 51 / 84 49 40 (11)
Fax: 0 21 51 / 84 49 44 4
e-mail: karrenberg-bach@caritas-krefeld.de

Diakonisches Werk - Fachbereich Sucht
Schulgasse 3
**42853 Remscheid**
Ansprechpartner: *Ralf Barsties, EFQM-Assessor*
Fon: 0 21 91 / 9 33 21 25
Fax: 0 21 91 / 9 33 21 30
e-mail: dw-sb-rs@t-online.de

Diakonie Mark-Ruhr e. V.
Suchtberatung und -behandlung
Kötterbachstr. 16
**58239 Schwerte**
Ansprechpartnerin: *Margret Hilleringmann,*
*EFQM-Assessorin*
Fon: 0 23 04 / 93 93 30
Fax: 0 23 04 / 93 93 39
e-mail: sbb-schwerte@t-online.de

Drogenberatung im Kreis Viersen
Kreuzherrenstr. 17 - 19
**41751 Viersen**
Ansprechpartner: *Rainer Hubbes, EFQM-Assessor*
Fon: 0 21 62 / 95 11 10
Fax: 0 21 62 / 95 11 50
e-mail: r.hubbes@drogenberatung-kreisviersen.de

Ökumenische Suchtberatung – Caritas Wuppertal
Kolpingstr. 14
**42103 Wuppertal**
Ansprechpartnerin: *Angela Roelofsen*
Fon: 02 02 / 3 89 03 31
Fax: 02 02 / 3 89 03 23
e-mail: suchtberatung@caritas-wuppertal.de

Blaues Kreuz Wuppertal
Heckinghauser Str. 206
**42289 Wuppertal**
Ansprechpartner: *Peter Olm, EFQM-Assessor*
Fon: 02 02 / 62 20 03
Fax: 02 02 / 62 02 88
e-mail: p.olm@uni.de